



*Olgu Sunumu/Case Report*

**Özofagus Atrezisi, Larengeal Kleft ve Trakeobronkomalazili  Aylin AKÇA SÜMENGEN<sup>1</sup>  
Pediatrik Hastanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu\***

**Pediatric Patient's Nursing Care of Esophageal Atresia,  
Laryngeal Cleft and Tracheobronchomalacia: A Case Report**

**Özet**

Özofagus atrezisi; hayatı tehdit edici, özofagus anomalilerinin içinde en sık görülen, yaşam boyu tedavi ve bakım gerektiren hastalıklardan biridir. Hastalığın A, B, C, D ve E olmak üzere toplam beş tipi bulunmaktadır. Larengeal kleft ve trakeobronkomalazi de benzer oranda riskli, solunum yollarını büyük oranda etkileyen ve ölümcül olabilen hastalıklardır. Bu hastalıkların tek başına klinik belirtileri birbirinden farklı olmakla birlikte bir araya geldiklerinde, beslenme ve solunum problemleri şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Bu hastalıklara sahip olan bebeklerde gelişim gerilikleri, tekrarlayan solunum yolları enfeksiyonları görülmekte ve sık yoğun bakım ihtiyaçları olmaktadır. Ayrıca hastaların cerrahi işlem gereksinimi sebebiyle birçok komplikasyon yaşama riskinin olduğu da görülmektedir. Bu nedenle, bu anomalilere sahip çocukların hemşirelik bakımının belirli standartlarda ve bireye özgü olması hayati önem taşımaktadır. Bu standardizasyonun sağlanmasında NANDA tanıları NIC girişimleri ve NOC sonuçlarının bir arada ve entegre biçimde kullanımı oldukça önemlidir. Bu çalışmada, özofagus atrezisi, larengeal kleft ve trakeobronkomalazi tanısı almış 5 ay 27 günlük bebek olgu M olarak sunulmuştur. Olgu M'nin anamnezi Marjory Gordon'un "Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli"ne göre alınmış ve değerlendirilmiştir. Hastanın hemşirelik tanıları NANDA'ya göre konulup NIC'e göre girişimleri, NOC'a göre de sonuçları oluşturulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Özofagus Atrezisi, Hemşirelik Bakımı, NANDA, NIC, NOC.

**Abstract**

Esophageal atresia is the most common malformations of the esophagus anomalies which is life-threatening and requires lifelong treatment and care. There are five different subtypes of the disease as A, B, C, D and E. In addition, laryngeal clefts and tracheobronchomalacia are similarly dangerous diseases that affect the respiratory tract in a major way and can often be fatal, requiring intensive care. Clinical manifestations of these diseases, though there are many different aspects of it, come together as nutrition and respiratory problems. Infants with these diseases experience developmental delays, recurrent respiratory infections, frequent intensive care hospitalizations. It is also seen that patients are at risk of being exposed to many complications due to their surgical treatment needs. The standard of the nursing care and the specificity of the individual is vital. In case of this standardization, NANDA diagnoses should be carried out in an integrated and manner with NIC interventions and NOC results. In this study, it is presented 5-month-27-day-old infant 'case M' with diagnosis of esophageal atresia, laryngeal cleft, and tracheobronchomalacia. The anamnesis of Case M was taken and evaluated according to Marjory Gordon's Functional Health Patterns Model. The patients' nursing diagnosis were made in accordance with NANDA, and intervened according to the NIC, and the results were established according to the NOC.

**Key words:** Esophageal Atresia, Nursing Care, NANDA, NIC, NOC.

**Alındığı tarih/Received Date:**  
04.09.2020

**Kabul tarihi/Accepted Date:**

**Sorumlu yazar:**

Aylin AKÇA SÜMENGEN  
**e-mail:- [ayakca@ku.edu.tr](mailto:ayakca@ku.edu.tr)**

<sup>1</sup>Bahçeşehir Üniversitesi

\*Bu içerik 'According to NANDA Diagnosis and NIC, Administration Nursing Care of Patient With Congenital Esophageal Atresia' başlığı ile 29. Sigma International Nursing Research Congress, Avustralya Melbourne'de, 19-23 Temmuz 2018 tarihinde poster bildirisi olarak sunulmuş, Virginia Henderson Global Nursing e-Repository'de görüntülenmesine izin verilmiştir. Bu çalışmayı poster bildirisi olarak Avustralya'da sunmam için, Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü finansman sağlamıştır.

## GİRİŞ

Modern hemşireliğe göre, birey aile ve toplumun bakım ihtiyaçlarını belirlemek ve geleneksel bakım yöntemleri yerine hemşirelikte modelleri ve sınıflandırma sistemlerini kullanmak artık bir zorunluluktur. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre hemşirelik sürecinin, bakımın kalitesine verdiği katkılar gözardı edilemez bir öneme sahiptir (Organization, 2017; Urden, Stacy, & Lough, 2017).

Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association -ANA) tarafından onaylanmış birçok hemşirelik süreci sınıflandırma sistemi bulunmaktadır. Bu sınıflandırma sistemlerinden en çok kullanılanlar hemşirelik sorununu belirlemede, hedef koymada ve sonuç çıktılarını değerlendirmede kullanılan NANDA tanılarıdır (NANDA, 2018). Son yıllarda yapılan girişimleri ve hasta çıktıları standardize etmede kullanılan NANDA ile entegrasyonu sağlanmış sınıflama sistemleri kullanılmaktadır. Bunlar hemşirelik girişimini seçme ve karar vermeyi amaçlayan Hemşirelik Girişimleri Sınıflama Sistemi (Nursing Intervention Classification- NIC) ve hasta sonuçlarını değerlendirmeyi amaçlayan Hemşirelik Sonuçları Sınıflama Sistemi (Nursing Outcome Classification -NOC)'tur (Moorhead, Johnson, Faan, & Swanson, 2013; NANDA, 2018; Wagner, Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2017). Bu üç sınıflama sisteminin kullanıldığı (NNN) bağlantıları oluşturulmuş ve böylece hastalara objektif ve kapsamlı bakım verilmesi sağlanmış ve kişiye özgü hemşirelik bakımı standardize edilmiştir (Gençbaş & Bebiş, 2017). Bu sınıflandırma sistemlerinin kullanımını yaygınlaştırmak, hemşirelik modelleriyle bütün halinde kullanımını bilmek tüm alanlarda çalışan hemşirelerin olduğu gibi pediatri hemşirelerinin de en önemli mesleki sorumluluklarından biridir.

