

MİDE KANSERİNDE BESLENME*

Merdiye ŞENDİR**

Kabul Tarihi: 24.02.2005

ÖZET

Mide kanseri ve tedavisi hastanın beslenme durumunu farklı şekillerde etkileyebilir. Hastalarda meydana gelen beslenme değişimleri de tedavi ve iyileşme sürecini olumsuz yönde etkileyen komplikasyonlara neden olabilir. Kanser ve beslenme arasındaki ilişki karmaşık ve çok yönlüdür. Metabolik etkilerinin yanı sıra besin alımı bozulduğunda hastalar psikolojik ve sosyal olarak da baskılanır. Çünkü beslenme temel bir vücut gereksinimi ve sıklıkla sosyal bir aktivitedir. Beslenme durumunun erken tanınması, gerekli girişimlerin planlanması ve uygulanması hemşirelik bakımının temelini oluşturur.

Anahtar Kelimeler: Mide kanseri, beslenme, hemşirelik bakımı.

ABSTRACT

Nutrition in Gastric Cancer

Gastric cancer and its treatment may affect the nutritional status of the patient in a variety of ways. Also nutritional alterations that occur in patients can lead to complications that interfere with patient progress and treatment. The relationship among nutrition and cancer complex and multifaceted. Besides being subject to metabolic effects, patients are psychologically and socially stressed when the nutritional intake is impaired. Because eating is a basic body need and often a social activity. Early assessment of the nutritional status and interventions as needed are basic components of nursing care

Keywords: Gastric cancer, nutrition, nursing care

GİRİŞ

Mide kanseri etiyolojisinde besinleri hazırlama ve saklama koşullarının yanı sıra tüketilen besin türünün de önemli risk faktörleri arasında olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte mide kanserli bireylerde hastalık ve tedaviye yanıtın güçlendirilmesiyle yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve yaşam süresinin uzatılması yine beslenme ile yakından ilişkilidir. Beslenme ile böylesi karmaşık bir ilişkiye sahip olan mide kanserinde hemşirenin öncelikli sorumluluğu; primer ve sekonder korunma konusunda birey, aile ve toplumu bilgilendirmektir. Hastalık geliştiğinde ise optimal beslenmeyi sağlamak ve sürdürmek için bireyin gereksinimlerinin karşılanması

amacına yönelik bakımı planlayarak uygulamaktır (Acaroğlu 1997, Barale 1996, Cengiz 2000, Hicks 2001, Smeltzer and Bare 2000).

MİDE KANSERİNİN BESLENME DURUMUNA ETKİSİ

Mide kanserinin beslenme durumu üzerindeki lokal ve sistemik etkileri; kanserin yeri, tipi, evresi, yayılım düzeyi, yayıldığı organ ve dokulara göre değişim göstermektedir. Besin alımı, sindirim ve emilimdeki bozulma sıklıkla "vücut gereksiniminden az beslenme" şeklindedir. Hastalığın seyirinde ortaya çıkan, bireyin besin alımını etkileyen semptomlar ve seçilen tedavi yönteminin beslenme üzerindeki yan etkileri, hastalığın ilerleyen

* I. Onkoloji Hemşireliği Sempozyumu' nda panel konuşması olarak sunulmuştur (21-23 Mayıs 2003 - İstanbul).

** İÜ Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu (Yard.Doç.Dr.) E mail: msendir@istanbul.edu.tr

dönemlerinde morbidite ve mortaliteyi arttıran protein-kalori malnutrisyonuna neden olmaktadır (Acaroğlu 1999, Anderson and Word 1997, Caluccio 1996, Dudek 2001, Grant and Ropka 1996, Heitkemper 2000).

Lokal Etkiler: Mide kanserinin lokal etkileri; ağrı, bulantı, kusma, dispepsi, disfaji, sindirimde bozulma, hematemiz ve melena gibi semptomlarla bireyin besin alımını değiştirebilir. Bulantı, kusma ve hematemiz gastrik boşalmada bir tıkanıklığın olduğunu gösterebilir. Tümör kardiada ise hastaların % 50'sinde disfaji bulunur (Cengiz 2000, Dudek 2001, Erdil 1999, Grant and Ropka 1996, Smeltzer and Bare 2000).

