T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BAŞ VE BOYUN KANSERİ NEDENİYLE AMELİYAT OLAN HASTALARA VERİLEN ROY ADAPTASYON MODELİNE TEMELLENDİRİLMİŞ TABURCULUK EĞİTİMİNİN HASTANIN YAŞAM KALİTESİ VE MEMNUNİYETİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

ESİN ORAKÇİ

HEMŞİRELİK ESASLARI ANA BİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEMMUZ / 2024

T.C
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BAŞ VE BOYUN KANSERİ NEDENİYLE AMELİYAT OLAN HASTALARA VERİLEN ROY ADAPTASYON MODELİNE TEMELLENDİRİLMİŞ TABURCULUK EĞİTİMİNİN HASTANIN YAŞAM KALİTESİ VE MEMNUNİYETİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Esin ORAKÇİ

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ ÖZNUR KAVAKLI

HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEMMUZ / 2024

TEZ KABUL ONAYI

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Esin ORAKÇİ

11/07/2024

ÖZET

Amaç: Bu araştırmada baş ve boyun kanseri (BBK) nedeniyle ameliyat olan hastalara verilen Roy Adaptasyon Modeline (RAM) temellendirilmiş taburculuk eğitiminin hastanın yaşam kalitesi ve memnuniyetine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Araştırma tek gruplu ön test-son test çalışması olup Ekim 2023-Nisan 2024 tarihleri arasında Ankara Gazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz kliniğinde baş ve boyun kanseri nedeniyle majör cerrahi geçiren 13 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri toplanırken; "Hasta Tanımlayıcı Özellikler Formu", **"**Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Anket Formu" ve "Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeği" kullanılmıştır. Hasta grubuna ameliyat öncesi, taburculuk sonrası 1.ve 2.aylarda yaşam kalitesi anket formu uygulanmıştır. Hastalara literatür ışığında hazırlanan Roy Adaptasyon Modeli'ne temellendirilmiş taburculuk eğitim kitapçığı ile taburculuk eğitimi verilmiştir. Eğitim sonunda hasta grubuna taburculuk eğitimi memnuniyet ölçeği uygulanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Grup içi ölçümlerin karşılaştırılmasında tekrarlı ölçümler Anova Testi ve Tamamlayıcı Bonferroni Testi kullanılmıştır.

Bulgular: Katılanların yaşam kalitesi ameliyat öncesi puan ortalaması (75,19), taburculuk birinci ay (48,03) ve ikinci ay (58,0) ölçümlerine göre yüksek bulunmuş, Yaşam Kalitesi taburculuk ikinci ay ölçümü, birinci ay ölçümüne göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Katılanların taburculuk eğitimi memnuniyet ölçeği puan ortalaması 97,462±7,344 olarak bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışmada BBK cerrahisi uygulanan hastalara verilen RAM'a dayalı taburculuk eğitiminin hastanın yaşam kalitesine ve memnuniyetine olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Baş ve Boyun Kanseri, Roy Adaptasyon Modeli, Taburculuk Eğitimi, Yaşam Kalitesi, Memnuniyet

ABSTRACT

Aim: This study aims to reveal the effects of the Roy Adaptation Model (RAM) based discharge training provided to patients who underwent surgery for head and neck cancer (HNC) on quality of life and resilience.

Material-Methods: The research is a single-group pre-test-post-test study and was conducted with 13 patients who underwent major surgery due to head and neck cancer at the Ear, Nose and Throat Clinic of Ankara Gazi University Health Practice and Research Hospital between October 2023 and April 2024. While collecting the research data; "Patient Descriptive Characteristics Form", "Washington University Quality of Life Survey Form" and "Discharge Education Satisfaction Scale" were used. A quality of life survey form was applied to the patient group before surgery and in the 1st and 2nd months after discharge. Discharge education was given to the patients with the Roy Adaptation Model Based Discharge Education Booklet prepared in the light of literature. At the end of the education, the discharge education satisfaction scale was applied to the patient group. Categorical variables of the study were calculated as numbers and percentages. The data obtained in the study were evaluated in a computer environment using the SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 program. Repeated measures Anova Test and Supplementary Bonferroni Test were used to compare within-group measurements.

Results: The participants' quality of life score average before surgery (75.19) was found to be high according to the first month (48.03) and second month (58.0) discharge measurements, and the Quality of Life was found to be higher in the second month discharge measurement than in the first month measurement ($p<0.05$). The participants discharge trainining satisfaction scale score average was found to be 97.462±7.344.

Conclusion: As a result of the study; It is thought that the discharge education based on the RAM given to patients who underwent HNC surgery has a positive effect on the patient's quality of life and satisfaction.

Key words: Head and Neck Cancer, Roy Adaptation Model, Discharge Education, Quality of life, Satisfaction

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca yol gösteren, destek ve emeklerini esirgemeyen, sabır, özveri ve anlayışı ile zorlandığım her konuda yanımda olan kıymetli hocam ve danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Öznur KAVAKLI 'ya, değerli bilgilerini esirgemeyen tez izleme komitesi hocalarım Doç. Dr. Şenay GÜL ve Doç. Dr. Nurcan ERTUĞ' a,

Yüksek lisans eğitimime olan katkılarıyla, bilgileriyle beni aydınlatan sevgili hocam Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı Başkanı, sayın Prof. Dr. Tülay BAŞAK'a,

Bu süreçte değerli görüş ve önerileriyle tezime katkı sağlayan sayın hocam Doç. Dr. Süleyman CEBECİ'ye

Hayatım boyunca her zaman arkamdaki en büyük destekçim olan kıymetli annem, babam ve kardeşime,

Bu sürecin en başından beri yanımda olan desteğini esirgemeyen canım dostum Kübra'ya, yakın arkadaşlarım Ayşe Çakmak ve Mehmet Açıkgöz'e , Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ndeki mesai arkadaşlarıma,

Yüksek lisans eğitimine birlikte başladığım, bu yolu birlikte yürüdüğüm sevgili arkadaşlarım Ecem ve Öznur'a,

Araştırmaya gönüllü olarak kabul eden hastalarımıza,

Sonsuz saygı ve sevgilerimi sunarım.

ANKARA, Temmuz 2024

Esin ORAKÇİ

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **iv**
ABSTRACT ..... **v**
TEŞEKKÜR ..... **vi**
İÇİNDEKİLER ..... **vii**
TABLO LİSTESİ ..... **x**
RESİM LİSTESİ ..... **xi**
ŞEKİL LİSTESİ ..... **xii**
SİMGELER VE KISALTMALAR ..... **xiii**
1.GİRİŞ VE AMAÇ **1**
1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi 1
1.2. Araştırmanın Amacı 4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri 5
2. GENEL BİLGİLER **7**
2.1. BAŞ VE BOYUN KANSERLERİ 7
2.2. BAŞ VE BOYUN KANSERLERİNDE EPİDEMİYOLOJİ 9
2.3. BAŞ VE BOYUN KANSERLERİNDE ETİYOLOJİ 10
2.4. BAŞ VE BOYUN KANSERLERİNDE BELİRTİLER VE BULGULAR 10
2.5. BAŞ VE BOYUN KANSERLERİNDE TANI YÖNTEMLERİ 12
2.6. BAŞ VE BOYUN KANSERLERİNDE TEDAVİ YAKLAŞIMLARI 12
2.6.1. Radyoterapi 14
2.6.2. Kemoterapi 14
2.6.3. Cerrahi Yaklaşımlar 15
2.7. YAŞAM KALİTESİ 18
2.7.1. Baş ve Boyun Kanseri, Yaşam Kalitesi ve Hemşirenin Rolü 20
2.8. BAŞ VE BOYUN KANSERLİ HASTALARIN CERRAHİSİ SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMI 21
2.9.TABURCULUK EĞİTİMİ 22
2.10.HEMŞİRELİKTE MODEL KULLANMA 24
2.11.ROY ADAPTASYON MODELİ 24

2.11.1. Roy Adaptasyon Model'inde Dört Temel Kavram 26
2.11.2. Modeldeki Uyum Alanları 27
2.11.3. Roy Adaptasyon Model'inin Kullanımının Önemi 28
2.12. ROY ADAPTASYON MODELİNE GÖRE PLANLANAN TABURCULUK EĞİTİMİ 28
3.GEREÇ VE YÖNTEM 31
3.1.ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ 31
3.2.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI 31
3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ 32
3.3.1. G-Power Protokolü 33
3.4.DEĞİŞKENLER 33
3.4.1.Bağımsız Değişkenler 33
3.4.2.Bağımlı Değişkenler 33
3.5.ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 34
3.5.1.Hasta Tanımlayıcı Özellikler Formu ..... .34
3.5.2.Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Ölçeği 34
3.5.3.Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeği 35
3.6.BAŞ VE BOYUN KANSERİ AMELİYATI TABURCULUK EĞİTİM KİTAPÇIĞI 36
3.7.ARAŞTIRMANIN UYGULAMASI 36
3.7.1.Araştırmanın Ön Uygulaması 36
3.7.2. Araştırma Verilerinin Toplanması 36
3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU 38
3.9.VERİ ANALİZİ 38
4.BULGULAR 41
4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri 41
4.2. Hastaların Yaşam Kalitesi Anket Formu Puanlarına İlişkin Bulguları 43
4.3. Hastaların TEMÖ Puanlarına İlşkin Bulguları 46
5.TARTIŞMA 47
5.1. Hastaların Tanımlayıcı Bulgularına Tartışılması 47
5.2. Hastaların Yaşam Kalitesi Anket Formu Puanlarına İlişkin Bulgularının Tartışılması 50

5.3. Yaşam Kalitesi Anket Formu Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması 54
5.4. Hastaların TEMÖ Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması 55
6.SONUÇ VE ÖNERİLER 57
6.1.SONUÇ 57
6.2.ÖNERİLER 57
6.2.1.Araştırmanın Sınırlılıkları 58
7.KAYNAKLAR 59
8.EKLER 69
EK-1: HASTA TANIMLAYICI ÖZELLİKLER FORMU 69
EK-2: WASHİNGTON ÜNİVERSİTESİ YAŞAM KALİTESİ ANKET FORMU 70
EK-3: TABURCULUK EĞİTİMİ MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ 73
EK-4: ÖLÇEK VE ANKET YAZARINDAN KULLANIM İZNİ 75
EK-5**:** ETİK KURUL İZNİ 77
EK-6: KURUM İZNİ 79
EK-7: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU(BGOF) 80
EK-8: TIBBİ FOTOĞRAF ÇEKİMİ HASTA ONAMI 84
EK-9: BAŞ VE BOYUN KANSERİ AMELİYATI TABURCULUK EĞİTİM KİTAPÇIĞI 85
9.ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ 90

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.4.1. BBK'ların Çevre Dokularındaki Olası Malignite Belirtileri ve Semptomları 11

Tablo.2.6.1. Radyoterapi, Kemoterapi ve Cerrahinin Yan Etkileri 18

Tablo 3.9.1. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Normallik Analizi Sonuçları 39

Tablo 4.1.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri..... 41

Tablo 4.2.1. Hastaların Ameliyat Öncesi, Taburculuk Sonrası 1. Ve 2. Aydaki Yaşam Kalitesi Puan Dağılımları..... 43

Tablo 4.2.2. Yaşam Kalitesi Anket Formu Genel Soruların Puan Dağılımları..... 44

Tablo 4.2.3. Yaşam Kalitesi Ölçümleri..... 45

Tablo 1.3.1. Hastaların Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları 46

RESİM LİSTESİ

Resim 2.6.3. Mandibulektomi 16
Resim 2.6.4. Serbest Flep Tekniği 16

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 3.7.2.1. Tez Akış Diyagramı 32
Şekil 3.3.1. Güç Analizi Grafiği 38
Şekil 4.2.3.4. Yaşam Kalitesi Anket Formu Ölçümleri 45

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

BBK : Baş ve Boyun Kanseri

BD : Boyun Diseksiyonu

BGOF : Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

HPV : Human Papilloma Virüs (İnsan papilloma virüsü)

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

KBB : Kulak Burun Boğaz

KT : Kemoterapi

N : Sayı

RAM : Roy Adaptasyon Modeli

RT : Radyoterapi

SCC : Squamöz Cell Carsinoma (Squamöz Hücreli Karsinom)

TEMÖ : Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeği

UW-QOL : The University of Washington Quality of Life Questionnaire (Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Anket Formu)

YBÜ : Yoğun Bakım Ünitesi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 ARAŞTIRMANIN KONUSU VE ÖNEMİ

Baş boyun kanserleri (BBK), dudak, ağız boşluğu, hipofarenks, nazofarenks, larenks ve paranazal sinüslerin malignitelerinin yanı sıra majör ve minör tükürük bezleriyle ilişkili lenfadenopatiyi kapsayan oldukça geniş ve çok çeşitli bir epitelyal hastalık grubudur (1-4).SCC BBK'ların en yaygın histolojik alt tipidir ve vakaların çoğu ağız boşluğu, burun boşluğu , farenks ve larenks epitelinde meydana gelir (5). BBK'ların büyük çoğunluğu, temel olarak tütün ve alkol tüketimi veya onkojenik human papilloma virüs (HPV) ile ilişkili olan SCC'dir (6).

Baş ve boyun kanserlerinden dünya genelinde her yıl yarım milyondan fazla insan etkilenmektedir (7). Bu vakalara her yıl yaklaşık 890.000 yeni vaka eklenmekte ve 450.000 ölüm gerçekleşmektedir (5, 8-12). BBK'lar dünya çapındaki en yaygın kanserler arasında yedinci sıradadır (5, 13-18). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (ABD) kanserlerin neredeyse %4'ünü ve dünya çapındaki kanserlerin %3'ünü oluşturmaktadır (19). 2018 yılında ABD'de 51.540 BBK vakası tespit edilmiştir (20). BBK'lar küresel insidansı birçok ülkede ve son yıllarda özellikle genç popülasyonlarda artma eğilimi göstermektedir (14). 2030 yılına kadar insidansında yıllık %30'luk bir artış olacağı öngörülmektedir (8, 9, 11, 14, 21, 22).

BBK özellikle yaşlı popülasyonlarda ortaya çıkan bir kanserdir. Yaşlanan nüfusun ve kanser yükünün artmasıyla birlikte, BBK görülme sıklığının önümüzdeki yıllarda daha da artacağı düşünülmektedir (2). BBK hastalarının yaklaşık %30-40'ı erken evrede sağlık kurumuna başvurmakta ve uygun tedaviyle 5 yıllık sağkalım oranı %70-90 oranında seyretmektedir. BBK vakalarının çoğuna ileri evrede tanı konulmaktadır. BBK teşhisinin geç konulması beraberinde multimodal tedavi gerektirmektedir ve bu durum sağkalımı olumsuz etkilemektedir (20, 22, 25, 23,26). İleri evrede tanılanan kanser aynı zamanda yaşam kalitesini ve sağkalım sonuçlarını da önemli ölçüde etkilemektedir (16).İleri evre BBK hastalarında 5 yıllık sağkalım oranları maalesef tüm tedavilere rağmen %50'nin altındadır (20).

Baş ve boyun kanserlerinin erken belirti ve semptomlarının farkındalığı hem hastalığı hem de sağlık bakımıyla ilgili gecikmeleri azaltma çabaları, sağkalım sonuçlarının iyileşmesine yol açmaktadır (23). Hastalara tanı aldıkları andan itibaren bütüncül ve tam destek verilmesi, planlanan tedavinin tamamlanması açısından önem taşımaktadır. Kanserin lokalizasyonu göz önünde bulundurulduğunda, BBK sıklıkla bir dizi fiziksel ve fonksiyonel karmaşıklığı beraberinde getirmektedir. Buna bağlı olarak hastalar biyopsikososyal düzeyde oldukça kapsamlı bir bakıma ihtiyaç duymaktadır (24).

Baş ve boyun kanser tedavisinin temelini cerrahi oluşturmaktadır. Hastalar ameliyat sonrası dönemde ağrı, yutma güçlüğü ve estetik kaygılar gibi yaşam kalitelerini daha da bozabilecek fizyolojik ve psikolojik sıkıntılar yaşamaktadırlar (1). Hastaların büyük çoğunluğuna tanı konulduğunda tıbbi tedavi yetersiz kalmakta, cerrahi tedavi ise konuşma ve yutma fonksiyonlarının kaybına sebep olmaktadır (20). BBK için hayatta kalmanın yanı sıra yaşam kalitesinin istendik düzeyde olması da önemlidir (25). BBK tedavisinde hastalar kanserin uzun vadeli sonuçlarını cerrahi tedaviden sonraki dönemlerde yaşadıkları için bu durum hastaların yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (23, 26, 27). Kanserin etkileri ortadan kaldırılsa bile BBK tedavisi sekel bırakması nedeniyle karmaşık bir hale gelebilmektedir. Bu nedenle, kanser tedavisinin sonuç değerlendirmeleri sadece sağkalımı değil aynı zamanda sekel bırakma durumunu da içermelidir (25).

Baş ve boyun kanserinin tümörün boyutuna göre medikal ve cerrahi tedavi seçenekleri bulunmaktadır. Tedavilerin geniş kapsamı ve farklı kombinasyonları hastalarda fiziksel, duygusal, işlevsel, sosyal ve mesleki fonksiyon kayıplarına neden olmakta, ayrıca BBK'lı hastaların aileleri üzerinde de derin etkiler bırakmaktadır (8). BBK tanısı almak hasta ve yakınının yaşamında bir çok alanını etkilemektedir (23, 28). BBK tanısı ile hastaların mortalite ve morbidite artışı görülmekte bunun yanı sıra, sağlık sistemi üzerinde ağır bir yük oluşturmaktadır (29).

Sağlık ekip üyelerinin iş birliği içinde çalışması BBK tanısı alan hastaların bakımı ve bakımın koordine edilmesi için kıymetlidir. Özellikle her aşamada hastayla sürekli iletişim halinde olan primer bakımını sağlayan sağlık ekip üyesi hemşirelerdir. Klinik hemşiresi, hastanın ihtiyacı olan bakımın ve psikososyal

desteğin sağlanmasında önemli bir etkiye sahiptir (30). Hemşireler, hastalarının yeni duruma uyum sağlamasına yardımcı olmakta, hastanın stresini azaltmada önemli bir role sahiptirler (31). Hemşirelik modelleri bu yukarıda anlattıklarımızı standart bir şekilde hastaya uygulayabilmek ve nitelikli bakım sağlamada bize yol gösterici olmaktadır.

Bu kapsamda "Roy Adaptasyon Modeli (RAM)" hasta uyumunun sağlanması ve daha iyi anlaşılması için tasarlanan bir hemşirelik modelidir. RAM'a göre insan yapısı biyolojik ve psikolojik alanlara sahiptir ayrıca çevresine bağlı, dengeyi korumak için uyum mekanizmalarını çalıştıran sosyal ve ruhsal bir varlıktır (32). Roy'a göre hemşireliğin amacı, insanlarda iyilik halinin sürdürülmesi ve adaptasyonu teşvik etmektir (33). RAM, hasta odaklı, hastanın fiziksel fonksiyonlarını bir bütün olarak ele alan ve hastanın tedaviye uyumuna yardımcı olan bir modeldir (34).