Konjenital hastalıklarla sık karşılaşan pediatri hemşireleri için bu süreçleri kullanmak optimal standart bakımı sağlamada çok faydalı rehberlerdir. Hem modeller hem de sınıflandırma sistemlerinin ile özellikle nadir görülen konjenital hastalıklarda kullanımı önemlidir. Örnek hemşirelik süreçleri ile pediatri hemşireleri arasında kullanımının yaygınlaşacağı düşünülmektedir. Bu nedenle bir arada görülmesi oldukça nadir olan konjenital anomalie sahip bir bebeğin Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne göre NANDA tanıları NIC girişimleri ve NOC sonuçları kullanılarak hazırlanmış bakım planı örneği sunulmuştur.

## Hastaya ait konjenital anomalilerin bilgisi

Özofagus atrezisi, laringeal kleft ve trakeobronkomalazi hastalıklarının bir arada görülmesi oldukça nadir ve hayati tehlikesi olan konjenital anomalilerdir. Yaşam boyu süren takip, tedavi ve bakım ihtiyaçları olduğu için oldukça önemlidir (Krishnan et al., 2016; Pinheiro, Silva, & Pereira, 2012). Bu hastalıklar tek başlarına bile birçok komplikasyona ve bakım güçlüğüne yol açabilecekken bir arada görülmeleri sık yoğun bakım takibi gerektirmektedir.

### Özofagus Atrezisi

Özofagus atrezisinin insidansı; literatürde değişiklik göstermektedir. Güncel literatüre bakıldığında bazı kaynaklar; dünya çapında 2400-4500 doğumda bir olarak belirtmektedirler (Cassina et al., 2016; Donoso, Kassa, Gustafson, Meurling, & Lilja, 2016). Bazıları ise, her 10.000 doğumda 2.99 oranında görüldüğünü ifade etmektedir (Lee, 2018; Stoll, Alembik, Dott, & Roth, 2017).

Özofagus atrezili ve trakeoözofageal fistülü olan yenidoğanlarda, doğumdan önce prenatal takiplerinde polihidroamniyozis teşhis edilir. Doğumdan hemen sonra ise tipik olarak boğulma belirtileri, siyanoz, hipersalivasyon, solunum sıkıntıları, beslenme bozuklukları şeklinde belirtiler görülmektedir. Genel tedavi yaklaşımı olarak, aşamalı tedavi uygulanır. Öncelikle ciddi solunum sıkıntısına müdahale edildikten sonra beslenme anomalisi desteklenir. Kilo alımı gerçekleştirildikten sonra cerrahi tedavi uygulanır (Bradshaw et al., 2016; Gauvin, Cowan, & Bettolli, 2012; Hanta et al., 2015).

Özofagus atrezisinin ilk sınıflandırması, 1953 yılında Gross tarafından yapılmıştır. Bu sınıflandırmaya göre; Tip A: Her iki ucun kör sonlandığı izole (%7), Tip B: Proksimal ucun trakeaya fistülize olduğu distal ucun kör sonlandığı (%1), Tip C: Proksimal ucun kör sonlandığı, distal ucun trakeaya fistülize olduğu (%86 ile en çok görülen), Tip D: Her iki ucun trakeaya fistülize olduğu (%2), Tip E: Atrezi olmadan özofagusun trakeaya bir fistül ile açılmasıdır (%4) (David van der Zee, Herwaarden, Hulsker, Witvliet, & Tytgat, 2017; Lee, 2018). Şekil 1'de Tüm tipler gösterilmiştir. Yenidoğan dönemindeki bir bebeğin bu tarz anomalileri olması ve cerrahi işleme ihtiyaç duyması birçok riskle birlikte bakım gereksinimlerini arttırmaktadır. Fistüllü veya fistülsüz özofagus atrezisi tanısı konulan bebek, ağızdan hiçbir şekilde beslenmez ve acil ventilasyon ihtiyacı doğabilir. Bu nedenle bu

bebeklerin yenidoğan yoğun bakımlarda takip edilmeleri gerekmektedir. Bebeğin kan glukoz düzeyinin normal olarak devamlılığını sağlamak çok önemlidir. Bu nedenle IV beslenme solüsyonlarına ihtiyaç olabilir. Pozisyona bağlı olarak akciğerlerde hava hapsi olabileceğinden baş yüksekliği 30 ile 40 derece arası olmalıdır. Bu bebeklerin engelleyen ek bir anomalisi yoksa acil olarak opere olması gerekmektedir. Atrezi tipine bağlı olarak tedavi ve bakım gereksinimleri değişmektedir (Hunt, Perkins, & King, 2016; Lee, 2018; Schmidt et al., 2017).

### **Larengeal Kleft**

Larengeal kleft, larenkste değişik oranlarda yarık şeklinde görülmektedir. Sıklığı çeşitli kaynaklarda değişmektedir. Literatürdeki güncel çalışmalarda %7.6 olarak verilmektedir. Bu sıklığın daha fazla olabileceği belirtilmiştir. (Fracchia et al., 2017; Johnston, Watters, Ferrari, & Rahbar, 2014). Bunun sebebinin tip I'in çok spesifik belirtilerinin olmaması, teşhis edilememiş ya da raporlanmamış vakaların olması şeklinde düşünülmektedir. Ayrıca Larengeal klefti olan bebeklerin %16 ile %88'i arasında ek anomalilere sahip olduğu görülmektedir (özellikle intestinal sistemde) (Wentland et al., 2016). Erkek bebeklerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Watters & Russell, 2003).

Tip I kleft, interarytenoid mukozasının oluşmaması ya da aynı isimli bu kasın tamamlanmaması şeklinde görülmektedir. Kleft, tip I'de ses tellerinin ötesine geçmez. Tip II'de posterior krikoid kıkırdak eksik oluşmuştur. Tip III ve tip IV 'de krikoid kıkırdağın distalinde trakeoözofageal septum yarığı vardır. Eğer kleft, trakeoözofageal septum'un içine uzanıyorsa Tip III, trakeaya kadar uzanıyorsa da Tip IV olarak sınıflandırılmaktadır (Benjamin & Inglis, 1989; Johnston et al., 2014).

### **Trakeobronkomalazi**

Malazi; kelimesi eski Yunanca'dan gelen ve kelime anlamı olarak yumuşayan organ ya da doku anlamına gelen bir kelimedir (Snijders & Barbato, 2015). İlk olarak Holinger ve arkadaşları tarafından 1952 yılında tanımlanmıştır (Holinger, Johnston, Parchet, & Zimmermann, 1952). Trakeomalazi ise akciğerlere giden trakeal ve bronşiyal lümenin gevşemesi veya yumuşaması ve hava akımı sırasında çökmesi/daralması olarak tanımlanmaktadır (Nelson, 2014).

