

T.C YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**LARENJEKTOMİ AMELİYATI GEÇİREN
HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİ ve
HASTALIĞA UYUMU ARTTIRMAYA
YÖNELİK ‘HASTALIĞA UYUM KİTAPÇIĞI’
NİN ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SEDEF TEZCAN

İSTANBUL-2023

T.C YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

LARENJEKTOMİ AMELİYATI GEÇİREN
HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİ ve
HASTALIĞA UYUMU ARTTIRMAYA
YÖNELİK ‘HASTALIĞA UYUM KİTAPÇIĞI’
NİN ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SEDEF TEZCAN

DANIŞMAN
DOÇ. DR. IŞIL IŞIK KÜPÇÜ

İstanbul-2023

TEZ ONAYI FORMU

Kurum : Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Program : Hemşirelik Yüksek Lisans Programı
Tez Başlığı : Larenjektomi Ameliyatı Geçiren Hastalarda Yaşam
Kalitesini ve Hastalığa Uyumu Artırmaya Yönelik ‘Hastalığa Uyum Kitapçığı’ nın
Etkinliğinin İncelenmesi

Tez Sahibi : Sedef Tezcan
Sınav Tarihi : 04.07.2023

Bu çalışma kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı-Soyadı (Kurumu)
Juri Başkanı:	Dr. Öğr. Üyesi Ayda Kebapçı (Koç Üniversitesi)
Tez Danışmanı:	Doç. Dr. Işıl Işık (Yeditepe Üniversitesi)
Üye:	Dr. Öğr. Üyesi İnci Kırtıl (Yeditepe Üniversitesi)

ONAY

Bu tez Yeditepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu’nun/...../..... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Bayram Yılmaz
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlamasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranmadığımı, tez içerisindeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Sedef Tezcan



TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca desteklerini esirgemeyen sevgili danışmanım Doç. Dr. Işıl Işık Küpçü'ye,
Tez yazma sürecim boyunca bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen her zaman destek olan canım arkadaşım Şevval Çağan Kişin'e,
Veri Toplama sürecinde yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Zeynep Alkan ve Prof. Dr. Günter Hafız'a,

Bu süreçte her zaman yanımda olduklarını hissettiren ve bu süreçte beni hep destekleyen canım annem Ayşe Özdilek'e, babam Ertuğrul Özdilek'e, ablam Saadet Özdilek ve sevgili eşim Berkay Tezcan'a

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI FORMU	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
TABLolar LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	x
ABSTRAC	xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
1.1. Giriş	1
1.2. Araştırmanın Amacı:	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri:	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Larenks Anatomisi.....	3
2.1.1. Larenks Kıkırdakları.....	3
2.1.2. Larenks Membranları	5
2.1.3. Larenks Kasları.....	5
2.2. Larenks Fizyolojisi	6
2.3. Larenks Kanseri.....	6
2.4. Larenks Kanseri Tanı Yöntemleri	7
2.5. Larenks Kanseri Evreleme.....	7
2.5.1. Supraglottik Larenks Kanseri Evreleri	9
2.5.2. Glottik Larenks Kanseri Evreleri.....	9
2.5.3. Subglottik Larenks Kanseri Evreleri	9
2.6. Larenks Kanseri Tedavi Yöntemleri	10
2.6.1. Kemoterapi	10
2.6.2. Radyoterapi.....	10
2.6.3. Parsiyel Larenjektomi (PL)	11
2.6.4. Total Larenjektomi (TL).....	11
2.6.5. Boyun Diseksiyonu	12
2.7. Yaşam Kalitesi.....	13
2.7.1. Larenjektominin Yaşam Kalitesine Etkisi.....	14
2.7.2. Larenjektomi Olmuş Hastalara Yaşam Kalitesini Artırmaya Yönelik Yapılan Hemşirelik Girişimleri.....	15
2.8. Hastalığa Uyum	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18

3.1. Araştırmanın Tipi	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	18
3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	19
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	19
3.6.1. Bağımlı Değişken:	19
3.6.2. Bağımsız Değişken:	19
3.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	19
3.7.1 Sosyodemaografik Özellikler Formu	19
3.7.2. Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Ölçeği	19
3.7.3. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ)	20
3.8. Araştırmanın Süreci.....	20
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	22
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	22
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
4. BULGULAR	24
4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	24
4.2. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği Sonuçları (SUKDÖ)	26
4.3. Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Ölçeği Sonuçları	27
4.4. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi Puanları Arasında Korelasyon Analizi	28
4.5. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu	29
4.6. Yaşam Kalitesi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu	32
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	34
5.1. Tartışma	34
5.1.2. Sosyodemografik Özellikler ile Bulguların Tartışması	35
5.1.3. Hastaların Sağlık Özelliklerinin Tartışılması	35
5.1.4. Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulgularının Tartışılması .	36
5.1.5. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği Analizi Bulgularının Tartışması	37
5.1.6. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği ile Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Bulgularının Tartışılması	38
5.2.1 Sonuç	40
5.2.2. Öneriler	42
6. KAYNAKLAR	43

7. EKLER.....	50
8.ÖZGEÇMİŞ	110



TABLÖLAR LİSTESİ

- Tablo 2.6.3.1** Parsiyel Larenjektomi Çeşitleri
- Tablo 2.6.5** Boyun Diseksiyonu Çeşitleri
- Tablo 3.9** Normal Dağılım
- Tablo 4.1** Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları
- Tablo 4.2** Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçümleri Arasındaki Değişim
- Tablo 4.3.1** Hastaların Tanımlayıcı Sosyal İşlevsellik Gruplarına Göre Dağılımı
- Tablo 4.3.2** Yaşam Kalitesi Ölçümleri Arasındaki Değişim
- Tablo 4.4.** Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi Puanları Arasında Korelasyon Analizi
- Tablo 4.5.** Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu
- Tablo 4.6.** Yaşam Kalitesi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1.** Larenks Anatomisi
- Şekil 2.** Larenks Konumlanması
- Şekil 3.** Araştırmanın Süreci
- Şekil 4.** Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçümleri Arasındaki Değişim
- Şekil 5.** Hastaların Tanımlayıcı Sosyal İşlevsellik Gruplarına Göre Dağılımı
- Şekil 6.** Yaşam Kalitesi Ölçümleri Arasındaki Değişim



SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
TL	Total Larenjektomi
PL	Parsiyel Larenjektomi
BT	Bilgisayarlı Tomografi
USG	Ultrasonografi
MR	Manyetik Rezonans
PET	Pozitron Emisyon Tomografi
CIS	Karsinoma In Situ
AJCC	Amerikan Kanser Ortak Komitesi
T	Tümör Yaygınlığı
N	Tümör Yayılması
M	Tümörün Metastaz Yapması
5-FU	5-Fluorourasil
TÖF	Trakeoözofageal
SUKDÖ	Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği
BGOF	Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu
EORTC QLQ-C30	European Organization for The Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire
QLQ-H&N35	Quality of Life Questionnaire for Head and Neck Cancer
T-SWAL-QOL	Türkçe Yaşam Kalitesi Anketi
SF-36	Short Form 36

ÖZET

Tezcan, S. (2023). Larenjektomi Ameliyatı Geçiren Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Hastalığa Uyumu Artırmaya Yönelik ‘Hastalığa Uyum Kitapçığı’ nın Etkinliğinin İncelenmesi, Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Larenks kanseri tanısı alan hastaların geçirdiği cerrahi tedavi sonrasında yaşam kalitelerinde gözle görülür fark olmaktadır. Bu araştırma total ve parsiyel larenjektomi ameliyatı geçiren hastalarda hastalığa uyum kitapçığı verilerek ve verilmeden hastalığa uyumlarını (SUKDÖ) ve yaşam kalitelerini (Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Ölçeği) değerlendirmeyi amaçlamıştır. Araştırma yarı-deneysel desende ön test son test tasarımı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini özel bir vakıf hastanesi ve özel bir kliniğe başvuran larenks kanseri tanısı almış, total veya parsiyel larenjektomi ameliyatı geçiren ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 34 hasta oluşturmuştur. Veri toplama süreci Eylül 2022- Kasım 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmada kullanılan Yaşam Kalitesi Ölçeği’ nin Cronbach’s alpha değeri 0,822 olarak, Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği’ nin Cronbach’s alpha değeri 0,806 olarak bulunmuştur. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ön test değerine ($\bar{x}=36,560$) göre sosyal uyum kendini değerlendirme son test değerindeki ($\bar{x}=42,290$) artış anlamlı bulunmuştur ($t=-6,061$; $p=0,000<0,05$). Yaşam Kalitesi Ön test değerine ($\bar{x}=71,830$) göre yaşam kalitesi son test değerindeki ($\bar{x}=87,820$) artış anlamlı bulunmuştur ($t=-5,446$; $p=0,000<0,05$). Bulgulara göre araştırmanın sonucu araştırma hipotezlerinden H3’ü destekler niteliktedir. Ancak H1 ve H2 için tam olarak yanıt alınamamıştır.

Anahtar Kelimeler: Larenjektomi, yaşam kalitesi, hastalığa uyum kitapçığı, hemşirelik, hemşirelik girişimleri

ABSTRAC

Tezcan, S. (2023). Investigation of The Effectiveness of The ‘Adaptation To Disease Manual’ for Increasing the Quality of Life and Adjustment to the Disease in Patients Undergoing Laryngectomy Surgery, Yeditepe University Institute of Health Sciences, Department of Nursing, Master’s Thesis. Istanbul.

After the surgical treatment of patients diagnosed with laryngeal cancer, there is a noticeable difference in their quality of life. This study aimed to evaluate the compliance with the disease (SASS) and quality of life (Washington University Quality of Life Scale) in patients who had undergone total and partial laryngectomy surgery, with or without a disease compliance booklet. The research was carried out in a quasi-experimental design with a pre-test post-test design. The sample of the study consisted of 34 patients who applied to a private foundation hospital and a private clinic, diagnosed with laryngeal cancer, underwent total or partial laryngectomy, and volunteered to participate in the study. The data collection process was carried out between September 2022 and October 2022. The Cronbach's alpha value of the Quality of Life Scale used in the study was found to be 0.822, and the Cronbach's alpha value of the Social Adjustment Self-Evaluation Scale was found to be 0.806. The increase in the social adjustment self-assessment post test value ($\bar{x}=42,290$) compared to the Social Adaptation Self-Evaluation Pre test value ($\bar{x}=36,560$) was significant ($t=-6.061$; $p=0.000<0.05$). The increase in the quality of life post test value ($\bar{x}=87,820$) compared to the Quality of Life Pre test value ($\bar{x}=71,830$) was significant ($t=-5.446$; $p=0,000<0.05$). According to the findings, the result of the research supports H3, one of the research hypothesis. However, there was not complete response for H1 and H2.

Keywords: Laryngectomy, quality of life, adaptation to disease manual, nursing, nursing intervention

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Giriş

Sağlık; kişiden kişiye, kültürden kültüre değişebilen bir olgudur. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlık 'Sağlık sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır.' Sağlıklı olmak bütün insanların temel hakkıdır. (1). Sağlıklı olma halinin sağlanması ve sürdürülmesi bütün sağlık ekibinin görevidir. Ancak bu görevde hastalarla olan yakın ve sürekli ilişkileri nedeni ile hemşirelere büyük görev düşmektedir. (30)

Hemşirelik, geleneksel olarak hastanın daha çok fiziksel olarak rahat ettirilmesi, ilaç uygulanması ve benzer uygulamalar olarak algılanmaktaydı. Bu uygulamalar hala fiziki hastalığı olanlar için tedavi edici olarak uygulanmasına rağmen günümüzde hemşirelik rol kavramı olarak oldukça genişlemiştir. Hemşireden beklenen; hastalığı bilmesi, bilimsel, sağlığı öğretici ve hastalığı önleyici çalışmalara katılması, hastalığı ve sağlığı anlaması, bireyleri anlaması, duygusal yönleri anlayıp destek olması beklenmektedir. (50). Hastalara gerek hastane gerek ev ortamında baş etme becerisi kazandırarak yaşam kalitelerini artırmada hemşireler önemli bir role sahiptir. Özellikle onkolojik tedavi alan veya onkoloji cerrahisi geçiren hastalar için hemşirelerin buradaki rolü çok önemlidir. (7).

Larenks kanseri sık görülen baş boyun kanserleri arasındadır. Tütün ürünleri, alkol kullanımı larenks kanseri oluşumunda önemli bir risk faktörüdür. (8). Larenks kanserleri endoskopi ve stroboskopiye görüntüleme yöntemleri ile görüntülenerek erken teşhis edilebilmektedir. Bu yöntemler uygun tedaviyle sağ kalımı artırır ve yaşam kalitesinin artmasında önemli rol oynar. (11). Erken evre tanı konan kişilerde radyoterapi, larenjektomi gibi tedavi seçenekleriyle ses kaybının önlenmesi ve larenks fonksiyonlarının korunmasını sağlar. Ancak başvuranların çoğunun ileri evre tümörlerle başvurmakta olup radyoterapi, kemoterapi şanslarını yitirmektedir. Bu yüzden total larenjektomi (TL) gibi radikal yöntemlere başvurulabilir. (5).

Larenks kanseri tanısı aldıktan sonra hastanın ve ailesinin eğitimi, rehabilitasyonu, erken komplikasyonların erken önlenmesi, semptomların kontrolü hemşirelerin çok önemli görevleri arasındadır. Fiziksel ve ruhsal olarak etkileyen bu hastalıktan ve tedaviden kaynaklı maddi ve manevi kayıplar yaşatabilir. Bu kayıplar; sağlığın kaybolması, fiziksel bütünlüğün bozulması fiziki şekil bozukluğudur. Bu kayıplar sadece kanser tanısı alan kişileri değil bakım veren yakınlarını da etkilemektedir. (5). Buna bağlı olarak bireyleri

kayıplarını göz önünde bulundurarak bunları kabullenmelerine, bu durumun yaşam kalitelerini en az şekilde etkilemesine yardımcı olmak hemşirelerin görevleri arasındadır. Literatür incelendiğinde larenjektomi ameliyatı geçiren bireylerin yaşam kalitelerini inceleyen birçok çalışmaya rastlandı. Çalışmalarda konuşma, iletişim depresyon, öz-bakım gücü ve beslenme durumlarına yer verildiği gözlenmiştir. 2017 de online destek grupları ile baş boyun kanseri olan kişilere psikolojik destek yanında yaşam kalitelerini artırmayı amaçlamış bir çalışmaya rastlanmıştır. (2). Ancak bir trakeostomi bakımı, konuşma, iletişim yöntemleri, beslenme içeren bir kitapçık ile yaşam kalitesini değerlendiren çalışmaya henüz rastlanmamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı:

Bu araştırma larenks kanseri tanısı almış; total ve parsiyel larenjektomi ameliyatı geçirmiş kişilerde ameliyat sonrası bilgilendirme kitapçığı olmadan ve kitapçık ile bilgilendirme yapılarak hastaların hastalığa sosyal uyumlarının ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlamıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri:

H1: Hastalığa Uyum Kitapçığı verilmeden çözülen ön test sorularının yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması kitapçık verildikten sonra çözülen son test sorularının puan ortalamasından daha düşük olacaktır.

H2: Kitapçık verilmeden çözülen ön test sorularının sosyal uyum ölçeği puan ortalaması çözülen son test puan ortalamasına göre daha düşük olacaktır.

H3: Kitapçık ile bilgilendirme yapılmadan önce ve bilgilendirme yapıldıktan sonra hastaların yaşam kalitesi ve sosyal uyumları arasında anlamlı fark olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Larenks Anatomisi

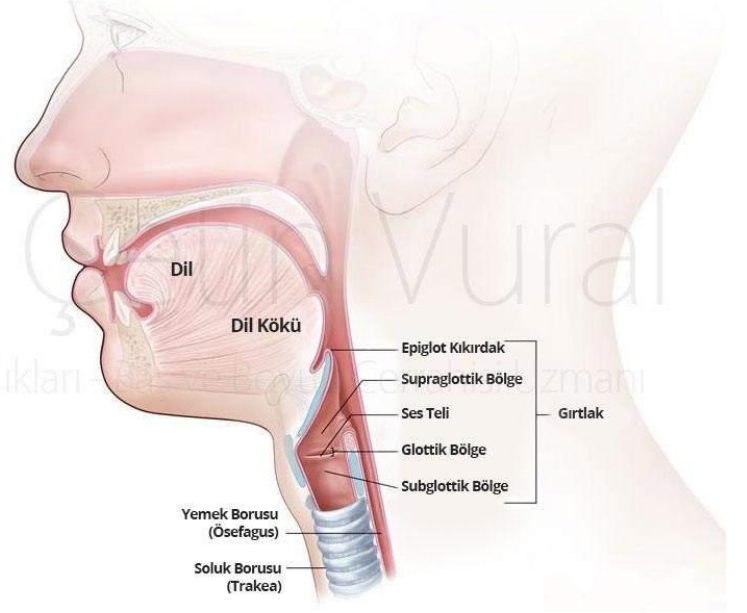
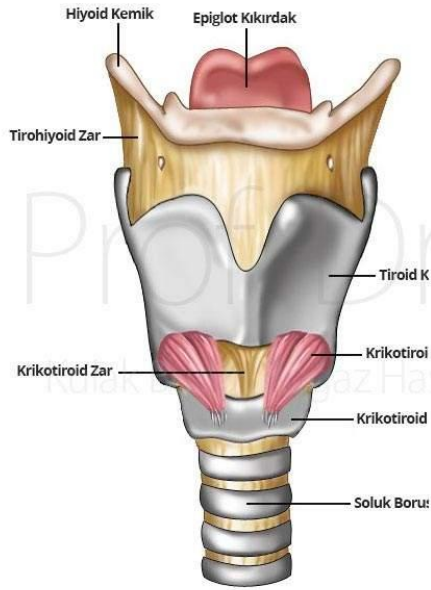
Larenks boyun bölgesinde nefes alma, konuşma ve yutkunma gibi önemli görevleri olan bir organdır (5). Larenks kıkırdak, zar, bağ ve kaslardan oluşur (6). Ses oluşumundan sorumlu olan larenks üstte farenkse bağlı olup daha geniş ve üçgenimsi yapıdadır. Larenksin alt ucu ise trakea ile devam eder (7). Larenks yetişkinlerde 4., 5. Ve 6. Servikal omurların hizasındadır (8). Larenks supraglottik, glottik ve subglottik olarak adlandırılan 3 bölgeden oluşur. (9):

Supraglottik larenks: Epiglot, ariepiglottik foldlar, aritenoid kıkırdak, yalancı vokal kordlar ve ventrikülleri içerir. Bileteral olarak lenfatiklerce zengindir (11).

Glottik larenks: İki ses teli, ön ve arka komissürler bulunur. Lenfatiklerden fakir bölgedir (11).

Subglottik larenks: Vokal kordların altında yer alır (9).

Larenks anatomisinin onkolojik uygulamada büyük etkisi vardır, glottik bölge üst ve alt lenfatik drenaj arasında embriyolojik bir bariyeri temsil eder (10).



Şekil.1. Larenks Anatomisi

2.1.1. Larenks Kıkırdakları

Larenkste toplam 9 kıkırdak bulunur. Tek ve çift kıkırdaklar olmak üzere ikiye ayrılır.

Tek kıkırdaklar: Tiroid, krikoid ve epiglottis olmak üzere 3'e ayrılır.

Çift kıkırdaklar: Aritenoidler, kornikulatlar ve kuneiformlar'dan oluşur.

Tiroid Kıkırdak: Tiroid kıkırdak boyun bölgesinin önündeki çıkıntısında (Âdem elması) birleşen düzgün yüzeyli iki kanat ve bu kanatların arka köşelerinden yukarı ve aşağı uzanan çıkıntılardan oluşur. Hiyalen yapıda olduğu için erkeklerde 20 yaşında, kadınlarda 22 yaşında kemikleşir. Tiroid kıkırdağın anatomik yapısı konjenital veya bireysel nedenlerden farklılık gösterebilir. Bu durum endolarengeal oluşumların görünümünü etkiler. (12).

Krikoid Kıkırdak: Halka şeklinde olan bu kıkırdak hava yolunu çevreleyen tek larenks kıkırdağıdır. Krikoid kıkırdak, tiroid kıkırdağın alt kornuası ile birleşir. Krikoid kıkırdağın üst kenarının önünden arkasına dik bir eğim olup krikoid zarın uzandığı bir pencere oluşturur.

Birinci trakeal halkayı membranöz bağlantılar ile alttan birleştirir ve ön yüzü 3-4 mm yükseklikte iken arka yüzü 20-30 mm yüksekliktedir. (13).

Epiglottis: Yaprak şeklinde fibroelastik bir kıkırdak olup superior tiroid çentiğinin iç yüzeyine tutturulmuştur. Epiglottisin üst tarafı geniş ve yuvarlak olarak başlayıp alta doğru sap şeklinde daralır. Üst tarafta bulunan yaprak şeklindeki kısım dilin ve dil kemiğinin arkasına uzanır. Epiglottis, yanal farengeal duvarların ve dil kökünün devamı olan mukoz zarı ile kaplıdır (14).

Aritenoid Kıkırdaklar: Aritenoid kıkırdak çift kıkıradaklar arasında en büyük piramit şeklinde üç yüzeyli kıkırdaktır. Arka yüzeyi üç köşeli ve içbükey olup dışa doğru olan çıkıntıya müsküler çıkıntı denir. Ön yüzeyi ise dışbükeydir. İç yüzeyi dar ve düz olup yukarı doğru vokal çıkıntı oluşturur, krikoid kıkırdak ile eklem yapar. (15)

Kornikulat Kıkırdaklar: Santorini kıkırdağı olarak bilinen bu kıkırdaklar aritenoidlerin apeksi ile eklem yaparlar. Özofagus üst lifleri ile birleşik olup fibroelastik yapıdadır (16).

Kuneiform Kıkırdaklar: Wrisberg kıkırdağı olarak bilinen bu kıkırdak küçük, sarı ve elastik yapıdadır. Her ariepiglottik kıvrımda bir tane olup pasif destek sağlarlar ve herhangi bir kıkırdakla eklem yapmazlar. Her insanda bulunmayabilir (15).

2.1.2. Larenks Membranları

Larenks kıkırdak, membran ve kaslardan meydana gelir. Larenks; tirohyoid membran, kuadrangüler membran ve krikovokal (Konus Elastikus) membran olmak üzere üç membrandan oluşur.