Hemşireliğin temel görevlerinden biri de hasta eğitimidir. Hastanın fizyolojik ve psikolojik bütünlüğünü korumak ve her hastaya benzersiz bakım sunmak için hemşireler sağlık bakımını planlama, sağlama ve değerlendirmeye yönelik bir sağlık eğitimi yaklaşımı sergiler. Klinik bakım veren hemşireler tarafından verilen eğitimler hastaların yaşam kalitesini arttırmayı amaçlamaktadır (35). Profesyonel hemşireliğin eğitici rolü kapsamında; hastalara verilecek olan taburculuk eğitimi ve izlemi, ameliyat sonrası hastanın durumuna adaptasyonu, beceri, tutum ve davranışı geliştirmesini desteklemektedir (30). Hastalara etkili taburculuk eğitimi vermenin birçok faydası vardır. Bunlar; hastaların ameliyat sonrası bakımı yönetme konusunda daha fazla güven duymasına, yara komplikasyonlarını bilme, önlemeye yönelik davranış geliştirme takip ve bakımı ile ne zaman sağlık kurumuna başvurmaları gerektiği ile ilgili bilgilere hakim olmalarını sağlar (36). Semptomların sistematik değerlendirmesi ve yönetimine yönelik hastaya verilecek eğitimlerin önemi yadsınamaz (30).

Tüm bu literatür ışığında, BBK tanısı almak başlı başına istenmeyen ve hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir durumdur. Bu nedenle verilen hemşirelik bakımı ve eğitimi hastaların yeni durumuna uyum sağlaması konusunda oldukça kıymetlidir. Nitelikli hemşirelik bakımı ve verilecek taburculuk eğitimi bu hastaların cerrahi tedavi sonrası günlük yaşama uyum sağlamaları konusunda

yardımcı olacağı düşünülmektedir. Hemşirelik bakımının bu şekilde organize edilmesi ile hastaların mevcut durumlarına daha kolay adaptasyon sağlamalarına destek olunacaktır. Her düzeyde hastanede verilen hemşirelik bakım girişimlerinin hasta memnuniyetini ne derecede etkilediğini belirlemek, sunulan hemşirelik hizmetlerinin organize edilmesi ve hastanın taburculuk eğitim ihtiyaçlarının giderilmesine yönelik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışma sonuçları; hastaların taburculuk sonrası iyileşme döneminde verilen taburculuk eğitimlerinin hastanın yaşam kalitesine ve memnuniyetine etkisinin değerlendirilmesi, hemşirelik bakım ve izlemlerinin somut olarak yapılmasını ve geri bildirimlerin elde edilmesini sağlayabilir. Özellikle sistematik olarak yapılandırılmış taburculuk eğitimi, hastaların günlük yaşamına geri dönebilmesi, yeni duruma uyumun sağlanması ve yaşam kalitelerinin arttırılması için gerekli olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmanın baş ve boyun kanseri majör cerrahisi geçiren hastaların günlük hayatlarına adaptasyonları konusunda desteklenmeleri, ihtiyaçları doğrultusunda verilen taburculuk eğitimi ve hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin arttırılması için kanıta dayalı bilgi ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmada, BBK nedeniyle ameliyat olan hastalara verilen "*Roy Adaptasyon Modeline"* temellendirilmiş taburculuk eğitiminin hastanın yaşam kalitesi ve memnuniyetine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Böylece hastanın bu süreçte ihtiyaç duyduğu alanlarda yeterli hemşirelik bakımı ve taburculuk eğitimi alması sağlanacaktır.

1.3.ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H0-1: Baş ve Boyun kanseri cerrahisi uygulanan hastalara verilen *Roy Uyum Modeline* temellendirilmiş taburculuk eğitiminin hastanın yaşam kalitesine etkisi yoktur.

H1-1: Baş ve Boyun kanseri cerrahisi uygulanan hastalara verilen *Roy Uyum Modeline* temellendirilmiş taburculuk eğitiminin hastanın yaşam kalitesine etkisi vardır.

H0-2: Baş ve Boyun kanseri cerrahisi uygulanan hastalara verilen Roy Uyum Modeline temellendirilmiş taburculuk eğitiminin hastanın taburculuk memnuniyetine etkisi yoktur.

H1-2: Baş ve Boyun kanseri cerrahisi uygulanan hastalara verilen Roy Uyum Modeline temellendirilmiş taburculuk eğitiminin hastanın taburculuk memnuniyeti etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. BAŞ VE BOYUN KANSERLERİ

Baş ve boyun kanserleri dudak, ağız boşluğu, farenks, gırtlak ve paranazal sinüs epitelyal hücrelerinden kaynaklanan bir dizi heterojen malign hastalığı kapsar (37-47). BBK'leri invaziv neoplastik özellikte bir hastalık grubudur (29, 48). BBK'lar üst solunum yolu ve devamında sindirim sistemini etkileyen sık görülen malignitesi yüksek kanserlerdir (29). BBK'lar; konuşma, çiğneme ve yutma gibi yaşamsal işlevlerden sorumlu olan hassas anatomik yapıları etkiler (49, 50).

Baş ve boyun kanser sayısı, insan papilloma virüsü kaynaklı hastalıkların ortaya çıkması ve bakım uygulamalarında yaşanan değişikliklerle birlikte artış göstermektedir (28). BBK'lar dünya çapında tüm ülkelerde görülebilen ve ölümle sonuçlanabilen en yaygın kanserlerden biridir (51, 52). BBK'lar erkeklerde, kadınlara oranla daha sık görülmektedir (4, 25, 44, 53, 54). Dünya çapında en yaygın görülen kanserler arasında yedinci sırada yer almaktadır (18). BBK'ların yaygınlığı farklı jeolojik bölgelere göre değişmekte, Tayvan gibi bazı bölgelerde görülme sıklığı artmaktadır (12). Baş ve boyun bölgesinde en sık görülen tümör tipi "*Skuamöz Hücreli Karsinom*" dur (55). BBK'ların yaklaşık %90'ı ağız boşluğu, nazofarenks, orofarenks ve larenks epitelyal dokudan kaynaklanan SCC'dir (21, 29, 30, 56-59).

BBK'nın erken evrelerde tespit edilmesi durumunda beş yıllık sağ kalım oranı açısından tedavi etkinliği oldukça yüksektir (54). BBK'da, tümör erken evrede teşhis edilirse daha kolay tedavi edilebilir, ancak ileri evre metastatik yayılım ve hastalığın tekrarlaması halinde sağkalım açısından olumsuz olabilmektedir (16). İlerlemiş BBK, morbidite ve mortalite oranları yüksek olan agresif özellikte bir hastalıktır (60). BBK'lar; konuşma, yutma, solunum, işitme, tat alma ve koku alma gibi hayati yaşamsal fonksiyonları etkilemesi nedeniyle yüksek mortalite ile ilişkilendirilmektedir (61).

Baş ve boyun kanserlerinin genellikle cerrahi, radyasyon terapi ve kemoterapi şeklinde kombine tedavi seçenekleri bulunmaktadır (4, 12, 29, 49, 57).

Ağız boşluğunda ileri evre kanser tanısı alan hastalarda ilk tedavi seçeneği olarak kemo-radyoterapiye başvurulmakta ancak bu tedavi hastaları çeşitli komplikasyonlara açık hale getirmektedir. Baş ve boyun kanser tedavisinin konuşma, yutma, nefes alma ve beden imajı üzerindeki etkisi göz önünde bulundurulduğunda, hastaların yaşam kalitesini büyük ölçüde etkilemekte, bir dizi rahatsız edici semptomla karşılaşılmaktadır (12, 60). Hastalık ve tedaviye bağlı gelişen fiziksel/ fonksiyonel ve psikolojik olumsuzluklar, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesinde güçlükler yaşamasına neden olmaktadır (62).

Baş ve boyun kanser hastaları tedavinin bir sonucu olarak sıklıkla uzun vadeli, işlevsel zorluklarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu zorluklar; başta beslenme olmak üzere fiziksel, duygusal ve sosyal alanlarda birçok problemden oluşmaktadır (63). BBK'dan sağ kurtulanların beslenme durumu tümörün etkilerine ek olarak kanser tedavisiyle ilişkili kısa ve uzun vadeli yan etkiler nedeniyle de sıklıkla bozulmaktadır (64). Hem kanser hastalığı hem de kanser tedavisinin tat alma değişikliği ve ağız kuruluğuna sebep olması gibi olumsuz etkilerinin uzun yıllar devam edebileceği bildirilmektedir (41, 65). Nihayetinde beslenme konusunda sağlanacak destek, bu hastalar için en iyi bakım uygulamalarının sağlanmasında kritik rol oynamaktadır (22).

Baş ve boyun kanser hastaları kanser tedavisinin fiziksel sağlık üzerindeki etkileri nedeniyle çeşitli psikolojik sorunlarla da karşı karşıya kalmaktadır (66). Hastalar, kanser hastalığı ve kanser tedavisinin yorgunluk yaşatması ayrıca kanserin tekrarlanma korkusu, anksiyete ve depresyon yaşama ile karşı karşıya kalabilmektedir (41, 65).

Baş ve boyun kanseri ameliyat sonrası hastalarda kişiler arası ilişkilerde çatışma yaşama, yüzde şekil ve beden imajında bozulmalar, sosyal izolasyon ve madde bağımlılığı gibi çeşitli psikososyal sorunlar da görülebilmektedir. Bu psikososyal sorunlar, BBK'lı hastalarda olumsuz sonuçlara yol açabilir. Örneğin

yüzdeki şekil bozukluğu, BBK hastalarında depresyona yatkınlığı artırabilir ve yaşam kalitesini düşürebilir (66).

2.2.BAŞ VE BOYUN KANSERLERİ EPİDEMİYOLOJİSİ

Baş ve boyun kanserleri derin lezyon lokasyonu olan ve yüksek malignite ile karakterize insidansı dünya çapında artma eğilimi göstermektedir (17). Dünya çapında her yıl yaklaşık 560.000 hastaya BBK tanısı konulmaktadır (67). BBK'lar, en sık görülen kanserler arasında olup dünyada yedinci sıradadır, yılda 660.000'den fazla yeni vaka ve 325.000 ölümle sonuçlanmaktadır (48). BBK'lar ABD' nde her yıl yaklaşık 50.000 yeni vakaya ve 10.000'den fazla ölüme neden olmaktadır (68). BBK'ların genel görülme sıklığının 2030 yılına kadar yıllık %30'luk bir artış oranı ile devam edeceği tahmin edilmektedir (21, 22). Bu artış hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde beklenmektedir. Güneydoğu Asya ve Asya-Pasifik bölgelerinde ağız kanseri görülme sıklığı özellikle yüksek oranda görülmektedir (21). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre; 2030 yılında 439.000 ağız ve farenks kanseri tanısı olacağı tahmin edilmektedir (3). Baş ve boyun squamöz hücreli karsinomları, küresel olarak yılda 550.000'den fazla vakadan sorumludur (54). İngiltere'de orofaringeal kanser insidansı erkeklerde %7.3 ve kadınlarda %6.5 artarken, ağız boşluğu kanseri aynı dönemde erkeklerde %2.8 ve kadınlarda %3.0 artış göstermiştir (21). 2020 yılında yaklaşık 65.630 yeni ağız boşluğu, farenks ve larenks kanseri vakası bildirilmiştir. BBK'lar ABD'nde yeni kanser vakalarının yaklaşık %3.6'sını oluşturmakta, Çin'de 2015 yılında ağzı boşluğu ve faringolaringeal kanserin toplam insidansının 100.000 olduğu tahmin edilmektedir (39).

Baş ve boyun kanserleri, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 yılı verilerine göre ülkemizdeki tüm yaş gruplarında en sık görülen 10 kanser türünden biridir (69). Ülkemizde BBK'lar, erkeklerde larenks kanseri olarak dokuzuncu sıradadır (10).

2.3. BAŞ VE BOYUN KANSERLERİ ETİYOLOJİSİ

Baş ve boyun kanseri için risk faktörleri; sigara ve alkol kullanımı, Epstein Barr Virüsü enfeksiyonu (nazofarenks karsinomu için) ve HPV enfeksiyonu

(özellikle orofaringeal kanser için) en önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır (3, 30, 44, 56).

Orofaringeal kanserlerin en sık nedeni HPV enfeksiyonu iken, alkol ve tütün kullanımı ağız boşluğu, hipofarenks ve larenks kanserlerinde en sık görülen etiyolojik faktörlerdir (70). İnsidansı giderek artan insan papilloma virüsü HPV ile ilişkili BBK'lar, HPV ile ilişkili olmayan BBK'lardan daha iyi bir prognoza sahiptir (71). HPV baş ve boyun SCC'nin %90'dan fazlasından sorumludur (29, 44).

Baş ve boyun kanserine yakalanmada sigara ve alkol tüketimi birinci sırada risk faktörüdür (30, 70). Araştırmalar, tütün ve alkol kullanan kişilerin, yalnızca sigara içen veya alkol kullanan kişilere göre ağız kanserine yakalanma riskinin çok daha yüksek olduğunu göstermiştir. BBK'nın en az %75'i tütün ve alkol birlikte kullanımından kaynaklanmaktadır (44). BBK riski, alkol tüketiminin miktarı ve sıklığı ile doza bağlı olarak artar; en yüksek risk, günde üçten fazla alkollü içki tüketen bireylerde gözlenmektedir (14).

Uzun süreli güneş ışığına maruz kalmakta dudak kanserleri için bir risk faktörüdür (30). Baş ve boyun SCC için diğer risk faktörleri arasında mesleki veya çevresel kanserojenlere (örneğin; asbest veya ağaç tozu) maruz kalma, kötü ağız bakımı, kötü beslenme ve genetik yatkınlık yer almaktadır (14).

2.4.BAŞ VE BOYUN KANSERLERİNDE BELİRTİ VE BULGULAR

Baş ve boyun kanseri belirtiler; çoğunlukla tümörün yerleşimine göre farklılık göstermektedir (30). Lökoplaki (beyaz lekeler) veya eritroplaki (kırmızı lekeler) olarak ortaya çıkan oral premalign lezyonların bir kısmı invaziv kanser ilerlemesine rağmen, hastaların çoğunluğu klinik bir premalignite öyküsü olmadan ileri evre baş ve boyun SCC ile başvurmaktadır (8)

Tablo 2.4.1'de BBK'larda en sık karşılaşılan olası belirtiler ve semptomlar gösterilmiştir (72).

Tablo 2.4.1 BBK'ların Çevre Dokularındaki Olası Malignite Belirtileri ve Semptomları

Farklı BBK'leri alt bölgelerinde olası malignite belirti ve semptomları:	
Baş-Boyun Bölgesi	Belirti ve Semptomlar
Orofarenks	Yeni başlayan bademcik asimetrisi, bademcik kanaması, açıklanamayan kanlı tükürük, boyunda şişlik
Burun/nazofarenks	İlerleyici burun tıkanıklığı, tek taraflı işitme kaybı, tek taraflı burun kanaması, açıklanamayan maksiller diş ağrısı, kötü koku, boyunda şişlikler
Larenks	Ses kısıklığı, nefes almada zorluk, yemek yerken öksürme ve boğulma, hemoptizi
Hipofarenks/ üst yemek borusu	Katı maddelere karşı ilerleyici disfaji, boyunda kitleler
Ağız boşluğu	Kalıcı ülser, benekli lökoplaki, fonksiyon kaybı, açıklanamayan diş hareketliliği
Tükürük bezleri	Açıklanamayan tek taraflı şişlik, yüz felci, trismus,

Hastalar tipik olarak yutma güçlüğü, tat değişiklikleri ve ses değişiklikleri gibi lokal semptomlar; yorgunluk, uyku sorunları, depresyon, periferik nöropati ve bilişsel değişiklikler gibi genel semptomlar; bulantı ve kusma gibi gastrointestinal sistemi etkileyen semptomlar yaşamaktadır. BBK hastaların yaşadığı semptomlar, yalnızca şiddetli seyretmeyip, fonksiyon kayıplarına neden olmaktadır (73).

İlerlemiş BBK'lar çiğneme, yutma, çeneyi veya dili hareket ettirmede ağrı ve zorluk, mukozal yaralara ve ağız enfeksiyonlarına neden olan anatomik yapıları, kasları, sinirleri, damarları etkileyici niteliktedir (74). BBK tanısı konulduğunda hastalar sıklıkla tümörün konumu ve büyüklüğü nedeniyle yutkunma güçlüğü çekerler (25). BBK'lı hastaların %50' sinde bildirilen disfaji, yaşam kalitesini etkileyen aspirasyon ve beslenme yetersizliği gibi olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Yutma sırasında aspirasyon riski, özellikle BBK'lı hastalarda solunum ve yutma arasındaki uyumsuzluk nedeniyle artmaktadır (75).

2.5.BAŞ VE BOYUN KANSERLERİNDE TANI YÖNTEMLERİ

Baş ve boyun kanserli hastalarda tanı koymak için öncelikle ayrıntılı tıbbi öykü alınıp kapsamlı bir fizik muayene ve şüphelenilen bölgeden biyopsi alınarak patolojik incelemeler yapılmaktadır (9, 30). BBK tanısı primer tümörün ve/veya

boyundaki kitlenin biyopsisi ile konulmaktadır (8). Tanı konulduktan sonra tümörün yerleşimi, büyüklüğü, çevredeki dokulara olan uzaklığı, lenf nodlarına yayılımı, kraniyal sinir tutulumu değerlendirilir (30). Hastalığın evresini belirlemek için; ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans (MR) veya pozitron emisyon tomografisi (PET) gibi farklı tanı ve evreleme teknikleri kullanılmaktadır (9, 30).

2.6. BAŞ VE BOYUN KANSERİ TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Amerikan Kanser Ortak Komitesi (AJCC), Uluslararası Kanser Kontrolü Birliği (UICC) ile, baş ve boyun kanserini sınıflandırmak ve uygun tedavi seçeneklerini belirlemek amacıyla TNM (tümör, düğüm, metastaz) evreleme sistemini kullanmaktadır. Evreleme, kanserin prognozu ve ilerlemesine göre farklı gruplara ayırmaya yardımcı olur. Hastalığın evresi, en uygun tedavi yaklaşımının seçilmesinde, stratejilerin planlanmasında ve prognozun tahmin edilmesinde önemli olarak rol oynamaktadır (76). BBK'lı hastaların tedavisi ile ilgili karar alırken tümörün büyüklüğü, tümörün yerleştiği anatomik bölge, hastalık evresi, hastanın yaşı, fonksiyonel durumu göz önünde bulundurulur. Ancak primer olarak tedavi seçimi; kanserin evresi, fonksiyonel durumu ve eşlik eden hastalıklara da bağlıdır (77).