Yaklaşık olarak 2000 – 2100 doğumda bir bebeği etkilemektedir. Bu bebeklerde ek anomaliler bulunmaktadır. Ağır trakeomalazisi

olan bebeklerin %11 ile %33'ünde özofagus atrezisi ve trakeoözofageal fistül görülmektedir. Bazı bebeklerde ise laringomalazi, bronkomalazi ya da larengeal kleft gibi ek anomaliler de görülebilir (Fraga, Jennings, & Kim, 2016; Spitz, 2007).

Özofagus atrezisi, larengeal kleft ve trakeobronkomalazi hastalıklarının bir arada görülmesi oldukça nadir bir durumdur. Literatür tarandığında, ülkemizde bu hastalıkların hemşirelik sınıflandırma sistemleri kullanılarak bakımı konusunda yapılmış bir çalışma bilgisine ulaşılamamıştır. Bu nedenle çalışmanın iki amacı bulunmaktadır. Bunlardan biri; özofagus atrezisi, larengeal kleft ve trakeobronkomalazi tanısı almış bir olgunun, Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne göre bakım ihtiyaçlarını belirleyerek, NANDA'ya göre tanı koyup, NIC'e göre girişimlerini planlamak, NOC'a göre de sonuçlarını belirtmektir. Diğer bir amacı ise bu anomalilere sahip hastaların bakımı için NIC girişimleri ve NOC sonuçlarının kullanılabilirliğini arttırmak ve bir bakım planı örneği oluşturmaktır. Bu nedenle olguya ait hemşirelik tanıları, girişimleri ve sonuçlarının bir kısmı tablo halinde verilmiş, bunlardan bir tanesinin NIC girişimleri ayrıntılı olarak verilmiş, konulabilecek diğer hemşirelik tanıları da ek tanımlar başlığında listelenmiştir.

**Çalışmanın etik yönü:** Bu çalışmanın yayın yapılabilmesi için olgunun yasal vasisi olan annesinden yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır.

### **Olgu Sunumu**

Olgu M, ailenin ilk çocuğu olup 11 Temmuz 2015 tarihinde 37 haftalık 2,620 gr ağırlığında doğmuştur. Doğumunun 4. gününde özofagus atrezisi nedeniyle dış merkezde operasyona alınmıştır. Ancak operasyon esnasında özofagus atrezisi ile birlikte trakeomalazi ve bronkomalazisi olduğu görülmüş ve mevcut larengeal klefti sebebi ile operasyon amacına ulaşamamıştır. Bebeğin büyümesi için gastrotomi açılmış, mama ile beslenmesi sağlanmıştır.

Hasta aralıklı olarak aspirasyon pnömonisi geçirip entübe edilmiş, dış merkez yoğun bakımlarda takip edilmiştir. Hasta 4 gün önce solunumda kötüleşme sebebi ile entübe edilip konvansiyonel ventilatör ile ventile edilmeye başlanmıştır. 7 Ocak 2016'da yatışı yapılan hasta şu an 5 ay 27 günlüktür ve 45 gün kadar yoğun bakım yatışı olmuştur. Aşağıda hastanın yoğun bakım takibine ait bakım planı bulunmaktadır.

### **Anne ve babanın değerlendirilmesi**

Anne, 29 yaşında ve sağlıklıdır, Olgu M 1. gebeliği ve 1. doğumudur. Daha önce herhangi bir sağlık sorunu olmadığını belirtmiştir. Sigara alkol kullanma ve genetik hastalık öyküsü yoktur. Soygeçmişte hastalıklara ait özellik yoktur. Anne 170 cm boyunda, 70 kg ağırlığındadır. Gebelik esnasında bebeğe konjenital bir hastalık tanısı konulmamış, ancak anneye polihidroamniyozis tanısı konulmuştur. Baba ile herhangi bir akrabalık ilişkisi bulunmamaktadır. Baba ile ilgili alınan öyküde babanın da herhangi bir sağlık sorunu olmadığı, soygeçmişinde hastalığa ait özellik bulunmadığı tespit edilmiştir.

### **Marjory Gordon'un Fonsiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Olgunun Değerlendirilmesi**

Olgu M'nin sağlık öyküsü Marjory Gordon'un Fonsiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne göre değerlendirilmiştir (Gordon, 1983; Türk, 2017).

*Sağlığın algılanması ve yönetimi (anne):* Bebeğinin sağlığı ile ilgili yapılan görüşmede 'endişelerinin olduğunu, tüm bu operasyonlara nasıl dayanacağını bilmediğini, ancak düzeleceğine inandığını, bu hastaneye ve sağlık çalışanlarına güvendiğini ve umudunun yüksek olduğunu' belirtmiştir.

*Beslenme ve metabolik durum:* Hastanın transplörrik sondası takılana kadar TPN ile beslendi. Geliş öyküsünde tekrar aspirasyon pnömonisi düşünüldüğü için beslenmeye başlanmadı. Pediatrik gastroentoroloji gördükten sonra devamlı saatte 3ml olacak şekilde infüzyonla mama ile beslenmeye başlandı. Transplörrik sonda uygulaması yapıldıktan sonra post operatif 3. gününde ateşi çıkan hastanın transplörrik sondasından kaçak olduğu düşünülerek beslenmesine ara verildi ve yine TPN ile devam edildi. Kaçak durumu dışlandıktan sonra saatte 3ml ile başlayan beslenme infüzyonu günlük olarak kademeli bir şekilde arttırıldı.

*Boşaltım/Eliminasyon:* İdrar ve dışkılama problemi olmadı

*Aktivite / Egzersiz:* Bebek geldiğinde entübe ve sedatize takip edilmekteydi. Operasyonlar sonrası sedasyon hali ortadan kalkınca aktif olarak ekstremiteler hareketleri izlendi.

*Bilişsel algılama:* Bebeğinin sedasyon ilaçları kesildiğinde ismi ile hitap edince baktığı, göz takibi yapabildiği, küçük objeleri kavrayabildiği, annesinin sesini tanıdığı görüldü.

*Uyku istirahat:* Bebeğinin sedasyonları kesildiğinde günde ortalama 15 saat uykusu bulunmaktaydı.

*Kendini algılama ve benlik (anne):* Annesinin kendisini bebeğinin sağlığına adanmış iyi bir anne olarak gördüğü, bebeğinin bakımı ve iyileşmesi için eğitime açık olduğunu belirtmiştir.

*Rol ve ilişkiler (anne):* Bebeğinin hastalığı sebebiyle anne hastanede kalmaktadır. Bu nedenle rol ve ilişkilerinde kısa süreli aksaklıklar olduğu gözlemlendi.