Sistemik Etkiler: Mide kanserinin sistemik etkileri metabolizmayı değiştirerek; enerji tüketiminde, protein katabolizmasında ve lipolizisde artışa, enerji kaynağı olarak yağın tercihli kullanımına neden olabilir. Kanser hücreleri tarafından üretilen maddeler tad duygusunu değiştirebilir, anoreksiyayı artırır veya kanser kaşeksisine katkıda bulunur. Tümör aktivitesinin yanı sıra ve kanser tedavisi de gastrointestinal sistemdeki besinlerin emilimini bozarak malabsorpsiyona yol açabilir (Anderson and Word 1997, Cengiz 2000, Dell 2002, Dudek 2001).

MİDE KANSERİ TEDAVİ SEÇENEKLERİNİN BESLENME DURUMUNA ETKİSİ

Mide kanserli hastalar cerrahi, kemoterapi, radyoterapi veya bunların bir kombinasyonu ile tedavi edilebilir. Bu tedavi yöntemlerinin her biri tedavinin türü, süresi ve bireysel farklılıklara bağlı olarak yiyecek alımını etkileyen lokal ve sistemik etkileri ile beslenme durumunun kötüleşmesine katkıda bulunabilir, besin yetersizliğini artırır ve metabolizmayı değiştirir (Barale 1996, Caluccio 1996, Dudek 2001, Erdil 1999).

Cerrahi Tedavi: Beslenme durumu iyi olan hastalar tarafından daha iyi tolere

edilebilir. Ameliyat sonrası beslenme; protein, kalori, vitamin C, B vitaminleri ve demirin artırılması, kayıpların yerine konması ve iyileşmenin hızlandırılması için gereklidir.

Mide rezeksiyonlarından sonra sıklıkla Billroth II ameliyatlarından sonra, midenin jejunuma hızlı, sürekli ve kontrolsüz olarak boşalmasıyla dumping sendromu gelişir. "Erken post prandiyal dumping" de belirti ve bulgular genellikle yemek sırasında ya da yemekten hemen sonra, sıklıkla hasta masada otururken(yemekten sonraki 5-30 dakika içinde) başlar. Hastalar ani başlayan halsizlik, baygınlık ve baş dönmesinden yakınır ve yatma gereksinimi hissederler. Soğuk terleme, çarpıntı, epigastriumda dolgunluk, çalkantı hissi vardır. Bazı hastalarda bulantı, kusma ve fişkırlar tarzda diyare ile sonuçlanan intestinal kramplar olur. Benzer belirti ve bulguların görüldüğü ve yemekten 1-3 saat sonra başlayan "geç (hipoglisemik) dumping", daha seyrek görülür. Besinlerin mideden hızla jejunuma boşalması ile kan glikoz düzeyinin birden yükselir. Bunun sonucunda fazla miktarda insülin salgılanır ve hipoglisemi gelişir (Anderson and Word 1997, Barale 1996, Caluccio 1996, Heitkemper 2000).

Radyoterapi: Gastrointestinal toksisiteye yol açan radyoterapi; tedavi alanlarını çevreleyen normal dokuları da etkileyeceğinden özefajit, bulantı, kusma, diyare ve gastrik distansiyon meydana gelir (Anderson and Word 1997, Barale 1996, Caluccio 1996, Heitkemper 2000).

Kemoterapi: Kemoterapinin en yaygın etkileri arasında bulantı, kusma ve diyare yer alır. Diyare ve kusma sıvı elektrolit dengesizliğine neden olur. Bu durum uzun sürerse dehidratasyon ve metabolik alkaloz da gelişir.