Baş ve boyun kanseri için cerrahi rezeksiyon, radyoterapi, kemoterapi, hedefe yönelik tedavi ve bu tedavilerin kombinasyonu mevcut tedavi seçenekleridir (11, 22, 78). Araştırmacılar, BBK'ya yönelik radyoterapi, kemoterapi ve immün terapi gibi tedavi stratejilerini keşfetmek için büyük çaba göstermişlerdir ancak cerrahi rezeksiyon temel tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır (79).

Onkolojik cerrahinin öncelikli amacı kanserin tamamen ortadan kaldırılmasıdır. BBK cerrahisinde özellikle fonksiyonel sonuçlar dikkate alınmalıdır (80). BBK'lar, karmaşık yapıya sahip olup, oldukça invaziv ve kapsamlı cerrahi prosedürleri gerektiren, uzun operasyon süreleri nedeniyle kaçınılmaz olarak postoperatif komplikasyonlara yol açabilen, hastanede kalış süresinin uzamasına ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olan maliyeti yüksek ve uzmanlık gerektiren onkolojik hastalık grubudur (79). BBK'lı hastaların tedavisi amacıyla uygulanan

cerrahi girişim sonrası fonksiyonel ve kozmetik bozukluklar, bunlarla ilgili fiziksel, psikolojik, sosyal sorunlar rehabilitasyonun önemini artırmaktadır (81). Yeme, yutma ve konuşma ile ilgili fonksiyonel bozukluklar, BBK'lı hastaların yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyebilmekte, kaygı, depresyon ve hastalığın tekrarlanma korkusuyla ilişkili uzun vadeli psikososyal sorunlar yaratmaktadır (39).

Baş ve boyun kanseri genellikle cerrahi rezeksiyonla tedavi edilir. Cerrahi rezeksiyon sonrası hastalığın evresine bağlı olarak adjuvan radyasyon veya kemoterapi uygulanabilmektedir (8). Lenf nodu cerrahisi ile adjuvan radyoterapi otuz yılı aşkın süredir kullanılmaktadır ancak birçok komplikasyonla birlikte hastaların yaşam kalitesinde azalışa neden olmaktadır (82). İleri evre larenks , hipofarenks ve orofarenks kanserleri olan hastalarda, çevre dokuları ve organları korumak için radyo-kemoterapi sıklıkla birinci basamak tedavi olarak tercih edilir (83). Cerrahi tedavi ve radyoterapi hastaların bedensel fonksiyonlarını, dış görünüşlerini ve psikolojik sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilecek çeşitli türde ve yoğunlukta komplikasyonlara neden olabilir (11). Tedaviler umut verici onkolojik sonuçlar gösterse de genellikle hastanın yaşamının fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleri üzerinde etkileri olmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmeti verenler tedavinin sağlanması ve yaşam kalitesi arasındaki dengeyi korumaya çalışmaktadır. Bu da BBK hastaları için tedavi planlamasını karmaşık bir süreç haline getirmektedir (49). Hastalar sıklıkla birçok semptom ve devam eden olumsuz tedavi sonuçlarıyla birlikte yoğun bir ameliyat, radyoterapi ve kemoterapi tedavi seçenekleri ile karşılaşırlar (39).

2.6.1.Radyoterapi

Radyoterapi (RT), BBK'lerinde uygulanan önemli tedavi yöntemleri arasında yer almaktadır (45, 55). RT, erken evre BBK'larda monoterapi olarak ya da eşzamanlı kemoterapiyle birlikte sıklıkla kullanılan bir tedavi yöntemidir. Lokal olarak ilerlemiş kanser vakalarında cerrahiyi takiben adjuvan tedavi olarak tercih edilmektedir (45). RT'de amaç sağlıklı dokuları koruyarak, kanserli hücreleri yok etmektir. Uygulanacak RT dozu hedef dokunun radyasyona karşı duyarlılığına ve

tümörün boyutuna bağlı olarak değişiklik göstermektedir (84). Ayrıca baş ve boyun bölgesine metastazların tedavisi için RT'den yararlanılmaktadır (45).

Baş ve boyun kanserli hastalar cerrahi işlem öncesinde, sırasında ya da sonrasında RT alabilir. Postoperatif radyoterapi; genellikle cerrahi olarak tam çıkarılamayan tümöral oluşumların varlığında uygulanır. Işınlanan dokuya cerrahi işlem yapmak zordur ve yara iyileşmesi güçtür. Bu sebeple ameliyat sonrası radyoterapi almak, ameliyat öncesi radyoterapi almaya göre daha avantajlıdır (30).

Baş ve boyun kanseri için RT sıklıkla oral mukozit , çiğneme ve yutma güçlükleri, anoreksiya, ağız kuruluğu ve kilo kaybına neden olmaktadır (74). Radyoterapi, hastalığın kontrolünü sağlarken tedavi esnasında ve sonrasında tat almada değişiklikler, boğazda ağrı, halsizlik, cilt değişiklikleri, yutma sırasında ağrı, iştahsızlık, emosyonel (anksiyete, depresyon, korku, stres, yalnızlık, kontrol kaybı hissi gibi) değişiklikler, beden imajında bozulma ve cinsel fonksiyon bozukluğu, hastanın yaşam kalitesinin azalmasına sebep olabilecek birçok yan etkiye sahiptir (7).

2.6.2.Kemoterapi

Kemoterapi (KT) ; genellikle kanser hücresinin büyümesini, bölünmesini ve daha fazla hücre oluşturmasını engellemektedir. Bir KT rejimi veya programı genellikle belirli bir süre boyunca verilen belirli sayıda döngüden oluşur. Bir hastaya aynı anda bir ilaç veya farklı ilaçların kombinasyonu verilebilir (85). KT genellikle tümörü tedavi etme, kontrol altına alma amacıyla kullanılmaktadır. KT'de kullanılan medikasyon tercihi; hastanın yaşı, genel sağlık durumu, komorbid hastalıkların varlığına göre yapılmaktadır (77). Birçok erken evre malignitenin primer tedavisinde, cerrahi rezeksiyon sonrası destek tedavi ve küratif tedavi amaçlı uygulanır (55). Erken evre tümörlerde tek tedavi olarak, ileri evrelerde ise cerrahi ile eşzamanlı olarak kullanılmaktadır. Son zamanlarda eşzamanlı kemo radyoterapi uygulaması önemli tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır (84).

2.6.3.Cerrahi Yaklaşımlar

Baş ve boyun kanserli hastalarda cerrahi yaklaşım, kanserli bir organın tamamının veya bir kısmının önemli ölçüde çıkarılmasını, yeni doku yapımı ve kapsamlı boyun diseksiyonunu içeren çok sayıda prosedür aşaması ile gerçekleştirilen prosedürlerdir(79). Cerrahi yaklaşım, BBK tanısı alan hastalar için sıklıkla kullanılan bir tedavi yöntemidir. BBK'lar kanserin lokalizasyonu, evresi ve tipi cerrahinin türünü belirlemektedir. BBK hastalarında ameliyat türleri şunları içerir; (77).

- Lazer Teknolojisiyle Yapılan Cerrahi Yaklaşımlar

Özellikle erken evrede olan bir tümörü tedavi etmek amacıyla kullanılır.

- Eksizyon

Kanserli dokuyu ve çevresindeki bazı sağlıklı dokuları çıkarma işlemidir.

- Primer tümör cerrahisi

Tümör ve etrafındaki sağlıklı doku, kanserli hücrelerin geride kalma olasılığını azaltmak için çıkarılır.

- Glossektomi

Dilin kısmen (parsiyel) veya tamamen çıkarılmasıdır.

- Mandibulektomi

Tümör çene kemiğine girmiş ancak kemiğe yayılmamışsa çene kemiğinin bir kısmı veya tamamı alınır.

- Maksillektomi

Bu ameliyatta oral kavitenin kemikli çatısı olan sert damağın bir kısmı veya tamamı alınır.

- Larenjektomi

Larenksin tamamen veya kısmen çıkarılmasıdır.

- Lenf Nodu Diseksiyonu veya Boyun Diseksiyonu (BD)

Lenf düğümlerinin bir kısmının veya tamamının çıkarılması gerekebilir.

- Rekonstrüktif Cerrahi

Kanser cerrahisi çene, deri, farenks veya dilin çıkarılması gibi büyük doku çıkarılmasını gerektiriyorsa, eksik dokuyu değiştirmek için rekonstrüktif

cerrahi yapılabilir. Serbest flep tekniği rekonstrüktif cerrahide sıklıkla kullanılan bir tekniktir (85).

- Serbest flep ameliyatı

Serbest doku transferi veya "serbest flep" ameliyatı, çeşitli baş ve boyun defektlerinin yeniden yapılandırılmasında kullanılan tekniktir. Serbest flep ameliyatı, 20. yüzyılın sonlarından beri hekimler tarafından olumlu sonuçlar ve yüksek başarı oranlarıyla yaygın olarak kullanılmaktadır (86).



Resim 2.6.3. Mandibulektomi *



Resim 2.6.4. Serbest Flep Tekniği*

*Hastadan yazılı ve sözlü onam alınmıştır. (EK.8)

Serbest flep tekniği, arter ve ven (örneğin kol, uyluk veya bacak) içeren bir dokuyu ödünç almayı, bunun alıcı bir bölgeye (örneğin dil, boyun veya larenks) nakil edilmesini ve kan akışının yeniden sağlanmasını gerektirir (86). Günümüze kadar baş ve boyun onarımında en popüler teknik vaskülarize serbest flep doku transferidir (80). Serbest flepler güvenilir bir onarım yöntemidir çünkü esnektirler, hacimli değillerdir ve dokunun zarar görebileceği veya yetersiz boyutta olabileceği durumlarda onarıma izin verirler (86).

Avantajları arasında, vücudun malignite veya ışınlama alanının dışındaki uzak kısımlarından alınan vaskülarize dokuyu kullanma olasılığı, gelişmiş estetik ve fonksiyonel sonuçlar yer almaktadır (80). Ameliyat süresi genellikle 6 ila 12 saat arasındadır ve önemli mikrovasküler cerrahi deneyimi gerektirir. Bu teknik ve lojistik zorluklardan dolayı serbest flep ameliyatı üst basamak merkezlerde

yapılabilmektedir. Baş ve boyun tümörlerinin rezeksiyonu sıklıkla karmaşık onarım stratejisi gerektirir (86). Bu ameliyatların genellikle uzun sürmesi, ameliyat sonrası uzun yatak istirahati gerektirmesi ve ameliyat sonrası komplikasyon riskinin yüksek olması gibi özelliklere sahiptir (87). Büyük flep cerrahisi uygulanan hastalar yutma fonksiyon kaybı, solunum yolunda darlık, akciğerin havalanmasında sorun ve hatta solunum yolunun tıkanması gibi ciddi komplikasyonlara yatkındır ve sıklıkla postoperatif erken dönemde tedavi için yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) yakın takibe alınırlar (70). Bu hastalar için ortalama YBÜ kalış süresi 2-11 gün arasında değişmektedir. Diğer bir literatürde ise; BBK ameliyatı sonrası hastanede ortalama kalış süresinin 5-9 gün olduğu, ilk taburculuktan sonra hastaneye tekrar kabul oranlarının %3,1 ile %16 arasında değiştiği bildirilmiştir (88).

Baş ve boyun kanser cerrahisinde, özel müdahaleler ve yoğun tıbbi malzeme kaynağı gerekmektedir, aynı zamanda postoperatif bakıma ihtiyaç olunan zorlu bir süreçtir (89). BBK'lı hastalarda cerrahi rezeksiyon sonrasında, oral alımda yetersizlik, stres ve invaziv cerrahiye bağlı artan protein katabolizması, malnütrisyon oluşması riskini arttırmaktadır. Sonuç olarak kas güçsüzlüğü, yara iyileşmesinde gecikme ve ameliyat sonrası enfeksiyonlar gibi sorunlar ortaya çıkabilir (90). BBK cerrahilerinde sıklıkla görülen komplikasyonlar; geçici ya da kalıcı ses kayıpları, konuşma bozuklukları, işitme kaybı, çiğneme ve yutmada yaşanılan zorluklar, lenfödem oluşumu, hava embolisi, pnömotoraks, karotis arter yırtılması, solunum zorlukları, kozmetik problemler (yüz şekil bozuklukları) olarak sıralanmaktadır (28, 77).

Tablo.2.6.1 Radyoterapi, Kemoterapi ve Cerrahinin Yan Etkileri

RADYOTERAPİ	KEMOTERAPİ	CERRAHİ
Akut: • Oral mukozit • Ağrı • Yutma üzerindeki etki • Tat değişiklikleri • Saç dökülmesi/incelmesi • Lenfödem	Akut: • Bulantı ve hastalık • Periferik nöropati • Ağızda pamukçuk • Kulak çınlaması • İşitme kaybı • İştah kaybı	Akut: • Ses değişiklikleri/ses kaybı • Konuşma zorlukları • Yara(lar) • Görünümdeki değişiklikler • Hava yolunun değişmesi: geçici veya kalıcı trakeostomi
Uzun vadeli: • Yutma üzerindeki etki • Trismus • Tükenmişlik • Seste değişiklikler	Uzun vadeli: • Periferik nöropati • Kulak çınlaması • İşitme kaybı • Tükenmişlik	Uzun vadeli: • Ses değişiklikleri/ses kaybı • Konuşma zorlukları • Omuz disfonksiyonu • Hava yolunun değişmesi: geçici veya kalıcı trakeostomi • Diş kaybı • Çiğneme

(28)

2.7. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi, fiziksel, duygusal ve sosyal alanların bulunduğu çok boyutlu bir yapıdır. DSÖ'nün yaşam kalitesi tanımı; "Bireylerin, içinde yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygılarıyla, yaşamdaki konumlarına ilişkin algılarıdır". Yaşam kalitesi, bireyin yaşamdan memnuniyeti ve iyi oluş algısı olarak ifade edilmektedir. İnsan varlığının vazgeçilmez bir boyutu olan yaşam kalitesi, her zaman sağlık hizmetlerinin nihai hedefi olarak kabul edilmektedir. Hastaların yaşam kalitesi değerlendirmesini rutin bakıma dahil etmek, özellikle kanser gibi zor hastalıkların tedavi ve bakım kalitesini artırır (91-93).

Kanser hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi hastalığın seyri, tedavisi ve sonrası için önem taşımaktadır. Kanserin direkt etkileri veya tedavi sonucu açığa çıkan etkiler, sadece bedensel değil aynı zamanda duygusal, algısal ve ruhsaldır. Hastalıklarının etkisiyle uğraşmak kanser hastalarının normal yaşamlarını sürdürmelerini zorlaştırmaktadır. Bu nedenle yaşam kalitesinin nasıl korunacağı kanserden kurtulanlar için önemli bir konu olmaya devam etmektedir. Sağlıkla

ilişkili yaşam kalitesi kanser bakımında önemli bir sonuçtur. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi birçok faktörün dahil olduğu karmaşık bir durumdur (84, 94, 95).

Baş ve boyun kanserinin kişilerin hayati fonksiyonlarını etkilediği bilindiğinden sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi önemli bir sonuçtur. Baş ve boyun kanserinden kurtulanlar için sağlıkla ilgili yaşam kalitesi yalnızca tümörün yeri, evresi ve tedaviden etkilenmez, aynı zamanda hasta-klinisyen ilişkisi, ihtiyaçların belirlenmesi, terapötik bakıma katılım ve rehabilitasyon hizmeti sunumunun kalitesiyle de şekillenir. Baş ve boyun kanserli hastalar tedavinin özellikle yaşam kalitesini etkileyen akut veya gecikmiş yan etkilerinden muzdarip olabilir. Diğer kanser türlerinde olduğu gibi BBK'da deneyimlenen belirsizlik, hastalığın tekrarlaması ve hayatın kaybı korkusu gibi önemli psikolojik etkilere sebebiyet vermektedir. Baş ve boyun maligniteleri, sadece fizyolojik değil aynı zamanda sosyal ve fiziksel alanları da etkilediği için ameliyat öncesi ve sonrası sonuçlar açısından yıpratıcı olmaktadır (84, 93-96).

BBK hastaları diğer kanser türleriyle karşılaştırıldığında benzersiz derecede fiziksel, duygusal ve psikolojik zorluklarla karşı karşıya kalır. Bu nedenle, tedavi sırasında ve sonrasında yaşam kalitesi değişiklikleri ve hastaların ihtiyaçlarını anlamak, rehabilitasyon stratejilerinin oluşturulması açısından önem taşımaktadır (97). Tedavi sonrası hastalar, yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkileyebilecek önemli morbidite ve komplikasyonlardan etkilenmektedir (92). Bu hastalarda günlük yaşamda meydana gelen olumsuz değişiklikler (örn. görünümde değişiklikler, yutma zorlukları, ağız hijyeni, solunum, sindirim, konuşma, ağrı, rol işlevi, hareket ve psikolojik iyilik hali), ayrıca psikolojik sorunlar ve sosyal talepleri artırmakta sıklıkla fiziksel sağlık alanının ötesine geçmektedir (98).

Yaşam kalitesi değerlendirmeleri son yıllarda BBK'li hastalarda etkili bir ölçüm aracı olarak kullanılmaktadır. Bunun sebebi BBK'lerinin tedavilerinin bireylerde fonksiyonel, duygusal, sosyal ve fiziksel değişimlere yol açmasıdır. Bu nedenle hem genel kanser hem de BBK'ine özgü yaşam kalitesi konularını yeterince ele alan kısa, kolay anlaşılır ve kapsamlı bir araca ihtiyaç vardır. Yaşam kalitesinin ölçümü ve tanımlaması kolay değildir ve BBK'li hastalarda yaşam kalitesi ölçümleri

için farklı, spesifik anket formları geliştirilmiştir. Her birinin kendine özgü özellikleri ve dezavantajları olan birçok yaşam kalitesi anket formu bulunmaktadır. İdeal olarak, bu varsayımsal ölçek, iletişim sorunları ve/veya işlev bozukluğu olan BBK hastalarında yaşam kalitesindeki değişiklikleri değerlendirmek ve karşılaştırmak için hem günlük pratikte hem de boylamsal araştırmalarda kullanıma uygun olacaktır. Güncel bir araç olan Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi bu özelliklere sahiptir (94, 99).

2.7.1. Baş ve Boyun Kanseri, Yaşam Kalitesi ve Hemşirenin Rolü

Kanser tanısı almak birey ve ailesi için kabul etmesi zor bir durumdur. Diğer hastalıklara kıyasla kanser, bireyin günlük yasam aktivitelerini bozarak bireyi ve ailesini fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik vb. çok yönlü alanlarda etkilemektedir. Bu durumda, bireyin yaşam kalitesi azalmaktadır. Karmaşık ve uzun süreli olan kanser tedavisi, çoğunlukla bireyin fiziksel iyilik halini etkilemekte, psikososyal sorunlar ortaya çıkarmakta, bireyin öz bakım potansiyelini ve yasam kalitesini azaltmaktadır (100). Hemşireler, BBK tanısı konulan bireyler için disiplinler arası destekleyici bakımın geliştirilmesinde potansiyel avantajlar sunmaktadır (101).