*Cinsellik ve üreme (anne):* Bebek için aylardır hastanelerde kaldığını ve bu yüzden eşine vakit ayıramadığını belirtmiştir.

*Baş etme ve stres (anne):* Bebeğinin annesi pozitif görünmekte, bebeğinin bakıma katkıda bulunmaya çalışmaktadır. Ancak aralıklı olarak bebeğinin durumu kötüleştiğçe ağlamakta ve bebeğinin başında dua okumaktadır.

*İnanç ve değerler (anne):* Bebeğinin annesi görüşme sırasında pozitif düşündüğünü ve bunun kendisini iyi hissettirdiğini belirtmiştir.

### **Total Vücut Muayenesi**

*Genel görünüm:* Gelişim geriliği bulunmakta, aynaya göre boy kilo oranı çok düşük ve kaşektik görünümündedir.

*Deri:* Deri turgoru artmış, cildi kuru, rengi soluk, göz çevresi ödemlidir. Alında hafif tüylenme var. Saçlı deride normaldir. Dört ekstremitelerde de damar yolu denemeleri sonucunda ekimozları var. Bir adet 5 numara sağ subklavyen CVP kateteri bulunmaktadır. Tırnak yapıları doğal görünümündedir.

*Baş:* Bebeğinin başı normal görünümde. Posterior fontanel kapanmış ancak anterior fontanel 2x2 açık. Baş persentili aynaya göre 3'ten küçüktür.

*Boyun:* Trakea orta hatta, boyutu normal. Dışarıdan doğal görünüme sahip, entübe olduğu için hareket kısıtlılığı var, tortikolis yoktur.

*Gözler:* Göz kapakları ödemli, kirpikleri ve konjunktivaları doğal, pupilleri ışığa reaksiyon var ve izokoriktir.

*Kulak, burun, ağız ve boğaz:* Kulaklar ve kulak derisi normal görünümündedir. Burun kanatları doğal, septum nasi orta hatta ve deviasyon bulunmamaktadır. Oral mukoza nemli, lezyon ve diş oluşumu yoktur.

*Göğüs:* Meme uçları normal görünümde ve normal sayıda, simetrik, akıntı şişlik yoktur. Yapısal deformite yok ancak sol göğüs sağa göre

daha yüksektir. Hava hapsi olabileceği düşünülerek bilateral oskülte edildi. Sol tarafta akciğer sesleri sağa göre azalmış durumdadır. Solunum sıkıntısı var ve hafif raller duyulmaktadır. Solunumu mekanik ventilatöre bağlı ve SpO2'si %92-%97 arası değişmektedir. Opere edilmeden önce orotrakeal entübe takip edilen hasta, 02.02.2016 tarihinde opere oldu ve trakeostomi açıldı. Bu operasyon çocuk cerrahları tarafından kleft tamiri uygulandığı bilgisi alındı. 1.trakeal kıkırdağa kadar kapatıldığı öğrenildi.

*Kalp:* S1 ve S2 normal, nabız dolgunlukları tüm ekstremitelerde aynı, ritmik ve doğaldır.

*Abdomen:* Bebeğin batını serbest ancak baş pozisyonuna bağlı cleftte kaçak olması durumunda hafif distansiyon gelişmektedir. Bağırsak sesleri 6-10 saniye arasında değişmektedir.

*Genital:* Labia major ve labia minörler normal görünümde, perine normaldir.

*Sırt ve Ekstremiteler:* Ekstremiteler simetrik ve doğal, kalçada çıkık bulgusu yoktur.

*Nörolojik:* Tıbbi tanılarının sebebiyle sedatize takip edilen hastanın operasyonları sonrası nörolojik olarak bir sorunu olmadığı görüldü. Göz takibi var, annenin sesini tanıyıp yönelimi mevcut, kas hareketleri doğal.

*Tedavileri:* Meropenem IV 30 mg 2x1, Colimycin IV 150 mg 2x1, Lasix IV 0.5 mg 1 ml/st infüzyon şeklinde, Midazolam IV 1 mg/ml/st, Morfin IV 0.5 mg/ml/st, Neocate mama 35 ml/st (transplörük sonda).

### **Bakım Planı**

NIC girişimleri ve NOC sonuçları hemşirelerin bakımlarını yapılandırmak, belirli standartlara oturtmak, disiplin içerisinde ortak iletişim dili oluşturmak adına hemşirelik sınıflandırma merkezi (Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness) tarafından Iowa Üniversitesi işbirliği ile geliştirilmiştir (Moorhead et al., 2013; Wagner et al., 2017). Aşağıda hastaya ait hemşirelik bakım planında tanılar önem sırasına göre sıralanmış olup, 'Spontan Solunumu Sürdürmede Yetersizlik' hemşirelik tanısına ait NIC girişimleri ve yapılan uygulamalar ayrıntılı olarak verilmiş, NOC sonuçları da değerlendirilmiştir. NOC sonuçları 5'li likert tipte 1=ulaşamadı 5=ulaşıldı şeklinde veya 1=şiddetli, 5=yok gibi değerlendirilmekte bu sonuçların ortalaması alınmakta ve ortalama hedefe ulaşılabilirlik

değerlendirilmektedir. Diğer tanılara da örnek teşkil etmek amacıyla tablo halinde her bir girişim ve sonucun başlığı, sınıfı, alanı ve kodu verilmiş, yapılan uygulamaların hepsinin içi açılmamıştır.

Tüm tablolarda görüldüğü gibi (Tablo 3, 4, 5, 6) bir arada olması nadir olan bu hastalıkların hemşirelik bakımı NANDA tanılarına göre planlanmış, NIC girişimlerine göre girişimleri uygulanmış ve bu girişimlerin etkinliği NOC'a göre değerlendirilmiştir. Bu bilgisi verilen tanılar örnek teşkil etmek amacıyla verilmiş olup olgunun bakımına ait tüm hemşirelik tanılar diğer tanılar alt başlığı ile verilmiştir.