Tirohyoid Membran: Periepiglottik boşluğun ön kısmını oluşturan bu membran hyoid kemik ile tiroid kıkırdak arasında yer alır. Ortada kalınlaşmış kısmına tirohyoid ligaman denir. Bilateral olarak membranı superior larengeal arter ve superior larengeal sinir deler. (17)

Kuadrangüler Membran: Besinlerin soluk borusuna kaçışını önleyen yaprak şeklindeki kapağın serbest kenarına tutunarak başlar ve bilateral arkaya doğru aritenoid kıkırdağın orta yüzüne kadar uzanır. Alt ve üst taraflarında iki adet serbest kenar bulunup üst tarafta bulunan serbest kenar ariepiglottik foldu, alt tarafta bulunan serbest kenar ise ventriküler foldu oluşturur. (18)

Krikovokal (Konus Elastikus) Membran: Tiroid laminadan içeri doğru geçerek önde tiroid laminanın ortasına, arkada ise aritenoidin vokal proçese tutunur. Üstte serbest bir kenarı bulunur ve bu kenar kalınlaşarak vokal ligamanı oluşturur. (19)

2.1.3. Larenks Kasları

Larenkste bulunan kaslar ektrinsik (dış) ve intrinsik (iç) olmak üzere iki gruba ayrılır. Dış kaslar larenksi dışarıdan sarar ve larenksin boyundaki yerleşimini değiştirirler. Görünümlelerinden dolayı şerit, kayış veya strap kas olarak adlandırılırlar. Hyoid üstünden olanlar çiğneme kası olup larenksin yukarı hareketini sağlarlar. Hyoid altında olanlar ise yardımcı solunum kasları olup aşağı hareketi sağlarlar. (20)

Ektrinsik Kaslar: Larenksin boyundaki yerini belirleyip çevre dokulara bağlar. Aynı zamanda strep kaslar olarak da adlandırılır. İntrinsik kaslar ile bağlantılıdır, bu kasların düzgün çalışabilmesi için ektrinsik kasların boyna fikse edilmiş olması gereklidir. Eksitrisik kaslar kendi içinde infrahyoit ve suprahyoit olmak üzere iki gruba ayrılır. Bu kaslar larenksin yukarı ve aşağı hareketini sağlar. İnfrahyoit ve suprahyoit kasların birlikte çalışması larenksin boyun bölgesine sabitlenmesini sağlar. (21)

İntrinsik Kaslar: Bu kaslarda işlevlerine göre 4 gruba ayrılır: Abdüktör kaslar, addüktör kaslar, lateral krikaritenoid kas ve ses kıvrımını geren kaslar. Abdüktör kasların kasılması ile glottis açılır, ses telleri birbirinden uzaklaşır ve gerginleşir. Addüktör kaslar ise ses tellerini birbirine yakınlştırır. Lateral krikaritenoid kaslar ise abdüktör kasların aksine kasılması ile glottis kapanır ve ses telleri birbirine yaklaşır gerginleşir. Ses

kıvrımını geren kaslar da kendi içinde oblik ve düz olmak üzere iki kısma ayrılır. Bu bölgenin kasılmasıyla ses telleri uzar ve gerilir. (21)

2.2. Larenks Fizyolojisi

Larenks larengofarenks ve trakeayı birbirine bağlar. Ergenlik sürecine kadar erkek ve kadınlarda larenksin boyutları arasında çok fark yoktur. Daha sonrasında erkeklerde larenks büyür ve 'Âdem Elması' nın öne çıkmasını sağlar. Erkeklerdeki kalın ses tonunu bu durum açıklar. (22)

Larenks ses üreminde yer alır. Bu yüzden ses kutusu olarak da bilinir. Sesin perde, rezonans ve ses yüksekliği özellikleri vardır. (22)

Ses perdesi, kordların uzunluk ve sıklığına bağlıdır. Daha kısa kordlar daha yüksek perdeli sesler üretir ve erkeklerde ergenlikte larenks büyüdükçe ses telleri de uzamaya başlar. Bu yüzden yetişkin erkek sesinin perdesi daha alçaktır.

Ses yüksekliği, ses tellerinin titreşim kuvvetine bağlıdır. Nefes verme ne kadar büyük olursa, vokal kordlar o kadar güçlü titreşir ve yayılan ses o kadar yüksek çıkar.

Sesin rezonansı veya tonu, ağız şekli, dil ve dudağın konumu, yüz kaslarına ve paranazal sinüslerdeki havaya bağlıdır. (22)

Konuşma da ses telleri tarafından üretilen sesler dil, yanaklar ve dudaklar tarafından güçlendirildiğinde üretilir.

Larenksin bir başka görevi alt solunumun yollarının korunmasıdır. Larenks sfinkter görevi alt solunum yollarının korunmasında önemlidir. Yutma sırasında larenks yukarı doğru hareket eder ve farenksten larenkse açılan açıklığı kapatır.

Bu durum yiyeceğin veya içeceğin soluk borusuna değil yemek borusuna geçmesini sağlar. Böylece akciğerlere yabancı cisim kaçmasını önler. (14)

Larenks yukarıda bulunan farenksi trakeaya bağlar böylece hava geçişi sağlanır. Burun yolu ile alınan hava larenksten geçerken nemlendirme, filtreleme ve ısıtma süreçleri devam eder. (22)

2.3. Larenks Kanseri

Larenksin herhangi bir bölgesinde oluşan kötü huylu tümörler larenks kanseri olarak bilinir. (24) Larenks kanserinin oluşumunda birçok etmen rol oynar. Sigara ve alkol tüketimi en riskli etmen olarak kabul edilmektedir. (23). Polisiklik aromatik hidrokarbon, toz gibi birçok çevresel etmen larenks kanserinin oluşumunda rol oynar. Larenks kanseri diğer kanser türlerinin %2,5'lik kısmını oluşturur. (23) . Erkeklerde kadınlara oranla daha

fazla olarak görülmekle beraber gelişmiş ülkelerde daha sık rastlanır. Larenks kanseri hayatta kalma oranı %60- %70 olmakla birlikte kadınlarda bu oran daha yüksektir. (14). 40 yaş üstü bireylerde daha çok görüldüğü belirlenmiş olup çocuklarda çok sık görülmediği saptanmıştır. (23)

2.4. Larenks Kanseri Tanı Yöntemleri

Larenks kanseri tanı koyulması için öncelikli olarak iyi bir fiziksel muayene gereklidir. Farenks, larenks ve ses tellerinin görsel olarak değerlendirilmesi fleksible endoskop ve indirekt laringoskop ile sağlanır. Larenkste şüpheli bir durum görülür ise anestezi altında direkt laringoskop ile larenks incelenir ve şüpheli alanlardan biyopsi alınır. (24)

Tümörün bölgesel yaygınlığını belirleyip tedavi seçeneklerine karar verebilmek amacıyla kontrastlı boyun bilgisayarlı tomografisi (BT) ve toraks BT ile batın ultrasonografisi (USG) yapılabilmektedir. BT larenks iskeletini, Manyetik Rezonans (MR) ise larenks ve boyun yumuşak dokularını incelemek için yapılan bir tanılama yöntemidir. Gerekli görülen durumlarda ise kemik sintigrafisi, beyin MR yapılabilir. PET (Pozitron Emisyon Tomografi) kesin olarak tanı konulamayan tümörler ile tedavi sonrası nüks ve metastatik durumları araştırmak amacı ile tercih edilirken pahalı bir yöntem olduğu için çok yaygın kullanılmıyor. (5)

2.5. Larenks Kanseri Evreleme

Gırtlak kanserinin en erken evresi, karsinoma in situ (CIS) olarak bilinen evre 0'dır. Diğer evreler; evre 1, evre 2, evre 3 ve evre 4 olarak adlandırılırken bazı evreler büyük harf ile A, B vb. olarak ayrılmıştır. Bu evrelendirme kuralına göre I'den IV'e kadar numaralandırılan evrelerde yüksek bir sayı, kanserin daha fazla yayıldığını ve daha önce gelen bir harf daha erken bir evrede olduğu anlamına gelir. Kanser olan her birey farklı deneyimler yaşar fakat benzer evrelerde kanserler benzer görünüme sahip olurlar ve neredeyse aynı şekilde tedavi edilir.

Larenks kanseri evrelemesinde Amerikan Kanser Ortak Komitesi (AJCC)'nin 3 temel bilgiye dayanan TNM sistemi en sık kullanılan sistemdir. Üç temel bilgi:

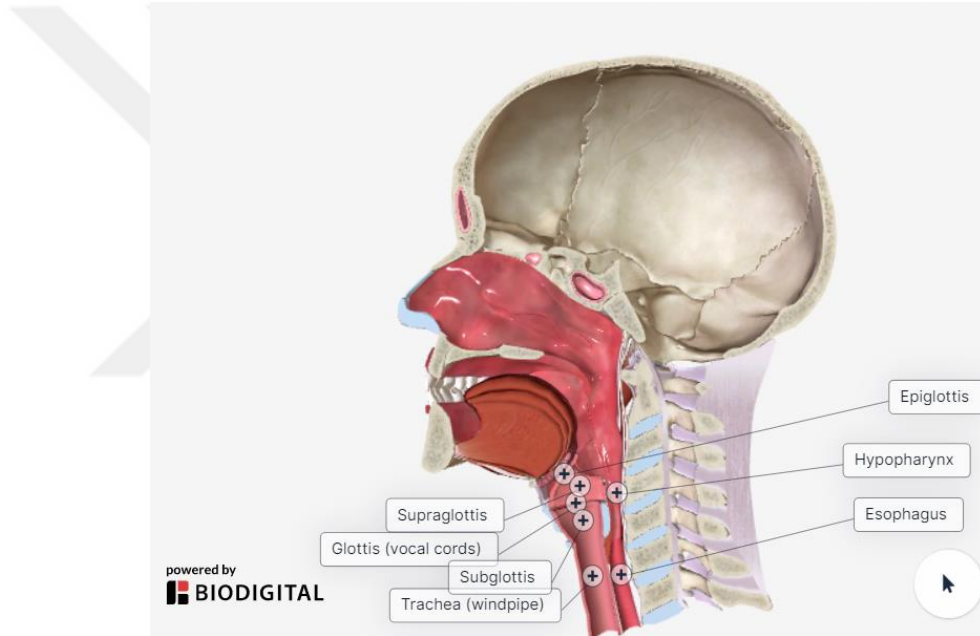
- **Ana Tümörün Yaygınlığı (T):** Tümör nerede? Gırtlak ve yakınındaki yapılara ne kadar yayılmıştır? Ses teli hareketini etkiledi mi?
- **Yakınındaki Lenf Nodlarına Yayılma (N):** Boyundaki lenf nodlarına yayıldı mı? Yayıldıysa kaç lenf düğümü bundan etkileniyor, kanserin başladığı yerle aynı tarafta mı ve ne kadar büyükler?

- **Uzak Bölgelere Yayılma (Metastaz, M):** Kanser vücudun uzak bölgelerine mi yayıldı? En yaygın metastaz bölgeleri akciğer, karaciğer veya kemiklerdir.

T, N ve M harfinden sonra gelen rakamlar veya harfler, kanser hakkında daha fazla bilgi ve ayrıntı verir. Yüksek rakamlar kanserin daha ileri düzeyde olduğu anlamına gelir. Kanserde T, N ve M kategorileri belirlendikten sonra genel bir evre belirlemesi için evre gruplaması denilen bir süreçte toplanır.

- Supraglottis (ses telleri üzerinde bulunan yer)
- Glottis (ses tellerini bulunduran yer)
- Subglottis (ses tellerinin altında bulunan yer)

AJCC tarafından açıklanan sistem Ocak 2018'den itibaren geçerli olan en güncel sistemdir. (25)



Şekil. 2. Larenksin konumlanması

2.5.1. Supraglottik Larenks Kanseri Evreleri

AJCC supraglottik kanser evrelerini evre 0, 1, 2, 3, 4A, 4B ve 4C olarak gruplamıştır. T, N, M gruplaması yapılır. Evre 0'da (Tis, N0, M0) tümör derinleşmemiştir ve yayılım yoktur. Evre 1'de (T1, N0, M0) derinleşmiştir ancak ses telleri normal hareket eder ve yayılım olmamıştır. Evre 2'de (T2, N0, M0) kanser derinleşmiş olup vokal kordlar normal hareket eder, yayılım yine olmamıştır. Evre 3'te (T3, N0, M0 veya T1 den T3e, N1, M0) kanser hala vücuda yayılmamıştır, kanser sadece larenkstedir ancak vokal kordların hareketi durmuştur veya Kanser gırtlakın hemen dışındaki yapılara yayılmış olabilir de olmayabilir de ve bir vokal kordu etkilemiş olabilir/olmayabilir aynı zamanda tek bir lenf noduna yayılma olmuştur. Evre 4A (T4a, N0 ya da N1, M0/T1-T4a, N2, M0) ve 4B'de (T4b, Rastgele bir N, M0/Rastgele bir T, N3, M0) kanser gırtlak dışına büyümüş olup lenf nodlarına yayılım yapmıştır. Vücudun diğer bölgelerine yayılım olmamıştır. Evre 4C'de (Rastgele bir T, Rastgele bir N, M1) kanser larenks dışındaki alana büyümüş olabileceken ses tellerini de etkileyebilir. Aynı zamanda hem lenf nodlarına hem de uzak bölgelere yayılmıştır.

(25)

2.5.2. Glottik Larenks Kanseri Evreleri

Glottik gırtlak kanserinde yine AJCC T, N, M gruplaması kullanmıştır. Evreler 1, 2, 3, 4A, 4B ve 4C olarak ayrılır. Evre 0 (Tis, N0, M0) da kanser supraglottikte olduğu gibi derine inmemiş olup lenf nodlarına ve vücuda yayılım olmamıştır. Evre 1'de (T1, N0, M0) kanser derinleşmiştir fakat sadece vokal kaordlardadır. Ses telleri normal hareket eder. Yayılım olmamıştır. Evre 2 (T2, N0, M0) de kanser büyümüştür ve vokal kordların hareketini kısıtlamıştır. Yayılım olmamıştır. Evre 3 (T3, N0, M0/T1 de T3 e, N1, M0)'de kanser ya sadece gırtlaktadır ve vokal kordların hareketini durdurmuştur ya da gırtlakın hemen yanındaki dokulara büyümüştür ve bir ses telini etkilemiştir. Vücudun uzak bölgesine yayılım yoktur ancak lenf düğümüne yayılmamıştır ya da çapı 3 cm'i geçmeyen bir lenf noduna yayılmıştır. Evre 4a, 4b ve 4c'nin gruplaması supraglottik kanserinkiyle aynı olup kanser büyümüştür ve yayılım yapmış olabilir. (25)

2.5.3. Subglottik Larenks Kanseri Evreleri

Subglottik kanser evrelendirmesi ve evre gruplaması glottik ve supraglottik kanserler ile benzerdir. Subglottik kanserde de evre 0, 1, 2, 3, 4A, 4B ve 4C olarak evrelendirilir ve gruplaması ona uygun olarak yapılmıştır. (25)

2.6. Larenks Kanseri Tedavi Yöntemleri

Larenks kanseri tedavisinin amacı kanserli hücreleri temizleyip kişinin dış görünüşünü koruyarak daha kaliteli bir yaşam sunmaktır. En sık kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi yöntemleri kullanılır. Cerrahi tedavi parsiyel larenjektomi (PL) ve total larenjektomi (TL) olmak üzere ikiye ayrılır. Tedavi yöntemleri belirlenirken hastanın yaşı, cinsiyeti, tümörün evresi ve nerede olduğu, hastanın tercihi, genel sağlık durumu ve şartlarının hangi tedaviye uygun olduğu dikkate alınır. (7).

2.6.1. Kemoterapi

Kemoterapi tek başına geride doku hasarı bırakmayacak bir tedavi yöntemi değildir. Öncelikli olarak kullanılıyorsa palyatif dönemde yaşam kalitesini artırmak ve semptomları azaltmak amacıyla metastatik durumlarda kullanılabilir. En sık kullanılan kemoterapi sisplatin ve 5-fluorourasil (5-FU) ileri evre larenks kanserinde kullanılır. Kemoterapi radyoterapi ile artarda veya birlikte uygulandığında ameliyat olamayan hastalarda lokal kontrol oranlarını artırdığı gözlenmiştir. (26)

2.6.2. Radyoterapi

Larenks kanserinde kordun soyulup tedavi edilmesi durumunda metastaz durumları sık görülüyor aynı zamanda da tekrarlanan bu işlemde kordun deformasyonu görülür. Bu sebeple radyoterapi erken evrede kaliteli ses sağlaması açısından daha çok tercih edilir. Lokal ileri evre glottik kanserlerde çoğunlukla larenjektomi sonrası uygulanır. Aynı şekilde subglottik tümörlerde uygun hastalarda cerrahi tedavi ve sonrasında radyoterapi öneriliyor. (26)

2.6.3. Parsiyel Larenjektomi (PL)

Larenksin kanserli bölgesinin çıkarılmasıdır.

4 tipi vardır:

Tablo 2.6.3.1. Parsiyel Larenjektomi Çeşitleri

1) Supraglottik Larenjektomi:	T1, T2 ve bazı bazı T3 supraglottik tümörlerde tercih edilir. %90 oranında ses ve yutma işlevine zarar gelmez.
2) Vertikal Parsiyel Larenjektomi:	T1 ve T2 tümörlerinde uygulanabilir. Tümörün aritenoid ve vokal foldlara yayılmadığı durumlarda uygulanıyor olup %90 oranında yutma ve konuşma fonksiyonları korunur.
3) Totale Yakın Parsiyel Larenjektomi:	Vertikal ve supraglottik parsiyel larenjektominin kombinasyonu denebilir. T2 ve T3 tümörlerde önerilir. Bu cerrahi yöntem uygulanan hastalarda yutma fonksiyonlarının korunduğu ancak kanülasyonun mümkün olmadığı durumlarda zayıf bir sese sahip oldukları belirlenmiştir. Çok yaygın kullanılmamaktadır.
4) Suprakrikoid Parsiyel Larenjektomi:	T1, T2 ve bazı T3 tümörleri bulunan hastalarda uygulanıyor olup iki vokal foldu ve tiroid kıkırdağı kapsar. Çoğu hastada yutma fonksiyonları korunur.

(14).

2.6.4. Total Larenjektomi (TL)

İleri evre larenks kanserlerinde uygulanan total larenjektomi, larenksin tamamı, hyoid kemik, üst trakeal halkalar ve prelarengeal kasların çıkarıldığı cerrahi yöntemdir (27). TL' den sonra trakea ile ağız arasında bağlantı olmadığından ses oluşturma yapılamaz ve nefes almak için kalıcı trakeostomi açılır. Burundan nefes alma yapılamadığı için tat duyusu da kaybolur. TL'nin bazı endikasyonları olabilir:

- Vokal kord fiksasyonu interaritenoid ve ekstralarengeal yayılım yapan tümörler,

- Aşırı subglottik yayılım
- Parsiyel larenjektomi veya radyoterapi sonrası rekürrens gösteren tümörler
- Akciğer fonksiyonlarının parsiyel larenjektomiye izin vermeyen durumlardır (7).

İleri evre larenks kanseri cerrahisinde boyun diseksiyonu uygulanır. N0 ve N1 boyunlara selektif, N2 ve N3 boyunlara radikal boyun diseksiyonu uygulanır. (27).

2.6.5. Boyun Diseksiyonu

Boyun diseksiyonu, boynun derin fasyasının yüzeysel ve derin katları arasındaki lenf dokularının kanserli olup olmadığını anlamak için yapılan cerrahi yöntemdir. Boyun diseksiyonu N+ bölgelerinde teröpatik, N0 olgularda profilaktik amaçla uygulanır. Hipofarinks ve larenks kanserleri genellikle bölge 2,3 ve 4'e metastaz yapar. Boyun lenf nodu bölgeleri için AJCC standart bir sistem geliştirildi.

Bölge I: Submental ve submandibüler lenf nodlarını içeren bölgedir.

Bölge II: Kafa tabanından hyoid kemiğe kadar olan alandır. Üst juguler lenf nodlarını kapsar.

Bölge III: Orta juguler lenf nodlarını içeriye olup hyoid kemikten krikoid kıkırdağın alt seviyesine kadar olan kısımdır.

Bölge IV: Alt juguler lenf nodlarını içeriye olup krioidin alt kısmından klavikulaya kadar olan alanı kapsar.

Bölge V: II, III ve IV. Bölgelerin sınırları dikkate alınıp alt, üst ve orta kısım olarak ayrılır. Spinal aksesuar ile transvers servikal lenf nodlarını içerir.

Bölge VI: Prelarengeal, paratrakeal ve pretrakeal lenf nodlarını içerir.

American Academy of Otolaryngology Head Neck Surgery (AAO-HNS) 2008'de boyun diseksiyonu sınıflandırmasının son halini yayınlamıştır. (11).

Tablo 2.6.5. Boyun Diseksiyonu Çeşitleri

Radikal Boyun Diseksiyonu	Bölge I ve V'de bulunan lenf nodlarını, sternokleidomasteid kası, internal juguler ven ve 11. siniri içerir.
Modifiye Radikal Boyun Diseksiyonu	Sternokleidomasteid kas, 11. sinir ve internal juguler ven'in korunup I ve V. Bölgenin diseksiyonudur.
Selektif Boyun Diseksiyonu	Bir veya daha fazla bölgenin korunarak yapıldığı boyun diseksiyonudur.
Genişletilmiş Boyun Diseksiyonu	Superior mediastinal, parafaringeal retrofaringeal, periparotid, postauriküler, suboksipital ve buksinatör gibi lenf nodları veya radikal lenf nodu diseksiyonuna dahil edilmeyen kas, damar ve sinirlerin diseksiyona eklenmesidir.

2.7. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi ilk olarak 1960 yılında “On the Quantity and Quality of Life” makalesinde Long tarafından terim olarak kullanılmıştır. Zaman içerisinde insan haklarında yaşanan gelişmeler ile birlikte yaşam kalitesi evrensel bir hedef haline gelmiş olup evrensel hedef olmasının sebebi ise 1970 yılında Maslow’un 5 maddeden oluşan ihtiyaçları hiyerarşisiyle açıklanabilir. Bu başlıklar; Fiziksel, güvenlik, sosyal, saygı görme ve kişisel ilgileri ortaya koyma gereksinimi olarak sınıflandırılmıştır. DSÖ yaşam kalitesini ‘kişinin kendi amaçlarına, beklentilerine, standartlarına ve çıkarlarına göre bir kültür ve değer sisteminde kendi yaşamını algılaması’ olarak tanımlamıştır (27). Hayat kalitesi objektif ve subjektif olarak adlandırılan iki başlık altında incelenir. Objektif olarak gelir, eğitim, meslek, sağlık, yaşama çevresi gibi; subjektif olarak ise sahip olduğu imkanlardan duyduğu tatmin ve doyumdur. Yaşam Kalitesi üzerinde etkili olan göstergeler medeni hal, eğitim durumu, gelir, sağlık, sosyal destek, yaş, cinsiyet yaşam alanı ve özellikleri, iş hayatı ve boş zaman aktiviteleri olarak sınıflandırılabilir (28).