Baş ve boyun kanseri tedavisi karmaşık ve parçalıdır bu nedenle yüksek kalitede ve etkili sağlık hizmeti sunumunda klinik uzman hemşirenin rolü değerlidir. Uzman klinik hemşire, BBK hastalarında klinik yardım sağlamada önemli anahtar rol oynamaktadır (28). BBK'da hemşirelik bakımı; hastalara ameliyat sonrasında duygusal destek sağlama, hastalara semptomların önlenmesi, erken tespiti ve yönetimi konusunda sağlık eğitimi verilmesi ve aynı zamanda onların özerkliğini artıracak girişimleri kapsamaktadır (24).

2.8. BAŞ VE BOYUN KANSERLİ HASTALARIN CERRAHİSİ SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMI

Baş ve boyun kanser tedavisi hastaların fiziksel ve duygusal refahı üzerinde önemli yıkıcı yan etkiler bırakabilmektedir. Bu nedenle, uzun süre ciddi semptom yüküyle yaşayan BBK hastaları destekleyici bakıma ihtiyaç duymaktadır (23, 102).

Baş ve boyun kanseri olan hastalar, trakeostomi, nazoenterik tüp veya gastrostomi yoluyla beslenme ve klinik prosedürler sonucu her zaman büyük bir cerrahi iyileşme süreci ile geçici veya kalıcı fonksiyonel kayıplar yaşayabilmekte, tedavinin ilk aylarında yoğun bakım ihtiyaçları olmaktadır (103). YBÜ hasta takibi, flep izleme, enteral beslenme ve ağrı yönetimi dahil olmak üzere, BBK ameliyatına özgü sorunlar ameliyat sonrası dönemde ortaya çıkabilmektedir. Erken dönem mobilizasyon, yara bakımı, beslenme ve solunum gibi alanlarda standart postoperatif girişimler uygulanmaktadır (89).

Bu kanser türü kozmetik ve işlevsel açıdan kritik bölgelerde ortaya çıkmaktadır. Hastalık, yaşamı değiştiren şekil bozuklukları ve konuşma sorunlarıyla sonuçlanmaktadır (98). Hastalık ve cerrahiye bağlı gelişen bu kayıplar, fiziksel, psikolojik ve sosyal uyum gerektiren yaşam değişikliklerine sebep olur (104). BBK ve tedavisi, şekil bozuklukları veya anatomideki değişiklikler (gözle görülür şekilde eksik dişler dahil) nedeniyle hastaların vücut imajında bozulmaya neden olur. Bazı hastalar buna kolaylıkla uyum sağlarken, bazıları sosyal etkileşimde azalma, öz benliğinin sarsılması, güven kaybı ve yaşam kalitesinde yüksek düzeyde düşüş yaşamaktadırlar. Baş boyun kanseri hastalarında yutma güçlüğü, ses sorunları ve ağrıyla bağlantılı olarak yaşam kalitesini etkilemektedir. Ameliyat sonrası dönemde hastalar, genellikle oral bölgede yer alan cerrahi dikişler ve yutma güçlüğü nedeniyle ağızdan beslenemezler (70). Herhangi bir kıvamdaki ve dokudaki yiyecekleri yutma yeteneği, kapsamlı bir ameliyatın ardından bozulabilir ve buna yüksek aspirasyon riski ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi eşlik eder. Beslenme, BBK bakımında en kritik bakım unsurudur, beslenme desteği BBK yönetiminin ayrılmaz bir bileşenidir (28). Yetersiz beslenme kanser tedavisinin etkinliğini engelleyebilir aynı zamanda hastanın hastanede kalış süresini uzatabilir (78).

Baş ve boyun kanserli hastaların tedavisi, en maliyetli kanser tedavilerinden biridir (88). BBK hastaları hem kanserin hem de tedavisinin hastalarda yarattığı güçlükler nedeniyle çeşitli psikolojik komplikasyonlara karşı savunmasız hale getirmektedir. BBK hastalarının uzun vadede yaşadıkları kaygı, depresyon ve hastalığın yeniden tekrarlama korkusu yaşam kalitesini ciddi düzeyde etkilemektedir (39). Genel kanser popülasyonuyla karşılaştırıldığında, hastaların

yaşadıkları semptomlar; kanserin tekrarlama korkusuna, sosyal izolasyona ve daha fazla depresyona yatkınlığı arttırmaktadır (49, 71, 105).

Tedavinin hastanın yaşamı üzerindeki etkileri göz önünde bulundurulduğunda, sağlık hizmeti sağlayıcıları tedavi planlaması sırasında tedavi ve hayatta kalmanın sağlanmasının yanı sıra yaşam kalitesi güvencesine de daha fazla önem vermektedir (49). Klinik uzman hemşireler multidisipliner ekibin çekirdek üyeleridir ve hastalar için kilit çalışanlar olarak hareket ederler. Hastanın tanı aşamasından tedavi yoluna, hayatta kalma sürecinde sorunsuz bir yolun korunmasında önemli bir role sahiptir (28). Uluslararası Hemşireler Birliği'ne göre hemşirenin en önemli sorumluluğu sağlıklı/hasta bireyin gereksinimleri doğrultusunda bireysel, bilimsel ve bütüncül bakım sağlamaktır. Hemşirelik bakımının amacı, homeostatik dengenin yeniden sağlanması ile ağrının azaltılması, hastanın en kısa zamanda günlük yaşamına geri dönüşünün desteklenmesi ve oluşabilecek komplikasyonların önlenmesidir. Tüm bu hedeflerin gerçekleştirilmesinde hemşirenin önemli rol ve sorumlulukları vardır (106). Empati ve deneyim kullanılarak hastaya tanı, tedavi ve uzun vadeli sonuçlarla ilgili başa çıkma becerileri kazandırmak uzman klinik hemşiresinin işlevleridir. Klinik hemşiresinin tedavi sırasında ve sonrasında hastaya uygun kişiselleştirilmiş bakımın koordine edilmesinde önem taşıdığı kabul edilmiştir (107).

2.9. TABURCULUK EĞİTİMİ

Sağlık eğitimi, hastaların öz yönetim becerilerini ve hastalık kontrolünü geliştirmeleri için gerekli bir ön koşuldur (108). Kapsamlı taburculuk eğitimi, cerrahi hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra iyileşme süreçlerini kendi kendine yönetmeleri için gerekli olan, potansiyel postoperatif komplikasyonların belirtileri hakkında kişisel bakım talimatları ve bilgiler sağlamaktadır. Bu bilgiler, hastaların ameliyattan sonra bağımsızlığını yeniden kazanmaları ve iyileşmelerini hızlandırmaları için gerekmektedir. Taburculuk eğitiminin sağlık hizmetlerine olan talebi azaltmada etkisi olmaktadır (36). Bir hastanın hastaneden taburcu edilmeden önce evde bakım ihtiyaçlarının karşılanması için yeterli bilginin sağlanması ve bakım ortamının hazırlanması gerekmektedir. Hastalar, hekim ve hemşirelerin tıbbi bakım

ve rehberliğine sürekli erişime sahip olsalar da, taburcu olduktan sonra kendi fonksiyonel rehabilitasyonları ve kişisel bakımlarının sorumluluğunu üstlenmelidir (11, 13).

Klinik hemşireleri, hastalara yüksek standartta, yeterli bakım sunan ve multidisipliner ekibi koordine eden önemli bir role sahiptir (28). Klinik hemşireleri, hastaya yönelik bakım ve psikososyal desteğin koordine edilmesi yanında çoğu zaman hastaların sağlıkla ilişkili olmayan ihtiyaçlarını da belirleyen ilk kişidir (72). Ameliyat sonrası hastaların evde bakımında, hasta ve yakınları birçok sorun ile karşılaşmaktadır. Hastaların ameliyat sonrası evde bakıma yönelik karşılaştıkları sorunları şu şekilde belirtmişlerdir: Ağrının yönetimi, ödem, öz bakım yetersizliği, beslenme, yara yeri enfeksiyonu, egzersiz, solunum ve boşaltım, ilaçların kullanımı, evde acil durumların yönetimidir. Bu ihtiyaçlar doğrultusunda hastalara danışmanlık yapmak klinik hemşirelerin önemli rollerindendir (109, 110).

Kanser hastaları hastalığa bağlı cerrahi işlem ve medikal tedaviler ile ilişkili olarak çeşitli problemlere maruz kalmaktadır. Bu problemler hastanede yatış döneminde olabileceği gibi taburculuk esnasında ve sonrasında da devam edebilmektedir (30,99). Baş ve boyun kanseri olan hastalar genellikle kanser tedavisi öncesinden uzun vadeli izleme kadar tüm aşamalarda sağlık eğitimi ihtiyacı duyarlar. Tedaviye bağlı beden imajı ve işlev bozukluğuna ilişkin endişeleri göz önüne alındığında, hastalar ameliyat sonrası ilk dönemde en savunmasız durumdadır. Bu, özellikle trakeostomisi olan veya kapsamlı cerrahi rezeksiyon geçiren ve iletişim zorlukları çeken hastalarda görülür (13). Bu ameliyatları geçiren hastalar genellikle daha düşük bir yaşam kalitesine sahiptir. Yapılan çalışmalarda diğer kanser türleri ile karşılaştırıldığında BBK hastalarının yaşam kalitesinin daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Bu nedenle, BBK hastalarının hastaneden ayrıldıktan sonra kendi bakımlarını yönetebilme yeteneklerinin geliştirilmesi zorlu ve karmaşık bir konudur (11, 111).

Bu doğrultuda hasta bakımının kalitesini arttırmak, tedaviye yönelik olumlu sonuçlar elde etmek, taburculuk sonrası tedavi ve bakıma yönelik problemleri çözmek, hastaneye tekrarlı başvuruları ve sağlık giderlerini azaltmak için taburculuk sürecinde bir eğitim programının gerekliliği söz konusudur. Hastaların taburculuğunu

takiben erken dönem komplikasyonların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesinde kolay uygulanan bir yöntem olması açısından taburculuk eğitiminin önemi vurgulanmaktadır (110).

2.10. HEMŞİRELİKTE MODEL KULLANMA

Profesyonel bir disiplin olan hemşirelik mesleğinin esas amacı, bilimsel bilginin hemşirelik uygulamalarına aktarılmasıdır (112). Hemşireliğe özgü bilgi ve becerinin görünür hale gelmesi ve geliştirilmesinin yollarından biri hemşirelik modellerinin uygulamada kullanılmasıdır. Model; hemşirelik uygulamalarını soyut veya somut olarak bir sistematiğe temellendiren yöntemdir. Hemşirelik sürecinin, kuram ya da modeller ile kullanılması hemşirelik girişimlerinin bilimsel nitelikte ve sistematik bir biçimde sunulmasını sağlayarak bakımının kalitesini artırır. Hemşirelik modellerinin kullanım amacı; hemşirelik uygulamalarına rehberlik etmektir Hemşirelik modelleri bireyin bakım ihtiyaçlarını bütüncül bir yaklaşım ile değerlendirme ve sistematik olarak karşılamada yol göstericidir. Hemşirelik girişimlerinin, hemşirelik model ve kuram temelli olması hemşirelik bakımını yapılandırmada ve bakımın niteliğinin artmasında etkilidir. Hemşirelik bakımını en uygun şekilde gerçekleştirebilmek amacıyla seçilen model, hemşirelik süreci ve klinik sorgulama ile birlikte kullanıldığında değerlendirmenin istenilen düzeyde yapılması amaçlamaktadır (113-116).

2.11. ROY ADAPTASYON MODELİ

Hemşirelik kuramcılarından Sister Callista Roy tarafından 1964 yılında geliştirilen Roy Adaptasyon Modeli(RAM);“Genel Sistem Teorisi” üzerine temellendirilmiştir (117). İnsanın adaptasyonuna odaklanan RAM, 1970 yılında uygulanmaya başlanmış ve 1986 yılında hemşirelik uygulamalarına rehber olmak üzere yeniden düzenlenmiştir (118). RAM’ine göre kişi, fiziksel ve sosyal çevreyle sürekli etkileşim halinde olan ve dengeyi korumak için uyum stratejileri geliştiren biyo-psiko-sosyal bir varlıktır (119). Roy, insanın adaptasyonuna odaklanmış ve insanı, sürekli değişen çevresel uyaranlarla etkileşime girerek çevreye uyum sağlamaya çalışan bir sistem olarak tanımlamıştır (118, 120). RAM teorisi, insanların

karşılıklı bağımlılık, rol işlevi açısından iç ve dış uyaranlara cevap veren bütünsel bir sistem olduğunu savunmaktadır (121). Bireyin mevcut uyaranlarla karşılaştığında doğru yanıtı vermesi baş etme mekanizmaları geliştirmesi ile sağlanmaktadır (115, 118, 122, 123). Roy'a göre; bireyler, hızla değişkenlik gösterebilen çevresel faktörlere kolayca uyum sağlayan, uyumlanabilir ve bütüne dayalı sistemlerdir. Sağlık ve hastalık dönemlerinde iyi bir adaptasyon geliştirerek çevre ve insan sistemleri arasında etkileşimi geliştirerek sağlığı iyileştirir, böylece yaşam kalitesine katkı sağlar. Hemşireler, hastanın rehabilitasyonu, yeni duruma uyum sağlaması ve stresin azaltılmasında destekleyici, önemli rollere sahiptir (31, 106, 123, 124).

Hemşirelikte RAM, araştırma, uygulama ve eğitimi yönlendiren kavramsal bir modeldir. Hemşirelik araştırma ve uygulamalarında en sık kullanılan modellerden birisidir. RAM, hemşirelik süreciyle doğrudan uyumlu bir model olma özelliği taşımaktadır. Hemşirelik bakımının tasarlanması, uygulanması ve sonuçlarının değerlendirilmesi için pratik bir yol sağlamaktadır. Modelde temel hemşirelik girişimlerinin etkili ve bireye özgü uyarana cevap verme, davranış değişikliği gösterme yeteneğini desteklemektedir. Modelin amacı bireylerin sağlık ve hastalık durumunda uyum süreçlerini geliştirmek ve arttırmaktır (106, 114, 118-120, 125).

Roy adaptasyon modeli, hemşirelik ile hümanistik yaklaşımı birleştirmiştir. Roy'a göre hümanizm, kişinin yaratma gücüne sahip olduğu inancına dayanmaktadır ve savunma mekanizmalarının bireyin iyilik durumunda artış olacağına inanılmaktadır. RAM'nde, bireyin çevresiyle olan uyumunda dört farklı uyum alanı tanımlanmaktadır. Bu alanlar; fizyolojik alan, benlik kavramı alanı, rol fonksiyon alanı ve karşılıklı bağlılık alanıdır. Hemşireler, Roy'un tanımladığı bu dört uyum alanına göre bireylerin ihtiyaçlarını karşılamalarına yardımcı olmaktadır (112, 118, 126, 127).

2.11.1. Roy Adaptasyon Modelinde Dört Temel Kavram

RAM'in temel kavramları; insan, çevre, sağlık ve hemşirelik olarak açıklanır (106, 118, 128, 129).

İnsan

İnsan,hemşirelik hizmetinin alıcısı olan biyopsikososyal bir varlıktır. Adaptif bir sistem olarak insan, doğuştan ya da sonradan kazanılmış baş etme mekanizmalarını kapsayan düzenleyici ve bilinçli alt sistemleri kullanarak, çevresel uyaranlara dört adaptasyon biçimi ile olumlu (adaptif) ya da olumsuz (adaptif olmayan) cevaplar (davranış) verebilmektedir (115, 130, 131).

Çevre

Çevre; uyarlanabilir bir sistem içinde insanların gelişimini ve davranışlarını etkileyen şartlar ve etkiler olarak tanımlanmaktadır. Bireyi uyumlu davranış göstermesi için uyaran ortamdır Çevre ve insan arasındaki etkileşimin asıl amacı, insan ve çevre arasındaki dengenin sağlanması yani bütünleşmektir. Roy (2009) göre sağlıklı bir çevre, iyileşmenin anahtarıdır (115, 130).

Sağlık

Sağlık, insanların uyaranlara karşı uyum sağlayabileceği durumlar şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlık ve hastalık bir bireyin hayatında kaçınılmaz durumdur. İnsan ve çevre arasındaki ilişki, sağlığı açıklamaktadır. Eğer insan uyaranlara karşı uyum sağlayabiliyorsa sağlık, ya da tam tersi durumda hastalık söz konusudur (115, 130, 132).

Hemşirelik

Hemşireler, uyum sağlama sürecinde önemli bir etkiye sahiptir. Hemşireliğin amacı bireyler ve gruplar için dört adaptif modun her birinde adaptasyonu teşvik etmek, böylece sağlığa ve yaşam kalitesine katkıda bulunmaktır. Hemşire, hastanın bilişsel becerilerini kullanarak iç ve dış çevre ile etkili bir biçimde bütünlük sağlamasına yardım eder (115, 132).

2.11.2. Modeldeki Uyum Alanları

Roy, davranışın değerlendirilmesinde, bilişsel-duyuşsal ve düzenleyici baş etme mekanizmalarından oluşan uyum alanlarını kullanmıştır. Modele göre bu mekanizmaların kullanılması sonucunda dört uyum alanında uyum davranışı ortaya

çıkmakta sonuçta etkili ya da etkisiz davranışlar olabilmektedir. Bunlar; benlik kavramı, rol fonksiyonu, fizyolojik alan ve karşılıklı bağlılık alanıdır.

Benlik Kavramı

Bireyin kendisi ile ilgili belli bir süreçte sahip olduğu inanç, algı, duygu ve düşünceler bütünüdür. Benlik kavramı uyum biçimindeki temel amaç ruhsal bütünlüğün korunmasıdır.

Rol Fonksiyonu Alanı

Bireyin ailesi ve toplumda sahip olduğu sosyal bütünlük davranışlarıdır. Rol fonksiyonu alanı, bireyin kendi yaşamındaki rollerine ilişkin aktivitelerine odaklanır. Bu alanın amacı sosyal uyumun sağlanmasıdır. Bu alan, kişinin toplumda üstlendiği birincil, ikincil ve üçüncül rollere ve toplumun bir üyesi olarak nerede durduğunu bilmeye odaklanır.

Fizyolojik Alan

Vücut yapıları ve nasıl fonksiyon gördüğü konuları açıklar. Oksijenlenme, hareket ve istirahat, boşaltım, sıvı-elektrolit dengesi, beslenme, nörolojik, endokrin fonksiyonlar ve duyuları kapsamaktadır. Uyaranlara karşı bireyin bedeninin gösterdiği fizyolojik değişim tepkileridir. Yaşamsal bulgular fizyolojik adaptasyon biçiminin göstergeleridir.