### **Diğer hemşirelik tanıları:**

- Entübasyona, trakeostomiye, ventilatör kullanımına, cerrahi işleme, aralıklı olarak enteral ve parenteral beslenmeye, cerrahi işlem sonrası arteriyel basınç takibine, cerrahi işlemler sonrası üriner sonda takılmasına bağlı enfeksiyon riski
- Çoklu tıbbi ekipman kullanımıyla birlikte sedasyon ilaçları almasına bağlı düşme riski,
- Hastanın 3 kez cerrahi işlem geçirmesine bağlı akut ağrı
- Cerrahi işlemlere, antidiüretik tedavisine bağlı sıvı volüm eksikliği,
- Bozukluk, tanı testi ve tedavi hakkında bilgi eksikliği ile ilişkili ebeveyn anksiyetesi,
- Sekresyon, besinlerin ya da her ikisinin birden aspirasyonu ile ilişkili etkisiz solunum örüntüsü,
- Hastanede kalma, normal ebeveyn-bebek etkileşimleri ve çevresel uyaran eksikliği ile ilişkili büyüme ve gelişmede bozulma,
- Evde bakımla ilişkili bilgi eksikliği,
- Yutma güçlüğü ile ilişkili kaygı,
- Ameliyat nedeniyle rahatsızlık,
- Fiziksel defektli çocuk ile ilişkili aile süreçlerinin değişmesi,
- Yutma güçlüğü ile ilişkili aspirasyon riski

### **Hastanın değerlendirilmesi**

Hasta tedavi, bakım ve aile eğitiminin ardından önce pediatri servisine transfer, sonrasında ise eve taburcu edilmiştir. Tüm bu hemşirelik tanıları ve bakımlar, hastanın özellikli anomalileri olduğu için bireysel olarak planlanmış ve yukarıda örneği verildiği gibi NANDA, NIC ve NOC standartlarında hastaya özgü olarak

uygulanmıştır. Hasta şu an 4 yaşında, mental gelişimi sorunsuz olarak takip edilmektedir. Hastanın ince kaba ve motor gelişimi sağlıklı olarak devam etmektedir. Oksijen ihtiyacı olmaksızın trakeostomi ile oda havasında normal ventilasyonunu sürdürmektedir. Beslenmesi transplörük sonda ile sağlanmaya devam etmektedir. Kleft tamirinin son aşaması için büyüme ve gelişmesi uygun düzeydedir. İkinci ve son kleft onarım operasyonları 2019'un yaz mevsiminde planlanmıştır. İyileşmeyi takiben trakeostomi kanülünün küçültülerek kapatılması, transplörük sondasının çekilmesi ve yaşına uygun normal beslenmeye geçilmesi hedeflenmektedir.

### **TARTIŞMA**

Solunum, dolaşım ve beslenmeyi direkt etkileyen hayati öneme sahip konjenital anomalileri olan hastaların komplike cerrahi işlemlere ve uzun süreli yoğun bakım takiplerine ihtiyaçları vardır. Hastaların sorunları hastalığın tipine, derecesine etkilenen sistemlere ve destek tedavi ihtiyaçlarına göre değişmektedir (Schmidt et al., 2017; Shannon Fracchia et al., 2017). Bu hastalıkların hemşirelik bakımı, hasta ve ailesinin değişen bakım ihtiyacına göre bireysel bir şekilde planlanmalıdır (Wentland et al., 2016). Bu nedenle bu hastalara bakım veren hemşirelerin, hastalıkların tanı ve tedavi yöntemlerini, değişen bakım gereksinimlerini, tedavinin komplikasyonlarını ve yan etkilerini iyi bilmeleri gerekmektedir. Bu hastalara bakım uygularken bireysel bakım çok önemli olduğu gibi bakımın

standardizasyonu da aynı derecede önemlidir (Moorhead et al., 2013; NANDA, 2018; Wagner et al., 2017). Bu standardizasyonun sağlanabilmesi ve etkin bakım verilebilmesi için NIC girişimlerini kullanmak çok faydalı olmaktadır. NIC girişimlerinin içerisinden hastaya ait girişimlerin seçilmesi ve uygulanması, bireysel bakıma standardizasyon sağlamaktadır (Wagner et al., 2017). NIC girişimleri ile birlikte, NANDA tanıları için uygulanan girişim basamakları hemşirelere standart bir rehber olmaktadır. Verilen bakımın sonuçlarının NOC'a göre değerlendirilmesi ile bakımın kalitesi ve etkinliği değerlendirilebilmektedir (Moorhead et al., 2013; NANDA, 2018; Wagner et al., 2017). Bu hastalıklara ait NANDA tanıları NIC girişimleri ve NOC sonuçlarını içeren, olgu sunumu şeklinde bakım planı örneğine literatürde ulaşılammıştır. Bu nedenle bu çalışmanın hemşirelik bakım planlarında hemşirelik NIC girişimlerinin ve NOC sonuçlarının kullanılabilirliğinin yaygınlaşması ve bu anomalilere ait bakımın anlaşılması açısından faydalı olacağı düşünülmektedir.

### **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Sonuç olarak hayati tehlikeye sahip konjenital anomalileri olan çocukların bakımı planlanırken NANDA tanılarının yanında NIC girişimlerini uygulamak ve NOC sonuçlarına göre bakımın etkinliğini değerlendirmek hemşirelik bakımının kalitesini önemli ölçüde arttıracak yeni çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

**Tablo 1. Fizik Muayene Bulguları**

<b>Kilo:</b> 2.810	<b>Kilo Persentili:</b> <3
<b>Boy:</b> 52cm	<b>Boy Persentili:</b> <3
<b>Baş Çevresi:</b> 39 cm	<b>Baş Çevresi Persentili:</b> <3
<b>Kan Basıncı:</b> 123/87 (sağ bacak)	<b>Nabız:</b> 110-147 apikal, ritmik dolgun
<b>Kapiller geri dolum:</b> alt ve üst ekstremitelerde 2sn	
<b>Solunum:</b> 32 <b>Mekanik Ventilasyonda:</b> PCV modda, PEEP 3, Rate: 20, I:E Oranı ¼, PIP: 24 FiO2 %45-60 <b>SpO2:</b> %92-%97	
<b>Vücut Sıcaklığı:</b> 36.7 Aksillar	
<b>Bilinen Alerji:</b> Yok <b>Aşıları:</b> Ayına uygun tam	

**Tablo 2. Laboratuvar Sonuçları**

Hematoloji-Geliş	Hematoloji-Çıkış	Kan Gazları-Geliş	Kan Gazları-Çıkış	Biyokimya-Geliş	Biyokimya-Çıkış
WBC: 16.7	WBC: 9.8	pH: 7.22 Asidoz	pH: 7.37	Glukoz: 312	Glukoz: 85
RBC: 3.07	RBC: 4.5	PCO2: 82 Asidoz	PCO2: 44	AST: 69	AST: 62
HCT: 33.8	HCT: 38.4	PO2: 70.6	PO2: 92.6	ALT: 31	ALT: 46
HGB: 11.6	HGB: 12.8	HCO3: 32.6	HCO3: 25.6	Kreatinin: 0.42	Kreatinin: 0.38
PLT: 253.0	PLT: 258.0	Solunum Asidozu	Normal	CRP: 92	CRP: 0.96
				Na: 139	Na: 134
				K: 4	K: 4.2
				Cl: 96	Cl: 103