2.7.1. Larenjektominin Yaşam Kalitesine Etkisi

Larenks kanseri cerrahisi sonrası meydana gelen yaşamı etkileyen bazı fonksiyonların kaybedilmesi gibi sebeplerden dolayı larenjektominin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. (14)

Bunlardan birisi de konuşma kaybıdır. Konuşma kaybını özofageal konuşma, elektrofarenks ve ses protezi gibi yöntemler kullanılarak yerine getirilmeye çalışılır. Trakea-bronş ve özofagus arasına trakeaözofageal (TÖF) konuşma yöntemi nefes borusu ile özofagus arasına yerleştirilen bir protez ile sağlandığı için daha çok tercih edilmektedir. (14)

Bir başka etkisi total larenjektomilerde açılan kalıcı trakeostomidir. Artık burundan nefes alınmayıp trakeostomiden nefes alınmaya başlanır. Alınan hava daha kuru ve soğuk olur. Öksürük, fazla sekresyon üretimi ve nefes darlığı gibi problemler yaşatabilir. Aynı zamanda trakeostomi etrafında ısı artışı, enfeksiyon olmaması adına günlük bakımının yapılması, temiz ve kuru tutulması önemlidir. Aynı zamanda trakeostomisi olan hastalar aspirasyon riski açısından yüzme sporunu yapamazlar. (14)

Hastaların cerrahi sonrası tat ve koku duyularında da değişiklik olur. Tat alma duyusu kaybolabilir. Kalıcı trakeostomisi olan hastaların koku duyusu da zayıflar. Bu durumda zehirli gazların solunması halinde anlamazlar. Aynı zamanda radyoterapi alan hastalarda ağız kuruluğu ve yutma güçlüğü görülebilir. (14)

Larenjektomi sonrası ses sorunları, yutma sorunları, depresyon ve anksiyete sağlık ile ilgili yaşam kalitesini etkileyen sorunlardır. Hastaları ve yakınlarını verilen sürekli hemşirelik bakımlarına dahil etmek motive eder. (31) Hastaların kendi bakımlarına katılması hastalıklarına uyumlarının artacağını düşündürmektedir.

2.7.2. Larenjektomi Olmuş Hastalara Yaşam Kalitesini Artırmaya Yönelik Yapılan Hemşirelik Girişimleri

Larenks kanseri tanısı almış olup cerrahi tedavi gören hastalar ameliyat sonrası yaşam kalitelerinde bir takım olumsuz durumlar yaşayabilir. Geçirilen ameliyatın türüne göre yaşanan zorluklarda farklılık gösterecektir. Ameliyat sonrası hasta ile en fazla zaman geçiren kişilerden biri hemşirelerdir. Bu durumda hastaya uygulanan hemşirelik girişim ve yaklaşımları hastanın psikolojik, sosyal, fizyolojik durumlarını önemli derecede etkiler. Bu durumda iyi bir hemşirelik eğitime sahip olmak önem arz etmektedir. Eğitim düzeyi yüksek bir hemşirenin hastaya verdiği eğitim de daha kaliteli olacaktır. (30) Sağlıklı birey yaklaşımının benimsenmesi ile beraber hasta eğitimi bir gereksinim olmuştur. Bu doğrultuda Fırat 2016 yılında hastalara verilen eğitimin öz bakım gücüne etkisini incelemiştir, araştırma sonucunda ise verilen eğitimin her eğitim düzeyinde etkili olduğu ve hastaların eğitim düzeylerinin öz bakım gücünü artırdığı sonucuna varılmıştır. (7) Aynı zamanda Kamber 1989'da yaptığı çalışmada Larenjektomi ameliyatı olmuş hastaların cerrahi sonrası bakımlarına yönelik hemşirelerin bilgi düzeylerini incelemiştir. Bu araştırma sonucunda hemşirelerin bilgi düzeylerinin ve deneyimlerinin yüksek olması hasta bakımlarına olumlu yönde katkı sağladığı saptanmıştır. (29)

Total larenjektomi sonrası hastaların yutma refleksi oldukça azalır. Ameliyatın ilk 10 günü enteral beslenme yöntemi tercih edilir. Enteral beslenmenin ilk günü kalori hesabının iyi yapılması. Mama verilmeden önce mide içeriğinin kontrolü, yemek öncesi ve sonrası su vermek önemlidir. Bu hesaplamaların doğru yapıp uygun saatlerde hastaya verilmesi hemşirenin görevidir. Hemşireler bu girişimi doğru şekilde uygularlarsa kabızlık, şişkinlik kolik ağrısı gibi sorunlar hastalarda yaşanmayacaktır. Bu doğrultu da Teke 1991 yılında larenjektomi sonrası beslenme sorunlarına yönelik hemşirelik yaklaşımlarını konu alan bir tez yayımlamıştır. Çalışma sonucunda hastaların hemşirelik bakımı ve hemşirelik eğitiminin hasta bakımı üzerinde olumlu etkilerinin olduğu saptanmıştır. (30) Ameliyat sonrası hastalarda ses kaybı da yaşanabilmektedir. Hastalar ameliyat sonrası dertlerini anlatabilmek için çok çaba sarf ederler. Bu çabaların karşılıksız kalması durumunda anksiyete düzeyleri artar. Bu konunun önemini vurgulamak için Ertürk 2013 yılında parsiyel larenjektomi olan hastaları iletişim açısından değerlendirmiştir. (9) Sonuç olarak ameliyat sonrası hastaya uygulanacak hemşirelik girişimleri ve yaklaşımları hastanın tedavi seyrini önemli derecede etkiler. Hastalara verilen hemşirelik bakımını zorlaştıran bir diğer konu ise hastaların sahip olduğu hastalıklar ile beraber larenks kanseri tedavisi görmesi ve olumsuz duygular içermesi

iyileşme süresini uzatmakla beraber bakımı da zorlaştırır. (31) Zheng et al. 2020 de yaptığı çalışmada yaşlı hastaları hedef alan egzersiz ve eğitim programını ele almıştır. Buna göre hastalara sosyal, psikolojik, ailevi, kişisel ve başka sağlıksız davranışlara yönelik rehberlik ederek sağlıklı yaşam biçimi davranışı oluşturmaya teşvik edilir (33).

2.8. Hastalığa Uyum

Uyum, iç ve çevresel değişkenlik gösteren koşullarla başa çıkabilme yeteneği olup kişinin günlük hayatının istekleri ve zorluklarıyla uğraştığı veya bunları kontrol etmek için çabaladığı psikolojik bir süreçtir. (34) Kişiler çevrenin değişimini kabul ettikten sonra uyum sağlamaya başlar ve hemşirenin uyum sürecindeki değişkenleri anlaması uyum sağlamaya yönelik müdahaleleri daha etkili olur. (35) Hastanın hastalığa uyumu hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçasıdır. Sonuç olarak hastalığa uyum, bireyin ihtiyaçlarını karşılayacak yeteneğinin korunmasına, stresli olaylarda yaşam biçimi değişmesine, memnuniyetinin artmasına ve bunun sonucunda fizyolojik, sosyal, psikolojik açıdan yaşam kalitesinin artmasına neden olur. Bu sebeple hastaları kendi bakımlarına dahil ederek uyum süreçlerini destekleyici olunmalıdır. (34) Literatürde hastalığa uyum ile ilgili çalışmalara bakıldığında Topbaş ve ark. 2017 yılında diyaliz hastalarının hastalığa uyumları için gereken hemşirelik girişimlerini derlemiştir ve bu derleme sonucunda belirlenen girişimler;

- Hemşirenin aktaracağı bilgi konusunda yetkin ve bilgili olması gerektiği,
- Sözlü veya sözsüz iletişimde beden diline önem vermesi gerektiği,
- Yargılayıcı olmaması gerektiği,
- Hastanın kendini ifade edebilmesi için açık uçlu sorular sorulabileceği,
- Hastanın var ise herhangi bir duyu kaybının göz önünde bulundurulması gerektiği,
- Hastaya bilgi verilmeden önce hastayla ilgili her şeyi bilmek gerektiği,
- Hastanın eğitim ihtiyaçlarını belirleyerek eğitim planlanması gerektiği ve hastanın eğitim sonrası kendisiyle alakalı kararlara aktif katılımının sağlanması gerektiği,
- Hastanın baş etme yöntemleri öğrenilip gerektiğinde destek alması için yönlendirilmesi gerektiği

Olarak belirlenmiştir. (36) Bu girişimlere bakıldığında hastalık fark etmeksizin hastaların hastalığa uyumunu sağlamak için belirlenen girişimlerin her hastalıkta uygulanabileceği düşünülmektedir. Aynı şekilde Kaçmaz 2003 yılında fiziksel hastalığa uyum güçlüğü yaşayan hastalarla bir çalışma yapmıştır. Çalışmada hastaların hastalığa verdiği

psikososyal tepkileri inkâr, belirsizlik, gerileme, birine bağımlı olmak veya bağımsız hareket etme isteği, kaygı, öfke, reddetme, güçsüzlük, yetersizlik, yalnızlık, umutsuzluk, yas ve rahatlama olarak sınıflandırmış olup hemşirelik girişimleri için ise hastaların iyi tanınması, sorunun tanımlanıp müdahalenin ona göre yapılmasından bahsetmiştir. Bunun sonucunda işlevsel bir model geliştirmiştir. (37) Lin et al. 2020 yılında yaptığı enteral beslenme ile ilgili çalışmasında günlük rutin hemşirelik bakımı için hastaların saat başı takip edilip durumlarının gözlemlenmesi, hayati bulgu takibi yapılması ve yara yerinin kontrol edilip sterilliğinin sağlanması başlıklarını ele almıştır. Beslenme desteği içinse hemşirelik girişimlerini enteral beslenmenin ilk günüyle başlamadan önce retansiyon oluşmaması adına infüzyon hızını 25 ml/saatte göndermeye dikkat etmeye, hasta rahat gözüktüyorsa 30-60 ml/saatte çıkarmaya, besinlerin sıcaklığına dikkat edilmesi gerektiğine ve kusmaları engellemek için yarı oturur pozisyonda olunmasına dikkat edilmesi gerektiğine ayrıca 4 saatte bir enteral yol ile su verilmesi gerektiğine değinmiştir. (38) Sonuç olarak literatür incelendiğinde hastaların uyum ve iyileşme sürecinin artırılması için sürekli hemşirelik bakımının ve girişimlerinin çok önemli olduğu söylenebilir. (31,33)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma yarı deneysel desende ön test-son test tasarımı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma larenks kanseri tanısı almış olup cerrahi tedavi gören hastalara uygulanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Haziran 2022 ve Haziran 2023 tarihleri arasında, İstanbul ilindeki özel bir vakıf üniversite hastanesinde ve kbb profesörü olan bir doktora ait özel bir muayenehanede gerçekleştirilmiştir. Özel Vakıf Hastanesi'nde kulak burun boğaz polikliniğine başvuran hastalar cerrahi sonrası genel cerrahi servisinde bakımlarını alıyorlardır. Karma cerrahi servisinde çalışan hemşireler değişkenlik gösteriyor olup gece vardiyasında en fazla 3, gündüz vardiyasında 4 hemşire bulunmaktadır. Kulak burun boğaz polikliniğinde düzenli çalışan bir hemşire bulunmamakta olup hekim destek istediğinde hekimi asiste etmek için bulunuyordu. Özel klinikte ise toplam 3 hekim, 1 hemşire ve 2 doktorun asistanlığını yapan personel bulunmaktadır. Ameliyatlar anlaşmalı hastanelerde yapılıyor olup klinikte ameliyat görüşmeleri ve kontrol muayeneleri yapılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, çalışmanın yapıldığı kurumlara başvuran 40 yaş üstü larenks kanseri tanısı almış olup cerrahi tedavi geçiren hastalar oluşturmaktadır. Örneklem seçimi yapılmadan dahil edilme kriterlerini karşılayan tüm hastalar örneklem alınmıştır. Hastaneye ve kliniğe son 6 ayda başvuran larenks kanseri hasta sayısı 80'dir, hastaların şehir dışında yaşamaları sebebi ile kontrole gelememişlerdir. Örneklem dahil edilen hastaların %42,5'i ile çalışma sonlandırılmıştır. Veri toplama sürecinde 34 hastaya ulaşılmıştır. Veri toplama süreci 3 ay sürmüştür.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Türkçe okuma-yazma bilen
- En az ilkokul mezunu olan
- 40 yaş üstü olmak
- Larenks kanseri tanısı almış olan
- Parsiyel veya total larenjektomi geçirmiş olan
- Başka kanser tedavisi almayan
- Yaşam kalitesi ve sosyal uyum ile ilgili başka araştırmaya katılmayan
- Araştırmaya katılmayı yazılı ve sözlü kabul eden hastalar dahil edilmiştir.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Türkçe okuma yazma bilmeyen
- En az ilkokul mezunu olmayan
- 40 yaşından küçük olma
- Larenks kanseri tanısı almayan veya başka kanser tanısı almış
- Araştırmaya katılmayı yazılı ve sözlü olarak kabul etmeyen hastalar dahil edilmemiştir.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Bağımlı Değişken: Yaşam kalitesi ve hastalığa uyum düzeyleri.

3.6.2. Bağımsız Değişken: Sosyodemografik özellikler ve hastalığa uyum kitapçığı

3.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak için, Sosyodemografik özellikler formu, Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Anket formu ve Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme (SUKDÖ) Anket Formu kullanılmıştır.

3.7.1 Sosyodemaografik Özellikler Formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen form yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hal, aynı evde yaşadığı kişi sayısını, sigara ve alkol kullanım durum ve geçirdiği ameliyat türünü içeren 11 sorudan oluşmaktadır. (5, 7, 11)

3.7.2. Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Ölçeği

4 versiyonu bulunan ölçeğin 4. Versiyonu Rogers ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirliği ispatlanarak literatüre tanımlanmıştır. Versiyon 4'teki 12 madde hastaların 'ağrı, aktivite, eğlence, görünüş, yutma, çiğneme, konuşma, omuz, tat, tükürük, ruh hali ve endişe' gibi durumlarını sorgulamaktadır. Skor lamasında 12 maddenin her birinin cevapları 0'dan(en kötü yaşam kalitesi) 100'e (en iyi yaşam kalitesi) kadar puanlanır.

-3 şıklı maddelerde skorlar: 0, 50, 100

-4 şıklı maddelerde skorlar: 0, 33, 67, 100

-5 şıklı maddelerde skorlar: 0, 25, 50, 75, 100 olarak verilmektedir.

Bileşik skor bu 12 maddenin puan ortalamaları alınarak elde edilir. Daha yüksek skor daha iyi yaşam kalitesini göstermektedir. Ayrıca anket formu hastalara 3 ayrı genel soru da yöneltilmektedir. Bu sorularda en kötüden en iyiye doğru 0'dan 100'e kadar puanlanır ve

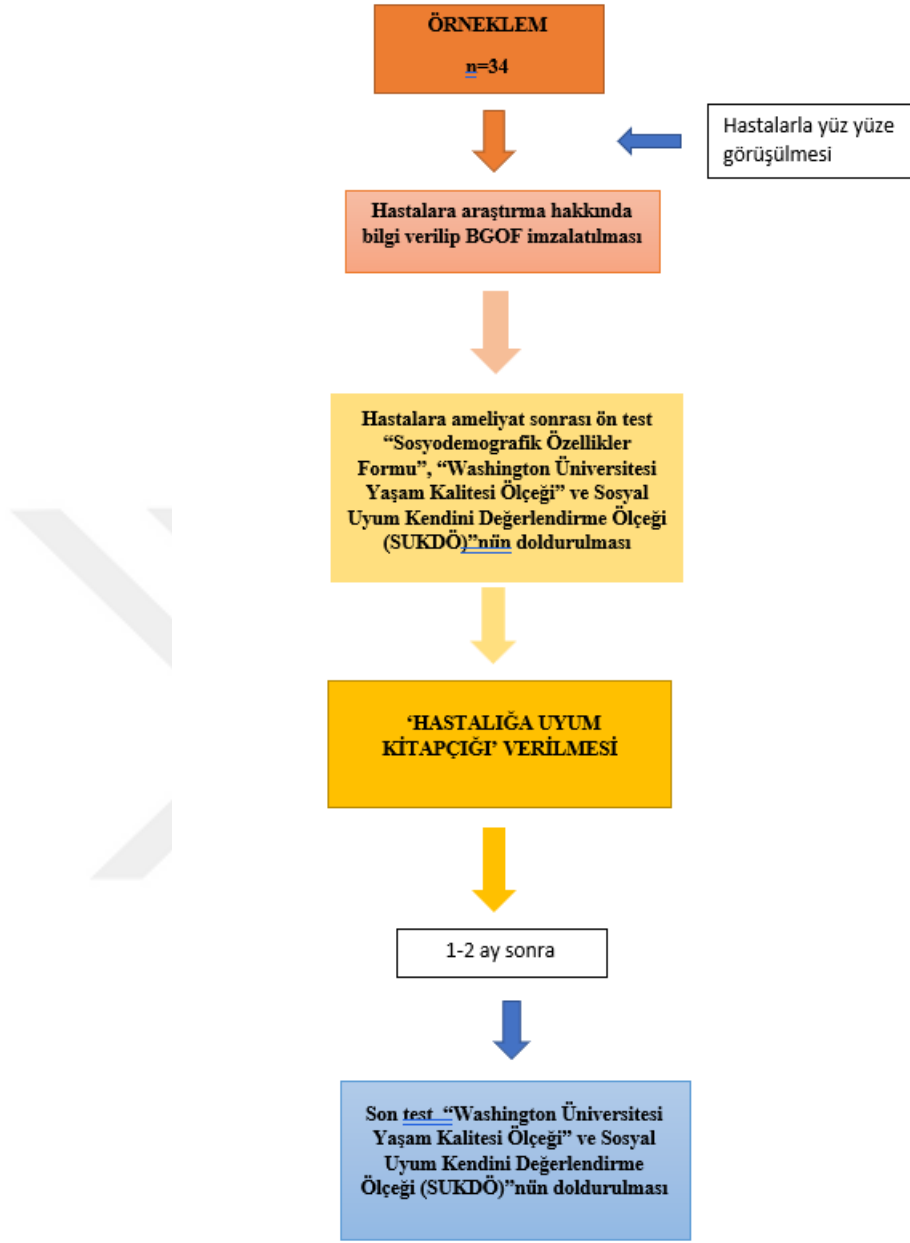
skor hesaplamasına katılmayıp kendi içinde ayrı değerlendirilir. Anket formunun Türkçe güvenilirlik çalışması 'Cronbach's Alpha' katsayısı kullanılarak yapılmış ve Cronbach Alpha katsayısı 0,757 olarak belirlenmiştir. Anket formunun Türkçe güvenilirlik çalışması Dr. Hilmi Alper Şenkal tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Bu araştırmada Yaşam kalitesi ölçeğinin güvenilirliği Cronbach's Alpha=0,822 olarak yüksek bulunmuştur.

3.7.3. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ)

Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği, 21 maddeli kendini değerlendirme ölçeğidir ve sosyal işlevselliğin 4 alanını (iş, boş vakit, aile ve çevreyi düzene koyma ve onunla baş etme yeteneği) sorgulamaktadır. Bosc ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2008 yılında Dr. Cengiz Akkaya ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Güvenirlik analizinde ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach Alpha değeri ile hesaplanmıştır. Cronbach Alpha değeri tüm grup değerlendirildiğinde 0.90, yalnızca depresyon grubu değerlendirildiğinde 0.87 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırmada Sosyal uyum kendini değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği Cronbach's Alpha=0,806 olarak yüksek bulunmuştur.

3.8. Araştırmanın Süreci

Araştırmacı, araştırmaya dahil edilen bütün hastalara kendini tanıttıktan sonra araştırmanın içeriği ve amacı hakkında bilgi verilmiştir. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formundaki (BGOF) bilgiler hastalara açıklanmış ve çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyen hastalara imzalatmıştır. Her hastaya ameliyat sonrası 'Sosyodemografik Özellikler Formu, Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Ölçeği ve SUKDÖ' yi içeren 7 sayfalık anket formu ile ön test uygulanmıştır. Sonrasında hastalara 'Hastalığa Uyum Kitapçığı' verilmiştir. Kitapçık verilirken hastalara içeriği hakkında bilgi verilmiş olup son test çözümünde alınan geri bildirimler sonucu kitapçığın okunduğu anlaşılmıştır. Kitapçıkta gırtlak kanseri, tedavi yöntemleri ve sonrasında yaşanabilecek sorunlar, beslenme, konuşma, iletişim ve düşünme gibi konular içermektedir. Herkesin anlayabileceği dilde resimler ile anlatımı güçlendirilen kitapçık için alanında uzman 5 akademisyen hemşirede görüş alınmıştır. (Ek-5) Kitapçık verilen hastalar bir veya iki ay sonra doktor tarafından belirlenmiş tarihlerdeki kontrollerinde tekrar görülüp son testleri uygulanmıştır. Toplanan veriler araştırmacıya ait bilgisayarda SPSS formatında kayıt altına alınmıştır.



Şekil 3. Araştırmanı Süreci

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan çalışanların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir.

Tablo 3.9.1. Normal Dağılım

	Kurtosis	Skewness
Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ön test	-,794	-,213
Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Son test	,712	,440
Yaşam Kalitesi Ön test	,674	-,740
Yaşam Kalitesi Son test	-,167	-,610

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (43), +2.0 ile -2.0 (44) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır. Ön test ölçümlerine göre son test ölçümlerindeki değişim bağımlı gruplar t-testi ile analiz edilmiştir.

Çalışanların ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon ve lineer regresyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Korelasyon katsayıları (r) 0,00-0,25 çok zayıf; 0,26-0,49 zayıf; 0,50-0,69 orta; 0,70-0,89 yüksek; 0,90-1,00 çok yüksek olarak değerlendirilmiştir (45).

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

- Yeditepe Üniversitesi Koşuyolu Hastanesi başhekimliği ve Prof. Dr. Günter Hafız kliniğinden kurum izni alınmıştır.
- Araştırmaya katılmayı sözlü olarak kabul edenlere ‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu’ imzalatılarak yazılı onayları alınmıştır (Ek-1).
- ‘Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Anket Formu’ kullanımı için Dr. Hilmi Alper Şenkal’dan e-mail yoluyla ölçek kullanım izni alınmıştır (Ek-2).

- SUKDÖ araştırma kullanımı için Dr. Cengiz Akkaya'dan e-mail yoluyla ölçek kullanım izni alınmıştır (Ek-3)
- Araştırmaya başlamadan önce Yeditepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan etik kurul onayı alınmıştır. (Başvuru no: 202208Y0284 Tarih: 09.09.2022) (Ek-4)

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma özel bir doktor ve özel bir vakıf hastanesinde gerçekleştirilmesi ve diğer kanserlere göre daha az yaygın olan bir kanser türü olması sebebiyle istenilen örneklem sayısına ulaşamamıştır. Araştırma ile ilgili sınırlı sayıda literatür kaynağı bulunmaktadır. Post operatif süreçte ön testi dolduran bazı hastaların şehir dışında yaşamaları sebebi ile kontrollere gelmemelerinden dolayı son testleri dolduramadıkları için araştırmaya dahil edilememişlerdir.

4. BULGULAR

Araştırma, özel bir vakıf hastanesi ve özel bir kliniğe başvuran larenks kanseri tşhisi konup cerrahi tedavi gören ve araştırmaya katılmayı yazılı ve sözlü olarak kabul eden 34 hasta ile gerçekleştirilmiştir.