Karşılıklı Bağlılık Alanı

Bireyin sahip olduğu destek sistemleridir. Bireyin sosyal ve ilişkisel bütünlüğünü ifade eder ve aynı zamanda sosyal destek konularına odaklanır. Bu şekilde sevgi, saygı ve değerin verilmesi ve alınması yoluyla ilişkisel bütünlüğe ulaşmayı hedefler. Böylece etkili iletişim ve ilişki kurulur. Bireyin destek sistemleri ve iletişim içinde olduğu kişilerle olan ilişkilerini korumaya yönelik uyguladığı adaptasyon şeklidir. Karşılıklı bağımlılık, insanların birbirleriyle etkileşime girdiği süreçtir. Her bir kişinin davranışının sonuçlarının kendileri ve diğerleri üzerindeki etkisine odaklanır. Karşılıklı bağımlılık, bireyin sosyal çevreye uyumu konusunda temel bir fikir sağlayabilir (114, 115, 117, 118, 124, 127, 130-132).

2.11.3. Roy Adaptasyon Modelinin Kullanımının Önemi

Hemşirelerin nitelikli bakımı gerçekleştirebilmesi için bir hemşirelik modeline ihtiyacı vardır ve hemşirelik modelleri bakım rehberi niteliği taşımaktadır. RAM hemşirelik araştırmalarında, eğitiminde ve bakımında uzun yıllardır kullanılmaktadır. RAM, pratik, güvenli, invaziv ve tıbbi olmayan, uygun maliyetli bir modeldir Model, kişinin çevreyle olan etkileşimini geliştirir ve daha iyi uyum sağlama konusunda bireye destek niteliğindedir RAM, hem hasta hem de bakım vericilerin deneyimledikleri yeni sürece uyumun sağlanmasında en sık kullanılan hemşirelik modellerindendir (128, 130, 133, 134).

RAM birey ve ailesini bir bütün olarak ele almaktadır. RAM birey ve ailesinin içinde bulunduğu mevcut duruma pozitif uyum sağlamasını, yaşam kalitesini artırma ve hastanın fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanlarında tam bir iyiliğin gerçekleşmesini amaçlamaktadır. RAM hemşireler hasta grupları ile, ailelerle ve kişilerle sürekli iletişim kurarak uyumlarını değerlendirmekte ve sağlık sorunlarıyla baş etmelerine destek olmaktadır. Bu da hastaların tedavi ekibinde bağımsız olmasına ve hastaların bakıma katılım ve dahil olmalarına yardımcı olmaktadır (117, 134).

2.12. ROY ADAPTASYON MODELİ'NE GÖRE PLANLANAN TABURCULUK EĞİTİMİ

Tedavi ve bakım sürecinde hastalar ile sürekli iletişim içinde olan hemşireler, diğer sağlık ekibi üyelerine göre hasta eğitiminde daha ön plandadır. Bu nedenle hemşirelerin hastalara verdiği planlı taburculuk eğitimi, özellikle kanser hastalarının yaşadıkları sorunların çözüme kavuşmasında büyük önem taşımaktadır. Cerrahi tedavi olacak hastalara yönelik ameliyat öncesi ve sonrası hemşirelik bakım planları hazırlanırken hastaların sadece fiziksel ve fonksiyonel uyumu değil, psikolojik uyumu da dikkate alınmalıdır. Bu durum, hastaların tedavi ekibinde bağımsız olmasını sağlar ve hastaların bakıma katılma ve dahil olma haklarını destekler(118, 134, 135).

Hemşirelerin hastalara verdiği taburculuk eğitimi öncesi hastaların bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi, ameliyat sonrası döneme uyumun sağlanmasında, yaşam kalitesinin arttırılmasında, hastanın özbakımına katılımında ve bakım maliyetinin azalmasında faydalı olacaktır. Bu bağlamda RAM; hemşirelik eğitim ve bakım planının standartlaştırılmasında kullanılan faydalı bir modeldir (135).

BBK hastaları için yaygın olarak bildirilen eğitim konuları şunları içerir; duygusal destek sağlama, araçsal destek sağlama (mali konularda yardım, randevulara ulaşım, yemek pişirme ve temizlik) ve BBK hastasına özgü görevlerdir (özel yiyecek hazırlama, besleme tüpü yardımı ve hastanın konuşma asistanı olarak hareket etme). Bu temel ihtiyaçların karşılanması, tedavi sonrası dönemde uzun vadeli refahın sağlanması hastalar için hayati önem taşımaktadır. Hemşireler tarafından verilen danışmanlık taburculuk sonrası eve geçiş sürecinde de devam etmektedir (128, 136).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

BBK tanısı alan ve majör cerrahi işlem (flep cerrahisi) geçiren hastalara verilen Roy Adaptasyon Modeline temellendirilmiş taburculuk eğitiminin hastanın yaşam kalitesi ve memnuniyetine etkisini belirlemek amacı ile yapılan tek gruplu ön test-son test çalışmasıdır.

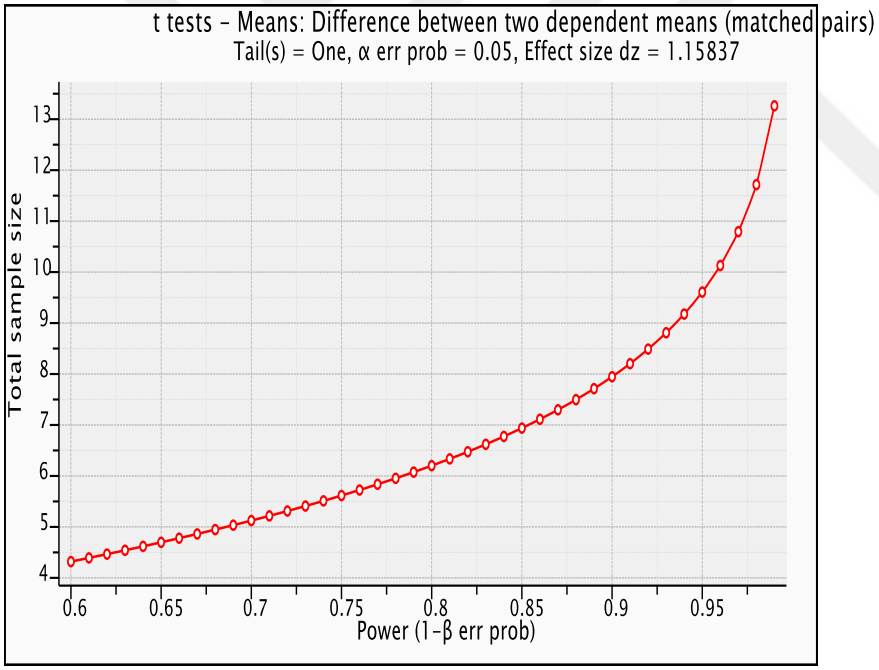
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, Ankara Gazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği'nde (KBB) Ekim 2023- Nisan 2024 tarihleri arasında yapılmıştır. Klinikte 22 yataklı olup, toplam 9 hemşire görev yapmaktadır. 08.00-16.00 ve 16.00-08.00 olmak iki vardiya şeklinde çalışılmaktadır. Klinikte gündüz vardiyasında 3 hemşire, gece vardiyasında ise 2 hemşire görev yapmaktadır.

Baş ve boyun kanser tanısı alan hastaların cerrahi tedavi kararı alındıktan sonra pre-operatif dönem hazırlıklarına başlanmakta ve hastanın kliniğe yatışı yapılmaktadır. Bu dönemde hastaların detaylı anamnezi alınmaktadır. Hastalar majör cerrahi geçirdikleri için post-operatif dönemde yoğun bakım ihtiyaçları ortaya çıkmaktadır. Hastalar uzun süren ameliyat sonrası yoğun bakım ünitelerine alınmıştır. Burada hastalar yakın takip edilmiş ve cerrahi sonrası bakım almışlardır. Ameliyat sonrası genel durumları stabil olana kadar hekim başta olmak üzere klinik ekibi tarafından uygun görülen zamanlarda vizitleri yapılmakta ve nitelikli, yoğun ve primer bakım gereksinimleri anbean tespit edilip giderilmiştir. Hastaların yoğun bakım ihtiyacı ortadan kalktıktan sonra hekim kararı ile KBB Kliniği yatan hasta servisine alınmıştır. Kliniğe alınan hastaların bakım ihtiyaçları klinik hemşireleri tarafından karşılanmaktadır. Klinikte hemşireler tarafından hastalara beslenme, solunum, mobilizasyon ve medikal tedavi konularında destekleyici bakım sağlanmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Ekim 2023- Nisan 2024 tarihleri arasında Ankara Gazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi KBB kliniğinde baş ve boyun cerrahisi geçiren ve dahil edilme kriterlerine uyan hastalar oluşturmuştur. Araştırmaya alınacak kişi sayısını belirlemek üzere güç (power) analizi yapılmıştır. Testin gücü, G*Power 3.1 programı ile hesaplanmıştır. İlgili literatürde benzer bir araştırma olarak Saygılı ve Can (2021) tarafından yapılan araştırmada yaşam kalitesi değişimine ilişkin etki büyüklüğü (Effect size) 1,158 olarak hesaplanmıştır. Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %95 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 1,158 etki büyüklüğünde 10 kişiye ulaşılması gerekmektedir(df=9; t=1,833). Araştırmada testin gücünün yüksek olması ve kayıplar göz önünde bulundurularak 13 kişi ile çalışılmıştır (137).



Şekil 3.3.2. Güç Analizi Grafiği

3.3.1. G-Power Protokolü

t tests - Means: Difference between two dependent means (matched pairs)

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input: Tail(s)	=	One
Effect size dz	=	1.1583680
α err prob	=	0.05
Power (1-β err prob)	=	0.95
Output: Noncentrality parameter δ	=	3.6630812
Critical t	=	1.8331129
Df	=	9
Total sample size	=	10
Actual power	=	0.9577240

Dahil edilme kriterleri:

- Araştırmaya gönüllü olma,
- 18 yaş üzeri olma,
- Baş ve Boyun kanseri tanısı alıp majör cerrahi geçirme (tümör rezeksiyonu, boyun diseksiyonu, flep rekonstrüksiyonu)

3.4. DEĞİŞKENLER

3.4.1. Bağımsız Değişkenler

Hastaların; cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu, ikamet ettiği yer, sigara kullanımı/süresi, alkol kullanımı/süresi, kronik bir rahatsızlığının olup olmadığı, hastane yatış öyküsü, tanısı, hastalığa yönelik KT-RT alma durumu, ameliyat öyküsü, hastaneye yatış tarihi, ameliyat tarih, yoğun bakımda kalma durumu ve süresi, taburculuk tarihi bağımsız değişkenleridir.

3.4.2. Bağımlı Değişkenler

UW-QOL Anket Formu ve TEMÖ puan ortalamaları bağımlı değişkenlerdir.

3.5. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri toplanırken; araştırmacı tarafından ilgili literatür ışığında geliştirilen Hasta Tanımlayıcı Özellikler Formu, Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeği ve Washington Yaşam Kalitesi Anket Formundan yararlanılmıştır.

3.5.1. Hasta Tanımlayıcı Özellikler Formu (Ek 1)

Bu form literatür ışığında oluşturuluştur. Hasta tanımlayıcı özellikler formu; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim ve mesleki durum, gelir durumu, ikamet ettiği yer, sigara kullanımı/süresi, alkol kullanımı/süresi, mevcut bir hastalığının olup olmadığı, hastane yatış öyküsü, tanısı, hastalığa yönelik KT-RT alma durumu, ameliyat öyküsü, hastaneye yatış tarihi, ameliyat tarihi, yoğun bakımda kalma durumu ve süresi, taburculuk tarihi, evde bakım desteğinin olup olmadığı, evde bakıma yönelik kendisi ya da bakım veren kişilerin taburculuk eğitimi alıp almadığı, bu taburculuk eğitimini kimlerden aldığına yönelik toplam 15 sorudan oluşmaktadır (30, 138).

3.5.2.Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Anket Formu (UW-QOL) (Ek 3)

UW-QOL'nin ilk versiyonu 1993 yılında Hassan ve Weymuller tarafından 9 maddeli ve hastanın her ne olursa olsun yazıya dökmek istediği sorunlarını yazabildiği bir açık uçlu sorudan meydana gelen bir anket formu olarak oluşturulmuş ve hastalara uygulanmıştır. Daha sonra versiyon 1'deki 9 maddenin hastanın önem sırasına göre sıralaması istenilen ve 2 genel sağlık sorusu ile 1 yaşam kalitesi sorusu eklenen 2. Versiyonu geliştirilmiştir (99)

Baş ve boyun kanserli hastalar için oluşturulan Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Anket Formunun (The University of Washington Quality of Life Questionnaire) (UW-QOL) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır.

UW-QOL Anket Formu BBK'li hastaların yaşam kalitelerini spesifik olarak değerlendiren bir anket formudur. Uzmanlık tezi çalışmasında, dünya üzerinde

yaygın olarak kullanılan bu anket formunun ülkemizde de kullanılabilmesi için uluslararası kılavuzlara göre çevirisinin yapılması ve anadili Türkçe olan hastalar üzerinde uygulanıp, istatistiksel olarak geçerlilik ve güvenilirliğinin kanıtlanması amaçlanmıştır. Uzmanlık tezinde, yeni tanı almış BBK'li hastaların 3 ayrı zamanda anket formlarını doldurmaları sağlanarak ve performans durumları değerlendirilmiştir. İlk uygulama tedavi başlangıcından 1 gün önce, ikinci uygulama tedavinin tamamlanmasından 3 ay sonra ve üçüncü uygulama ise ikinci uygulamanın 10 gün sonrasında yapılmıştır. UW-QOL Anket Formu Türkçe Versiyonu Türk BBK'li hastalar için geçerli ve güvenilir bir yaşam kalitesi ölçeği olduğu ve ülkemizdeki klinik çalışmalar ile rutin klinik uygulamalarda kullanılabileceği sonucuna varılmıştır. Baş ve boyun kanserli hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmış spesifik bir anket formu olup, dünyada da kullanımı yaygındır**.**

3.5.3. Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeği (TEMÖ) (Ek 4)

Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeği, Meşe ve Köşgeroğlu (2021) tarafından 21 maddelik bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Geliştirilen bu ölçek sağlık bakım hizmeti sunan kurumlarda taburculuk eğitimine yönelik hasta memnuniyetinin ölçülmesi gereken durumlarda kullanılmaktadır. Ölçek genelinin Cronbach Alfa (α) güvenirlik katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur. Ölçek, taburculuk süreci ile ilgili 11 madde, evde bakım ile ilgili 14 madde, ilaç tedavisi ile ilgili 4 madde, ağrı ile ilgili 4 madde, enfeksiyon ile ilgili 4 madde, egzersiz ile ilgili 5 madde, hastanın ameliyat sonrası kontrolü ile ilgili 7 madde olmak üzere toplam 49 maddelik madde havuzu oluşturulmuştur. Ölçek maddelerinin puanlaması: Tamamen memnunum (5), memnunum (4), kısmen memnunum (3), memnun değilim (2), hiç memnun değilim (1) olarak 5'li Likert şeklinde tasarlanmıştır. Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeği, 5'li likert tipte bir ölçek olup, hiç memnun değilim (1 puan) ve tamamen memnunum (5 puan) şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten minimum alınabilecek puan 21, alınabilecek maksimum puan 105'tir. Ölçeğin kesme noktası yoktur ve puanın artması taburculuk eğitimi memnuniyetinin yüksek olması anlamına gelmektedir (110).

3.6. BAŞ VE BOYUN KANSERİ AMELİYATI TABURCULUK EĞİTİM KİTAPÇIĞI (Ek-5)

Eğitim kitapçığı, literatür ışığında hastaların eğitim ihtiyaçları doğrultusunda oluşturulmuştur. KBB kliniğinde görevli asistan doktorlar ve Doç. Dr. Süleyman Cebeci'den eğitim kitapçığı ile ilgili önerileri alınmıştır. Kitapçık hazırlanırken Ankara Gazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Beslenme Ünitesi hemşirelerinden öneriler alınmıştır. Kitapçık Roy uyum alanları temel alınarak oluşturulmuştur. Bu alt başlıklar şu şekildedir; Benlik kavramı alanı, fizyolojik alan, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanıdır (Bkz. Ek 9). Kitapçık hazırlanırken literatür ve kılavuzlardan faydalanılmıştır (139-141).

3.7.ARAŞTIRMANIN UYGULAMASI

3.7.1.Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması, 15 Eylül-15 Ekim 2023 tarihleri Ankara Gazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi KBB kliniğinde baş ve boyun kanser tanısı alıp majör cerrahi geçiren 2 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Ön uygulamada anket ve ölçek sorularının anlaşılır olup olmadığı değerlendirilmiştir. Aynı zamanda eğitim kitapçığı ile ilgili anlaşılırlık değerlendirilmiştir. Ön uygulamaya katılan hastalar anlaşılmayan soru olmadığını belirtmişlerdir. Bu nedenle veri toplamada bir değişiklik yapılmamış olup, ön uygulama ile elde edilen veriler veri analizine dâhil edilmiştir.

3.7.2.Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma, verileri Ankara Gazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniğinde Ekim 2023-Nisan 2024 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından elde edilmiştir. Hastalara, çalışmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra, araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan hastalar çalışmaya davet edilmiştir. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hastalara pre-operatif dönem ilk karşılaşmada 'Hasta Tanımlayıcı Özellikler Formu' uygulanmıştır.

Sonraki aşamada pre-operatif dönemde yatışı yapılan baş ve boyun kanseri tanısı alan hastalara 'UW-QOL Anket Formu' uygulanmıştır. Hastalar uzun saatler süren ve oldukça karmaşık olan majör baş ve boyun kanser cerrahisi sonrası yoğun bakım ünitelerinde takip ve tedavi edilmiştir. Klinik durumları stabile dönen hastalar tedavilerin devamı için KBB servise devredilmiştir.

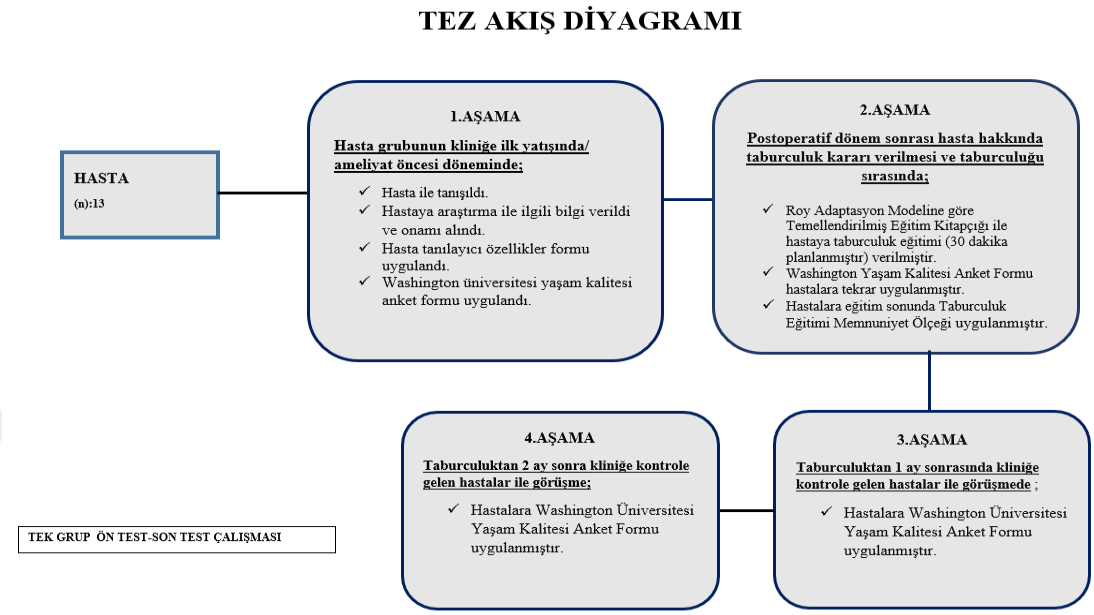
Nihayetinde klinikte tedavi alan hastaların taburculuk kararı verildikten sonra hastanın bilgi gereksinimleri doğrultusunda, günlük yaşam aktivitelerini kolaylaştıracak ve yeni durumuna uyumuna yardımcı nitelikte RAM'a temellendirilmiş taburculuk eğitimi, planlı olarak, sakin sessiz bir ortamda yüz yüze olacak şekilde hastalara anlatılmıştır. Taburculuk eğitimi, araştırıcı tarafından taburculuk günü hasta odasında hastanın klinik ve mental durumu göz önüne alınarak 15-20 dakika olacak şekilde planlanmıştır.