**Olgunun NANDA Tanıları NIC Girişimleri ve NOC Sonuçlarına Göre Bakım Planı****Tablo 3. NANDA Hemşirelik Tanısı Spontan Solunumu Sürdürmede Yetersizlik****Alan:** Aktivite/Dinlenme Sınıf: Kardiyovasküler/Pulmoner Tepki

<b>İlişkili Faktörler</b>	Trakeobronkomalazisine bağlı
<b>Tanımlayıcı Faktörler</b>	Hastanın aspirasyon pnömonisi tedavi edildikten sonra dahil, ventilatörden ayrıldığında hipertansiyonu olması, yardımcı solunum kaslarını kullanması, taşikardisinin olması (160'ı bulan) siyanozunun gelişmesi

NOC	Alan	Sınıf	NIC	Alan	Sınıf
<b>0403 Solunum Durumu: Ventilasyon</b>	Fizyolojik Sağlık	Kardiyopulmoner	<b>3300 Mekanik Ventilasyon</b>		
<b>0802 Vital Bulgular</b>	Fizyolojik Sağlık	Metabolik Düzenleme	<b>3140 Havayolu Aspirasyonu</b> <b>3350 Solunum İzlemi</b> <b>3310 Mekanik Ventilasyondan Ayırma</b>	Fizyolojik Karmaşık	Solunum Yönetimi

**3300 Mekanik Ventilasyon**

Solunum kaslarının yorgunluğu, solunum yetmezliği olasılığı izlendi  
Diğer sağlık bakım personeli ile uygun ventilatör modunun seçiminde görüşüldü, uygun ventilasyon başlatıldı izlemi yapıldı, etkinliği değerlendirildi  
Aileye mekanik ventilatör kullanım nedenleri ve beklenen etkileri anlatıldı  
Ventilatör alarm kontrolü yapıldı  
Sedatifler, narkotik analjezikler, kas paralizisi ajanları uygun şekilde uygulandı  
Tüm ventilatör bağlantıları düzenli olarak kontrol edildi  
Su toplayıcılardaki yoğunlaşmış su uygun şekilde boşaltıldı  
Her 24 saatte bir ventilatör devrelerinin bakteri filtreleri aseptik tekniklere uygun olarak değiştirildi

Ventilatördeki solunum sesleri ve basınç göstergeleri izlendi  
Mekanik ventilasyonun yan etkileri izlendi: enfeksiyon, barotrauma, kardiyak out-putta azalma  
Ventilasyonu / perfüzyonu kolaylaştırıcı pozisyon verildi  
Alveoler hipoventilasyonun en aza indirmek için PEEP ve basınç destekli kullanımı konusunda hekimle işbirliği yapıldı  
Göğüs fizyoterapisi ve uygun tekniklerle aspirasyonu yapıldı  
Yeterli sıvı ve besin alımı desteklendi  
Rutin oral bakımı sağlandı

### 3140 Havayolu Yönetimi

Hastaya maksimum ventilasyon potansiyeli için baş çene pozisyonu uygun şekilde verilerek havayolu açıklığı sağlandı, havayolu devamlılığı için baş 30 dereceye yükseltildi  
Ek sesler bulunup bulunmadığı, ventilasyonun azaldığı - olmadığı alanlar ve solunum sesleri takip edildi  
Endotrakeal ve nazotrakeal aspirasyonu uygun şekilde yapıldı  
Bronkodilatatörleri uygun şekilde uygulandı  
Sıvı dengesini optimize etmek için aldığı çıkardığı takibi yapıldı  
Solunum, dolaşım, oksijenizasyon ve perfüzyon bulguları takip edildi

### 3350 Solunum İzlemi

Solunum ritmi, derinliği, sayısı, etkinliği izlendi  
Göğüs hareketleri, simetrisi, aksesuar kasların kullanımı, subklaviyan ve interkostal kaslarda çekilme takip edildi  
Solunum tipleri izlendi; bradipne, takipne, hiperventilasyon  
Akciğerlerin eşit ventilasyonu saatlik olarak oskülte edildi  
Hastanın solunum sekresyonlarını izlendi  
Göğüs röntgen raporları takip edildi  
Gerektiğinde resüsitasyon uygulaması için hazırlık yapıldı

### 3310 Mekanik Ventilasyondan Ayrılma

Ayrılma için enfeksiyon özelliği olmadığından emin olundu. Sıvı elektrolit durumunun optimal olması izlendi  
Son kez göğüs fizyoterapisi ve aspirasyonu yapıldı  
Sağlık bakım personeli ile ayırma için bir metod seçmek için görüşüldü  
Solunum kasları yorgunluğu belirtileri izlendi  
PaCO<sub>2</sub> aşırı artma, tekrarlayan yüzeysel solunum, abdominal duvarın paradoksal hareketi, doku hipoksisi izlendi  
Ayrılma denemesi sırasında sedatiflerden uzak duruldu.  
Hastanın ailesine mekanik ventilasyondan ayırmada beklenen olası komplikasyonlar anlatıldı

### Değerlendirme

0403 Solunum Durumu: Ventilasyon; Hastanın spontan ventilasyonu cerrahi işlem sonrası sağlandı ve hasta mekanik ventilatörden ayrıldı.  
0802 Vital Bulgular: Hastanın yaşam bulguları stabilizasyonu da sağlandı.

### Tablo 4. NANDA Hemşirelik Tanısı Sıvı Volüm Eksikliği

#### Alan: Beslenme Sınıf: Hidrasyon

**İlişkili Faktörler** Cerrahi işlemlere, antidiüretik tedavisine bağlı  
**Tanımlayıcı Faktörler** Bebeğin operasyonları sonrası cildinin soluk soğuk ve nemli olması

NOC	Alan	Sınıf	NIC	Alan	Sınıf
0601 Sıvı Dengesi	Fizyolojik	Sıvı &	<b>2180 Hipovolemi</b>	Fizyolojik:	Doku
0602 Hidrasyon	Sağlık	Elektrolit	<b>Yönetimi</b>	Karmaşık	Perfüzyon Yönetimi
1008 Beslenme Durumu: Yiyecek ve Sıvı Alımı	Fizyolojik Sağlık	Sindirim & Beslenme	<b>1200 Total Parantral Besleme Uygulama</b>	Fizyolojik: Karmaşık	Nütrisyon Desteği