Kemoterapötik ajanların neden olduğu diğer sindirim sistemi sorunları, tad ve koku almada değişim, mukozit, stomatit ve konstipasyondur. Yorgunluk

hem kemoterapi hem de radyoterapinin en fazla sıkıntı veren yan etkilerindedir (Acaroğlu 1999, Anderson and Word 1997, Dudek 2001).

BESİN GEREKSİNİMLERİ

Kanser, yaşamsal öneme sahip karbonhidratlar, proteinler, yağ asitleri, mineraller, vitaminler ve elektrolitler gibi besin öğelerinin metabolizmasında değişimlere neden olarak bireyin beslenme durumunu olumsuz yönde etkileyebilir. Cerrahi tedavi olarak subtotal veya total gastrektomi uygulanması ciddi beslenme sorunlarına neden olabilir. Midenin büyük bölümü rezeke edildiğinde B12 vitamininin emilimi için intrinsik faktör yeterli miktarlarda üretilmez (Anderson and Word 1997, Dell 2002, Dudek 2001, Erdil 1999, Heitkemper 2000).

Mide kanserli hastaların besin gereksinimleri hastalığın evreleri ve tedavi süresi boyunca değişimler gösterir (Örn; cerrahi girişime hazırlama, radyoterapi ve kemoterapinin yan etkileri gibi). Yüksek kalorili, proteinden zengin, karbonhidrat ve şeker miktarı düşük (özellikle sakroz ve glikozdan kaçınılmalı) normal yağlı bir diyet önerilir (Barale 1996, Dudek 2001, Caluccio 1996).

BESLENME YÖNTEMİ

Beslenme yönteminin belirlenmesinde;

Mide kanserinin evresi ve tümörün lokalizasyonu,

Hastanın fonksiyonel yeterliliği ve bireysel gereksinimleri,

Uygulanan tedavi yöntemi (cerrahi tedavi, radyoterapi, kemoterapi) etkilidir. Bireyin durumuna özgü oral, enteral (nazogastik/jejunal, gastrostomi, jejunostomi) veya parenteral (total parenteral) beslenme yöntemleri tercih edilebilir (Anderson and Word 1997, Barale 1996, Dudek 2001, Erdil 1999, Smeltzer and Bare 2000).

Oral Beslenme: Hem fizyolojik hem de psikolojik açıdan tercih edilmesine rağmen disfaji, dispepsi,

erken tokluk, dolgunluk hissi ve ağrı gibi semptomlar oral beslenmeye engel olabilir. Bireysel gereksinimler doğrultusunda uygulanacak bakımda, öğün sayısı, yiyeceğin yapısı, ısısı, miktarı, tadı ve görünümünde yapılacak düzenlemelere yer verilmesi sorunların hafifletilmesine yardım ederek, oral alımı arttırabilir. Sıklıkla hastalar gün içinde 3 ana öğünden ziyade 5-6 küçük öğünü daha iyi tolere edebilirler. Diyet çeşitli ticari sıvı besinler ve vitaminler ile desteklenebilir (örn.ensure gibi) (Anderson and Word 1997, Erdil 1999, Heitkemper 2000).

Cerrahi girişimden birkaç gün sonra peristaltik hareketler geri döndüğünde nazogastrik tüp çıkarılır. Hasta rahatsızlık duymadan sıvı gıdaları tolere edebildiğinde yavaş yavaş katı gıdalar (püre halinde) ilave edilebilir. Hastaya çok iyi çiğnemesinin önemi açıklanır. Ameliyattan sonra beslenmeye erken dönemde başlanmamalı ve besin miktarı hızla arttırılmamalıdır (Acaroğlu 1999, Anderson and Word 1997, Smeltzer and Bare 2000).

Enteral Beslenme: Besinlerin oral yol ile alınmasının ve yeterliliğinin olmadığı fakat gastrointestinal fonksiyonların devam ettiği durumlarda besinler doğrudan mide, duodenum ya da jejunuma verilebilir. Gastroözofajial reflüsü olan hastalarda aspirasyon pnömonisi riski yüksek olduğundan nazojejunal tüp veya jejunostomi ile beslenme tercih edilir.