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Hastalar cinsiyete göre 5'i (%14,7) kadın, 29'u (%85,3) erkek olarak dağılmakta olup yaş ortalaması 60,5 olarak hesaplanmıştır. Hastalar eğitim durumuna göre 7'si (%20,6) ilkokul, 8'i (%23,5) ortaokul, 13'ü (%38,2) lise, 6'sı (%17,6) üniversite olarak dağılmaktadır. Hastalar medeni duruma göre 29'u (%85,3) evli, 5'i (%14,7) bekar olarak dağılmaktadır. Hastalar aynı evin paylaşıldığı kişi sayısı göre 30'u (%88,2) 1-4, 3'ü (%8,8) 5-8, 1'i (%2,9) 8 üzeri olarak dağılmaktadır. Hastalar sigara kullanma durumuna göre 2'si (%5,9) evet, 2'si (%5,9) hayır, 30'u (%88,2) bıraktım olarak dağılmaktadır. Hastalar bırakıldıysa sigara içme süresi göre 1'i (%3,3) 1-5 yıl, 4'ü (%13,3) 6-10 yıl, 6'sı (%20,0) 11-20 yıl, 19'u (%63,3) 21-30 yıl olarak dağılmaktadır. Hastalar alkol kullanma durumuna göre 11'i (%32,4) evet, 23'ü (%67,6) hayır olarak dağılmaktadır. Hastalar alkol kullanma sıklığına göre 1'i (%9,1) her gün, 2'si (%18,2) haftada 1-2 kez, 1'i (%9,1) 2-3 haftada bir, 7'si (%63,6) 2-3 ayda bir olarak dağılmaktadır. Hastalar geçirilen ameliyat göre 19'u (%55,9) parsiyel larenjektomi, 15'i (%44,1) total larenjektomi olarak dağılmaktadır. (Tablo 4.1.1)

Tablo 4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	5	14,7
Erkek	29	85,3
Eğitim Durumu		
İlkokul	7	20,6
Ortaokul	8	23,5
Lise	13	38,2
Üniversite	6	17,6
Medeni Durum		

Evli	29	85,3
Bekar	5	14,7
Aynı Evin Paylaşıldığı Kişi Sayısı		
1-4	30	88,2
5-8	3	8,8
8 Üzeri	1	2,9
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	2	5,9
Hayır	2	5,9
Bıraktım	30	88,2
Sigara İçenlerde Günde Kaç Sigara İçildiği		
1-20	2	100
Bırakıldıysa Sigara İçme Süresi		
1-5 Yıl	1	3,3
6-10 Yıl	4	13,3
11-20 Yıl	6	20,0
21-30 Yıl	19	63,3
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	11	32,4
Hayır	23	67,6
Alkol Kullanma Sıklığı		
Her Gün	1	9,1
Haftada 1-2 Kez	2	18,2
2-3 Haftada Bir	1	9,1
2-3 Ayda Bir	7	63,6
Geçirilen Ameliyat		
Parsiyel Larenjektomi	19	55,9
Total Larenjektomi	15	44,1

4.2. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği Sonuçları (SUKDÖ)

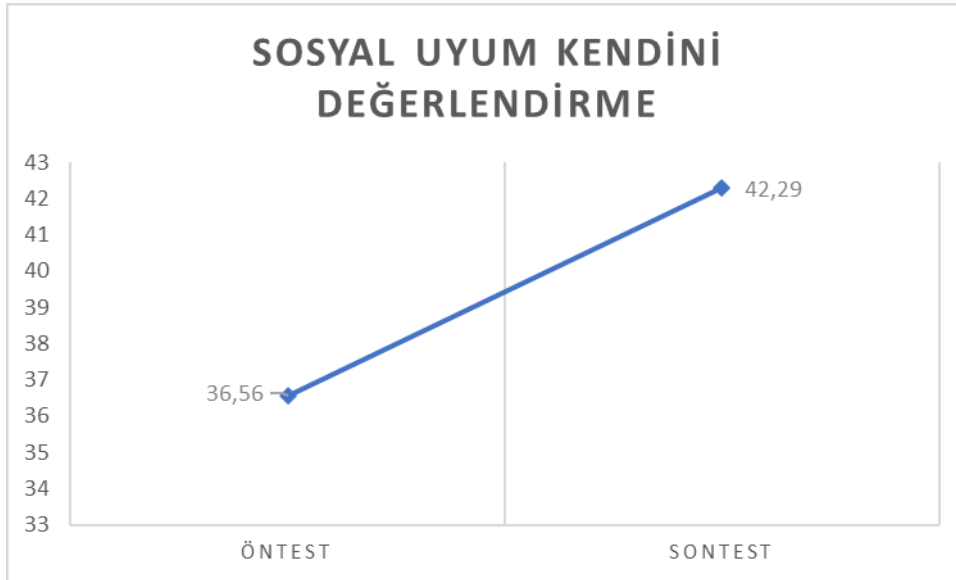
Sosyal uyum kendini değerlendirme ön test ile sosyal uyum kendini değerlendirme son test arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir. (Tablo 4.2.1)

Tablo 4.2. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçümleri Arasındaki Değişim

Ölçümler	Öntest	Sontest	N	t	p
	Ort±Ss	Ort±Ss			
Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme	36,560±6,680	42,290±5,627	34	-6,061	p<0,001

Bağımlı Gruplar T-Testi

Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Öntest değerine ($\bar{x}=36,560$) göre sosyal uyum kendini değerlendirme sontest değerindeki ($\bar{x}=42,290$) artış anlamlı bulunmuştur ($t=-6,061$; $p=0,000<0,05$).



Şekil 4. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçümleri Arasındaki Değişim

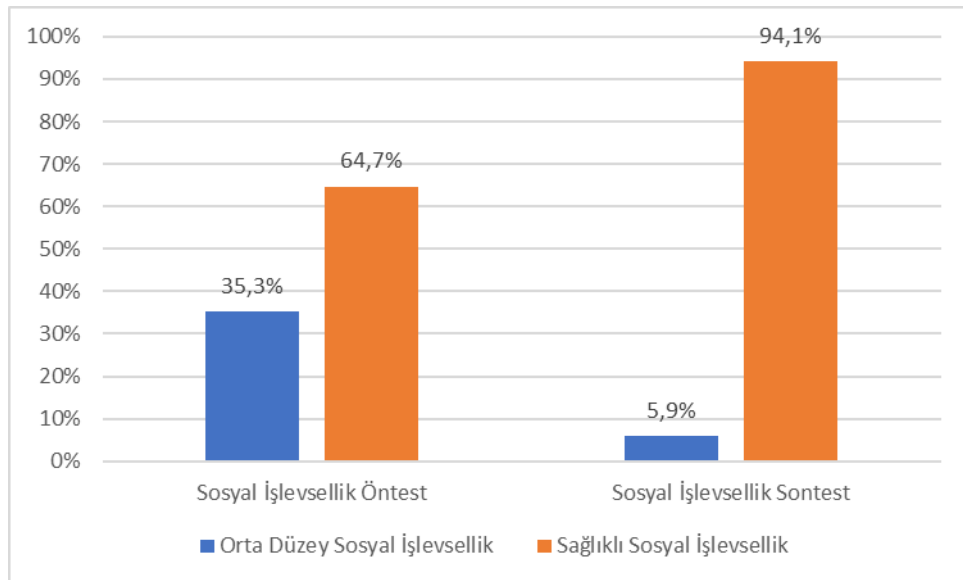
4.3. Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Ölçeği Sonuçları

Yaşam kalitesi öntest ile yaşam kalitesi sontest arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir:

Tablo 1.3.1. Hastaların Tanımlayıcı Sosyal İşlevsellik Gruplarına Göre Dağılımı

	Sosyal İşlevsellik Öntest		Sosyal İşlevsellik Sontest	
	Frekans(n)	Yüzde (%)	Frekans(n)	Yüzde (%)
Orta Düzey Sosyal İşlevsellik	12	35,3	2	5,9
Sağlıklı Sosyal İşlevsellik	22	64,7	32	94,1

Hastalar sosyal işlevsellik önteste göre 12'si (%35,3) orta düzey sosyal işlevsellik, 22'si (%64,7) sağlıklı sosyal işlevsellik olarak dağılmaktadır. Hastalar sosyal işlevsellik son teste göre 2'si (%5,9) orta düzey sosyal işlevsellik, 32'si (%94,1) sağlıklı sosyal işlevsellik olarak dağılmaktadır. Sağlıklı işlevsellik oranı öntest dağılımına göre (%64,7) son test dağılımında (%94,1) arttığı görülmektedir.



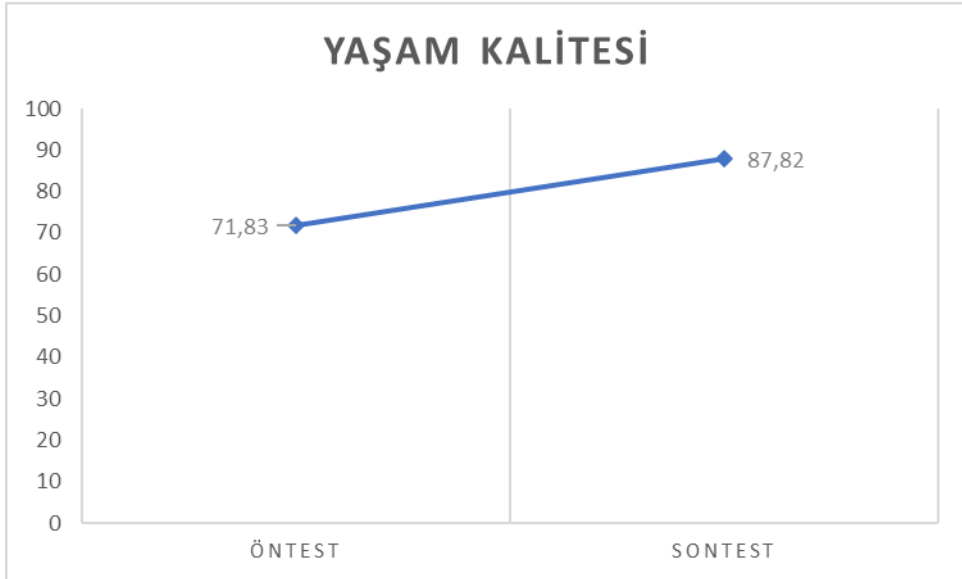
Şekil 5. Hastaların Tanımlayıcı Sosyal İşlevsellik Gruplarına Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi Ön test değerine ($\bar{x}=71,830$) göre yaşam kalitesi son test değerindeki ($\bar{x}=87,820$) artış anlamlı bulunmuştur ($t=-5,446$; $p=0,000<0,05$). (Tablo 4.3.2)

Tablo 4.3.2. Yaşam Kalitesi Ölçümleri Arasındaki Değişim

Ölçümler	Ön test	Son test	N	t	p
	Ort±Ss	Ort±Ss			
Yaşam Kalitesi	71,830±18,093	87,820±8,933	34	-5,446	p<0,001

Bağımlı Gruplar T-Testi



Şekil 6. Yaşam Kalitesi Ölçümleri Arasındaki Değişim

4.4. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi Puanları Arasında Korelasyon Analizi

Sosyal uyum kendini değerlendirme ön test, sosyal uyum kendini değerlendirme son test, yaşam kalitesi ön test, yaşam kalitesi son test, puanları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde; sosyal uyum kendini değerlendirme son test ile sosyal uyum kendini değerlendirme ön test arasında $r=0.61$ pozitif orta ($p=0,000<0.05$), yaşam kalitesi ön test ile sosyal uyum kendini değerlendirme ön test arasında $r=0.479$ pozitif zayıf ($p=0,004<0.05$), yaşam kalitesi son test ile yaşam kalitesi ön test arasında $r=0.352$ pozitif zayıf ($p=0,041<0.05$) düzeyde korelasyon bulunmuştur. Diğer değişkenler arasındaki

korelasyon ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). (Tablo 4.4.1)

Tablo 4.4. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi Puanları Arasında Korelasyon Analizi

		Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Öntest	Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Sontest	Yaşam Kalitesi	Yaşam Kalitesi
Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ön test	r	1,000			
	p	0,000			
Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Son test	r	0,610	1,000		
	p	0,000**	0,000		
Yaşam Kalitesi Ön test	r	0,479	0,015	1,000	
	p	0,004**	0,934	0,000	
Yaşam Kalitesi Son test	r	0,301	0,216	0,352	1,000
	p	0,083	0,219	0,041*	0,000

* $<0,05$; ** $<0,01$; Pearson Korelasyon Analizi

4.5. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Hastaların sosyal uyum kendini değerlendirme ön test, sosyal uyum kendini değerlendirme son test puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Hastaların sosyal uyum kendini değerlendirme ön test, sosyal uyum kendini değerlendirme son test puanları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastaların sosyal uyum kendini değerlendirme ön test, sosyal uyum kendini değerlendirme son test puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Hastaların sosyal uyum kendini değerlendirme ön test, sosyal uyum kendini değerlendirme son test puanları medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Hastaların sosyal uyum kendini değerlendirme ön test, sosyal uyum kendini değerlendirme son test puanları sigara içme süresine göre

anlamalı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Hastaların sosyal uyum kendini değerlendirme ön test, sosyal uyum kendini değerlendirme son test puanları alkol kullanma durumuna göre anlamalı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Parsiyel larenjektomi ameliyatı geçirenlerin sosyal uyum kendini değerlendirme ön test puanları ($x=38,950$), total larenjektomi ameliyatı geçirenlerin sosyal uyum kendini değerlendirme ön test puanlarından ($x=33,530$) yüksek bulunmuştur ($t=2,532$; $p=0.016<0.05$; $d=0,875$; $\eta^2=0,167$).

Hastaların sosyal uyum kendini değerlendirme son test puanları geçirilen ameliyat göre anlamalı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).



Tablo 4.5. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ön test	Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Son test
Yaş		Ort ± SS	Ort ± SS
60 Ve Altı	17	37,240±6,619	42,710±4,767
60 Üzeri	17	35,880±6,873	41,880±6,499
t		0,585	0,421
p		0,563	0,676
Cinsiyet		Ort ± SS	Ort ± SS
Kadın	5	37,000±2,915	41,600±1,517
Erkek	29	36,480±7,164	42,410±6,074
t		0,158	-0,294
p		0,785	0,542
Eğitim Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS
Ortaokul Ve Altı	15	34,600±7,836	40,730±6,158
Lise	13	37,850±4,634	43,770±5,357
Üniversite	6	38,670±7,062	43,000±4,517
F		1,199	1,076
p		0,315	0,353
Medeni Durum		Ort ± SS	Ort ± SS
Evli	29	36,070±6,824	41,690±5,176
Bekar	5	39,400±5,505	45,800±7,463
t		-1,031	-1,539
p		0,310	0,134
Sigara İçme Süresi		Ort ± SS	Ort ± SS
20 Yıl Ve Altı	11	35,640±8,041	42,730±5,764
21-30 Yıl	19	37,000±6,625	42,050±6,240
t		-0,502	0,293
p		0,619	0,772
Alkol Kullanma Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	11	36,820±6,983	44,360±5,259
Hayır	23	36,430±6,687	41,300±5,636
t		0,154	1,512
p		0,878	0,140
Geçirilen Ameliyat		Ort ± SS	Ort ± SS
Parsiyel Larenjektomi	19	38,950±5,816	43,210±5,381
Total Larenjektomi	15	33,530±6,643	41,130±5,902

t		2,532	1,071
p		0,016	0,292

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

4.6. Yaşam Kalitesi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Hastaların yaşam kalitesi ön test, yaşam kalitesi son test puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Hastaların yaşam kalitesi ön test, yaşam kalitesi son test puanları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Hastaların yaşam kalitesi ön test, yaşam kalitesi son test puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Hastaların yaşam kalitesi ön test, yaşam kalitesi son test puanları medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Hastaların yaşam kalitesi ön test, yaşam kalitesi son test puanları sigara içme süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Hastaların yaşam kalitesi ön test, yaşam kalitesi son test puanları alkol kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Parsiyel larenjektomi ameliyatı geçirenlerin yaşam kalitesi ön test puanları ($x=80,480$), total larenjektomi ameliyatı geçirenlerin yaşam kalitesi ön test puanlarından ($x=60,860$) yüksek bulunmuştur ($t=3,692$; $p=0.001<0.05$; $d=1,275$; $\eta^2=0,299$). Parsiyel larenjektomi ameliyatı geçirenlerin yaşam kalitesi son test puanları ($x=91,040$), total larenjektomi ameliyatı geçirenlerin yaşam kalitesi son test puanlarından ($x=83,750$) yüksek bulunmuştur ($t=2,550$; $p=0.016<0.05$; $d=0,882$; $\eta^2=0,169$).

Tablo 4.6. Yaşam Kalitesi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	Yaşam Kalitesi Öntest	Yaşam Kalitesi Sontest
Yaş		Ort ± SS	Ort ± SS
60 Ve Altı	17	75,610±12,335	88,230±9,097
60 Üzeri	17	68,040±22,194	87,420±9,027
t		1,230	0,260
p		0,228	0,796
Cinsiyet		Ort ± SS	Ort ± SS
Kadın	5	69,870±12,044	92,670±5,192
Erkek	29	72,160±19,087	86,990±9,235
t		-0,258	1,328
p		0,798	0,193
Eğitim Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS
Ortaokul Ve Altı	15	71,880±15,170	86,840±9,462
Lise	13	68,630±15,737	89,830±6,501
Üniversite	6	78,610±28,986	85,900±12,519
F		0,609	0,542
p		0,550	0,587
Medeni Durum		Ort ± SS	Ort ± SS
Evli	29	73,310±17,710	88,010±9,497
Bekar	5	63,230±19,924	86,720±5,027
t		1,156	0,295
p		0,256	0,770
Sigara İçme Süresi		Ort ± SS	Ort ± SS
20 Yıl Ve Altı	11	69,360±10,942	84,000±8,345
21-30 Yıl	19	73,100±21,888	88,670±8,985
t		-0,526	-1,407
p		0,603	0,170
Alkol Kullanma Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	11	64,990±25,358	86,730±9,643
Hayır	23	75,090±12,816	88,340±8,749
t		-1,555	-0,488
p		0,235	0,629
Geçirilen Ameliyat		Ort ± SS	Ort ± SS
Parsiyel Larenjektomi	19	80,480±12,297	91,040±8,615
Total Larenjektomi	15	60,860±18,620	83,750±7,803
t		3,692	2,550
p		0,001	0,016

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1. Tartışma

Larenks kanseri sık görülen baş-boyun kanserleri arasındadır. Uygulanan tedavi seçenekleri arasında yer alan cerrahi tedavi hastaların yaşamlarını etkileyen bazı sonuçlar meydana getirir. Özellikle TL sonrası hastalarda meydana gelen ses kaybı, yutma fonksiyon bozukluğu hastaların hayat kalitelerini önemli derecede etkiler (54).

Yaşam kalitesi kişiden kişiye değişebilir bir algı olabilir ancak bireyin genel sağlık hali, memnuniyet hali, önceki hayat deneyimleri, sosyal-ekonomik durumundan etkilenir. Sağlık alanında ise hastaların hastalıklarını ve bu hastalık için uygulanan tedaviyi sosyolojik, fizyolojik ve psikolojik olarak nasıl algıladığı ile ilişkilendirilebilir. Hastalara 24 saat boyunca bakım veren kişi hemşire olduğundan kaynaklı yaşam kalitesini artırmaya yönelik çalışmalarda hemşirelik girişim ve uygulamalarının önemi çok büyüktür (54).

TL ve PL geçirmiş hastalara ‘hastalığa uyum kitapçığı’ verilmesinin yaşam kalitesine etkisinin araştırıldığı bu çalışmada yaşam kalitesini değerlendirmek için Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) kullanılmıştır. Literatür incelendiğinde birçok çalışmada Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Ölçeğinin kullanıldığı saptanmıştır (59, 60). Bazı çalışmalarda European Organization for The Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) ölçeği kullanılmıştır (40,61) Çetin (2014) ve Wulff et al. (2020)’ de Quality of Life Questionnaire for Head and Neck Cancer (QLQ-H&N35) ölçeğini kullanmıştır (43,60). Bengisu ve ark. 2019 yılında Şahnalı ise 2017 yılında yutma bozuklukları ile alakalı yaptıkları çalışmada Türkçe Yaşam Kalitesi Anketi (T- SWAL-QOL) kullanmıştır (41, 47). Bazı çalışmalarda ise SF-36 ölçeğinin kullanıldığı görülmüştür (62, 63). Bu durum incelendiğinde ölçeklerin uygulama kolaylığı, çalışmaya uygunluğunun ölçek seçimini etkilediği söylenebilir.

5.1.2. Sosyodemografik Özellikler ile Bulguların Tartışması

Literatüre bakıldığında genellikle kanserin ortaya çıktığı yaş aralığı 45-70 olarak saptanmıştır. 40 yaş altı nadiren ortaya çıkmakla beraber çocuklarda ise istisnai şekilde embriyojenik kökenli ortaya çıkar (45). Bizim çalışmamızda da yaş ortalaması 60,5 olarak bulunmuştur.

Baş boyun kanserleri ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında bu kanser türlerinin erkeklerde daha sık görüldüğü saptanmıştır. Kaya'nın 2006'daki çalışmasında katılanların %1,9'u kadın, %98'i erkekti (40). Kayhan'ın 2012'de yaptığı çalışmada kanser tanısı almış kişilerin %77,1 erkek, %22,9'u kadın olduğu belirlenmiştir (48). Başka bir çalışmada hastaların %90,7'si erkek, %9,3'ü kadındır (55). Ancak Uzuner'in 2021 yılındaki çalışmasında cinsiyet ile anlamlı fark bulunamamıştır. Bu çalışmada da %85,3 erkek, %14,7 olarak bulunmuş olup katılımcıların çoğunluğunun erkek olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada hastaların %85,3 ü evli olduklarını belirtmiş olup çalışmaya katılanların %88,2'si aynı evde 1-4 kişi yaşadıklarını belirtmiştir. Araştırmaya katılanların eğitim seviyeleri incelendiğinde ise katılanların 7'si ilkokul, 8'i ortaokul 13'ü lise ve 6'sının üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde hastaların büyük çoğunluğunun evli olup eş ve çocuklarıyla beraber yaşadığı, evli olanların ise yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür ancak bazı çalışmalarda eğitim durumu ve medeni hal ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (40, 42). Bizim çalışmamızda da medeni durum ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

5.1.3. Hastaların Sağlık Özelliklerinin Tartışılması

Literatür incelendiğinde larenjektomide sonra sigarayı bırakmak ölüm riskini azaltırken, sigara içmeye devam etmek ölüm riskini %30 artırdığı görülmüştür (64). Eichler ve arkadaşlarının 2016 da yaptığı çalışmada ortalama sigara içme süresini 34 yıl olarak saptamış olup %6' sı hiç tütün ve tütün ürünlerini kullanmamış, %69'u bırakmış ve %11'i sigara içmeye devam etmiş ve sürekli sigara içenlerin ölme riski %95 olarak bulunmuştur (64). Çukurova ve ark. 2017' de yaptığı çalışmada da bunu destekleyecek nitelikte sonuçlar ortaya çıkmış olup çalışmaya katılanların %87,9'unun sigara içtiği belirtilmiştir (44).