Taburculuk eğitimi aşamasında hastaların büyük çoğunluğunun konuşma ile ilgili fonksiyon kayıpları yaşadıkları için yazarak iletişim kurulmuştur. Bu süre zarfında taburculuk eğitimi RAM'a göre ana başlıkları sırasıyla anlatılmış, hastanın soruları varsa yanıtlanmış, anlaşılamayan kısımlar talep üzerine tekrar edilmiştir. Eğitim sonunda kitapçık hastaya verilmiştir. Taburculuk eğitimi sonunda hastalara TEMÖ uygulanmıştır.

Taburculuktan bir ay sonra, kliniğe kontrole gelen hastaya UW-QOL anket formu tekrar uygulanmıştır. Taburculuğun ikinci ayında evinden kliniğe kontrole gelen hastalara, UW-QOL anket formu tekrar uygulanmıştır.

Bu çalışmada hastalara ameliyat öncesi, taburculuk sonrası 1.ayda ve 2. ay sonrası UW-QOL anket formu uygulanmıştır. Spesifik olarak ankette 12 madde hastaların "ağrı, görünüş, aktivite, eğlence, yutma, çiğneme, konuşma, omuz, tat, tükürük, ruh hali ve endişe" durumlarını sorgulamaktadır. Anket formunda son 7 gün içinde yaşadıkları en önemli sorunlarını sorgulayan bir soru bulunmaktadır. Bu soru da kendisi için en önemli olan 3 tanesini hastadan işaretlenmesi istenmektedir. Hasta en fazla 3 maddeyi işaretleyebilmektedir. Bu anket toplamda 3 defa ayrı zaman dilimlerinde hastalara uygulanmıştır

Çalışmamız akış diyagramına uygun gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın uygulama akış planı Şekil 3.7.2.1'de gösterilmiştir (Şekil 3.7.2.1).



Şekil 3.7.2.1

3.8.ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırma için, Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onayı alınmıştır (Ek-5). BBK'lı hastalara araştırmaya katılımın gönüllülük ilkesi doğrultusunda olduğu konusunda bilgi verilmiş ve "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF)" imzalatılmıştır (Ek-7). Ayrıca çalışmada kullanılan ölçek ve anketin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını gerçekleştiren sorumlu yazarlardan kullanım izinleri alınmıştır (Ek-4) . Araştırmanın yapıldığı hastaneden izin alınmıştır (Ek 6).

3.9. VERİ ANALİZİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olan; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip

göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir.

Tablo 3.9.1. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Normallik Analizi Sonuçları

	Yaşam Kalitesi Anket Formu Cerrahi Öncesi	**Yaşam Kalitesi Anket Formu Taburculuk Sonrası 1. Ay**	**Yaşam Kalitesi Anket Formu Taburculuk Sonrası 2. Ay**
Kurtosis	-1,427	-1,063	-1,360
Skewness	,336	,035	-,420

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile -2.0 (George ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır. Grup içi ölçümlerin karşılaştırılmasında tekrarlı ölçümler Anova Testi ve Tamamlayıcı Bonferroni Testi kullanılmıştır.

4.BULGULAR

4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Hastalara ait tanımlayıcı özellikleri, Tablo 4.1.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

		Min	**Max**	**Ort.**	**S.S**
Yaş		38	94	62,620	14,228
Hastanın Hastanede Kalma Süresi(gün)		12	78	20,770	18,736
SS: Standart sapma, Ort:Ortalama,min-max: en az -en çok değer					
Özellikler				**Frekans (N)**	**Yüzde (%)**
Cinsiyet	Kadın			5	38,5
	Erkek			8	61,5
Medeni Durumu	Evli			12	92,3
	Bekar			1	7,7
Eğitim Durumu	İlkokul			7	53,8
	Lise			3	23,1
	Lisans			3	23,1
Mesleği	Memur			1	7,7
	Emekli			9	69,2
	Serbest Meslek			1	7,7
	Ev Hanımı			2	15,4
Gelir Durumu	Geliri Giderinden Düşük			3	23,1
	Geliri Giderine Eşit			8	61,5
	Geliri Giderinden Fazla			2	15,4
Yaşadığı Yer	İl			7	53,8
	İlce			4	30,8
	Kasaba			2	15,4
Hastanın Tıbbi Tanısı	Buccal SCC			4	30,8
	Maksilla SCC			2	15,4
	Dil SCC			1	7,7
	Larenks Kanseri			4	30,8
	Alt Dudak SCC			1	7,7
	Mandibula SCC			1	7,7
Mevcut Hastalık Varlığı	Evet			10	76,9
	Hayır			3	23,1

Tablo 4.1.1. Hasta Tanımlayıcı Özellikleri (Devamı)

Mevcut Hastalıklar (n=10) *	Hipertansiyon	4	40,0
	Ritim Bozukluğu	1	10,0
	Tip 2 Diyabet	3	30,0
	Astım	1	10,0
	KOAH	3	30,0
	Hipotiroidi	1	10,0
	Prostat	1	10,0
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu	Evet	10	76,9
	Hayır	3	23,1
Hastaneye Yatma Durumu	Evet	10	76,9
	Hayır	3	23,1
KT/RT Alma Durumu	Evet	5	38,5
	Hayır	8	61,5
Ameliyat Tipi	Buccal SCC- Flep Rekonstrüksiyonu -BD	3	23,1
	Maksillektomi- Flep Rekonstrüksiyonu -BD	3	23,1
	Parsiyel Glossektomi- Flep Rekonstrüksiyonu -BD	1	7,7
	Total Larenjektomi- Flep Rekonstrüksiyonu -BD	4	30,8
	Alt Dudak SCC- Flep Rekonstrüksiyonu -BD	1	7,7
	Mandibulektomi- Flep Rekonstrüksiyonu -BD	1	7,7
Ameliyatta Kalma Süresi (saat)	1-8	6	46,2
	9-14	7	53,8
Yoğun Bakımda Kalma Süresi (gün)	1	9	69,2
	2	4	30,8
Sigara Kullanımı	Evet	7	53,8
	Hayır	6	46,2
Sigara Kullanım Süresi (yıl)	20-30	2	28,6
	31- 45	5	57,1
Alkol Kullanımı	Evet	2	28,6
	Hayır	11	71,4
Alkol Kullanım Süresi(yıl)	1-30	1	50,0
	31-45	1	50,0

*n:10 katlanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %61,5'i erkek, %92,3'ü evli, %53,8'i ilkokul mezunu olup, %69,2'si emeklidir. Hastaların, %61,5'inin geliri giderine eşit, %53,8'i ilde yaşamaktadır. Çalışmaya alınan hastaların %30,8'i Buccal SCC diğer %30,8'i larenks kanser tanılı olup hastaların %76,9'unda mevcut hastalıkları vardır. Hastaların %30'unda hipertansiyon olup, hastaların %76,9'u daha önce ameliyat olmuştur. Hastaların %76,9'unun daha önceden hastaneye yatma durumu olup,

hastaların %38,5'inin KT/RT alma durumu vardır. Araştırmaya katılan hastaların ameliyat tipine göre 3'ü (%23,1) Buccal scc-sol fibula fleep-boyun diseksiyonu, 3'ü (%23,1) Maksillektomi-boyun diseksiyonu, 1'i (%7,7) Parsiyel glossektomi-lokal fleep-boyun diseksiyonu, 4'ü (%30,8) Total Larenjektomi-boyun diseksiyonu, 1'i (%7,7) Alt dudak scc-lokal fleep-boyun diseksiyonu, 1'i (%7,7) Mandibulektomi-free fibula fleep-boyun diseksiyonu olarak dağılmaktadır.

Hastaların %30,8 'inin ameliyat tipi Total Larenjektomi-Boyun Diseksiyonu 'dur. Hastaların %53,8'inin sigara kullanımı vardır. Hastaların %71,4'ünün alkol kullanımı olup, alkol kullanan hastaların %50'si 45 yıl kullanmıştır.

4.2.Hastaların Yaşam Kalitesi Anket Formu Puanlarına İlişkin Bulguları

Tablo 4.2.1 Hastaların Ameliyat Öncesi, Taburculuk Sonrası 1. Ve 2. Aydaki Yaşam Kalitesi Puan Dağılımları

	Ameliyat öncesi		Taburculuk sonrası 1.ay		Taburculuk sonrası 2.ay	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Son 7 gün içinde sizin için en önemli olan sorunlar hangileridir? En fazla 3 kutuyu işaretleyiniz.						
Ağrı	2	15,4	-	-	-	-
Görünüş	3	23,1	3	23,1	2	15,4
Aktivite	-	-	2	15,4	3	23,1
Eğlence	1	7,7	1	7,7	-	-
Yutma	3	23,1	7	53,8	7	53,8
Çiğneme	6	46,2	7	53,8	4	30,8
Konuşma	3	23,1	8	61,5	7	53,8
Tat	-	-	1	7,7	1	7,7
Omuz	2	15,4	-	-	-	-
Moral	7	53,8	2	15,4	1	46,2
Endişe	10	76,9	5	38,5	6	15,4

Ameliyat öncesi dönemde uygulanan sorulara en fazla 3 seçeneği işaretlemek kaydıyla verilen cevaplarda hastaların büyük çoğunluğunun (%76,9) ameliyat öncesi

dönemde en önemli sorununun endişe, yarısından fazlasının (%53,8) moral ve yarısına yakınının (%46,2) çiğneme seçeneğini işaretlediği saptanmıştır.

Taburculuktan 1 ay sonra uygulanan sorulara en fazla 3 seçeneği işaretlemek kaydıyla verilen cevaplarda hastaların yarısından fazlasının (%61,5) konuşma, %53,8'inin yutma ve %53,8'inin çiğneme seçeneğini işaretlediği saptanmıştır.

Taburculuktan 2 ay sonra uygulanan sorulara en fazla 3 seçeneği işaretlemek kaydıyla verdikleri cevaplarda hastaların %53,8'i yutma, %53,8'i konuşma ve yarıya yakını (%46,2) endişe seçeneğini işaretlemiştir.

Tablo 4.2.2 Yaşam Kalitesi Anket Formu Genel Soruların Puan Dağılımları(n:13)

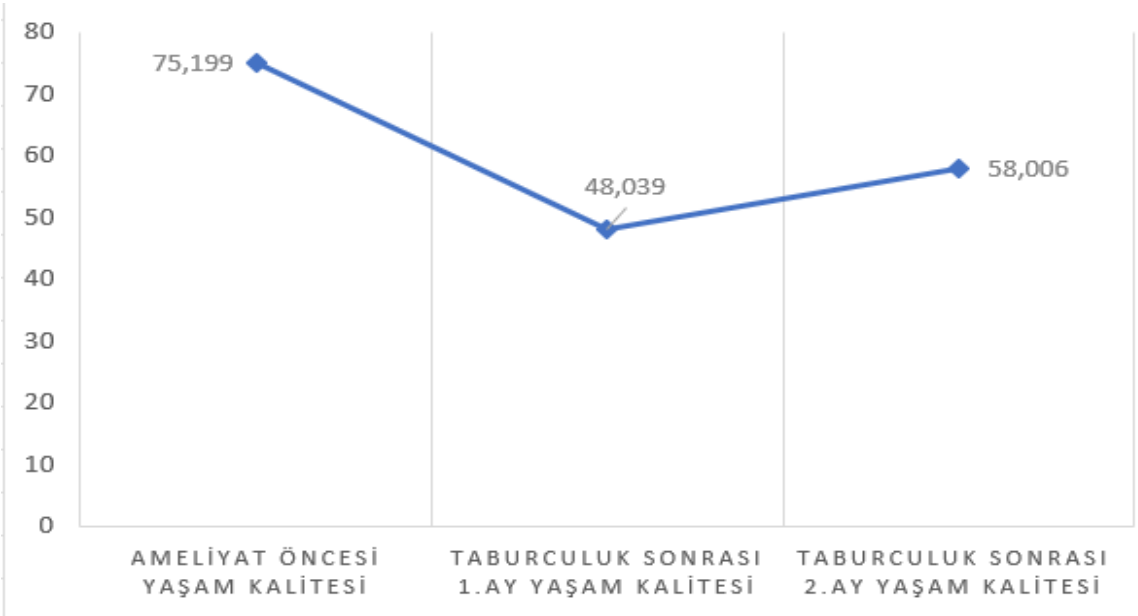
	Ameliyat Öncesi		**Taburculuk Sonrası 1.Ay**		**Taburculuk Sonrası 2. Ay**	
Genel Sorular	**(n)**	**(%)**	**(n)**	**(%)**	**(n)**	**(%)**
Genel Soru-1: Kanser olmadan önceki ay ile karşılaştırdığınızda, sağlıkla ilgili yaşam kalitenizi nasıl değerlendirmektesiniz?						
Çok Daha İyi	-	-	-	-	1	7,7
Biraz Daha İyi	-	-	2	15,4	8	61,5
Yaklaşık Aynı	5	38,5	9	69,2	3	23,1
Biraz Daha Kötü	7	53,8	1	7,7	1	7,7
Çok Daha Kötü	1	7,7	1	7,7	-	-
Genel Sorular-2: Genel olarak, son 7 gün içinde sağlıkla ilgili yaşam kalitenizi tanımlarsanız:						
Çok İyi	-	-	-	-	1	7,7
İyi	1	7,7	2	15,4	10	76,9
Orta	5	38,5	8	61,5	1	7,7
Kötü	5	38,5	2	15,4	1	7,7
Çok Kötü	2	15,4	1	7,7	-	-
Genel Sorular-3: Hayatınızdaki her şeyi düşünerek, son 7 gün içindeki genel yaşam kalitenizi değerlendiriniz:						
Mükemmel	-	-	-	-	1	7,7
İyi	-	-	2	15,4	10	76,9
Orta	5	38,5	8	61,5	2	15,4
Kötü	8	61,5	3	23,1	-	-

Hasta grubumuza yöneltilen genel sorular ameliyat öncesi, taburculuk sonrası 1.ve 2.aylarda yöneltilmiştir. Detaylar tabloda sunulmuştur.

Tablo 4.2.3. Yaşam Kalitesi Anket Formu Puan Ortalamaları

	n	Ort	Ss	Min.	Maks.	F	p	Bonferroni	η^2
Ameliyat Öncesi	13	75,199	12,692	59,080	95,170				
Taburculuk sonrası 1. Ay	13	48,039	9,935	32,000	64,670	25,087	0,000	1>2,3; 3>2	0,676
Taburculuk sonrası 2. Ay	13	58,006	13,510	37,500	75,750				

Katılanların "Ameliyat önce" ortalaması 75,199±12,692 (Min=59.08; Maks=95.17), "Taburculuk sonrası 1. Ay" ortalaması 48,039±9,935 (Min=32; Maks=64.67), "Taburculuk sonrası 2. Ay" ortalaması 58,006±13,510 (Min=37.5; Maks=75.75) olarak saptanmıştır. Yaşam kalitesi ameliyat öncesi puan ortalaması, taburculuk birinci ay ve ikinci ay ölçümlerine göre yüksek bulunmuş, yaşam kalitesi taburculuk ikinci ay ölçümü, birinci ay ölçümüne göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).



Şekil 4.2.3.4. Yaşam Kalitesi Anket Formu Ölçümleri

4.3. Hastaların TEMÖ Puanlarına İlişkin Bulguları

Tablo 2.3.1 Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=13)

	n	Ort.	Ss	Min.	Maks.	Alpha
Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Toplam	13	97,462	7,344	78,000	105,000	0,917
Taburculuk Süreci	13	12,385	2,219	9,000	15,000	0,883
Kişisel Bilgilendirme	13	12,385	1,938	10,000	15,000	0,666
Evde Bakım	13	33,923	2,499	27,000	35,000	0,956
Enfeksiyon İzlem	13	14,462	1,450	10,000	15,000	0,924
Kontroller	13	24,308	1,702	19,000	25,000	0,907

Çalışmamızda katılanların "taburculuk eğitimi memnuniyet toplam" ortalaması 97,462±7,344 (Min=78; Maks=105), "taburculuk süreci" ortalaması 12,385±2,219 (Min=9; Maks=15), "kişisel bilgilendirme" ortalaması 12,385±1,938 (Min=10; Maks=15), "evde bakım" ortalaması 33,923±2,499 (Min=27; Maks=35), "enfeksiyon izlem" ortalaması 14,462±1,450 (Min=10; Maks=15), "kontroller" ortalaması 24,308±1,702 (Min=19; Maks=25) olarak saptanmıştır.