Enteral beslenme sırasında ve sonrasında hastanın pozisyonuna (yatağın başı 30-45° yükseltilmeli) öğün sıklığına, besinin ısısına, verilme hızına, ağız ve burun bakımına, tübün temizliğine ve beslenme durumunun izlenmesine dikkat edilmelidir. Dumping sendromunu önlemede; besinin dilüe edilebilmesi için yavaş verilmeli, yiyecekler oda ısısında olmalı ve beslenmeden sonra hasta 1 saat yarı Fowler pozisyonunda kalmalıdır.

Gastrostomi ve jejunostomide stoma ve çevresindeki derinin bakımı cerrahi aseptik teknik kullanılarak yapılmalıdır. Hastanın aldığı-çıkarıldığı sıvı izlemi, kilo izlemi ve idrarda şeker tespiti hemşirelik bakımında beslenme aktivitesi için önemli olan uygulamalardır.

Mide kanserinin ileri dönemlerinde beslenmenin sürdürülmesi ciddi bir sorun olabilir. Bunun sonucunda gelişen malnutrisyon ve kilo kaybı, hastanın tedavinin yan etkileri ile baş edebilmesini, enfeksiyona karşı direnmesini ve kendi bakım etkinliklerini sürdürmesini etkiler. Tıkanıklık oluşmuş ve rezeke edilemeyecek durumdaki mide kanserli hastalarda, endoskopi ile çift lümenli tüp yerleştirilerek (perkütan endoskopik jejunostomi), palyatif olarak beslenme sağlanabilir. Lümenlerden biri, tıkalı alandaki mide sıvılarının drenajını sağlar, diğeri ise hastanın beslenmesi için jejunuma yerleştirilir. (Aşti 1999, Arbogast 2002, Caluccio 1996, Dudek 2001, Smeltzer and Bare 2000).

Parenteral Beslenme: Mide kanserli hastaların birçoğu yetersiz beslendiğinden ameliyattan 5-10 gün önce başlanan parenteral beslenme, hastayı ameliyata hazırlayabileceği gibi ameliyat sonrası komplikasyon olasılığını da azaltır. Ameliyattan sonra da parenteral beslenme; kalori gereksinimleri karşılanıncaya, kusma ve drenaj yoluyla kaybedilen sıvılar yerine konuncaya ve hasta yeterli olarak ağızdan alınmaya kadar metabolik olarak destekleyecek şekilde devam ettirilir. Parenteral beslenme rutin olarak kullanılmaz, genellikle ameliyat yeri iyileşip, sıvı ve besinlerin geçmesine izin verecek duruma gelinceye kadar uygulanır. Total parenteral beslenmede infüzyon seti 24 saatte bir değiştirilmeli, kateter bakımı 24 saatte bir cerrahi aseptik teknikle yapılmalı; hipoglisemi, hiperglisemi ve sıvı-elektrolit dengesizliği belirtileri gözlenmelidir.

Hastanın yaşam bulguları, aldığı-çıkarıldığı sıvı, günlük kilosu, kan glikoz ve elektrolit değerleri izlenmelidir (Barale 1996, Dudek 2001, Erdil 1999, Smeltzer and Bare 2000).

MİDE KANSERLİ HASTANIN BESLENME GEREK SİNİMLERİNİN TANILANMASI

Mide kanserli bireyin beslenme gereksinimlerinin tanılanmasında; beslenme durumunu etkileyen biyofizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, çevresel ve ekonomik faktörlere ilişkin veriler görüşme, gözlem ve fizik muayene gibi veri toplama yöntemleri ile çeşitli kaynaklardan toplanır (Anderson and Word 1997, Dudek 2001).

Elde edilen bu veriler değerlendirilerek: bireyin beslenme aktivitesine ilişkin varolan/olası sorunları ile cinsiyet, fiziksel yetenek ve aktiviteyi etkileyen diğer tüm faktörler göz önüne alınarak yardım gereksinimin türü / derecesi belirlenmeli ve hasta birey için en doğru, en uygun girişimler planlanarak uygulanmalıdır (Carpenito 1997).