Bu araştırmaya katılan hastaların 2'si sigara içtiğini, 30'u ise sigarayı bıraktığını belirtmiştir. Sigarayı bıraktığını belirten hastaların 1'i 1 ile 5 yıl arası, 4'ü 6 ile 10 yıl arası, 6'sı 11-20 yıl arası ve 19'u 21 ile 30 yıl arası sigara içtiklerini belirtmiştir. Yapılan

birçok çalışmada alkol tüketimi de gırtlak kanseri ile ilişkilendirilmiş olup Lubin et al. 2011 yılında yaptığı çalışmada gırtlak kanserinin alkol tüketim yılıyla orantılı olarak arttığını belirtmiştir (65). Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğunun alkol tüketmediği saptanmış olmasına rağmen alkolü bırakıp bırakmadıkları sorulmadığından alkol ile ilgili değerlendirme yapmak anlamlı olmayacaktır. Ancak sigara kullanımı ele alındığında; literatür bilgileri incelenerek sigara kullanımının larenks kanser tanısı alma ihtimalini artırdığı söylenebilir (40).

5.1.4. Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulgularının Tartışılması

Literatüre bakıldığında Uzuner 2021 yılında yaptığı çalışmada TL geçirmiş kişilerin iletişim ve sosyal hayatta daha çok zorlandığını belirtken Bolt 2016 yılında yaptığı çalışmada TL'nin iletişimi ve sosyal katılımı anlamlı olarak belirlediğini söylemiştir (42,50). İncelenen diğer literatürler çalışmaları da TL'nin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini kanıtlar niteliktedir (40,44,46). PL geçiren hastaların çoğunun cerrahi sonrası konuşma işlevinin büyük ölçüde korunuyor olması sebebiyle yaşam kalitesini TL uygulanan hastalardaki gibi olumsuz etkilememektedir (57). 3. veya 4. evre larenks kanseri tanısı almış hastaların uygulanan cerrahi tedavi sebebiyle kaybedilen fonksiyonlar sebebiyle yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Bu durumda kaybedilen larenks fonksiyonlarını rehabilite etmek ve yaşam kalitesini artırmak hemşireler için önemli bir amaç haline gelmektedir (56). Robertson et al. 2010 yılında Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi ile yaptığı çalışmada ölçeğin medyan skorunu 72,9 bulmuştur (59). Bu çalışmada ölçeğin ön test ortalama puanı 71,83 son test puanı ise 87,82 bulunmuştur. Bu araştırmaya katılan hastaların 19'u parsiyel larenjektomi, 15'i total larenjektomi ameliyatı geçirdiğini belirtmiş olup hastalara ön test- son test uygulanarak ve ön test- son test arasında hastalara uyum kitapçığı verilerek yapılmıştır. Hastaların ön teste verdikleri yanıtlara göre %35,3'ü orta düzey, %64,7'si sağlıklı sosyal işlevsellik olarak; son teste göre ise %5,9'u orta düzey, %94,1'i sağlıklı sosyal işlevsellik olarak dağılmıştır. Sağlıklı sosyal işlevsellik için ön testten son teste kadar geçen sürede %29,4 oranında artış olduğu gözlenmiştir. Hastalara verilen kitapçığın yaşam kalitelerine etkilerine bakıldığında ön test ile son test arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=-5,446$; $p=0,000<0,05$). Yapılan istatistiksel analize göre PL geçirenlerin yaşam kalitesi ön test ve son test puanları TL geçiren yaşam kalitesi ön test puanlarından yüksek bulunmuştur. Son testlerde de aynı durum geçerlidir. Yaşam kalitesindeki bu anlamlı farkla beraber hastaların sosyal uyumları ön test değerine göre son testte artmıştır ($p<0,001$). Literatürde bu çalışma gibi ön test son test uygulanarak veya kitapçık verilerek değerlendirme yapan başka bir

çalışmaya rastlanılmadığı için karşılaştırma yapılamamaktadır. Literatürde benzer nitelikte yaşam kalitesi değerlendirilen araştırmalar mevcuttur. Kaya'nın (2006) yılında yaptığı çalışmada ameliyat sonrası yaşam kaliteleri değerlendirilen hastaların post operatif dönemde yaşam kaliteleri belirgin olarak düşmüş ancak 3. ayda uyum sağlamaya başlamış oldukları saptanmış olup cerrahiden sonraki 1 yıl içinde yaşam kalitelerinde artış olduğu tespit edilmiştir (40). Bengisu ve ark. (2019) yılında yaptığı çalışmada da yutma bozukluğu şiddeti azalan hastaların yaşam kalitelerinin arttığı tespit edilmiştir (41). Bu durum ameliyat sonrası dönemde hastaların yeniden yaşamlarına adapte olmaları ve yaşamlarındaki değişikliklere yönelik verilen eğitimlerin hastaların yaşam kalitelerini artırdığının kanıtı niteliğindedir.

5.1.5. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği Analizi Bulgularının Tartışması

Bu çalışmada PL geçiren hastaların SUKDÖ ön test puanları TL geçiren hastaların SUKDÖ ön test puanlarından yüksek bulunmuştur. Hastaların SUKDÖ son test puanları anlamlı fark göstermemiştir. ($p>0.05$) Literatüre bakıldığında Sharpe et al. (2019) da yaptığı çalışmada hastaların kendisiyle ilgili olan değişimleri ve başkalarıyla olan ilişkilerini uzun vadede uyum sağlayabildiğini saptamıştır (66). Bu durum hastaların yaşam kalitelerinin artması halinde sosyal uyumlarının da arttığını düşündürmektedir. Sun et al. (2020) yılında yaptığı çalışmada hemşireliği etkileyen faktörler ve uyumu cinsiyet, yaş, eğitim, hastalık sayısı gibi özellikler, çevre koşulları, hizmet memnuniyeti, yatış amacı ve yatışın yararları gibi başlıklar altında incelemiştir. Sonucunda başvuru amacının bilinmesinin müdahale için kritik olduğu ve dayanıklılığın uyum için temel bir değişken olduğuna karar verilmiştir (35). Parkinson hastalarının uyumu için hemşirelik bakımının rolünü Roy adaptasyon modelini de ele alan bir başka çalışmada uyum için hemşirelik süreçlerini, bakım veren kişinin adaptif olması, ilgili uyumun hemşirelik tanımlarının belirlenmesi, beklenen sonuçların belirlenmesi ve hemşirelik müdahalelerinin belirlenmesi olarak belirlemiştir (67). Couisi et al. (2021) yılında huzurevlerinde Fransız kültürler arası uyum ve yaşam kalitesi ile ilgili yaptığı çalışmada bilişsel bozukluklara temel olarak uyum sağlandığında zaman-mekân ruhan almaları hayatlarını kolaylaştıracağını belirtmiştir (68). Topbaş ve ark. (2017) yılında diyaliz hastalarının hastalığa uyumları için gereken hemşirelik girişimlerini derlemiştir ve bu derleme sonucunda, hemşirenin aktaracağı bilgi konusunda yetkin ve bilgili olması gerektiği, sözlü veya sözsüz iletişimde beden diline önem vermesi gerektiği, yargılayıcı olmaması gerektiği gibi konuları ele almıştır (36) Lin et al. 2020 yılında yaptığı enteral beslenme

ile ilgili çalışmasında günlük rutin hemşirelik bakımı için hastaların saat başı takip edilip durumlarının gözlemlenmesi, hayati bulgu takibi yapılması ve yara yerinin kontrol edilip sterilliğinin sağlanması başlıklarını ele almıştır (38). Bu durum ile hastaların günlük yaşam aktivitesi olan beslenmeyi sağlamak ve kolaylaştırmak hastalığına uyumu sağlayıp yaşam kalitesini artıracakları düşünülmektedir. Sonuç olarak literatür incelendiğinde hastaların uyum ve iyileşme sürecinin artırılması için sürekli hemşirelik bakımının ve girişimlerinin çok önemli olduğu söylenebilir (31,33). Literatüre bakıldığında Gunjawate et al (2021) yaptığı çalışmada ameliyatın yaşamlarında uyum sorunlarına neden olduğunu ve ameliyat sonrası psikiyatrik ilaç, konuşma terapisi aynı zamanda daha iyi bilgi almak için bilgi kitapçığına ihtiyaç duyduğunu saptamıştır (71). Yapılan bir başka çalışmada ise post operatif dönemde hastalığa uyumun anlamlı derecede düştüğü saptanmıştır (72). Hastalığa uyum ile alakalı yapılmış diğer çalışmalara ve larenjektomi sonrası uyum ile alakalı yapılmış çalışmalara bakıldığında bakım verilecek hastanın iyi tanınması, bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi, iletişimin kuvvetli kurulması, ihtiyaca göre eğitim ve müdahale planlanması hastaların hastalık fark etmeksizin hastalığa uyumlarını artıracakları düşünülmektedir.

5.1.6. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği ile Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Bulgularının Tartışılması

Callista Roy kişilerin iyilik halinin artmasının hastalığa uyumlarının artması ile sağlanacağını savunur. Bu yüzden hemşireler hastaların bağımsızlıklarını artırmak amacıyla iç ve dış dengeyi sağlayarak hastaların gelişimine katkı sağlamalıdır (69).

Günümüzde kronik hastalıkların yükünün artmasıyla beraber hemşirelere yol gösterebilecek modeller; bütüncül bakımın sürekliliği, hasta ile hemşire arasındaki iletişimin geliştirilmesi, bakım kalitesinin artması ve hastanın ve yakınlarının bakıma aktif katılımın sağlanması kullanılmaya başlanmıştır (70).

Lin et al. 2020 yılında enteral beslenmeyi konu alan bir çalışma yapmış olup enteral beslenmeye hastaları uyumunu artırmak için hemşirelerin takibinin öneminden bahsetmiştir (38). Kaya 2006 yılında yaptığı çalışmada hastaların post operatif dönemde 3. ayda hastalığa uyum sağlamaya başladıklarını ve geçen 1. yılda da yaşam kalitelerinde anlamlı artış olduğunu saptamıştır (40).

Bu çalışmada sosyal uyum kendini değerlendirme ön test, sosyal uyum kendini değerlendirme son test, yaşam kalitesi ön test, yaşam kalitesi son test, puanları arasında

korelasyon analizleri incelendiğinde; sosyal uyum kendini değerlendirme son test ile sosyal uyum kendini değerlendirme ön test arasında $r=0.61$ pozitif orta , yaşam kalitesi ön test ile sosyal uyum kendini değerlendirme ön test arasında $r=0.479$ pozitif zayıf ve yaşam kalitesi son test ile yaşam kalitesi ön test arasında $r=0.352$ pozitif zayıf ($p=0,041<0.05$) düzeyde korelasyon bulunmuştur. Diğer değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı değildir. Literatür bilgisine bakıldığında hastaların hastalığa uyumlarının artması ile yaşam kalitelerinin de arttığı söylenebilir (40). Bu araştırmanın bulgularında da yaşam kalitesi ile sosyal uyum arasında pozitif zayıf bir korelasyon saptanmış olup literatürü destekler niteliktedir.



5.2.1 Sonuç

Larenjektomi ameliyatı geçirmiş larenks kanserli hastalara verilen ‘hastalığa uyum kitapçığı’ ile hastalığa uyum ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda detaylı bir şekilde listelenmiştir.

- Araştırmaya katılan hastaların %5’i kadın, %29’u erkektir.
- Araştırmaya katılan hastaların %20,6’sı ilkokul, %23,5’i ortaokul, %38,2’si lise ve %17,6’sı üniversite mezunudur.
- Hastaların %85,3’ünün evli, %14,7’sinin bekar olduğu belirlenmiş olup hastaların %88,2’si 1-4 kişi, %8,8’i 5-8 kişi, %2,9’u 8 ve daha fazla kişi ile aynı evi paylaştığını belirtmiştir.
- Araştırmaya katılan hastaları %5,9’u sigara içtiğini, %5,9’u sigara içmediğini ve %88,2’si ise sigarayı bıraktığını ifade etmiştir. Sigarayı bıraktığını belirten hastaların %3,3’ü 1-5 yıl, %13,3’ü 6-10 yıl, %20’si 11-20 yıl, %63,3’ü 21-30 yıl aralığında bir sürede sigara içmiştir.
- Araştırmaya katılan hastaların %32,4’ü alkol tükettiğini, %67,6’sı alkol tüketmediğini belirtmiş olup alkol tüketenlerin %9,1’i her gün, %18,2’si haftada 1-2 kez, %9,1’i 2-3 haftada bir kez ve %63,6’sı 2-3 ayda bir kez alkol tükettiğini ifade etmiştir.
- Hastaların %55,9’u parsiyel larenjektomi ameliyatı, %44,1’i total larenjektomi ameliyatı geçirmiştir.
- Hastaların SUKDÖ ön test değerine göre son test değerinde anlamlı artış olmuştur. ($t=-6,061$; $p=0,000<0,05$)
- Sosyal işlevsellik ön test değerlendirmesi sonucunda hastaların %35,3’ü orta düzey, %64,7’si sağlıklı sosyal işlevsel olarak dağılırken; son testte hastaların %5,9’u orta düzey, %94,1’i sağlıklı sosyal işlevsel olarak belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan hastaların yaşam kalitesi ön test değerine göre son test değerinde anlamlı artış olmuştur. ($t=-5,446$; $p=0,000<0,05$).
- Parsiyel larenjektomi ameliyatı geçirenlerin sosyal uyum kendini değerlendirme ön test puanları ($x=38,950$), total larenjektomi ameliyatı geçirenlerin sosyal uyum kendini değerlendirme ön test puanlarından ($x=33,530$) yüksek bulunmuştur ($t=2,532$; $p=0.016<0.05$; $d=0,875$; $\eta^2=0,167$). Diğer özelliklerde anlamlı fark bulunmamıştır.

- Parsiyel larenjektomi ameliyatı geçirenlerin yaşam kalitesi ön test puanları ($x=80,480$), total larenjektomi ameliyatı geçirenlerin yaşam kalitesi ön test puanlarından ($x=60,860$) yüksek bulunmuştur ($t=3,692$; $p=0.001<0.05$; $d=1,275$; $\eta^2=0,299$).
- Parsiyel larenjektomi ameliyatı geçirenlerin yaşam kalitesi son test puanları ($x=91,040$), total larenjektomi ameliyatı geçirenlerin yaşam kalitesi son test puanlarından ($x=83,750$) yüksek bulunmuştur ($t=2,550$; $p=0.016<0.05$; $d=0,882$; $\eta^2=0,169$). Diğer özelliklerde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.
- Hastaların sosyal uyum kendini değerlendirme son test puanları geçirilen ameliyat göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).
- Sosyal uyum kendini değerlendirme son test ile sosyal uyum kendini değerlendirme ön test arasında pozitif orta $r=0.61$ ($p=0,000<0.05$), yaşam kalitesi ön test ile sosyal uyum kendini değerlendirme ön test arasında $r=0.479$ pozitif zayıf ($p=0,004<0.05$), yaşam kalitesi ön test ile yaşam kalitesi son test $r=0.352$ arasında pozitif zayıf ($p=0,041<0.05$) düzeyde korelasyon bulunmuş olup diğer değişkenlerde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır. ($p>0.05$)
- Araştırmanın sonucu araştırma hipotezlerinden H3'ü destekler niteliktedir. Ancak H1 ve H2 için tam olarak yanıt alınamamıştır.

5.2.2. Öneriler

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda yapılan öneriler aşağıdaki gibidir.

- Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla EORTC QLQ-C30 veya QLQ-H&N35 ölçeklerinden birisinin daha kullanılıp kullanılan iki ölçeğin birbiri ile ilişkisini gösteren ileri regresyon analizlerinin yapılması yaşam kalitesinin değişkenlerini açıklamaya yardımcı olur.
- Araştırmaya devlet hastanelerinin de dahil edilip örneklem sayısı artırılarak ve hastaların ameliyat öncesi dönemden itibaren en az 1 yıl takip edilerek yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi önerilir.
- Larenjektomi olmuş hastaların hastalığa uyumlarını etkileyen, kolaylaştıran faktörleri araştıran bir çalışma yapılması önerilir.

6. KAYNAKLAR

1. Öztürk YE, Kırac R. Sağlık ve Hastalık. *Scientific Developments*, 2019. 382.
2. Algtewi E. Owens J. Baker, S. Online Support Groups For Head And Neck Cancer And Health-Related Quality Of Life. *Quality of Life Research*, 2017 26, 2351–2362.
3. Şenkal HA. Baş ve Boyun Kanseri Hastaları İçin Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Anket Formu Türkçe Versiyonu’nun Geçerliliği ve Güvenilirliğinin Araştırılması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Uzmanlık Tezi; 2009.
4. Akkaya C, Sarandöl A, Danacı A, Sivrioğlu Y, Kaya E, Kırılı. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 19(3); 292-299.
5. Dalgıç C. Larenjektomi Olan Hasta Yakınlarının Bakım Yüklerinin ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. İstanbul: Haliç Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi; 2015.
6. Cömert E. Parsiyel Larenjektomi Yöntemleri ve Kliniğimizde Opere Edilen 42 Parsiyel Larenjektomi Olgusunun Değerlendirilmesi. Ankara: Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi; 2005.
7. Fırat S. Total Larenjektomili Hastalara Verilen Eğitimin Öz Bakım Gücüne Etkisinin Değerlendirilmesi. Adana: Çukurova Üniversitesi Lisans Tezi; 2016.
8. Eren E. Parsiyel Larenjektominin Yutma, Ses Bozuklukları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin İncelenmesi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi; 2019.
9. Ertürk M. Parsiyel Larenjektomi Olan Hastaların “İletişim Rehberi” ne İlişkin Değerlendirmeleri. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi; 2013.
10. De Vito A. Hao S.P. Vicini C. Laryngeal Cancer Risk Factors, Symptoms and Treatment, *Nova Science Publishers*, 2018; p: 4-6.
11. Çıkrıkçı S. Genişletilmiş Parsiyel Larenjektomili Hastalarda Postoperatif Bulgular ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi; 2017.
12. Çağıcı C.A. Yılmaz İ. Özer C. Yılmaz C. Tiroid Kıkırdak Asimetrisi: Bir Vaka Takdimi. *KBB ve BBC Dergisi*, 2004; 12(3):136-138.
13. Rosen A.C. Simpson B.C. Operative Techniques in Laryngology. *Springer Science Business Media*, 2008; p:4.

14. Çetinkaya B. Total Larenjektomi Olan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi; 2019
15. Ömür M., Doğan Ö., Kaleli Ç. Larenks Kanseri ve Boyun. *Haseki Hastanesi Vakfı*, 1992. İstanbul, p:1-11.
16. Topal M. Larenks Kanseri Evrelemesinde MRI ve Videolaringostroboskopi'nin Histopatolojik İncelemeyle Karşılaştırılması. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Uzmanlık Tezi; 1999.
17. Kaya C.H. Subglottik Uzanımı Olan İleri Evre Larenks Kanserlerinde Metastatik Paratrakeal Lenf Nodu Sıklığı ve Prognostik Önemi. Bursa: Uludağ Üniversitesi Uzmanlık Tezi; 2020.
18. Alpay M. Larenks Kanseri Hastalarda Prognostik Faktörler ve Serbest Tümör İmplantlarının Prognostik Değeri. Bursa: Uludağ Üniversitesi Uzmanlık Tezi; 2015.
19. Tüzün D. Biletaral Vokal Kord Paralizisinde Lateralizasyon Tiroplasti ile Lazer Kord Wedge Rezeksiyonu Uygulamalarında Hasta Seçimi, Cerrahi Teknik, Fonksiyonel ve Ses Analizinin Karşılaştırılması. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Uzmanlık Tezi; 2009.
20. Batuk T.İ. Türkçe Konuşan Okul Çağı Çocuklarında Ses Çıkış Zamanlarının Değerlendirilmesi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi; 2015.
21. Kılıç M.A. Larenksin Fonksiyonel Anatomisi ve Ses Fizyolojisi. *T Klin JENT*, 2002. Kahramanmaraş, 2(s).
22. Waugh A., Grant A. Ross and Wilson Anatomy & Physiology In Health and Illness, (12th Edition), *Churchill Livingstone Elsevier*, 2014. China, p:246-248.
23. Kaya M., Karataş Ö.F. Larenks Kanseri ve MiroRNA'lar Arasındaki İlişki. *Van Tıp Dergisi*, 2020. 27 (4): 535-541.
24. Akyolcu N. Kanan N. (ed.). Cerrahi Hemşireliği II. İstanbul: *Nobel Tıp Kitabevleri*, 2017.
25. <https://www.cancer.org/cancer/laryngeal-and-hypopharyngeal-cancer/detection-diagnosis-staging/staging.html>
26. Şen L. Larenks Kanseri Tanısı ile Adjuvan Radyoterapi Uygulanan Hastaların Prognostik Faktörlerinin Restrospektif Değerlendirilmesi. Malatya: İnönü Üniversitesi Uzmanlık Tezi; 2011.

27. Harmankaya İ. Adjuvan Radyoterapi ve/veya Kemoterapi Gören Opere Larenks Kanserli Hastalarda Mikrodamar Yoğunluğu, Vegf Ekspresyonu ve Perinöral İnvazyonun Prognostik Önemi. Edirne: Trakya Üniversitesi Uzmanlık Tezi; 2013.
28. Aydın B.A. Paçacıoğlu B. Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. *Journal of Academic Researches and Studies*, 2016. 8 (15); p: 137-150.
29. Kamber A. Larenjektomi Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Bakımına İlişkin Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi; 1989.
30. Teke, N. Larenjektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Beslenmesine İlişkin Sorunların Çözümlemesinde Hemşirelik Yaklaşımı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi; 1991.
31. Yang Y. Zhou P. Gu M. Effect of Continous Nursing Care on Self-Care Ability, Quality of Life, And Nursing Compliance of Elderly Patients With Laryngeal Cancer Undergoing Laryngectomy. *Reviste Argentina De Clinica Psicologica*, 2020. 29(3). 876-884.
32. Zheng L. Lou Z. Wang H. Liu E.S. Li X. Peng D. Liu Y. Ye S. Lu Y. Chen J. Mei Z. Wei L. Qian Y. Lin X. Xu C. Effectiveness of a Nurse-led Coaching of Self-Care Agency Intervention for Elderly Patients with Total Laryngectomy: Study Protokol For a Randomised Controlled Trial. *BMJ Open*, 2022. 12.
33. Sam DeVictor MD. Adrian A. Ong MD. Andrew P. Kelly S. Mark S. Burke M.D. Postoperative Management After Tracheostomy and Laryngectomy: Improving Nursing Knowledge With Bedside Posters. *OTO Open*, 2020. 4(4) 1-3.
34. Mansouri A. Baraz S. Elahi N. Malehi A.S. Saberipour B. The Effect of An Educational Program Based on Roy's Adaptation Model on The Quality of Life of Patients Suffering from Heart Failure: A Clinical Trial Study. *Japan Journal of Nursing Science*, 2019. 16:459-467. Doi: 10.1111
35. Sun C. Yu Y. Li, X. Cui Y. Ding Y. Zhu S. Li X. Chen S. Zhou R. The Factors of Adaptation To Nursing Homes In Mainland China: Cross-sectional Study. *BMC Geriatrics*, 2020. 20:517. Doi: 10.1186
36. Topbaş E. Bingöl G. Psikososyal Boyutu ile Diyaliz Tedavisi ve Uyum Sürecine Yönelik Hemşirelik Girişimleri. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2017. 1(12): 36-42.