5.TARTIŞMA

Bu çalışma, majör cerrahi (tümör rezeksiyonu, boyun diseksiyonu, flep rekonstrüksiyonu) geçiren BBK hastalarına verilen taburculuk eğitiminin hastanın yaşam kalitesi ve memnuniyetine etkisinin incelenmesi amacıyla tek gruplu ön test-son test çalışmasıdır. Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır:

5.1. Hastaların Tanımlayıcı Bulgularının Tartışılması

5.2. Hastaların Yaşam Kalitesi Anket Formu Puanlarına İlişkin Bulgularının Tartışılması

5.3. Hastaların Yaşam Kalitesi Anket Formu Genel Soruların Puan Dağılımlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.4. TEMÖ Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. Hastaların Tanımlayıcı Bulgularının Tartışılması

Bu araştırma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlasının (%61,5) erkek, hastaların yaş ortalamalarının 62,62 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.1). Çalışmamıza benzer olarak Hong ve ark.'ının (2022) yaptığı randomize kontrollü çalışmada BBK'ların %75'i erkek, %43'ü 61 yaş üzeri ve %70'i evlidir (12). Adamowicz ve ark.'larının (2022) BBK'lı hastaların yaşam kalitesini inceledikleri bir araştırmasında hastaların yaş ortalaması 59,9 ve %60,2'sinin erkek olduğu saptanmıştır (142). Douglas ve ark.'larının (2023) ilerlemiş BBK'lı hastaların yaşam kalitesini inceledikleri araştırmada hastaların yaş ortalaması 62,2 ve %55,6'sının erkek olduğu bulunmuştur (143). Narayanan ve ark.'larının (2023) BBK'lı hasta ve bakım vericilerle yaptıkları yaşam kalitesi çalışmasında hastaların büyük çoğunluğunun (%80) erkek olup, yarısından fazlasının (%60) 41-60 yaş aralığında olduğu görülmüştür (144). Luta ve ark.'larının (2022) hemşire liderliğindeki eğitimlerin BBK'lı hastalarda semptom yükü ile potansiyel ilişkilerini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların %76,4'ü erkek, yaş ortalaması 63,7 ve %54,2'sinin evli olduğu bulunmuştur (51). Hung ve ark.'larının (2024) yaptıkları

benzer bir çalışmada BBK hastalarının %87,2'sinin erkek, ortalama yaş aralığı 54 ve %73,4'ünün evli olduğu görülmüştür (145). Lin ve ark.'larının (2022) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada kemo-radyoterapi gören BBK'lı hastaların yaş ortalaması 49.99 olup tamamına yakınının erkek ve %59,4'ünün evli olduğu bulunmuştur (78). Literatür paralelinde ve bu çalışmadan elde edilen bulgular kapsamında BBK hastalarının daha çok erkek ve evli bireylerden oluştuğu görülmüştür. Bu çalışmada olguların çoğunun (%92,3) evli olması ve (%61,5) eşi ile yaşaması da Türk toplum yapısı ile uyumlu bir sonuçtur. Ayrıca hastalık ve tedavi sürecine uyumun kolaylıkla sağlanması ve yaşam kalitesini artıracak yönde davranışların oluşması açısından önemli bir etken olabildiğinden, grubun eğitim durumu incelenmiş yarısından fazlasının ilkokul mezunu (53,8) olduğu görülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %30,8'i Buccal SCC ve %30,8'i Larenks kanseri tanısı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1.1). Cruz ve ark.'larının (2023) baş ve boyun kanseri hastalarının tümör yerleşim yerine göre tedavi öncesi yaşam kalitesinin karşılaştırmalı analizini yaptıkları çalışmada hastaların %45,8'inin oral ve %31,3'ünün larenks kanseri olduğu görülmüştür (146). Kanatas ve ark.'larının (2022) BBK 'lı hastalarda yaşam kalitesini incelemek amacıyla yaptığı çalışmasında hastaların %44'ünün oral kavite, %34'ünün orofarenks ve %12'sinin larenks kanseri olduğu tespit edilmiştir (147). Lahtinen ve ark.'larının (2022) Serbest flep rekonstrüksiyonundan 5 yıl sonra baş ve boyun kanseri hastalarında yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada hastaların %42,9'unun oral kavite ve %14,3'ünün maksilla kanseri olduğu saptanmıştır (148). Bilir ve ark.'larının (2022) yaptığı BBK'lı hastaların tedavi sonuçlarının değerlendirildiği bir çalışmada en sık kanser yerleşim yeri %55 ile larenks kanseri olarak saptanmıştır (149). Liao ve ark.'larının (2019) BBK'dan kurtulanların yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada ise hastaların %40'ının oral kavite kanseri olduğu görülmüştür (150). Vries ve ark.'larının (2020) yaptığı çalışmada ise hastaların %25.6'sının oral kavite ve %21,7'sinin larenks kanseri olduğu (151). Wang ve ark.'larının (2020) mobil sağlık uygulamasının ağız kanseri ameliyatı sonrası hasta bakım ihtiyaçlarını azaltma ve yaşam kalitesini iyileştirme üzerindeki etkilerinin değerlendirildiği diğer bir çalışmada ise hastaların %53'ünün bukkal, %44'ünün dil ve %34'ünün damak kanseri olduğu bildirilmiştir (152). Luta ve ark.'larının (2022) yaptığı çalışmada ise

BBK hastalarının %20,8'isinin oral kavite ve %15,3'ünün larenks kanseridir (51). Bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür bulguları ile benzerlik göstermekte olup, BBK'lı hastalarda en sık görülen kanser türleri sırasıyla; oral kavite ve larenks kanseridir.

Araştırmaya katılan hastaların %53,8'inin sigara kullandığı ve yarısından fazlasının ise 40 yıldır kullandığı bulunmuştur. Sandstrom ve ark.'larının (2016) yaptığı çalışmada hastalarının %81,67'sinin tütün kullandığı (153). Viganò ve ark.'larının (2023) BBK'lı hastalarda RT sırasında ve takip döneminde yaşam kalitesinin uzunlamasına incelendiği çalışmada hastaların %66,9'unun tütün kullandığı(97), Gonzalez ve ark.'larının (2024) dil kanserli hastalarla yaptığı çalışmada hastaların %44,1'inin tütün kullandığı, %69'unun ise alkol kullandığı (154), Lin ve ark.'larının (2022) çalışmasında BBK 'lı hastaların %68,7'sinin tütün kullandığı (78) ve Bilir ve ark.'larının (2022) çalışmasında ise hastalarının %69'unun tütün kullandığı (149) bulunmuştur. Bu çalışmadan elde edilen bulgular ve literatür bulguları benzer şekilde çıkmıştır, BBK tanısı almış hastaların yarısından fazlasının tütün kullandığı görülmüştür. Sigara ve alkol kullanımı BBK oluşumuna zemin hazırlayan risk faktörleridir. Sigara ve alkol kullanmaya başlama yaşı, kullanım süresi ve sıklığı arttıkça BBK'ya yakalanma riski artmaktadır (155).

Araştırmaya katılan hastaların hastanede yatma süresi ortalama 20,770 gün olarak bulunmuştur. Örneklem grubundaki hastaların tamamı oral kavite ve larenks kanseri tanısı almış, cerrahi operasyon geçiren ve ciddi bakım ihtiyaçları olan hasta grubudur. Büyük çoğunluğunun uzun süreli hastane yatışı olmuştur. Elde edilen bu verilerden BBK nedeniyle majör cerrahi geçiren hasta grubunun ameliyat sonrası dönemde derlenme aşaması oldukça karmaşıktır. Bunlara ek olarak hastaların neredeyse tamamının (%92,3) yoğun bakımda kalma durumu söz konusudur. Rios-Gonzalez ve ark.'larının (2024) yaptığı araştırmada dil kanseri hastaların yaşam kalitesi uzun sürede incelenmiş, hastaların yarısına yakınının (%47.2), ameliyat sonrası 7-21 gün hastanede yattıkları saptanmıştır. 17 hastanın (%47,2) 7-21 gün ve 6 hastanın (%16,6) 21 günden fazla kaldığı görülmüştür (154). Bu çalışma da hastaların ameliyat sonrası hastanede kalma sürelerinin ortalaması 20,770±18,736 (Min=12; Maks=78) gün olarak saptanmıştır.

5.2. Hastaların Yaşam Kalitesi Anket Formu Puanlarına İlişkin Bulgularının Tartışılması

Çalışmanın ilk aşamasında ameliyat öncesi hastalara UW-QOL Anket formu uygulanmıştır. Bu kapsamda hastaların büyük çoğunluğunda (%76,9) ameliyat öncesi dönemde en önemli sorununun endişe olduğu, yarısından fazlasında (%53,8) moral sorunu yaşandığı ve yarısına yakınında (%46,2) çiğneme fonksiyonu ile ilgili problem yaşandığı bulunmuştur. Bu sonuçlardan yola çıkıldığında; hastaların büyük çoğunluğu kanser tanısı aldıklarında bilinmeyen bir durumun içinde olduklarını düşündükleri ve hastalık hakkında yeterince bilgi sahibi olmamaları sebebiyle anksiyete yaşadıkları düşünülmektedir.

Kanser tanısı alan hastaların psikolojik stres yaşadığı bilinmektedir. Kanser tanısı almak hastalar için birçok yönden endişe yaratan bir durumdur. Buna ek olarak kanser tanısı almak hastaların moral durumunu etkileyen önemli bir konudur, duygusal açıdan önemli yıkıcı etkilere sahiptir. Nihayetinde elde edilen bulgular kanserin hastalardaki beklenen etkileridir. Kanser tedavisi ve hayatta kalma konusundaki ilerlemelere rağmen BBK'lar, hastaların yaşam kalitesini oldukça fazla düzeyde etkileyen önemli fiziksel ve duygusal sekeller bırakabilen, düşük hayatta kalma olasılığı ile korkutucu durumlardır. BBK'lar tedavisi sonrası tahmini hayatta kalma süresi bir yıldır ve tedavinin sonunda ve tedaviden bir ay sonra özellikle savunmasızdırlar (153).

Andrade ve ark.'ının (2012) Brezilya'da UW-QOL anketi geçerlilik çalışmasında ağız ve orofaringeal kanser tanısı alan 47 hasta ve kanser olmayan 141 hasta değerlendirilmiş, 12 yaşam kalitesi alanının sekizinde kanserli olmayan hastaların ortalama puanları kanserli hastalarınkinden önemli ölçüde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). (Ağrı, görünüm, yutma, çiğneme, konuşma, omuzlar, tat ve kaygı). Geri kalan alanlarda (aktivite, boş zaman, tükürük ve ruh hali) her iki gruptan elde edilen puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir (156). Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, çalışmamızla kısmen benzerlik göstermekte olup, kanser tanısı alan hastalarda yaşam kalitesini en çok moral, endişe ve çiğneme alanları etkilemiştir. Ganesan ve ark.'ının (2019) Hindistan'da yaptıkları BBK'lı hastalarda UW-QOL Anketi geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ileri kanser evresine

sahip kişilerde, fiziksel ve sosyal-duygusal alt ölçeklerde önemli ölçüde daha olumsuz sonuçlar bulunmuştur. İleri kanser hastalarında, başta ağrı, aktivite, yutma ve çiğneme fonksiyonlarında problemler olmak üzere pek çok alanda daha düşük puanlar elde edilmiştir (93). Bu araştırmada saptanan veriler kısmen çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir ancak bu çalışmada BBK evresi ölçüt olarak alınmamıştır.

Çalışmanın sonraki aşamasında hastalara taburculuk sonrası birinci ayda UW-QOL anket formu tekrar uygulanmıştır. Anket formu içinde yer alan son yedi gün içinde yaşadıkları en önemli sorunlar sorgulanmış, hastaların yarısından fazlası (%61,5) konuşma, yarısı (%53,8) yutma ve çiğneme problemi yaşadığını belirtmiştir. Bu sonuca göre majör cerrahi geçiren hastaların büyük çoğunluğunun trakeostomi varlığı nedeniyle ses kayıpları yaşamaktadırlar. Aynı zamanda geçirilen cerrahiye bağlı ağız içi dikişlerinin olması ve flep onarımı sebebiyle çiğneme, yutma ve konuşma problemleri yaşadıkları görülmüştür. BBK tanısı alan hastalar normal olarak ve sıklıkla tümörün konumu ve boyutuna bağlı olarak yutma güçlüğü çekmektedir. Onay Karakaş & Alpaslan'ın (2020) çalışmasında, RT uygulanan BBK'lı hastaların tamamında ilk haftada yutma güçlüğü görüldüğü belirtilmiştir. RT uygulandıktan altı ay sonra 12 hastada (%46.2) yutma güçlüğünün devam ettiği, 11 hastada (%42.3) yutma güçlüğünde azalma olduğu ve üç hastada (%11.3) yutma güçlüğü olmadığı tespit edilmiştir (55). Cerrahi tedavi ve RT gibi ileri onkolojik tedaviler bu zorlukları daha da şiddetlendirebilir ve büyük beslenme sorunlarına neden olabilir (25). Lee ve ark.'ının (2017) Tayvan'da BBK'lı hastalarla yaptığı çalışmada UW-QOL anket formu kullanmış, ileri evre kanser hastalarının genel yaşam kalitesi düzeyi önemli ölçüde daha düşük çıkmış; ayrıca görünüm, yutma, çiğneme, omuz, tat ve tükürük alanlarındaki yaşam kalitesi düzeyleri daha olumsuz olarak saptanmıştır. Çalışmalarında, UW-QOL anket skorları aynı zamanda hastaların daha önce geçirdiği ameliyat türlerine göre de farklılık göstermiştir. Serbest flep rekonstrüksiyonu yapılan hastalarda, en düşük UW-QOL anket skorları görülmüştür. Ağrı, görünüm, yutma, çiğneme ve omuz problemleri de dâhil olmak üzere bireysel ögeler de daha az karmaşık cerrahi alan hastalarla karşılaştırıldığında en düşük seviyededir (94). Özellikle serbest flep rekonstrüksiyonunun zor bir cerrahi yöntem olması, hastaların fizyolojik alanlarında ciddi problemler yaratmasına

bağlanmaktadır. BBK tedavisinin yan etkileri arasında disfaji, ağız kuruluğu, tat alma duyusunda bozukluk ve çiğnemeyi etkileyen anatomik değişiklikler yer alır ve bunların tümü beslenmeyi etkileyebilir (22, 157). Giderek artan sayıdaki kanıtlar, BBK'li hastaların beslenme alanında zorluklar yaşadığını göstermektedir. Araştırmalar, BBK'li hastaların %90'a yakınının tedaviden sonra yeme ve içme konusunda zorluk yaşadığını belirtmektedir (63). Elde edilen veriler doğrultusunda baş ve boyun kanser cerrahisi geçiren hastaların yaşadıkları sorunların nedenini kanser yerleşiminin solunum, beslenme gibi alanları ciddi boyutta etkilemesi ve cerrahi tekniğin karmaşıklığı ile ilişkilendirilmiştir.

Aplak ve ark.'larının (2007) BBK tanısı alan hastalar ile yaptığı çalışmada farenks kanserli hastaların yutma problemleri tartışılmış, hastaların konuşma ile ilgili çok fazla problem yaşadıkları saptanmıştır (158). Bu çalışmadan elde edilen verilerde, kanserin anatomik yerleşimi nedeniyle, ameliyat sonrası dönemde hastalar konuşma ile ilgili sorunlar yaşamıştır. Zebrella ve ark.'ının (2021) BBK'li hastalarda yutma güçlüğü, ses problemleri ve ağrının yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelendiği çalışmada; hastaların yaklaşık yarısından fazlasında (%54,9) yutma güçlüğü şikâyeti görülmüştür. Yutma güçlüğü, ses sorunları ve ağrı yaşam kalitesinin düşüren önemli faktörler olarak ilişkilendirilmiştir. Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. BBK'li hastalarda yaşam kalitesinin toplam değerlendirmesi için yutma güçlüğünün öneminin altının çizilmesi gerekir. Yutma güçlüğü, BBK'lı hastaların yaşam kalitesini büyük ölçüde etkileyen önemli bir komplikasyon olup beslenme ve sıvı alımını etkilemektedir (102). Sakthivel ve ark.'ının (2017) dil kanseri hastalarla, UW-QOL anketi ile yaptıkları kesitsel çalışmada; yaşam kalitesi alanlarının birbiriyle bağlantılı olduğu ve uzun vadeli yaşam kalitesi düzeylerini önemli ölçüde etkilediğini göstermiştir. Ağız boşluğundaki, özellikle de dildeki kanserlerin cerrahi olarak çıkarılması, iki önemli fonksiyonun (konuşma ve yutma) kaybıyla sonuçlanmaktadır (96). Bu çalışmadan elde edilen veriler, çalışmamızla paralellik göstermekte olup BBK'lı hastaların ameliyat sonrası yaşam kalitesini etkileyen en önemli konuların konuşma, yutma ve çiğneme sorunları olduğu saptanmıştır. Kazi ve ark.'ının (2008) kısmı glossektomi cerrahisi geçiren hastaların yaşam kalitesinin incelendiği çalışmasında yutma (n = 16, %47,1), konuşma (n = 15, %44,1) ve tükürük (n = 15, %44,1) problemlerinin son

yedi günde en çok belirtilen konular olduğu bulunmuştur. Öte yandan rekonstrüksiyon ve boyun diseksiyonu ile komplikasyon gelişen ve RT uygulanan gruplarda yaşam kalitesi skorlarında anlamlı düzeyde azalma görülmüştür (159). Gomes ve ark.'ının (2020) BBK'lı hastalarla yaptıkları çalışmada, yaşam kalitesi skorları en düşük puanlarının; çiğneme ve tükürük maddelerinde olduğu bulunmuştur (160). Literatür incelemesi çalışmamız bulguları ile paralellik göstermiştir ve görülmüştür ki; hasta grubumuz ameliyat sonrası dönemde en çok konuşma, çiğneme ve yutma alanlarında sorun yaşamışlardır (22, 157). Giderek artan sayıdaki kanıtlar, BBK'lı hastaların beslenme alanında zorluklar yaşadığını göstermektedir. Araştırmalar, BBK'lı hastaların %90'a yakınının tedaviden sonra yeme ve içme konusunda zorluk yaşadığını belirtmektedir. Baş ve boyun kanseri hastalar için başkalarıyla birlikte yemek yemenin hasta açısından önemli bir durum olduğu bildirilmektedir (63).

Efunkoya ve ark. (2015) Nijerya'da ağız kanserli hastaların ameliyat sonrası yaşam kalitelerini (UW-QOL) değerlendirmiştir. Hastaların, ağız kanseri ameliyatından sonra sağlık durumlarını belirleyen en önemli üç faktörün 'görünüş', 'eğlence' ve 'çiğneme' olduğu belirlenmiştir (161). BBK beslenme, yutma, nefes alma, konuşma gibi temel işlevlerde olumsuz değişiklik yaratan, sosyal işlevlerde ve yaşam kalitesinde bozulmaya neden olan, fiziksel ve zihinsel olarak yıpratıcı bir hastalıktır. BBK tedavisi fonksiyon kayıpları, fiziksel bozuklukları, yaşam kalitesinde azalma, depresyona yatkınlık ve yüksek ölüm oranı ile ilişkilendirilmektedir (111). BBK'lı hastaları tedavi yöntemleri, bir vücut parçasının kaybından, şekil bozukluğuna, yara oluşumuna ve ciltte meydana gelen değişikliklere, vücutta önemli farklılıklara neden olmakta, hastalarda beden imajında olumsuz yönde ve yıpratıcı bozulmalara sebebiyet vermektedir (162). Sonuç olarak; BBK hasta popülasyonunun hava yolu yönetimi, beslenme ihtiyaçları, konuşma ve yutma terapisi dahil benzersiz bakım ihtiyaçları bulunmaktadır (163).

BBK'lı hastaların ihtiyaçları doğrultusunda verilen taburculuk eğitimi ile taburculuk sonrası 1.aydaki yaşam kalite ortalaması 48,0 iken, taburculuk sonrası 2.ayda bu ortalama 58,0 olarak yükselmiştir. Bu sonuçta hastalara verilen taburculuk eğitiminin hastaların yaşam kalitesinde olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir.