MİDE KANSERLİ HASTADA BESLENME SORUNLARINA İLİŞKİN HEMŞİRELİK TANILARI

- Beslenmede değişim: vücut gereksiniminden az beslenme
- Sıvı volümü eksikliği
- Aspirasyon riski
- Oral mukoz membranda değişim
- Boşaltımda değişim: diyare, konstipasyon (Anderson and Word 1997, Heitkemper 2000, Smeltzer and Bare 2000).

Beslenmede Değişim; Vücut Gereksiniminden Az Beslenme

Amaçlar

- Hastalığın evresine veya tedaviye yanıtı bağlı olarak kilo alma / mevcut kiloyu koruma ile

bulgularan besin alımını sürdürmek ve geliştirmek,

- Enteral ve parenteral desteği güvenli olarak almak.

Girişimler

- Yeterli beslenmenin önemi birey ve ailesine anlatılır.
- Bireyin tercihleri göz önüne alınarak menü hazırlanır.
- Yemek öncesi ilaç dağıtımı, tedavi ve bakım girişimleri gibi ağrı ve yorgunluğa neden olabilecek uygulamalardan kaçınılır.
- **Güvenli ortam oluşturulur;** pozisyon ayarlanır (beslenme yöntemine göre), hoş olmayan görüntü ve kokular uzaklaştırılır ve ilaç-besin etkileşimine dikkat edilir.
- Bireyin kendini beslemesine fırsat verilir ve cesaretlendirilir.
- Psikolojik destek sağlanır (cezalandırıcı, yargılayıcı davranışlardan kaçınılır).
- Günlük kalori gereksinimi doğrultusunda; karbonhidratı düşük, proteinden zengin ve normal yağlı bir diyet 6 küçük öğün halinde hazırlanır.
- **İştahı uyarmak için;**
 - Yemek yemek için hoş, rahat bir ortam hazırlanır,
 - Başkaları ile(aile, arkadaş) yemek yemeğe teşvik edilir,
 - Yüksek kalorili kahvaltı ve ara öğünler verilir,
 - Yeni yiyecekleri ve tarifleri uygulamaya çalışılır,
- **Koku ve tad değişimlerini önlemek için;**

- Kırmızı et yerine balık veya tavuk kullanılır,

- Tad duyusunun gelişimini uyarmak için konsantre/keskin yiyecekler kullanılır,

- Besin aromaları, baharat ve lezzet eklerinden yararlanır.

- **Disfaji için;**

- Yumuşak ve sıvı gıdalar verilir,

- Soslar ve /veya tatlandırıcılar kullanılır,

- Öğünler sık ve az miktarda verilir,

- Yemek yeme ağırlı ise yumuşak ve püre halindeki yiyecekler verilir.

- **Dispepsi önlemek için;**

- Yağlı, baharatlı ve gaz yapan yiyeceklerden kaçınılır,

- Önerilen antiasit kullanılır,

- Yemekten sonra yatmaktan kaçınılır.