37. Kaçmaz N. Fiziksel Hastalığa Uyum Güçlüğü Yaşayan Hastalarda Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği Modeli Geliştirme Çalışması. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Doktora Tezi; 2003.
38. Lin A. Ye J. Wang Z. Li P. Analysis of Post Operative Efficacy and Pharyngeal Fistula Healing in Patients with Laryngeal Cancer Treated with Post Operative Enteral Nutrition Support Nursing Combined with Early Oral Feeding. *Oncology Letters*, 2020. 19:3964-3970.
39. World Health Organization. WHOQoL Study Protocol. *WHO (MNH7PSF/93.9)*. 1993.
40. Bengisu S. Turan Z. Baş Boyun Kanseri Cerrahisi Uygulanmış Hastalarda Yutma Terapisinin Yutma Bozukluğu Şiddeti ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi. *Journal of Language, Speech and Swallowing Research*, 2019. 2(3).
41. Uzuner E. Larenjektomi Sonrası İletişim Deneyimleri Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. İstanbul: Medipol Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi; 2021.
42. Çetin E.Z. Parsiyel Larenjektomili Hastalarda Farklı Operasyon Tiplerinin Yutma Fonksiyonlarına ve Hayat Kalitesine Etkisi. İzmir: Ege Üniversitesi Uzmanlık Tezi; 2014.
43. Çukurova İ. Vermişli S. Özbayır T. Larenks Kanseri Nedeniyle Tedavi Uygulanan Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. *Kulak Burun Boğaz İhtis Dergisi*, 2017. 27(2):91-98
44. Nimubona D. Benyouness L. El Lanigri M. Diouf K. Bounid O. Darfaoui M. Lalya I. Outcome Comparison Between Radiochemotherapy and Surgery In The Management Of Locally Advanced Non-Metastatic Laryngeal Cancer A Single Institution Experience. *Journal of Otolaryngology-ENT Research*, 2021. 13(2): 34-41.
45. Bindewald J. Oeken J. (2007). Quality of Life Correlates After Surgery For Laryngeal Carcinoma. *The American Laryngological, Rhinological and Otolological Society*, 2007. P:1-57.
46. Şahnalı V. Mekanik Kökenli Yutma Güçlüğü Olan Hastalarda Yutma Bozukluklarının Yaşam Kalitesine Etkilerinin Değerlendirilmesi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi; 2017

47. Kayhan B.K. Karataş Ö. M. Ünür M. Keskin Y. Altun M. Bayrak Ö. Yazıcıoğlu O. Baş-Boyun Kanserlerinde Tedavi Öncesi Dental Girişimler. *İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 2012. 46 (2). 1-12.
48. Woodard T. D. Oplatek A. Petruzzelli G. J. Life After Total Laryngectomy: A Measure Of Long-Term Survival, Function, And Quality Of Life. *Archives Of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 2007. 133(6), 526-532.
49. Bolt S. Eadie, T. Yorkston K. Baylor C. & Amtmann D. Variables Associated With Communicative Participation After Head And Neck Cancer. *Jama Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 2016. 142(12), 1145-1151.
50. Tabachnick B.G. Fidell L.S. Using Multivariate Statistics. Pearson, Boston (sixth ed.) 2013.
51. George D. Mallery M. SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson 2010.
52. Kalaycı Ş. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Ankara: Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti, s.116. 2006.
53. Seyman C.Ç. Çelik, Ş.S Quality of Life and Nursing Care of Patients with Tracheostomy. *Journal of Hacettepe University Faculty Nursing*. 2019. 6(1), 59-64.
54. Öztürk E. Radyoterapi Alan Baş ve Boyun Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi; 2011.
55. Şirin S. Çelebi A. Total Larenjektomi Uygulanmış veya Organ Koruma Protokolüne Alınmış Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Konstipasyon. *The Turkish Journal of Academic Gastroenterology*, 2019.18: 120-125.
56. Karabulut B. Başaran B. Yenice H. Uluhan M. Orhan S. K. Hafız G. Larenks Kanseri Hastalarda Ameliyat Tipi, Adjuvan Radyoterapi ve Spinal Aksesuar Sinir ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *Kulak Burun Boğaz Araştırma Dergisi*, 2013. 23(3);153-162
57. Kamber A. Larenjektomi Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Bakımına İlişkin Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi; 1989.
58. Robertson S. M. Yeo C.L.J. Dunnet C. Young D. MacKenzie K. Voice Swallowing and Quality of Life After Total Laryngectomy- Results of The West

- of Scotland Laryngectomy Audit. *Wiley Online Library*, 2010, 34(1); 59-65. Doi: 10.1002.
59. Wulff B. N. Hojager A. Wessel I. Dalton, O. S. Homoe P. Health-Related Quality of Life Following Total Laryngectomy: A Systematic Review. *The Laryngoscope*, 2020. 131;820-831. Doi: 10.1002.
 60. Nakai Y.M. Menezes B. M. De Carvalho J.V.B.G. Dias L.P.M. De Barros Silva, L.A. Tenorio, L.R. Gonçalves, J.A. Quality of Life After Supracricoid Partial Laryngectomy. *Journal of Otolaryngology*, 2021, 50:20. Doi: 10.1186
 61. Schindler A. Fantini M. Pizzorni N. Croselti E. Mozzanica F. Bertolin A. Ottaviani F. Rizotto G. Succo G. Swallowing, Voice and Quality of Life After Supratracheal Laryngectomy: Preliminary Long-Term Results. *Wiley Online Library*, 2014. 37: 557-566. Doi: 10.1002.
 62. Maniaci, A. Lechien, J.R. Carusa, S. Nocera, F. Ferlito, S. Iannella, G. Grillo, C.M. Magliulo, G. Pace, A. Vicini, C. LA Mantia, I. Voice-Related Quality of Life After Total Laryngectomy: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Voice*, 2021.
 63. Eichler M. Keszte J. Psych D. Meyer A. Danker H. Lichius-Guntinas O. Oeken J. Pabst F. Singer S. Tobacco and Alcohol Consumption After Total Laryngectomy and Survival: A German Multicenter Prospective Cohort Study. *Wiley Online Library*, 2016, 1324-1329.
 64. Lubin J.H. Muscat J. Gaudet M.M. Olshan A.F. Curado M.P. Dal Maso L. Filho V.W. Sturgis E.M. Dabrowska N.S. Castelsague X. Zhang Z.F. Smith E. Fernandez L. Matos E. An Examination of Male and Female Odds Ratios by BMI, Cigarette, Smoking and Alcohol Consumption for Cancers of The Oral Cavity, Pharynx and Larynx In Pooled Data From 15-Case Control Study. *Cancer Causes Control*, 2011, 22: 1217-1231.
 65. Sharpe G. Costa V.C. Doube W. Sita J. McCharthy C. Carding, P. Communication Changes With Laryngectomy and Impact on Quality of Life: A Review. *Quality of Life Research*, 2019. 28: 863-877.
 66. Castro M.M.B. Sepulveda P.C.G. Astudillo M.N.M. Cruz N.G. Gonzalez M.A.B. Nursing Care in Adaptation To The Role of Informal Caregivers of People With Parkinson's Disease. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*, 2023. 57:11-21. Doi: 10.1016

67. Cousi C. Igier V. Quintard B. French Cross-Cultural Adaptation and Validation of The Quality of Life-Alzheimer's Disease Scale in Nursing Homes (QOL-AD NH). *Health and Quality of Life Outcomes*, 2021. 19:219. Doi: 10.1186
68. Erdoğan B. Roy Adaptasyon Modeline Göre Epilepsi Tanılı Hastanın Hemşirelik Bakımı. *Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2021. 8(2);59-68.
69. Zuhur Ş. Özpancar N. Türkiye'de Kronik Hastalık Yönetiminde Hemşirelik Modellerinin Kullanımı: Sistemik Derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2017. 19(2);57-74
70. Gunjawate DR. Ravi R. Psychosocial Adjustments After Advanced Laryngeal Cancer Treatment-A Systematic Review. *Indian J Palliat Care*, 2021. 27(3);431-438. Doi:10.25259
71. Kotake K. Kai I. Iwanaga K. Suzukamo Y. Takahashi A. Effects of Occupational Status on Social Adjustment After Laryngectomy In Patients With Laryngeal and Hypopharyngeal Cancer. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2019. 276(5);1439-1446. Doi: 10.1007.

7. EKLER

EK1- Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Davet edildiğiniz araştırma Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü tarafından yürütülen “Larenjektomi Ameliyatı Geçiren Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Hastalığa Uyumu Artırmaya Yönelik ‘Hastalığa Uyum Kitapçığı’ nın Etkinliğinin İncelenmesi ” isimli çalışmadır. Araştırma larenks kanseri tanısı almış; total, parsiyel larenjektomi ameliyatı geçirmiş kişilerde ameliyat sonrası bilgilendirme kitapçığı olmadan ve kitapçık ile bilgilendirme yaparak hastaların hastalığa sosyal uyumlarının ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Vereceğiniz yanıtlar araştırmanın geçerlilik ve güvenilirliği açısından önem taşımaktadır. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu araştırmaya toplam 80 kişinin katılması hedeflenmektedir. Araştırmaya katılmama, katıldığınız takdirde de istediğiniz zaman herhangi bir neden göstermeksizin araştırmadan ayrılma hakkınız vardır. Görüşme sırasında vereceğiniz cevaplarınız gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacına yönelik kullanılacaktır. Bu araştırma için sizden bir ücret talep edilmeyecek ve size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmanın içeriğine uygun 2 farklı Ölçek ve 1 Veri Toplama Formu yer almaktadır. Ölçeklerin tamamlanıp teslim edilmesi yaklaşık 30 dakika sürecektir. İzniniz ve katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama yukarıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya katılmaya gönüllü olduğumu, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün;

Adı, Soyadı:

İmza:

Tarih:

Tanık olan kişinin;

Adı, Soyadı:

İmza:

Tarih:

Araştırmacının;

Sedef Özdilek

sedef.ozdilek@std.yeditepe.edu.tr

EK2- Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Anket Formu

Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Anket Formu

Bu anket geçtiğimiz son 7 gün içindeki sağlığını ve yaşam kalitenizle ilgili sorular sormaktadır. Lütfen tüm soruları her soru için bir kutuyu işaretleyerek cevaplayınız.

1. Ağrı. (Bir kutuyu işaretleyiniz: ☒)

- ☐ Ağrı yok.
- ☐ İlaç gerektirmeyen hafif ağrı var.
- ☐ Orta derecede ağrı var-düzenli ilaç gerektiriyor.
- ☐ Sadece uyuşturucu ilaçlar ile kontrol edilebilen şiddetli ağrı var.
- ☐ İlaçlarla kontrol edilemeyen şiddetli ağrı var.

2. Görünüş. (Bir kutuyu işaretleyiniz: ☒)

- ☐ Görünüşümde değişiklik yok.
- ☐ Görünüşümdeki değişiklik önemsenmeyecek düzeydedir.
- ☐ Görünüşüm beni üzüyor ama hala aktifim.
- ☐ Ciddi şekil bozukluğu hissediyorum ve görünüşüm yüzünden aktivitelerimi kısıtladım.
- ☐ Görünüşümden dolayı insanlarla birlikte olamıyorum.

3. Aktivite. (Bir kutuyu işaretleyiniz: ☒)

- ☐ Her zaman olduğum kadar aktifim.
- ☐ Eski tempomu koruyamadığım zamanlar var, ancak sık değil.
- ☐ Hala dışarı çıkmama rağmen, çoğu zaman yorgunum ve aktivitelerimi yavaşlattım.
- ☐ Dışarı çıkmıyorum çünkü gücüm yok.
- ☐ Genellikle yatakta veya koltuktayım ve evden dışarı çıkmıyorum.

4. Eğlence. (Bir kutuyu işaretleyiniz: ☒)

☐ Evde veya evden dışarıda eğlence kısıtlaması yok.

☐ Yapamadığım bazı şeyler var ancak hala dışarı çıkıyorum ve hayattan keyif alıyorum.

- ☐ Daha fazla dışarı çıkmak istediğim zamanlar oluyor ama buna gücüm yok.
- ☐ Yapabileceğim işlerde ciddi kısıtlamalar var, çoğunlukla evde oturuyorum.
- ☐ Eğlenceli hiç bir şey yapamıyorum.

5. Yutma. (Bir kutuyu işaretleyiniz: ☒)

- ☐ Her zaman olduğu gibi yutabiliyorum.
- ☐ Bazı katı gıdaları yutamıyorum.
- ☐ Sadece sıvı gıdaları yutabiliyorum.
- ☐ Yutamıyorum çünkü gıdalar “yanlış yola iniyor” ve nefes alamıyorum.

6. Çiğneme. (Bir kutuyu işaretleyiniz: ☒)

- ☐ Her zamanki kadar çiğneyebiliyorum.
- ☐ Yumuşak gıdalar yiyebiliyorum fakat bazı yiyecekleri çiğneyemiyorum.
- ☐ Yumuşak gıdaları bile çiğneyemiyorum.

7. Konuşma. (Bir kutuyu işaretleyiniz: ☒)

- ☐ Konuşmamda bir değişiklik yok.
- ☐ Bazı kelimeleri söylemede zorluğum var ama telefonda anlaşılabilirim.
- ☐ Sadece ailem ve arkadaşlarım beni anlayabiliyor.
- ☐ Anlaşılamıyorum.

8. Omuz. (Bir kutuyu işaretleyiniz: ☒)

- ☐ Omzumla ilgili sorunum yok.
- ☐ Omzum gergin fakat aktivitemi ve kuvvetimi etkilemiyor.
- ☐ Omzumdaki ağrı ve zayıflık işimi değiştirmeme neden oldu.
- ☐ Omzumdaki problemlerden dolayı çalışamıyorum.

9. Tat. (Bir kutuyu işaretleyiniz: ☒)

- ☐ Normal tat alabiliyorum.
- ☐ Birçok yiyeceğin tadını normal alabiliyorum.
- ☐ Bazı yiyeceklerin tadını alabiliyorum.
- ☐ Hiçbir yiyeceğin tadını alamıyorum.

10. Tükürük. (Bir kutuyu işaretleyiniz: ☒)

- ☐ Tükürüğüm normal kıvamında.
- ☐ Normalden daha az tükürüğüm var, ama yeterli.
- ☐ Çok az tükürüğüm var.
- ☐ Tükürüğüm yok.

11. Ruh hali. (Bir kutuyu işaretleyiniz: ☒)

- ☐ Ruh halim mükemmel ve kanserimden etkilenmedi.
- ☐ Ruh haim genellikle iyi ve sadece arasıra kanserimden etkileniyor.
- ☐ Kanserden dolayı ruh halim ne iyi ne de kötü.
- ☐ Kanser ruh durumumu belli bir ölçüde bozuyor.
- ☐ Kanserimden dolayı ruh durumum aşırı derecede bozuk.

12. Endişe. (Bir kutuyu işaretleyiniz: ☒)

- ☐ Kanserimden dolayı endişelenmiyorum.
- ☐ Kanserimden dolayı bir miktar endişeliyim.
- ☐ Kanserimden dolayı endişeliyim.
- ☐ Kanserimden dolayı çok endişeliyim.

Son 7 gün içinde sizin için en önemli olan sorunlar hangileridir?

En fazla 3 kutuyu işaretleyiniz. ☒

- ☐ Ağrı
- ☐ Yutma
- ☐ Tat

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Görünüş | ☐ Çiğneme | ☐ Tükrük |
| ☐ Aktivite | ☐ Konuşma | ☐ Moral |
| ☐ Eğlence | ☐ Omuz | ☐ Endişe |

GENEL SORULAR

Kanser olmadan önceki ay ile karşılaştırdığınızda, sağlıkla ilgili yaşam kalitenizi nasıl değerlendirmektesiniz? (Bir kutuyu işaretleyiniz: ☒)

- ☐ Çok daha iyi
- ☐ Biraz daha iyi
- ☐ Yaklaşık aynı
- ☐ Biraz daha kötü
- ☐ Çok daha kötü

Genel olarak, son 7 gün içinde sağlıkla ilgili yaşam kalitenizi tanımlarsanız:
(Bir kutuyu işaretleyiniz: ☒)

- ☐ Mükemmel
- ☐ Çok iyi
- ☐ İyi
- ☐ Orta
- ☐ Kötü
- ☐ Çok kötü

Genel yaşam kalitesi yalnızca fiziksel ve zihinsel sağlığı değil, aynı zamanda hayattan zevk almanızda önemli olan aileniz, arkadaşlarınız, manevi değerleriniz, veya boş zamanlarınızda yaptığınız aktiviteler gibi birçok başka faktörleri de içerir. Kişisel mutluluğunuza katkıda bulunan hayatınızdaki her şeyi düşünerek, son 7 gün içindeki genel yaşam kalitenizi değerlendiriniz. (Bir kutuyu işaretleyiniz: ☒)

- ☐ Mükemmel

- ☐ Çok iyi
 - ☐ İyi
 - ☐ Orta
 - ☐ Kötü
 - ☐ Çok kötü
-

Sorularımızda yeteri kadar vurgulanmayan ve sizin yaşam kaliteniz için önemli olan başka sorunlarınız varsa (tıbbi veya tıbbi olmayan) lütfen tanımlayınız. (Gerekirse ek sayfa ilave edebilirsiniz).



SOSYAL UYUM KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
(SUKDÖ)

Tarih: /

/

Yaş:

Cinsiyet:

Aşağıdaki soruları **su anki fikrinize** göre cevaplamanız istenmektedir. Lütfen tüm soruları cevaplayınız ve her soru için bir cevabı işaretleyiniz. Teşekkür ederiz.

Bir işiniz var mı? Evet Hayır

Cevabınız Evet ise:

1. İşinize ilginiz nasıl?

() Çok () Orta () Az () Hiç yok

Cevabınız Hayır ise:

2. Ev işlerine ilginiz nasıl?

() Çok () Orta () Az () Hiç yok

3. İşinizi ya da ev işlerini yaparken:

() Çok zevk alıyorum () Orta düzeyde zevk alıyorum
() Az zevk alıyorum () Hiç zevk almıyorum

4. Hobi ya da boş zaman etkinliklerine ilginiz var mı?

() Çok () Orta () Az () Hiç yok

5. Boş zamanlarınızın niteliği nasıl?

- ☐ Çok iyi ☐ İyi
☐ Fena değil ☐ Tatmin edici değil

6. Aile fertlerinizle (eş, çocuklar, ebeveyn vb.) ne sıklıkla temas kurmaya çalışırsınız?

- ☐ Çok sık ☐ Sık
☐ Nadiren ☐ Hiç

7. Aile içi ilişkilerinizin durumu nasıl?

- ☐ Çok iyi ☐ İyi
☐ Fena değil ☐ Tatmin edici değil

8. Ailenizin dışında sosyal ilişkileriniz var mı?

- ☐ Birçok insanla var ☐ Birkaç insanla var
☐ Pek az insanla var ☐ Hiç kimseyle yok

9. Başkalarıyla ilişki kurmaya ne kadar gayret edersiniz?

- ☐ Çok gayret ederim ☐ Gayret ederim
☐ Orta derecede gayret ederim ☐ Gayret etmem

10. Başkalarıyla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

- ☐ Çok iyi ☐ İyi
☐ Fena değil ☐ Tatmin edici değil

11. Başkalarıyla ilişkinize ne kadar değer verirsiniz?

- ☐ Çok değer veririm ☐ Değer veririm
☐ Çok az değer veririm ☐ Hiç değer vermem

12. Sosyal çevrenizdeki insanlar sizinle ne sıklıkla temas kurmaya çalışırlar?

- ☐ Çok sık ☐ Sık
☐ Nadiren ☐ Hiç

13. Sosyal kurallara, iyi davranışlara, nezakete vb. dikkat eder misiniz?

- ☐ Her zaman ☐ Sıklıkla
☐ Nadiren ☐ Hiç

14. Sosyal hayatın (cemiyet, toplantı ve benzerleri) ne ölçüde içindesiniz?

- ☐ Tamamen ☐ Orta derecede
☐ Az ☐ Hiç

15. Çeşitli şeyleri, durumları ve insanları daha iyi anlamak için bilgi edinmekten ne kadar hoşlanırsınız?

- ☐ Çok ☐ Orta ☐ Az ☐ Hiç

16. Bilimsel, teknik ya da kültürel bilgiye ne kadar ilgi duyarsınız?

- ☐ Çok ☐ Orta ☐ Az ☐ Hiç

17. İnsanlara fikirlerinizi ifade etmekte ne sıklıkla güçlük çekersiniz?

- ☐ Her zaman ☐ Sıklıkla ☐ Bazen ☐ Hiçbir zaman

18. Kendinizi çevrenizden ne sıklıkla reddedilmiş, dışlanmış hissedersiniz?

- ☐ Her zaman ☐ Sıklıkla ☐ Bazen ☐ Hiçbir zaman

19. Fiziksel görünümünüzü ne kadar önemzersiniz?

- ☐ Çok ☐ Orta ☐ Pek değil ☐ Hiç

20. Geçim kaynaklarınızı ve gelirinizi idare etmekte ne kadar zorluk çekersiniz?

- ☐ Her zaman ☐ Sıklıkla ☐ Bazen ☐ Hiçbir zaman

21. Çevrenizi kendi istek ve ihtiyaçlarınıza göre düzenleyebileceğinizi hissedermisiniz?

- ☐ Fazlasıyla ☐ Orta ☐ Pek değil ☐ Hiç

EK4- Etik Kurul Onay Formu



T.C.
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E.83321821-805.02.03-74
Konu : Etik Kurul Karar Yazısı

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Işıl Işık

Yeditepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna etik onay için başvuru yapılmış olan araştırma önerisinin başlığı, araştırmacılar, başvuru numarası, sunulan belgeler ve toplantı bilgileri aşağıda yer almaktadır. İlgili araştırma önerisi, etik kurulumuz üyeleri tarafından değerlendirilmiş olup, etik ve bilimsel açıdan UYGUN olduğuna karar verilmiştir.