### Tablo 5. NANDA Hemşirelik Tanısı Beslenmede Dengesizlik: Gereksinimden Az

#### Alan: Beslenme Sınıf: Yeme



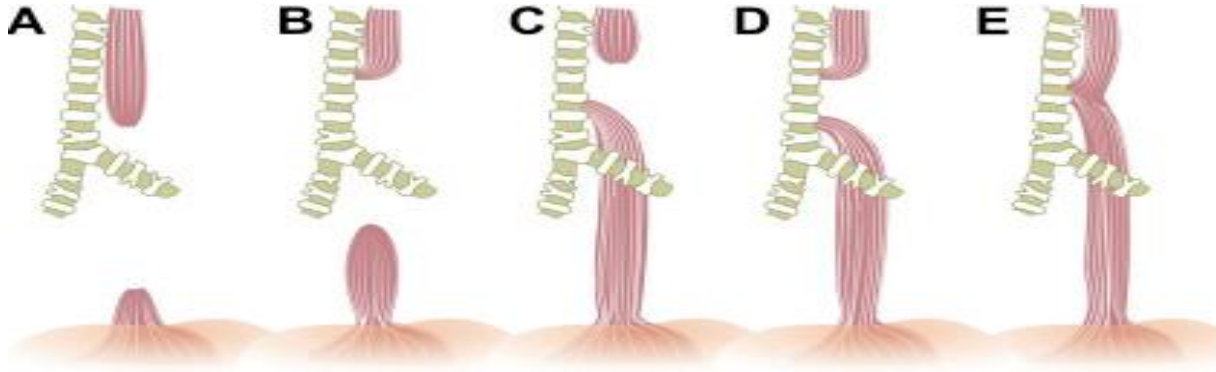
<b>İlişkili Faktörler Tanımlayıcı Faktörler</b>	Tıbbi tanısı sebebiyle beslenme güçlüğü olması bununla birlikte kilo, boy ve baş persentil değerinin 3'ten küçük olmasına bağlı <b>Kilo</b> : 2.810 (Normal: 5.94-9.34) <b>Boy</b> : 52cm (Normal: 61.6-71.3) <b>Baş Çevresi</b> : 39cm (Normal: 40.4-45.3)				
<b>NOC</b>	<b>Alan</b>	<b>Sınıf</b>	<b>NIC</b>	<b>Alan</b>	<b>Sınıf</b>
<b>0102 Çocuk Gelişimi: 6 aylık</b>	Fonksiyonel Sağlık	Büyüme & Gelişme	<b>1160 Beslenmenin İzlenmesi</b> <b>1200 Total Parenteral Beslenme Uygulaması</b>	Fizyolojik: Temel	Nütrisyon Desteği

**Tablo 6. NANDA Hemşirelik Tanısı Doku Bütünlüğünde Bozulma**

**Alan: Emniyet/Koruma Sınıf: Fiziksel yara**

<b>Tanımlayıcı Faktörler İlişkili Faktörler</b>	Geçirilmiş cerrahi operasyon, gastrostomi varlığı, oral alım yetersizliği, kateterlerin varlığı, cilt kuruluğunun olması Oral alamaması, beslenmede değişim, immobilité, vücut sıcaklığında değişim olması				
<b>NOC</b>	<b>Alan</b>	<b>Sınıf</b>	<b>NIC</b>	<b>Alan</b>	<b>Sınıf</b>
1102 Doku Bütünlüğü: Cilt ve Mukoz Membranlar	Fizyolojik Sağlık	Doku Bütünlüğü	<b>3440 İnsizyon Alanı Bakımı</b>	Fizyolojik: Karmaşık	Deri / Yara Yönetimi
1102 Yara İyileşmesi: Primer	Fizyolojik Sağlık	Doku Bütünlüğü	<b>3660 Yara Bakımı</b>		

**Şekil 1: Özofagus Atrezisinin Sınıflandırması**





## KAYNAKLAR

- Benjamin, B., & Inglis, A. (1989). Minor congenital laryngeal clefts: diagnosis and classification. *Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology*, 98(6), 417-420. doi:10.1177/000348948909800603
- Bradshaw, C., Thakkar, H., Knutzen, L., Marsh, R., Pacilli, M., Impey, L., & Lakhoo, K. (2016). Accuracy of prenatal detection of tracheoesophageal fistula and esophageal atresia. *J Pediatr Surg*, 51(8), 1268-1272. doi:10.1016/j.jpedsurg.2016.02.001
- Cassina, M., Ruol, M., Pertile, R., Midrio, P., Piffer, S., Vicenzi, V., . . . Clementi, M. (2016). Prevalence, characteristics, and survival of children with esophageal atresia: A 32-year population-based study including 1,417,724 consecutive newborns. *Birth Defects Research Part A Clinical and Molecular Teratology*, 106(7), 542-548. doi:10.1002/bdra.23493
- David van der Zee, Herwaarden, M. v., Hulsker, C., Witvliet, M., & Tytgat, S. (2017). Esophageal Atresia and Upper Airway Pathology. *Clinic Perinatology*, 44(4), 753-762. doi:10.1016/j.clp.2017.08.002
- Donoso, F., Kassa, A. M., Gustafson, E., Meurling, S., & Lilja, H. E. (2016). Outcome and management in infants with esophageal atresia - A single centre observational study. *Pediatric Surgery*, 51(9), 1421-1425. doi:10.1016/j.jpedsurg.2016.03.010
- Fracchia, S., Gillian, D., Alisa, Y., Cheryl, H., Stephen, H., Marina, H., & Christopher, H. (2017). Assessment of the feeding Swallowing Impact Survey as a quality of life measure in children with laryngeal cleft before and after repair. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 99. doi:10.1016/j.ijporl.2017.05.016
- Fraga, J. C., Jennings, R., & Kim, P. (2016). Pediatric Tracheomalacia. Paper presented at the Seminars in pediatric surgery.
- Gauvin, G., Cowan, K., & Bettolli, M. (2012). A unique presentation of a standard type C esophageal atresia in a very low-birth-weight neonate. *J Pediatr Surg*, 47(7), 1460-1462. doi:10.1016/j.jpedsurg.2012.03.045
- Gençbaş, D., & Bebiş, H. (2017). Uluslararası Standart Sistem ile Oluşturulan Hemşirelik Bakım Planı Örneği. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD*, 2(1).
- Gordon, M. (1983). Nursing diagnosis: Process and application. *The American Journal of Nursing*, 83(2), 315-318.
- Goyal, V., Masters, B., & Chang, A. (2012). Interventions for primary (intrinsic) tracheomalacia in children. *Cochrane Database Systematic Review*, 10. doi:10.1002/14651858.CD005304.pub3
- Hanta, D., Metin, S., Çekinmez, E., Törer, B., Kılıçdağ, H., & Çevirgenoğlu, B. (2015). Primary Repair of Esophageal Atresia with Distal Tracheoesophageal Fistula in a Low-Birth-Weight Neonate. *Cukurova Medical Journal*, 40(2), 340-344. doi:10.17826/cutf.62962
- Holinger, P., Johnston, K., Parchet, V., & Zimmermann, A. (1952). XCIV Congenital Malformations of the Trachea, Bronchi and Lung. *Laryngology Annals of Otolaryngology and Rhinology*, 61(4), 1159-1180.
- Hunt, R., Perkins, E., & King, S. (2016). Peri-operative management of neonates with esophageal atresia and tracheoesophageal fistula. *Pediatric Respiratory Review*, 19, 3-9. doi:10.1016/j.prrv.2016.01.002
- Jennings, R., Hamilton, T., Smithers, J., Ngercham, M., Feins, N., & Foker, J. (2014). Surgical approaches to aortopexy for severe tracheomalacia. *Journal of Pediatric Surgery*, 49(1), 66-70; discussion 70-61. doi:10.1016/j.jpedsurg.2013.09.036
- Johnston, D., Watters, K., Ferrari, L., & Rahbar, R. (2014). Laryngeal cleft: evaluation and management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 78(6), 905-911. doi:10.1016/j.ijporl.2014.03.015
- Krishnan, U., Mousa, H., Dall'Oglio, L., Homaira, N., Rosen, R., Faure, C., & Gottrand, F. (2016). ESPGHAN-NASPGHAN Guidelines for the Evaluation and