- **Bulantı ve kusmayı önlemek için;**

- Yemek hazırlanan ortamdan uzaklaşması,

- Sessiz sakin bir ortamda dinlenmesi,

- Sabah kalktığında galeta, kraker türü kuru yiyecekler yemeye çalışması,

- Bulantının akut döneminde sevdiği yiyecekleri yemesi,

- Çok tatlı yiyeceklerden kaçınması, kısıtlama yoksa tuzlu yiyecekler yemesi,

- Yemekten 30-60 dk önce sıvı almaması,

- Hafif, soğuk/serin yiyecekler yemesi (yoğun olmayan and Bare çorbalar, buz parçası emme vb),
 - Gaz yapan yiyeceklerden kaçınması (salata, meyve suları vb),
 - Sıkmayan türde giysiler giymesi ve temiz havadan yararlanması,
 - Önerilen antiemetiği kullanması,
 - Geçmiş deneyimlerindeki olumlu girişimlerden yararlanması sağlanır.
- Günlük kilo takibi ve gerekirse laboratuvar sonuçları izlenir.
 - Yemeklerden önce ve sonra iyi bir ağız hijyeni sağlanır ve sürdürülür.
 - **Enteral beslenen hastada;**
 - Tüpün yerinde olup olmadığı, hastanın pozisyonu (yatağın başının 30-45° yükseltilmesi) ve besinin verilmiş hızı değerlendirilir,
 - Bireyin besini tolere etme durumu (bulantı, kusma, diyare, konstipasyon, dolgunluk hissi) değerlendirilir,
 - Kanda üre-nitrojen, serum protein, hemoglobin ve hemotokrit değerleri kontrol edilir,
 - Dehidratasyon belirtileri (susama, kuru mukoz membranlar, deri turgoru, taşikardi, idrar boşaltımında azalma) izlenir,
 - Diyare, distansiyon ve kusmanın sıklığı kayıt edilir,
 - Besinler oda ısısında / serin olmalı, soğuk olmamalıdır,

- Her beslenmeden önce veya sürekli beslenen hastada 4 saatte bir midedeki rezidüel miktar değerlendirilir. 100 ml' yi geçiyorsa beslenme durdurulur ve mide aspire edilir,
- Aldığı – çıkardığı sıvı ve kilo takibi yapılır,
- Ağız ve burun bakımına özen gösterilir (Barale 1996, Heitkemper 2000, Smeltzer and Bare 2000, Grant and Ropka 1996).

Sıvı Volümü Eksikliği

Amaç: Sıvı alımını normal sınırlarda sürdürmek ve dehidratasyonu önlemek.

Girişimler

- Günlük gereksinimin belirlenmesinde ilave kayıplar göz önünde bulundurulur,
- Su ve sıvılar yemekle birlikte değil öğünler arasında verilir,
- Günlük 1500-3000 ml sıvı alması sağlanır,
- Oral alım mümkün olmadığında parenteral sıvı desteği sağlanır,
- Aldığı-çıkardığı sıvı ve kilo izlemi yapılır,
- Dehidratasyon belirtileri (susama, kuru mukoz membranlar, deri turgoru, taşikardi, idrar boşaltımında azalma) izlenir (Aştı 1999, Grant and Ropka 1996, Olsson et al. 2002).

Aspirasyon Riski

Amaç: Aspirasyon riskini azaltmak ve komplikasyonları önlemek.

Girişimler

- Beslenme tüpünün yukarı doğru çıkıp çıkmadığı kontrol edilir.

- Gastrik tüplerde her beslenmeden önce rezidüel içerik aspire edilir.
- Enteral beslenmede reflü ve pulmoner aspirasyonu azaltmak için yatağın başı en az 30-45° yükseltilir. Bu pozisyon aralıklı beslenmeden en az 1 saat sonra sürdürülmeli ve sürekli beslenen hastalar bu pozisyonda kalmalıdır (Carpenito 1997, Smeltzer and Bare 2000).
- Diş fırçalama tolere edilemediğinde ağız irrigasyonu uygulanır;
 - Bir litre suya 4 çay kaşığı yemek sodası konularak, yumuşak uçlu bir kateter yardımı ile ağız içi irrigasyon yapılır,
 - İrrigasyon öncesi protezler kaldırılır, rahatsız ediyorsa takılmaz,
 - Önerilen antifungal/ antibakteriyal ajanlar kullanılır.

Oral Mukoz Membranda

Değişim

Amaç: Oral mukoz membran bütünlüğünü sürdürerek ağrı ve enfeksiyon gelişimini önlemek.