Araştırma Başlığı:	Larenjektomi Ameliyatı Geçiren Hastalarda Yaşam Kalitesinin Hastalığa Uyumu Arttırmaya Yönelik "Hastalığa Uyum Kitapçığı"nın Etkinliğinin İncelenmesi
Araştırmacılar:	Sedef Tezcan, Dr. Öğr. Üys. Işıl Işık
Başvuru Numarası:	202208Y0284

TOPLANTI BİLGİLERİ			
Toplantı Tarihi:	14.10.2022	Toplantı Yeri:	Çevirim içi (Google Meet)

SUNULAN BELGELER	
Islak imzalı başvuru dosyası, CD veya USB belleğe kaydedilmiş başvuru dosyası ve elektronik başvuru	
Araştırma başlığı ve araştırmacıların isimleri	
Başvuru dilekçesi	
Başvuru formu	
Araştırmacının;	
• Niteliği	
• Önemi ve özgün değeri	
• Amaç ve hedefleri	
• Yöntemi	
• Yönetimi	
• Yaygın etkisi	
• Araştırma bütçesi (Mevcutsa)	
• Süresi ve uygunluğu (Zaman cetveli)	
• Kaynakları	
Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (yapılan araştırmaya özel olarak hazırlanmış)	

Bu belge, görevli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Adresi : <http://belgedogrulama.yeditepe.edu.tr/bg.aspx?id=DF96B7B-ABA3-4B51-BD0E-7A6ECBDF65E0>

Yeditepe Üniversitesi 26 Ağustos Yerleşimi, İnönü Mahallesi Kayışdağı

Caddesi 34735

Ataşehir / İSTANBUL

Telefon No: (0216) 578 00 00 Faks No : (0216) 578 02 99

İnternet Adresi www.yeditepe.edu.tr

Kep Adresi : yeditepeuniversitesi@ku03.kep.tr

Bilgi için: Didem ÖZDEMİR ÖZENEN

Unvan: Başkan

Telefon No:



Taahhütname-1
Araştırmanın yapılacağı kurumdan izin alma sorumluluğunun araştırmacılara ait olduğuna dair taahhüt
Taahhütname-2
Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesinin son versiyonunun ve Sağlık Bakanlığı'nın ilgili tüm kılavuzlarının okunmasına dair taahhüt
Taahhütname-3
Daha önce yapılmış etik kurul başvuruları mevcut olup olmadığına dair taahhüt
Taahhütname-4
Araştırma sırasında araştırma bütçesinde yer almayan ve gönüllünün kendisine veya Sosyal Güvenlik Kurumuna ek yük getirecek hiçbir işlem uygulanmayacağına dair taahhüt
Taahhütname-5
COVID-19 hastalarında tedavi yaklaşımları ve bilimsel araştırmalar genelgesi okunmasına dair taahhüt
Taahhütname-6
Millî Eğitim Bakanlığı Araştırma Uygulama İzinleri konulu yazının okunmasına dair taahhüt
Araştırmacıların her birisine ait özgeçmiş formu
Ek belgeler (Varsa kullanılan ölçek)

Prof. Dr. Didem ÖZDEMİR ÖZENEN
Başkan

Doç. Dr. Gökhan ERTAŞ
Başkan Yardımcısı

Doç. Dr. Elif SENGURTEKİN
EKÇİ
Raportör

Prof. Dr. Feryal SUBAŞI
Üye

Doç. Dr. Binnur OKAN
BAKIR
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Elif Çiğdem KELEŞ
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Emine Nur
ÖZDAMAR
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Sevim ŞEN
Üye

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Adresi : <http://belgedogrulama.yeditepe.edu.tr/bg.aspx?id=D0F96B7B-ABA3-4B51-BD0E-7A6E8BDF65E0>
Yeditepe Üniversitesi 26 Ağustos Yerleşimi, İnönü Mahallesi Kayışdağı
Cadde 34755
Ataşehir / İSTANBUL
Telefon No: (0216) 578 00 00 Faks No : (0216) 578 02 99
İnternet Adresi www.yeditepe.edu.tr
Kep Adresi : yeditepeuniversitesi@b03.kep.tr

Bilgi için: Didem ÖZDEMİR ÖZENEN
Unvan: Başkan
Telefon No:



**LARENJEKTOMİ AMELİYATI SONRASI
YAŞAM KALİTESİ VE HASTALIĞA UYUMU
ARTIRMAYA YÖNELİK HASTALIĞA UYUM
KİTAPÇIĞI**

SEDEF TEZCAN

İSTANBUL 2022

Sevgili hastalarımız;

Bu kitapçık sizin hastalığa uyumunuzu ve yaşam kalitenizi artırmaya yönelik olarak Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü hemşirelik anabilim dalı yüksek lisans ğrencisi Sedef Tezcan tarafından hazırlanmıştır.

İÇİNDEKİLER

1. Giriş

1.1.1. -Gırtlak Kanseri Nedir?

1.1.2. -Gırtlak Kanseri Tedavi Yöntemleri Nelerdir?

1.1.3. -Cerrahi Tedavi Olan Larenjektomi Sonrası Yaşanabilecek Sorunlar Nelerdir?

2. Trakeostomi Bakımı ve Değiştirilmesi Nasıl Yapılır?

2.1.1. -Mini Test 1

3. Cerrahi Tedavi Sonrası Beslenme

3.1.1. -Mini Test 2

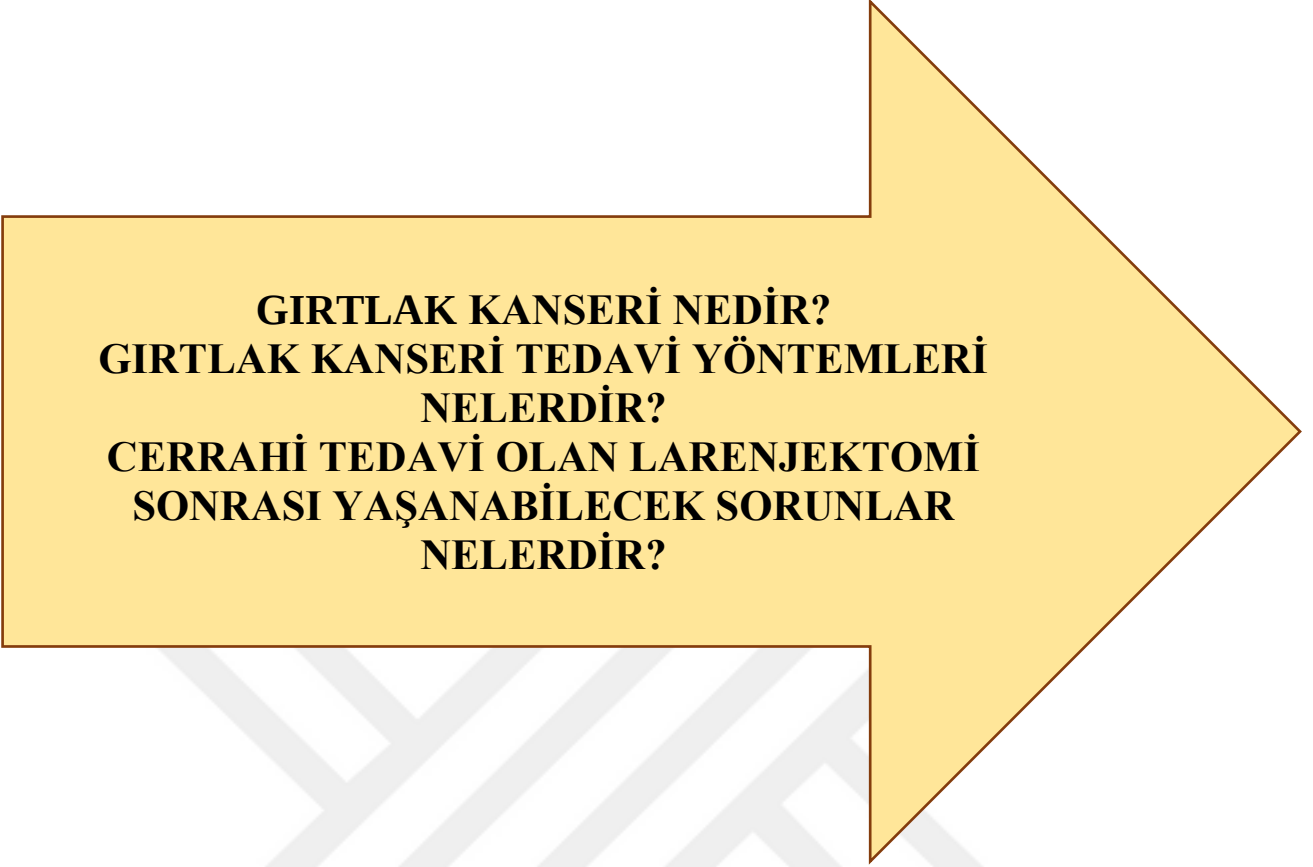
4. Cerrahi Tedavi Sonrası Konuşma Nasıl Sağlanır?

5. Cerrahi Tedavi Sonrası İletişim Nasıl Sağlanır?

6. Cerrahi Tedavi Sonrası Banyo veya Duş Almak Nasıl Yapılır?

7. Mini Test 1 ve 2 Cevap Anahtarı

8. Kaynakça



GIRTLAK KANSERİ NEDİR?
GIRTLAK KANSERİ TEDAVİ YÖNTEMLERİ
NELERDİR?
CERRAHİ TEDAVİ OLAN LARENJEKTOMİ
SONRASI YAŞANABİLECEK SORUNLAR
NELERDİR?

GIRTLAK KANSERİ NEDİR?

Gırtlak(larenks), solunum yolumuzun başladığı kısımdır ve ağızda küçük dilin arkasından başlayarak boyun bölgesinde bulunur. Gırtlak, soluk alıp vermemizi sağlar ve içerisinde ses oluşumunu sağlayan ses telleri bulunur.



Gırtlak

Gırtlak kanseri, küçük dilden başlayarak boyun bölgesinde kontrolsüz çoğalabilecek kötü huylu tümörlerin olmasıdır. Bu bölgede tümör olması şöyle belirtiler gösterebilir:

- 1- Boğazda ağrı,
- 2- Yutkunmada güçlük,
- 3- Kanama,
- 4- Ses kısıklığı,
- 5- Ağız kokusu gibi.

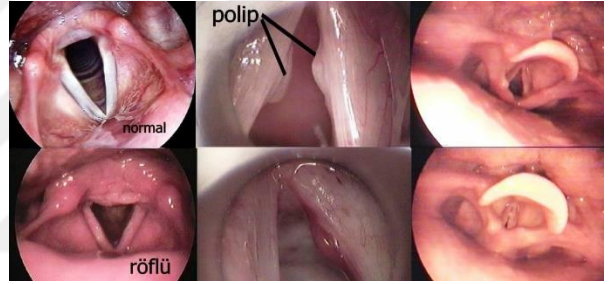
Bu belirtileri bulunan kişiler doktora başvurmalıdır. Başvurulan doktor fiziksel muayene, larengeskopi, endoskopi, MR, PET CT gibi yöntemleri kullanarak burada kontrolsüz çoğalabilecek tümör varlığını saptayabilir. Gırtlak kanseri tanısının konulmasından sonra hastalığınızın evresine göre kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavi ard arda veya birlikte uygulanmaya başlar.



Larengeskopi



Endoskopi



Gırtlak Tümörleri Örneği

KEMOTERAPİ NEDİR?

Kemoterapi ilaçlar kullanılarak yapılan bir tedavidir. Gırtlak ve çevresindeki dokuları korumak için ameliyat öncesi ve sonrası uygulanabilir. Cerrahi girişim sonrası ameliyat bölgesinde kalan küçük tümörleri yok etmek amacıyla yapılır. Cerrahi girişim öncesinde ise gırtlığımızda bulunan kanser hücrelerinin kötü huylu tümörlerini küçültmek için uygulanır.

RADYOTERAPİ NEDİR?

Radyoterapi ışın tedavisidir. Kemoterapi ve cerrahi tedavi ile birlikte eş zamanlı veya ayrı şekilde uygulanabilir. Kanser hücrelerinin bulunduğu bölgeye ışın yoluyla yapılan bir tedavi yöntemidir.



Radyoterapi

CERRAHİ TEDAVİ NEDİR?

Boyun bölgesinde bulunan kanser hücrelerinin tümörü veya kitlenin alınması işlemidir. Boyun bölgesinde bulunan gırtlakta tutulum göstermiş tümörün veya kitlenin çıkartılmasına larenjektomi denir. Kitlenin bulunduğu dokunun alınmasına parsiyel larenjektomi ve tümör hücresi ile birlikte bütün gırtlakın alınmasına total larenjektomi denir.

PARSİYEL LARENJEKTOMİ NEDİR?

Tümörün olduğu bölgenin alınmasıdır. Ses, nefes alma-verme ve yutma işlevleri bu ameliyatlarda zarar görmez. Geçici süreli boğaz ve boyun kısmında nefes almayı sağlayacak açıklık oluşturulur. Bu açıklığa trakeostomi denir.



Trakeostomi

TOTAL LARENJEKTOMİ

İleri evre gırtlak kanserlerinde uygulanır. Gırtlakta bulunan tümör ile birlikte gırtlakın tamamının alınmasıdır. Bu ameliyatta kalıcı trakeostomi açılır ve ses kaybı yaşanabilir.

TEDAVİ SONRASI YAŞANABİLECEKLER

Bu tedavi yöntemleri ile beraber gelişebilecek bazı yan etkiler bulunmaktadır.

Aşağıdaki oluşturulan 3 tabloda kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavi sonrası (aldığınız tedaviler) deneyimlediğiniz sorunları işaretleyebilirsiniz.

Tablo 1.

KEMOTERAPİ TEDAVİSİ SONRASI YAŞANABİLECEK DENEYİMLER	KEMOTERAPİ TEDAVİSİ SONRASI YAŞADIĞIM DENEYİMLER
Sindirim sistemi bozuklukları (hemoroid, kabızlık, anal bölge enfeksiyonları)	
Ağız içi yaralar	
İşitme azlığı	
Enfeksiyon	
Diğer	

Tablo 2.

RADYOTERAPİ TEDAVİSİ SONRASI YAŞANABİLECEK DENEYİMLER	RADYOTERAPİ TEDAVİSİ SONRASI YAŞADIĞIM DENEYİMLER
Boğaz ağrısı	
Ağız kuruluğu	
Tat alamama	
Ses Değişiklikleri	
Diğer	

Tablo 3.

CERRAHİ TEDAVİ SONRASI YAŞANABİLECEK DENEYİMLER	CERRAHİ TEDAVİ SONRASI YAŞADIĞIM DENEYİMLER
Yutma güçlüğü	
Trakeostomiye bağlı nefes borusu darlığı	
Ses kaybı	
Öksürük, aşırı balgam çıkarma	
Tat duyusunun azalması	
Gülme, ağlama gibi mimikleri yapamama	
Enfeksiyon	
Diğer	

Bu belirtilen sorunların görülme sıklığı ve şiddeti verilen tedaviye göre ve kişiden kişiye değişiklik gösterir. Bazı hastalar bu süreçte daha fazla etkilenirken bazı hastalarsa daha az etkilenebilir.

Gırtlığın tamamı alınan hastalar günlük yaşamda yemek yerken, duş alırken ve uyurken zorluk yaşayabilirler ve koku duyusunun değişmesi havadan ne soluduğunun anlanmasını güçleştirebilir. Bu yüzden doğa içinde ağaçlık alanlarda, temiz havada vakit geçirmek iyi gelecektir. Fabrika dumanı, sigara dumanı gibi zararlı kokuların olduğu ortamlardan uzak durulması yararlı olacaktır. Ayrıca vücutta herhangi bir enfeksiyon oluşmaması için temizliğe özen gösterilmelidir. El hijyenini sağlarken parmak araları, avuç içi, tırnak uçlarının iyi bir şekilde temizlenmesi önemlidir. Duş alırken boyun ve boğaz bölgesinde hala bir açıklık var ise nefes almayı engellemeyecek ancak su kaçmasını da önleyecek bir su geçirmez örtü koyarak banyo yapılabilir veya başı geriye doğru yaslayarak kuaför tipi yıkama yapılabilir. Daha ferah ve temiz hissedilecektir.

Spor, yürüyüş, kürek çekme, seyahat etme ve arkadaşlar ile buluşma gibi yapmak istenilen aktiviteler günlük hayatta yapılabilir. Ancak yüzme gibi suyun içinde yapılabilecek bazı aktiviteleri yapılmamalıdır. Çünkü su içinde trakeostomiden hava yoluna su girmesi halinde tıkanma veya boğulma yaşanabilir.

Aşağıdaki tabloda sevdiğiniz aktiviteleri yaptıklarım sütununa ‘x’ işaretleyip yapmak istedikleri sütununa kendi yapmak istediklerinizi yazabilirsiniz.

GÜNLÜK HAYATTA YAPILABİLECEK AKTİVİTELER	YAPTIĞIM AKTİVİTELER	YAPMAK İSTEDİĞİM AKTİVİTELER
Yürüyüş yapmak		
Resim Çizmek		
Bisiklet sürmek		
Günlük yazmak		
Dans etmek		
Müzik dinlemek		
Günlük tutmak		
Kitap okumak		
Diğer		

**TRAKEOSTOMİ BAKIMI ve
DEĞİŞTİRİLMESİ NASIL YAPILIR?
MİNİ TEST 1**

KALICI TRAKEOSTOMİSİ OLANLAR İÇİN HAVA YOLU AÇIKLIĞININ SAĞLANMASI NASIL YAPILIR?

KULLANILACAK MALZEMELER	KULLANILAN MALZEMELER İLE NE YAPILIR?
Ev tipi aspiratör cihazı	Hava yolu ile atılamayan sekresyonların temizlenmesi için kullanılır.
Aspirasyon sondası	Aspiratöre bağlanarak trakeostomi içerisinden sekresyonların alınmasını sağlar.
Ev Tipi Buhar Cihazı	Trakeostomiden giren havanın nemlenmesini sağlar.
Lokal Uyuşturucu Sprey	Trakeostomi kanülünü değiştirirken bölgesel uyuşturmayı sağlayarak acıyı azaltır.
Kayganlaştırıcı Jel	Trakeostomi kanülünü değiştirirken kanülün boğaz boyun boşluğundaki açıklığa rahat girmesini sağlar.
Enjektör	Bazı trakeostomi kanüllerinde kaf dediğimiz sarkan bir ip ucunda renkli bir balon bulunur. Bu balonun şişirilip indirilmesi için kullanılabilir.
Serum Fizyolojik/ Distile Su	Çıkarılan kanülün temizlenmesini sağlar.
Eldiven	Trakeostomi kanülü değişimi sırasında hijyeni sağlamak için kullanılır.
Trakeostomi Tespit Bantı	Trakeostomi kanülünün boyun bölgesinde sabit durması için kullanılır.
Trakeostomi Pedi	Trakeostomi etrafından gelen sekresyonların emilimini sağlar.
Spanç/Gazlı Bez	Trakeostomi pedi bulunamayan zamanlarda alternatif olarak kullanılabilir.



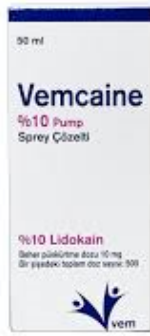
Aspiratör



Aspirasyon Sondası



Ev Tipi Buhar Cihazı



Lokal Uyuşturucu Sprey



Kayganlaştırıcı Jel



Enjektör



Serum Fizyolojik



Distile Su



Eldiven



Trakeostomi Tespit Bantı



Trakeostomi Pedi



Spanç/Gazlı Bez

Mini Test1

Trakeostomimize Doğru Bakıyor muyuz?

- 1) Kanülü değıştirirken eldiven kullanıyor musunuz?
 - A) Evet
 - B) Hayır
- 2) Eldivenleri ne sıklıkla değıştiryorsunuz?
 - A) Her işlemden önce

B) Tek eldivenle yapıyoruz

3) Kanül temizliği veya değişimi yapılırken hangi pozisyonda duruyorsunuz?

A) Sırtüstü yatarken

B) Yarı oturur pozisyonda

4) Kanül temizliğini günde kaç kez hangi sıklıkla yapıyorsunuz?

A) Günde 3 kez 8 saat aralıklı ve gerektiğinde

B) Rahatsız hissettikçe

5) Kanül etrafını kuru tutmayı sağlayacak yumuşak pedleri ne sıklıkla değiştiriyorsunuz?

A) Günde 2-3 kez

B) 2-3 günde bir

KANÜL DEĞİŞİMİ VEYA TEMİZLİĞİ NASIL OLMALI?

Kanülü değiştirmeden önce eller parmak araları ve uçları da dahil olmak üzere bilek üstlerine kadar aşağıdaki görseldeki gibi yıkanmalı.



ELLERİMİZİ NASIL YIKAMALIYIZ?

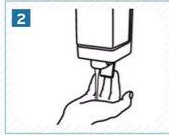
- Bol su ve sabun kullanmalı,
- Ellerimizi en az 10-15 saniye iyice ovuşturmalı,
- Parmak aralarını ve tırnak altlarını iyice temizlemeli,
- Toplam el yıkama süremiz 40-60 saniye olmalıdır.



TC Sağlık Bakanlığı



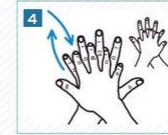
1
Ellerimizi suyla ıslatalım



2
Yeterince sabun alalım



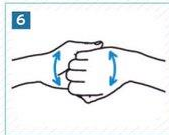
3
Sabunu avuç içimizde iyice köpürelim



4
Sol elin üstünü sağ elle, sağ elin üstünü sol elle ovalayalım



5
Parmaklarımızı iç içe geçirip ovalayalım



6
Parmaklarımızı kenetleyip ovalayalım



7
Başparmaklarımızı ovalayalım



8
Parmak uçlarını avuç içimizde ovalayalım



9
Ellerimizi bol suyla durulayalım



10
Kağıt havluyla kurulayalım



11
Musluğu havluyla kapatalım



12
Ellerimiz artık tertemiz...

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü

f t i y /sbsggm

1. Yarı oturur pozisyonda olunmalı.

2. Sonrasında temiz hiçbir yere değmemiş eldivenler giyilmeli.

İŞLEM BASAMAKLARI:

- 1) Eğer kanülün ucunda balon var ise enjektörü balonun ucuna resimdeki gibi yerleştirip pistonunu çekerek balonun havası alınmalı.



- 2) Trakeostomi tespit bandının bir kenarı açın.



- 3) Tespit bandının bir kenarı açıldıktan sonra öksürme gibi refleksler olur diye bir el ile çıkmaması için destekleyin
- 4) Trakeostomi içindeki sekresyonları temizlemek için aspiratörün ucuna aspirasyon sondası yerleştirilmeli. Eldivenler hijyenik bir şekilde giyilmeli. Eldivenler giyildikten sonra aspirasyon sondasını poşetinin içinden bir kere elinize dolayarak çıkarın ve hiçbir yere değdirmeden Trakeostominin içine daire hareketleri yaparak ilerletin. İçerideki sekresyonlar temizlendikten sonra yine dairesel hareketler ile çıkartın ve tek kullanımlık aspirasyon sondasının eldivenler ile beraber çöpe atıp eldivenlerinizi yenileyin. Bu işleme aspirasyon denir. Aspirasyon yapılırken bir el temiz kalmalı bir el ile trakeostomi çıkmaması için tutulmalı.



- 5) Trakeostomi kanülünü öne ve aşağıya doğru çıkartın. Kanülü çıkarttıktan sonra distile su dolu kaba koyup bekletin.