- Treatment of Gastrointestinal and Nutritional Complications in Children With Esophageal Atresia-Tracheoesophageal Fistula. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 63(5), 550-570. doi:10.1097/MPG.0000000000001401
- Lee, S. (2018). Basic Knowledge of Tracheoesophageal Fistula and Esophageal Atresia. *Advance Neonatal Care*, 18(1), 14-21. doi:10.1097/anc.0000000000000464
- Moorhead, S., Johnson, M., Faan, M. M., & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC) (5 ed.)*: Elsevier.
- NANDA. (2018). *NANDA International Nursing Diagnoses Definitions & Classification, 2018-2020 (11 ed.)*.
- Nelson, M. (2014). *Pediatric Tracheal Anomalies*(pp. 361).
- Organization, W. H. (2017). Report of the seventh global forum for government chief nurses and midwives: the future of nursing and midwifery workforce in the context of the sustainable development goals and universal health coverage.
- Pinheiro, P. F. M., Silva, A. C. S. e., & Pereira, R. M. (2012). Current knowledge on esophageal atresia. *World Journal of Gastroenterology*, 18(28), 3662-3672. doi:10.3748/wjg.v18.i28.3662
- Schmidt, A., Obermayr, F., Lieber, J., Gille, C., Fideler, F., & Fuchs, J. (2017). Outcome of primary repair in extremely and very low-birth-weight infants with esophageal atresia/distal tracheoesophageal fistula. *J Pediatr Surg*, 52(10), 1567-1570. doi:10.1016/j.jpedsurg.2017.05.011
- Shannon Fracchia, M., Diercks, G., Yamasaki, A., Hersh, C., Hardy, S., Hartnick, M., & Hartnick, C. (2017). Assessment of the feeding Swallowing Impact Survey as a quality of life measure in children with laryngeal cleft before and after repair (Vol. 99).
- Snijders, D., & Barbato, A. (2015). An Update on Diagnosis of Tracheomalacia in Children. *European Journal of Pediatric Surgery*, 25(4), 333-335. doi:10.1055/s-0035-1559816
- Spitz, L. (2007). Oesophageal atresia. *Orphanet Journal of Rare Disease*, 2, 24. doi:10.1186/1750-1172-2-24
- Stoll, C., Alembik, Y., Dott, B., & Roth, M. P. (2017). Associated anomalies in cases with esophageal atresia. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 173(8), 2139-2157. doi:10.1002/ajmg.a.38303
- Türk, G. (2017). *Hemşirelik Teorileri ve Modelleri*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2017). *Critical care nursing: diagnosis and management*: Elsevier Health Sciences.
- Wagner, Bulechek, Butcher, & Dochterman. (2017). *Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC) (F. Erdemir, S. Kav, & A. A. Yılmaz, Trans. 6 ed.)*.
- Watters, K., & Russell, J. D. (2003). Diagnosis and management of type 1 laryngeal cleft. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 67(6), 591-596.
- Wentland, C., Hersh, C., Sally, S., Fracchia, S., Hardy, S., Liu, B., . . . Hartnick, C. (2016). Modified Best-Practice Algorithm to Reduce the Number of Postoperative Videofluoroscopic Swallow Studies in Patients With Type 1 Laryngeal Cleft Repair. *JAMA Otolaryngology Head Neck Surgery*, 142(9), 851-856. doi:10.1001/jamaoto.2016.1252
- Scott, J. Soler, pp. 167-180, London: Paul Chapman Publishing.
- Quine, D. 2012. *Eating Disorders in Childhood and Adolescence: Assessment and Treatment Issues*, *Eating and its Disorders*, Ed. J. R. Fox, K. P. Goss, pp. 442-466, Hoboken: Wiley-Blackwell.
- Sarıdağ-Devran, B., Kızıltan, G. 2018. Ülkemizin Doğu Anadolu Bölgesinde yaşayan adolesan ve yetişkin bireylerin beslenme alışkanlıkları ile yeme tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *BÜSBİD* ;2(2):47-60.
- Siervogel, R. M., Demerath, E. W., Schubert, C., Remsberg, K. E., Chumlea, W. C., Sun, S., Towne, B. 2003. Puberty and body composition. *Horm Res Paediatr* ;60:36-45.

Silva, F. A., Candiá, S. M., Pequeno, M. S., Sartorelli, D. S., Mendes, L. L., Oliveira, R. M. S., Netto, M. P., Cândido, A. P. C. 2017. Daily meal frequency and associated variables in children and adolescents. *J Pediatr* ;93(1):79-86.

Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., Merikangas, K. R. 2011. Prevalence and correlates of eating

disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry* ;68(7):714-723.

Tanrıverdi, D., Esen, S., Gönüllüoğlu, N., Kurdal, E., Balık, G. 2011. Lise öğrencilerinin yeme tutumları, yeme davranışları ve benlik saygılarının incelenmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi* ;17(1):33-39.