Girişimler

- Ağız bakımında;
 - Alkol, limon ve gliserin içerikli solüsyonlar ile ağız bakımından kaçınılır,
 - Yemeklerden önce ve sonra, yatmadan önce ağız bakımı verilir,
 - Mukozada oluşan yapışkan tabakayı çözmek için karbonatlı su (yarım çay kaşığı /500 ml) ile gargara yapılır,
 - Gargara sonrası tuzlu su (bir çay kaşığı / 500 ml suya) ile ağız çalkatılır,
 - Sakıncası yoksa yumuşak diş fırçası ile dişler nazikçe fırçalanır,
 - Dudaklara nemlendirici uygulanır,
 - Oral boşluk lezyon ve inflamasyon açısından gözlenir ve değişimler rapor edilir.
- Oral ağrı giderilerek / hafifletilerek yeterli besin alımı sürdürülür;
 - Çiğneme ve yutma yeteneği değerlendirilir,
 - Ticari ağız gargaralarından, asitli meyve sularından, baharatlı yiyeceklerden, aşırı sıcak /soğuk vb. yiyeceklerden kaçınılır.
- Yumuşak yiyecekler, serin / soğuk yiyecek / içeceklerden yararlanılır.
- Önerilen lokal ve sistemik analjezikler kullanılır (Anderson and Word 1997, Carpenito 1997, Dudek 2001, Smeltzer and Bare 2000).

Boşaltımda Değişim: Diyare

Amaç: Normal dışkılama alışkanlıklarının sürdürmek, rektal bölge deri bütünlüğünü korumak.

Girişimler

- Güvenli ortam sağlanarak gizliliğe saygı gösterilir.
- Az lifli yiyecekler, pişmiş sebzeler kullanılır.
- Potasyum içeren yiyecekler verilir (muz, balık, patates vb).

- Yağlı yiyecekler kısıtlanır.
- Gaz yapıcı yiyeceklerden kaçınılır (fasulye, lahanaya, karnabahar, fazla baharatlı yiyecekler, tatlılar, karbonatlı yiyecekler)
- Öğün aralarında yeterli miktarda sıvı verilir,
- Rektal bölgenin temizliğine dikkat edilir, gerekirse koruyucu krem sürülür.
- Günlük dışkılama sayısı ve dışkının özellikleri izlenir.
- *Dumping sendromunu önlemek için;*
 - Karbonhidrat ve elektrolitlerin dilüe edilebilmesi için verilme hızı yavaşlatılır,
 - Peristaltizmi uyarmaması için besinler oda ısısında uygulanır,
 - Aralıklı beslenmede bir defalık miktar barsağın ani distansiyonuna neden oluyorsa sürekli damla damla beslenme uygulanır,
 - Beslenmeden 1 saat sonra hastanın yarı Fowler pozisyonunda kalması sağlanır,
 - Beslenmeden önce ve sonra tüp az miktarda su ile yıkanır (Acaroğlu 1999, Carpenito 1997, Dudek 2001, Erdil 1999, Smeltzer and Bare 2000).

Boşaltımda Değişim:
Konstipasyon

Amaç: Normal dışkılama alışkanlıklarını sürdürmek.

Girişimler

- Güvenli ortam sağlanarak gizliliğe saygı gösterilir.

- Dışkılama için yeterli zaman ayrılır.
- Öğün aralarında bol sıvı alması sağlanır.
- Diyetle, meyve ve sebzelere yer verilir.
- Fazla lifli yiyecekler yemesi sağlanır.
- Sakıncası yoksa sabahları ılık /sıcak limon suyu, gece erik suyu içilir.
- Peynir ve konsantre yiyeceklerden kaçınılır.
- Tolere edebildiği ölçüde düzenli egzersiz ve hareket etmesi için cesaretlendirilir.
- Dışkı tıkanıklığı açısından gözlenir

(Acaroğlu 1999, Anderson and Word 1997, Carpenito 1997, Dudek 2001, Smeltzer and Bare 2000).