- 6) Trakeostomi kanülünü çıkardıktan sonra içeride kalan sekresyonları kanülü temizler gibi aspirasyon hortumunu içeri ilerletmeden yüzeysel olarak alalım. Trakeostominin etrafını kızarıklık, nemlilik yönünden değerlendirelim.
- 7) Bir gazlı bez açalım. Gazlı bezin üzerine serum fizyolojiği gazlı beze değdirmeden dökelim. Trakeostominin etrafını serum fizyolojik dökülen gazlı bez ile temizleyin. Temizledikten sonra kuru bir gazlı bez ile kurulayın. Temiz ve kuru kalmasını sağlayın.



- 8) Temizlik işleminden sonra 5-10 cm uzaktan uyuşturucu spreyi trakeostomi etrafına sıkın.



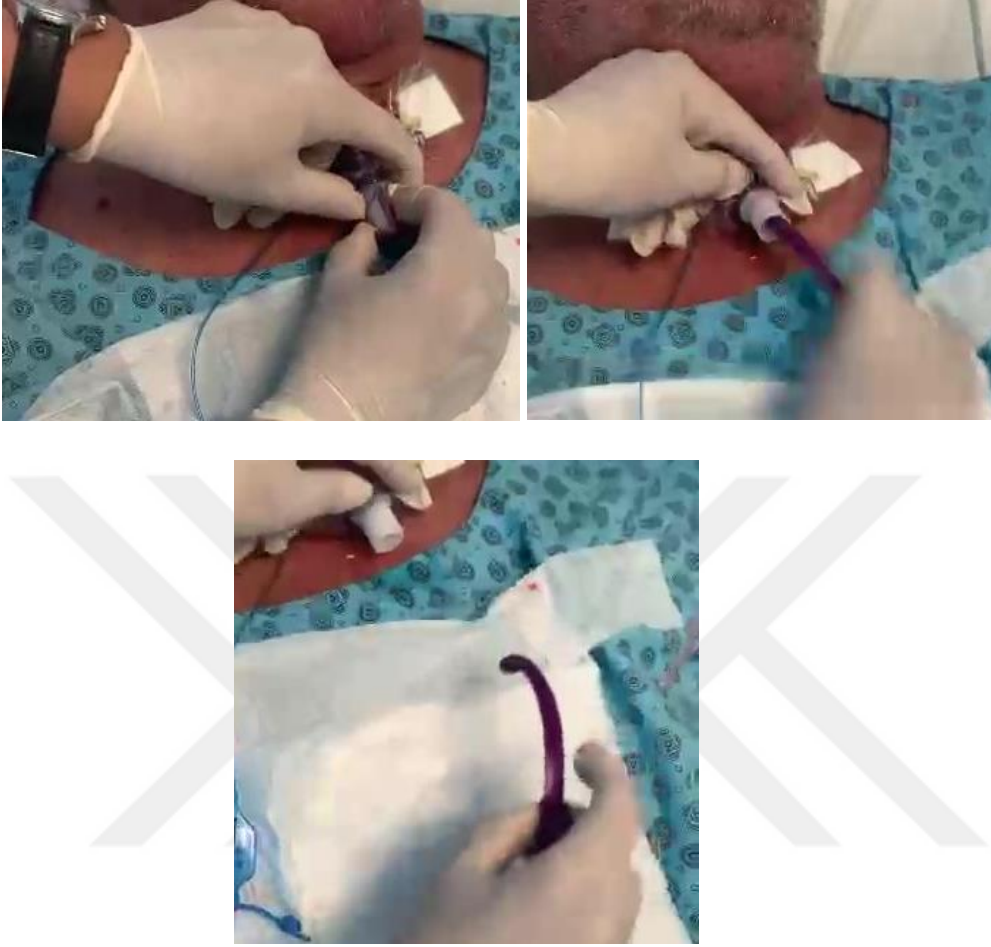
- 9) Yeni kanülü hazırlayın veya distile suda beklettiğiniz kanülü temiz açılan gazlı bez ile iyice kurutup temizleyin. Kanülün etrafına kayganlaştırmacı jeli sürün.



10) Kanülü yandan ileri ve aşağı doğru yerleştirin.



11) Kanülün içinde eğer çubuk var ise çubuğu çevirip çıkartın.



12) Kanülde yine balon var ise balonu 10 ml hava ile kulak memesi kıvamında olacak şekilde şişirin ve son kez aspirasyon sondası ile sekresyonları temizleyin.



- 13)** Kanül sorunsuz bir şekilde yerleştikten sonra trakeostomi pedini veya gazlı bezi kanülün şeffaf kenarlarının altına yerleştirin. Trakeostomi pedini yerleştirdikten sonra trakeostomi tespit bandını boynun arkasından gelecek şekilde trakeostomi kanülünü sabitleyin.



Plastik kanül;



- 1) Kanülünüz plastik kanül ise kanülünüzün temizleme işlemlerini yukarıda anlatıldığı gibi yapıp öne ve aşağı doğru çıkartın.
- 2) Kanülü bir süre distile suda bekletip içini iyice temizleyin üzerine kayganlaştırıcı jel sürüp yerine yerleştirin.





Gümüş kanül;

- 1) Gümüş kanüller uzun süre kullanılabilir sadece her 5 yılda bir değiştirilmesi gerekmektedir. Evde değiştiremez, hastane ortamında hekim tarafından değiştirilir.

- 2) Bu kanüller sağlam oldukları, kırıldıkları zaman yapılabilmeleri ve bakteri öldüren etkileri olup enfeksiyon gelei me ihtimalini en aza indirdikleri için tercih edilirler.
- 3) Tercih edilmeme nedenleri ise sert yapıda olması, hastaya rahatsızlık vermesi ve pahalı olmalarıdır.



NOTLAR:

- 1) Kanül temizliği yaparken trakeostomi boşluğunun açık kalmasında bir sakınca yoktur.
- 2) Her işlem öncesi eldiven değişimi mutlaka yapılmalı.
- 3) Trakeostomi  evresi kuru tutulmalı.
- 4) Trakeostomi etrafına koyduğumuz pedi/kuru spanc  günde en az iki kez mutlaka deği tirelim kirlendiğinde değiştirme sıklığı artabilir.
- 5) Trakeostomi çevresini kızarıklık, ısı artı ı yönünden, akıntı kontrol edelim herhangi bir belirtide doktorumuza danı alım.

**CERRAHİ TEDAVİ SONRASI BESLENME
NASIL OLMALIDIR?
MİNİ TEST 2**

Mini Test2

- 1) Beslenme yapmadan önce boş enjektör ile mideden gelen sıvı olacak mı diye kontrol sağlıyor musunuz?
A) Evet
B) Hayır
C) Bazen
- 2) Beslenme yapmadan önce ve beslenme sonrasında mideye su veriyor musunuz?
A) Evet, diyetisyenimizin/doktorumuzun önerisi miktarında veriyorum.
B) Hayır, direkt mama/ yiyecek veriyorum.
- 3) Enjektöre su, mama veya başka bir yiyecek aldığımızda içindeki havayı boşaltıyor musunuz?
A) Evet
B) Hayır

BESLENME:

- Radyoterapi gören hastalarda boğaz ağrısı olabilir. Buna bağlı yemek yerken yiyecekleri yutmada güçlük olabilir. Bu sebeple beslenmeyi sağlayıp, kilo kaybını önlemek için karın duvarından mideye geçen direkt bir boru yerleştirebilirler. Bu boruya PEG ismi verilir. PEG günlük alınması gereken kaloriyi, vitamin, karbonhidrat ve proteinlerin alınması için doktor tarafından hastanın rızası alınarak hastane ortamında yerleştirilir. PEG yoluyla blenderize gıda, proteinden zengin çorba, doktor ve diyetisyen önerisi ile ek takviye mamalar verilebilir.

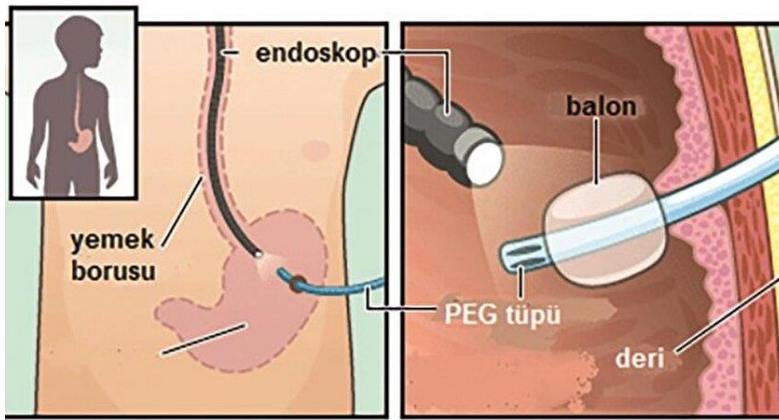
-PEG AÇILAN HASTALAR İÇİN BESLENME NASIL OLMALIDIR?

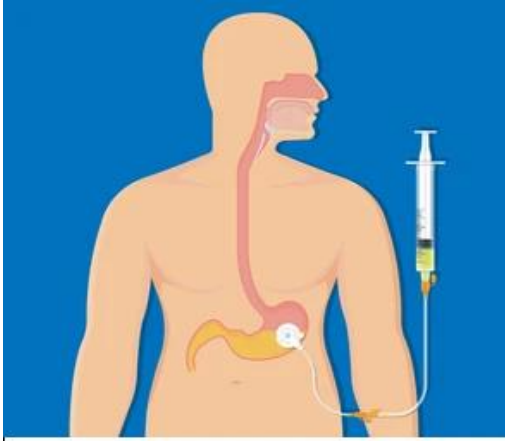
Gerekli malzemeler:

- Enteral beslenme enjektörü



NOT: PEG (Perkütan Endoskopik Gastrostomi) beslenmeyi kolaylaştırmak ve kişinin yeterli besin alamayacağı düşünüldüğü durumlarda kilo kaybını önlemek için karın bölgesinden mideye esnek bir tüpün yerleştirilmesidir.





shutterstock.com · 1059859043



Beslenme İçin PEG Yolunu Kullanıyorsak;

- 1) 2 adet beslenme enjektörü, beslenme ürününğ (mama veya çorba, blenderize yiyecek) ve 2 bardak suyu yanınıza alın.



- 2) Baş kısmı en az 30 derece yüksekte olmalı veya oturu pozisyonunda beslenme sağlanmalı. Bir enjektör ile önce mideden gelen var mı yok mu diye kontrol edin. Bu kontrol işlemi 4-8 saatte bir yapılmalıdır.
- Boş enjektörü tüpün ucuna yerleştirin.
 - Enjektörün ucunu geri çekin ve gelen mide içeriği var mı kontrol edelim. Gelen mide içeriği 100-150 ml'den fazla olur ise doktora mutlaka bilgi verin.



- 3) Gelen miktar 100-150 ml'den fazla değilse diğer boş enjektöre mama ya da blenderize yemek, çorba öğün olarak size doktor veya diyetisyen tarafından ne önerildiyse enjektörün içine çekin.
-Enjektörde hava kalmamasına dikkat edin.

BEZGEİME ENJEKTÖRÜ
Q



Measuring gastric residual. (Copyright B. Proed.)

- 4) Şişkinlik olmaması için 2-3 enjektör doldurmak (100-150 ml) yeterli olacaktır. Beslenme ürününü hızlı olmayacak şekilde 5-10 dakikada verin.



- 5) Beslenme sağlandıktan sonra 1 enjektör (50 ml) kadar su tekrar verip beslenme işlemini sonlandırın.
- 2-3 saat sonra beslenme işlemini tekrarlayın.
 - Eğer yemek yemeyi ağız yoluyla sağlanacaksa yemek yerken dik oturur pozisyonda olup ağız içindeki yiyeceği iyice çiğneyip yutun. Yutarken çenenizi boynunuza doğru eğerek yutmak daha kolay yutmanızı sağlayacaktır.

NOTLAR:

- 1) Eğer hem ağızdan beslenip hem PEG yolu ile besleniyorsanız doktorunuza veya diyetisyeninize danışarak ağızdan yeterli beslenmeyi sağlamanız durumunda ağızdan beslenebilirsiniz.
- 2) Eğer sadece ağızdan besleniyorsanız alınması gereken kalori miktarını mutlaka bir diyetisyene danışıp takviye mama önerisi olursa takviye mamaları alın.

- 3) PEG ile, ağız yoluyla ya da her iki şekilde beslenme sağlansa da her gün günde en az üç kez ağız içi temizliğini ve gargara yapın. Gargarayı ılık su içine hazırlanmış tuz ve karbonat ile yapabilirsiniz.
- 4) Doktorun önerdiği ağız içi spreyleri de kullanabilirsiniz.



**CERRAHİ TEDAVİ SONRASI KONUŞMA
NASIL SAĞLANIR?**

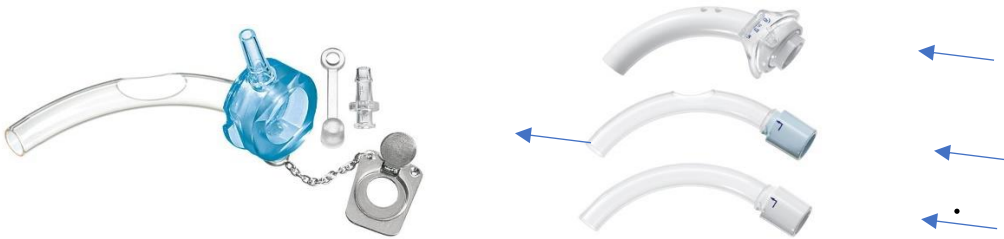


KONUŞMA

- Konuşmanız ile ilgili en doğru bilgiyi size doktorunuz verecektir.
- Konuşmaya yardımcı trakeostomi kanülünün ucuna takılan konuşma aparatları mevcut. Aşağıdaki resimde görebilirsiniz.



- Bu aparat olmadan da ameliyattaki yemek borusu ile konuşma yöntemi sayesinde aşağıdaki resimde ok işareti ile gördüğünüz kanüllerin ucuna parmağınızı koyarak konuşma gerçekleştirebilirsiniz.



- Bu kanülü günde en az bir kez çıkartıp temizlemeniz gerekmektedir. 8 saatte bir değişim yapabiliyorsanız gün içinde daha rahat nefes almanızı sağlar ve kanül içinde sekresyon birikmesini önler.

Ses kaybı geçirilen cerrahi girişime bağlı olarak farklılık gösterebilir. Total larenjektomi ameliyatı sonrası boğaz-boyun bölgesindeki trakeostomi kalıcı olabileceğinden

konuşmak için acele etmeyin. Ameliyat sonrası zaman geçtikçe, cerrahi operasyon yerinde iyileşme oldukça trakeostomi kanülünün ucuna yukarıda resmi olan konuşma aparatını yerleştirip konuşma sağlanabilir. Aynı zamanda yukarıda anlatıldığı gibi yemek borusu ile konuşma yöntemi kullanılarak sadece trakeostomideki kanülün ucunu parmağınız ile kapatarak konuşma gerçekleştirebilirsiniz. Parsiyel larenjektomi ameliyatı sonrası trakeostomi geçici olduğundan ve ses telleri korunduğundan konuşma gerçekleşmesi işlem sonrası çok uzun sürmeyebilir. Tabi konuşma konusunda doktorunuzun görüşler ve önerileri de çok önemlidir. Ameliyat sonrasında doktorunuz ile iş birliği yaparak bu süreci yönetmek daha doğru olacaktır. Doktorunuz gerekli görürse bir ses terapisti ile konuşma ve ses çıkarma üzerine çalışmak bu konuda daha hızlı ilerlemenize yardımcı olur. Ses terapisi sayesinde nefes yoluyla ses çıkarmayı öğrenirsiniz ve konuşmak için ekstra çaba harcamanıza gerek kalmayacaktır.

**CERRAHİ TEDAVİ SONRASI İLETİŞİM
NASIL SAĞLANIR?**

PEKİ İLETİŞİMİ BAŞKA NASIL SAĞLAYABİLİRSİNİZ?

- Konuşmakta zorlanıyorsanız kağıt kalem kullanarak kendinizi çevrenizdeki insanlara karşı yazarak açıklayabilirsiniz.
- Günlük hayatı kolaylaştırmak amacıyla temel gereksinimler için kendinize görsel iletişim kartları oluşturabilirsiniz.
- **Görsel İletişim Kartı Örneği:**



**Tuvalete
gitmeliyim**



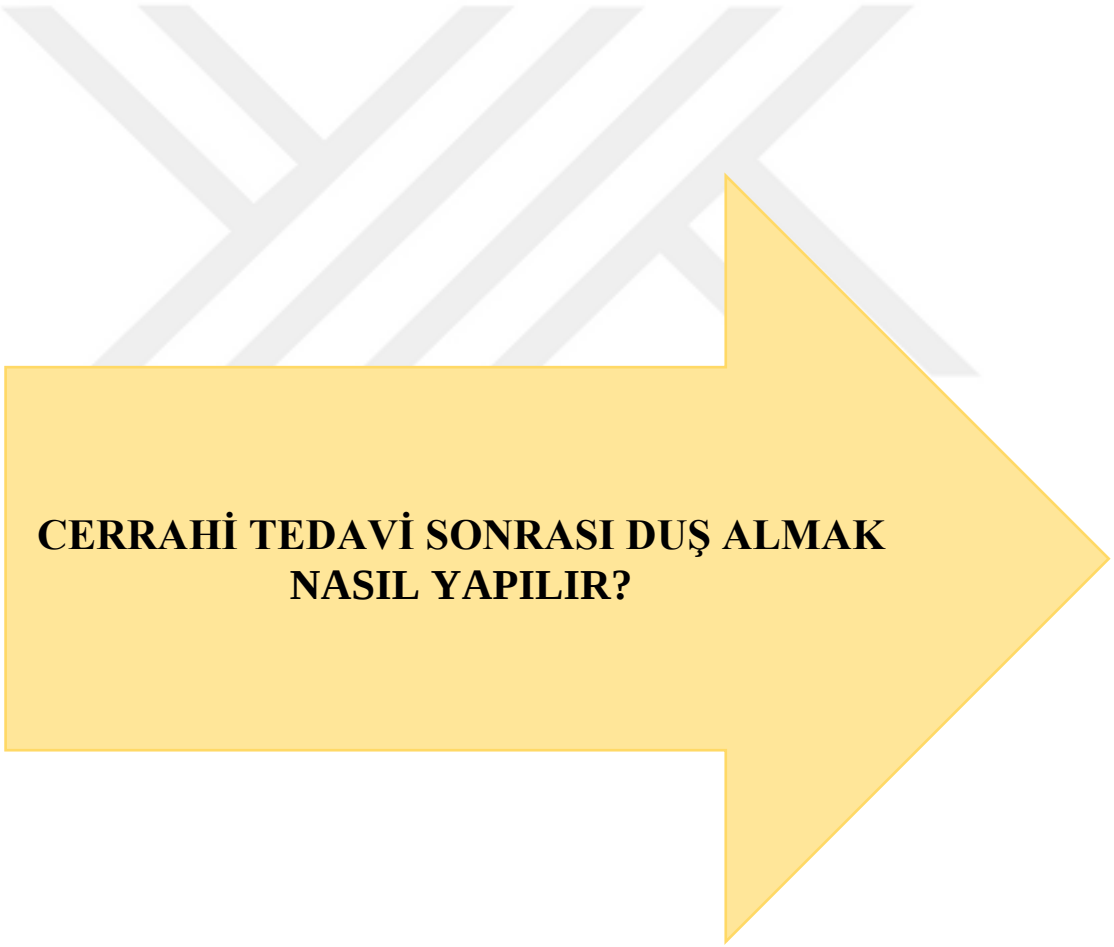
Susadım



Ağrım var

NOTLAR:

- 1) Doktorunuzun önerisi ile konuşma terapistinden destek alabilirsiniz.
- 2) Konuşmak için acele etmeyiniz, konuşma kartları, kağıt ve kalem işinizi görecektir. 😊
- 3) Konuşma kartlarına resimleri kendiniz çizebilirsiniz. Bu daha eğlenceli hale gelecektir.



**CERRAHİ TEDAVİ SONRASI DUŞ ALMAK
NASIL YAPILIR?**

Duş almadan önce trakeostomi örtüsü denilen örtülerden edinmeniz sizin için daha konforlu olacaktır.

Trakeostominin üzerine bu örtüyü yerleştirip boyun bölgesinin arkasından bağlayın. Sonrasında duş alırken bu örtü sayesinde suyun trakeostomiden içeri girmesini engeller.

Başka bir seçenek olarak kuaförlerde uygulanan kuaför tipi yıkama gibi başınızı geriye doğru yaslayıp bir kişi yardımı ile saçlarınızı yıkayabilirsiniz. Saçınızı yıkadıktan sonra boynunuzdan aşağısını yıkayabilirsiniz. Bu yöntem de trakeostomiden su kaçmasını engelleyecektir.

Aşağıdaki resimde gördüğünüz gibi trakeostomi örtüleri kullanarak banyonuzu rahatlıkla yapabilirsiniz.



CEVAP ANAHTARLARI

MINİTEST1:

- 1) A
- 2) A
- 3) B
- 4) A
- 5) A

MINİTEST2:

- 1) A
- 2) A
- 3) A

KAYNAKÇA:

- 1) Kamber A. Larenjektomi Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Bakımına İlişkin Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. İstanbul, İstanbul Üniversitesi, 1989.
- 2) Ertürk M. Parsiyel Larenjektomi Olan Hastaların “İletişim Rehberi” Ne İlişkin Değerlendirmeleri. Trabzon. Karadeniz Teknik Üniversitesi. 2013.
- 3) Dalgıç C. Larenjektomi Olan Hasta Yakınlarının Bakım Yüklerinin ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. İstanbul, Haliç Üniversitesi, 2015.
- 4) Çıkrıkcı S. Genişletilmiş Parsiyel Larenjektomili Hastalarda Postoperatif Bulgular ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Gaziantep, Gaziantep Üniversitesi, 2017.
- 5) Karaca, T. Trakeostomili hastalarda hemşirelik bakımı. International Journal of Human Sciences, 12(2), 1078-109, 2015.

8.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Sedef	Soyadı	Tezcan
-----	-------	--------	--------

Öğrenim Durumu

Derece	Alan	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Hemşirelik	Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2023
Lisans	Hemşirelik	Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2020
Lise	-	Hacı Fahri Zümbül Anadolu Lisesi	2015

İş Deneyimi

Görev	Kurum	Süre
İş Yeri Hemşiresi	Arçelik	2023-Hala
Servis Hemşiresi, Genel Cerrahi Servisi	Yeditepe Üniversitesi İhtisas Hastanesi	2020-2022
Intern Hemşire, Dahiliye Servisi	Yeditepe Üniversitesi İhtisas Hastanesi	2019-2020

Dil Bilgisi

İngilizce	B1 Seviyesi
-----------	-------------

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
MS Office (Word, Excell, Power Point)	İyi

Yayınlanan Makale

Şen S. Öz dilek S. Öz E.N. Hemşirelik Öğrencilerinde Kariyer Geleceği ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Algısı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. <i>Journal of Health and Nursing Management</i> , 2020. 8(1); 21-30.
--

Sertifikalar

Diğer Sağlık Personeli Sertifikası-2023
Temel Yaşam Desteği Uygulayıcı Sertifikası-2019