EVDE BAKIM

Evde bakımın sürdürülmesi, hastanın durumu ve uygulanan tedavi yöntemine göre belirlenir. Taburculuk planlaması; hekim, hemşire, diyetisyen ve sosyal hizmet uzmanından oluşan sağlık ekibi ile hasta ve ailesinin işbirliğini gerektirir. Hasta ve ailesinin evde bakım konusunda eğitim gereksinimi saptanır. Mide kanserinin evresi, seçilen tedavi ve beslenme yöntemine göre; optimal beslenmenin sağlanması ve sürdürülmesini sağlayacak konular bireysel özellikler dikkate alınarak açık, anlaşılır ifadeler kullanılarak ayrıntılı bir şekilde ele alınmalıdır (Acaroğlu 1999, Smeltzer and Bare 2000).

DEĞERLENDİRME

Mide kanserli bireyin beslenme durumu sürekli olarak değerlendirilmeli;

- Optimal beslenmenin sağlanması ve sürdürülmesi durumu,

- Beslenme yöntemine ve diyetine uyumu,
- Menü'nün uygunluğu, değişiklik gerekip gerekmediği,
- Güvenli bir beslenme ortamının hazırlanıp hazırlanmadığı,
- Beslenme sorunlarını (disfaji, dumping sendromu, vitamin ve mineral eksikliği vb) deneyimleme durumu irdelenmelidir (Anderson and Word 1997, Heitkemper 2000, Smeltzer and Bare 2000).

KAYNAKLAR

- Acaroğlu R** (1999). Kanser hastasında beslenmenin düzenlenmesi, III. Onkoloji Hemşireliği Kursu, İstanbul, 3-5 Haziran.
- Anderson L, Word D** (1997). Nutrition. Ed.:SE Otto. Oncology Nursing. 3. Edition, Mosby Co., St Louis.
- Aştı T** (1999). Evde bakımda tüp ile beslenme ilkeleri. Hemşirelik Bülteni 43-44 (11): 115-122.
- Arbogast D** (2002). Enteral feedings with comfort and safety. Clinical Journal Oncology Nursing 6(5):275-280.
- Barale YK** (1996). Beslenme desteği. Çev.: Nuran Akdemir, Çev.Ed.: Nurgün Platin: Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. AÇEM ve 4. Akşam Sanat Okulu Matbaası, Ankara.
- Caluccio T** (1996). Özafagus ve mide kanseri. Çev.:Fethiye Erdil, Çev.Ed.:Nurgün Platin, Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. AÇEM ve 4. Akşam Sanat Okulu Matbaası, Ankara.
- Carpenito LJ** (1997). Handbook of Nursing Diagnosis. 7. Edition, Lippincott Co., Philadelphia.
- Cengiz A** (2000). Gastrik neoplazmlar, Ed: Erkan Topuz ve ark., Klinik Onkoloji. Tunç Matbaası İstanbul.
- Dell DD** (2002). Cachexia in patients with advanced cancer. Clinical Journal Oncology Nursing 6(4): 235-238.
- Dudek SG** (2001). Nutrition Essentials for Nursing Practice- Nutrition for patients with cancer or HIV / AIDS, 4. Edition, Lippincott Co., Philadelphia.
- Erdil F** (1999). Gastrointestinal sistem cerrahisi ve hemşirelik bakımı. Editörler: Fethiye Erdil, Nalan Özhan Elbaş, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Genişletilmiş III.Baskı, 72 tasarım Ofset Ltd. Şti., Ankara.
- Grant M, Ropka ME** (1996). Alterations in nutrition.Ed.:R McCarkle et al., Cancer Nursing –A Comprehensive Textbook. 2. Edition, WB Saunders Co., Philadelphia.
- Heitkemper MM** (2000). Upper gastrointestinal problems. Ed.: SM Lewis et al. Medical – Surgical Nursing. Edition, Mosby Co. St Louis.
- Hicks S** (2001). Gastric cancer: diagnosis, risk factors, treatment and life issues. British Journal of Nursing 10(8):529-536.
- Olsson U, Bergbom I, Bosaeus I** (2002). Patients' experiences of their intake of food and fluid following gastrectomy due to tumor. Gastroenterology Nursing 25(4): 146-153.
- Smeltzer SC, Bare BG** (2000). Medical Surgical Nursing. 9. Ed. Lippincott Co., Philadelphia.