5.3. Yaşam Kalitesi Anket Formu Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada hasta grubunun ameliyat öncesi yaşam kalitesi ortalaması yüksek (75,199) bulunmuştur. Bunun nedeni hasta grubunun BBK cerrahisi geçirmemiş olmasıdır. Ameliyat sonrası dönemde hastalar, cerrahinin karmaşıklığı sebebiyle uzun süre bakıma gereksinim duymuştur. Hemşireler tarafından hastalara gereksinimlerine yönelik nitelikli ve bütüncül hemşirelik bakımı verilmiştir. İyileşme kaydeden ve taburculuk kararı verilen hastalara anket formu taburculuk sonrası birinci ayda tekrar uygulanmış ve yaşam kaliteleri düşük bulunmuştur (48,039). Elde ettiğimiz bu sonuç hastaların ameliyata bağlı beslenme, solunum, konuşma ve hareket gibi pek çok alanda yaşadıkları fizyolojik kayıplara bağlanmaktadır. Hasta grubunun cerrahiye bağlı olarak açılan trakeostomi ile solunumun ve nazogastrik tüp ile beslenmenin devamı sağlanmıştır. Hastalar ameliyat sonrası süreçte bu değişimlere uyum sağlamakta zorluklar yaşamaktadır. Cerrahi girişimlere bağlı olarak hasta grubumuzun dış görünüşünde (özellikle yüz bölgesi) yaşanan değişikliklerin psikolojik olumsuz etkiler yarattığı düşünülmektedir. Aynı zamanda hasta grubunun ameliyat sonrası yaşadıkları deneyimlerin yaşam kalitesindeki düşüş ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Sonuçta hasta grubunun yaşam kalitesi ameliyat öncesi dönemde yüksek, taburculuk sonrası 1.ayda düşük ve 2.ayda yüksek çıkmıştır. BBK tedavisinden sonra yaşam kalitesindeki bu düşüş, farklı işlevsel alanlarda artan semptom yükü ile ilişkilendirilmiştir.

Bu çalışmaya benzer olarak yapılan literatür incelendiğinde; genellikle müdahale olmadan hastaların genel yaşam kalitesinin irdelendiği çalışmalara rastlanmıştır. Şenkal ve ark. (2012) Washington Üniversitesi türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında 67 hastada ameliyat sonrası genel sağlık durumu/yaşam kalitesi skorları ile tedavi sonrası üçüncü ayda ameliyat sonrası UW-QOL bileşik skorları arasında istatistiksel olarak aynı anlamlı korelasyon gözlenmiştir (p= 0,003). Ayrıca fiziksel işlevsellik, duygusal işlevsellik ve sosyal işlevsellik puanları ile tedavi öncesi ve tedaviden 3 ay sonraki UW-QOL bileşik puanları arasında orta düzeyde korelasyon gözlenmiştir. Bu korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (99). Sandstrom ve ark. (2016) BBK'lı hastalarda UW-QOL yaşam

kalitesine ilişkin tanımlayıcı, boylamsal bir çalışmadaki önemli bulgular, tedavi sonunda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin başlangıca göre önemli ölçüde düşük olduğunu göstermiştir (p <0,001). Tedavi sonunda ve 1 aylık takipte oral semptomlar ve ağrı daha baskındı (153). Rios-Gonzalez ve ark. (2024)'nın yaptıkları 36 dil kanseri hastasında yaşam kalitesinin uzun vadeli, prospektif, karşılaştırmalı bir çalışmasında hastaların yaşam kalitesi ve fonksiyonel durumlarının cerrahi tedavi öncesi ve cerrahi tedaviden sonraki bir, üç, altı ve on iki ayda karşılaştırmışlardır. Ameliyat öncesi ve ameliyattan bir, üç, altı ve on iki ay sonra fiziksel alt grup skorları arasında anlamlı fark vardı (p<0,01). On iki aydaki ortalama fiziksel puan (77,8) ameliyat öncesi puandan (91,8) daha düşüktü, ancak bir (61,9), üç (61,8) ve altı (68,6) aydaki puanlardan daha yüksek olarak bulunmuş (154).

Lahtinen ve ark. (2023)'nın prospektif kesitsel kohort yöntemiyle Finlandiya'daki beş Üniversite Hastanesinde gerçekleştirdikleri BBK nedeniyle serbest flep ameliyatı yapılan hastalarda uzun vadeli yaşam kalitesi açısından 2 yıllık ve 5 yıllık değerlendirmeler yapılmış olup çalışmada 5 yıllık takipte yaşam kalitesinde önemli bir düşüş saptanmıştır (148). Elde edilen bu verilerin hastaların ameliyat öncesi dönemde yaşam kalitesinin solunum ve beslenme gibi hayati yaşam aktivitelerinin devam etmesi sebebiyle yüksek olduğu, ameliyat sonrası cerrahi işleme bağlı olarak bu alanlarda yaşanılan kayıplar nedeniyle de yaşam kalitelerinin düşük olduğu düşünülmektedir.

5.4.Hastaların TEMÖ Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmadan elde edilen verilerde hastaların taburculuk eğitimi memnuniyet düzeyleri yüksek (97,462±7,344) bulunmuştur. Dığın ve ark.'nın (2024) ürolojik cerrahi uygulanan hastaların taburculuk eğitiminden memnuniyetinin incelendiği çalışmada TEMÖ puan ortalamaları 90.0±15.0 olarak bulunmuştur (164). Demir ve ark.(2024)'nın yaptığı plastik cerrahi hastalarında taburculuk eğitiminin değerlendirildiği bir çalışmada hastaların taburculuk eğitimi memnuniyetinin yüksek olduğu bulunmuştur (165). Kayı'ın (2022) ortopedik cerrahi sonrası hastaların taburculuk eğitimi memnuniyetini değerlendirildiği bir araştırmada taburculuk eğitimi memnuniyetinin puan ortalaması ise 74.09±3.83 ilgili eğitimden ''kısmen

memnun'' oldukları saptanmıştır (166). Gürkan ve ark. (2020)'nın hemşirelerin cerrahi hastalarına tedaviye ilişkin bilgi vermelerinin incelendiği çalışmada hastaların memnuniyetinin arttığı saptanmıştır. Çalışmada hemşirelik bakım kalitesiyle hasta memnuniyetinin direkt ilişkili olduğu bulunmuştur (167)**.**

Literatüre paralel olarak bu çalışmada elde edilen verilerde hastaların TEMÖ puanları 97,462 olarak bulunmuştur. Bu ölçek puanın artması taburculuk eğitimi memnuniyetinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ayrıca hastalara verilen bu taburculuk eğitiminin evde bakım konusunda hastalara yol gösterici olduğu ve kolaylık sağladığı düşünülmektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlara yönelik öneriler yer almaktadır.

6.1. SONUÇ

✓ Çalışmanın sonucu olarak; baş-boyun kanseri cerrahisi uygulanan hastalara verilen Roy Uyum Modeline dayalı taburculuk eğitiminin hastanın yaşam kalitesine ve memnuniyetine olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir.

✓ Taburculuk eğitimi sonrası hastaların bu eğitimden yüksek düzeyde memnun olduğu bulunmuştur.

✓ Çalışmamızda, yaşam kalitesine yönelik ameliyat öncesi puan ortalaması, taburculuk birinci ay ve ikinci ay ölçümlerine göre yüksek; taburculuk ikinci ay ölçümü, birinci ay ölçümüne göre daha yüksek bulunmuştur.

✓ Bu kapsamda baş boyun kanserli hastalara verilen *Roy Uyum Modeline* dayalı taburculuk eğitiminin faydalı olacağı düşünülmektedir.

6.2. ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

✓ Baş ve Boyun kanseri nedeniyle ameliyat olan bu hastaların yeni hayatlarına uyum sağlamalarında yardımcı olacak taburculuk eğitimleri, onların yaşam kalitelerinde iyileşmeler sağlayabileceği,

✓ KBB kliniklerinde BBK'lı hastalar için hemşirelerin hastalık yönetimi ve tedaviye bağlı komplikasyon/yan etkilerin önlenmesi konularında belirli bir plan dahilinde hasta grubuna spesifik olarak danışmanlık hizmetinin verilmesi ve eğitim kitapçığının hazırlanıp hastalara taburculuk esnasında dağıtılması önerilmektedir.

✓ Major cerrahi sonrası, BBK'lı hastaların hastanede yatışından eve taburculuğuna ve hatta ev ziyaretlerine kadar öğrenim gereksinimlerine göre ihtiyacı olan tedavi ve bakım bilgilerinin tespit edilerek bireye özgü ve ayrıca RAM'a dayalı sistematik olarak hazırlanmış taburculuk eğitimleri ile sürekli desteklenmesi önerilmektedir.

✓ Bu kapsamda KBB kliniğinde çalışan hemşirelerin aktif rol alması önerilmektedir.

6.2.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

Baş ve boyun kanseri ameliyatları uzman cerrahi ekip tarafından teknolojik tıbbi donanımlarla, oldukça az sayıda yapılan majör cerrahi grubundandır. Ankara bölgesinde majör BBK cerrahisi yapan sınırlı sayıda kurum bulunmaktadır. Çalışmamız bir üniversite hastanesinin KBB kliniğinde tek merkezli olarak yapılmıştır. KBB kliniği arşivinden retrospektif olarak bir yılda yapılan BBK ameliyatlarına ulaşılmıştır. Bir yıllık ameliyat sayısı 21 olup örneklem sayısı bu sayının yüzde %65'ini oluşturmuştur. Düşük hasta sayısı araştırmanın sınırlılıkları arasındadır. Hastalara verilen eğitimin tekrarlı olarak verilememesi ve kitapçığın 1. Ve 2. Ay kontrollerinde kullanımının sorgulanamaması sınırlılıklar arasındadır.

7. KAYNAKLAR

1. Khantwal G, Sharma SK, Rani R, Agarwal S. Effect of postsurgical nurse-led follow-ups on quality of life in head-and-neck cancer patients: A pilot randomized controlled trial. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing. 2021;8(5):573-80.
2. Bruijnen CP, de Groot LG, Vondeling AM, de Bree R, van den Bos F, Witteveen PO, et al. Functional decline after surgery in older patients with head and neck cancer. Oral Oncology. 2021;123:105584.
3. Guo K, Xiao W, Chen X, Zhao Z, Lin Y, Chen G. Epidemiological trends of head and neck cancer: a population-based study. BioMed research international. 2021;2021:1-14.
4. Van Essen GA, Bakas A, Sewnaik A, Mattace-Raso FU, De Jong RJB, Polinder-Bos HA. Health outcome priorities in older patients with head and neck cancer. Journal of Geriatric Oncology. 2022;13(5):698-705.
5. Gasparoni LM, Alves FA, Holzhausen M, Pannuti CM, Serpa MS. Periodontitis as a risk factor for head and neck cancer. Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal. 2021;26(4):e430.
6. Wittekindt C, Wagner S, Sharma SJ, Würdemann N, Knuth J, Reder H, et al. Referateband: HPV–A different view on Head and Neck Cancer. Laryngo-rhino-otologie. 2018;97(Suppl 1):S48.
7. Kayıkçı EE, Savcı C, Çil Akıncı A, Yıldırım D. Radyoterapi/Kemoradyoterapi Uygulanan Baş ve Boyun Kanserli Hastalarda Cinsiyet ve Beden İmajı Doyumunun Cinsel İşlev Üzerine Etkisi. GEVHER NESIBE JOURNAL OF MEDICAL AND HEALTH SCIENCES. 2021;6(15):57-64.
8. Johnson DE, Burtness B, Leemans CR, Lui VWY, Bauman JE, Grandis JR. Head and neck squamous cell carcinoma. Nature reviews Disease primers. 2020;6(1):92.
9. Jayawickrama SM, Ranaweera PM, Pradeep RGGR, Jayasinghe YA, Senevirathna K, Hilmi AJ, et al. Developments and future prospects of personalized medicine in head and neck squamous cell carcinoma diagnoses and treatments. Cancer Reports. 2024;7(3):e2045.
10. Üçebakan NN, Alim NE. Baş ve Boyun Kanserlerinde Risk Faktörleri ve Beslenme. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;1(1):54-66.
11. Li Y, Chen W, Liang Y, Yang L, Hou L. Evaluation of Mobile Health Technology Interventions for the Postdischarge Management of Patients With Head and Neck Cancer: Scoping Review. JMIR mHealth and uHealth. 2023;11:e49051.
12. Hong Y-L, Hsieh T-C, Chen P-R, Chang S-C. Nurse-led counseling intervention of postoperative home-based exercise training improves shoulder pain, shoulder disability, and quality of life in newly diagnosed head and neck cancer patients. Journal of Clinical Medicine. 2022;11(14):4032.

13. Amanian A, Tran KL, Wang E, Chotwani H, Prisman E. Postoperative patient-centered multimedia education in head and neck cancer patients: A pilot study. Laryngoscope Investigative Otolaryngology. 2022;7(6):1857-65.

14. Barsouk A, Aluru JS, Rawla P, Saginala K, Barsouk A. Epidemiology, risk factors, and prevention of head and neck squamous cell carcinoma. Medical Sciences. 2023;11(2):42.

15. Riggauer J, Blaser D, Elicin O, Gahl B, Giger R, Mueller SA. Risk factors for fear of recurrence in head and neck cancer patients. The Laryngoscope. 2023;133(7):1630-7.

16. Creaney G, McMahon AD, Ross AJ, Bhatti LA, Paterson C, Conway DI. Head and neck cancer in the UK: what was the stage before COVID-19? UK cancer registries analysis (2011-2018). British Dental Journal. 2022;233(9):787-93.

17. Yang H, Duan R, Ding Y, Xu J, Tian Y. Views of health care professionals on the implementation of preoperative advance care planning in older patients with head and neck cancer: Q methodology. International Journal of Nursing Sciences. 2024;11(2):162-70.

18. Haddad RI, Harrington K, Tahara M, Szturz P, Le Tourneau C, Salmio S, et al. Managing cisplatin-ineligible patients with resected, high-risk, locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck: Is there a standard of care? Cancer Treatment Reviews. 2023:102585.

19. McMenamin E, Gottschalk AB, Pucci DA, Jacobs LA. Health behaviors among head and neck cancer survivors. Journal of Health, Population and Nutrition. 2023;42(1):48.

20. Hashim D, Genden E, Posner M, Hashibe M, Boffetta P. Head and neck cancer prevention: from primary prevention to impact of clinicians on reducing burden. Annals of Oncology. 2019;30(5):744-56.

21. Gormley M, Creaney G, Schache A, Ingarfield K, Conway DI. Reviewing the epidemiology of head and neck cancer: definitions, trends and risk factors. British Dental Journal. 2022;233(9):780-6.

22. Hiatt J, Young A, Brown T, Banks M, Segon B, Bauer J. A qualitative comparison of the nutrition care experiences of carers supporting patients with head and neck cancer throughout surgery and radiation treatment and survivorship. Supportive Care in Cancer. 2022;30(11):9359-68.

23. Boëthius H, Saarto T, Laurell G, Farnebo L, Mäkitie AA. A Nordic survey of the management of palliative care in patients with head and neck cancer. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. 2021;278:2027-32.

24. Taberna M, Gil Moncayo F, Jané-Salas E, Antonio M, Arribas L, Vilajosana E, et al. The multidisciplinary team (MDT) approach and quality of care. Frontiers in oncology. 2020;10:85.

25. Nayak SG, Pai MS, George LS. Quality of life of patients with head and neck cancer: A mixed method study. Journal of cancer research and therapeutics. 2019;15(3):638-44.

26. Verdonck-de Leeuw I, Dawson C, Licitra L, Eriksen JG, Hosal S, Singer S, et al. European Head and Neck Society recommendations for head and neck cancer survivorship care. Oral Oncology. 2022;133:106047.

27. Saeidzadeh S, Gilbertson-White S, Cherwin CH, Reisinger HS, Kendell N, Pagedar NA, et al. Post-treatment head and neck cancer survivors' approaches to self-management: A qualitative study. European Journal of Oncology Nursing. 2021;52:101944.

28. Greedy J. The role of the clinical nurse specialist in head and neck cancer care. British Dental Journal. 2022;233(9):806-11.

29. Basnayake BTJ, Leo P, Rao S, Vasani S, Kenny L, Haass NK, et al. Head and neck cancer patient-derived tumouroid cultures: Opportunities and challenges. British Journal of Cancer. 2023;128(10):1807-18.

30. Yurtsever D. Radyoterapi Alan Baş Boyun Kanseri Hastalarına Verilen Eğitimin Semptom ve Yaşam Kalitesine Etkisi: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2022.

31. Farsi Z, Azarmi S. Effect of roy's adaptation model-guided education on coping strategies of the veterans with lower extremities amputation: A double-blind randomized controlled clinical trial. International journal of community based nursing and midwifery. 2016;4(2):127.

32. Abdolahi M, Doustmohamadi MM, Sheikhbardsiri H. The effect of an educational plan based on the roy adaptation model for fatigue and activities of daily living of patients with heart failure disease. Ethiopian journal of health sciences. 2020;30(4).

33. Salazar-Barajas ME, Crespo ML, Hernández Cortez PL, Villarreal Reyna MdlÁ, Gallegos Cabriales EC, Gómez Meza MV, et al. Factors contributing to active aging in older adults, from the framework of Roy's adaptation model. Investigación y educación en enfermería. 2018;36(2).

34. Zhang S, Mm JT. Effect of Roy's Adaptation, Model-based, Perioperative Nursing Service on Patients: A Clinical Observational Study. Alternative Therapies in Health and Medicine. 2023;29(1):118-23.

35. Raesi R, Shaye ZA, Saghari S, Sheikh Beig Goharrizi MA, Raei M, Hushmandi K. The impact of education through nurse-led telephone follow-up (telenursing) on the quality of life of COVID-19 patients. Journal of the Egyptian Public Health Association. 2021;96:1-7.

36. Gillespie BM, Thalib L, Harbeck E, Tobiano G, Kang E, Tobiano S, et al. Effectiveness of discharge education for patients undergoing general surgery: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Nursing Studies. 2023;140:104471.

37. Hanna GJ, Patel N, Tedla SG, Baugnon KL, Aiken A, Agrawal N. Personalizing surveillance in head and neck cancer. American Society of Clinical Oncology Educational Book. 2023;43:e389718.

38. Du E, Mazul AL, Farquhar D, Brennan P, Anantharaman D, Abedi-Ardekani B, et al. Long-term survival in head and neck cancer: impact of site, stage, smoking, and human papillomavirus status. The Laryngoscope. 2019;129(11):2506-13.

39. Zeng Q, Ling D, Chen W, Liao Y, An R, He L. Family caregivers' experiences of caring for patients with head and neck cancer: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. Cancer Nursing. 2023;46(1):E41.

40. Tumban E. A current update on human papillomavirus-associated head and neck cancers. Viruses. 2019;11(10):922.

41. Granström B, Isaksson J, Westöö N, Holmlund T, Tano K, Laurell G, et al. Perceptions of life and experiences of health care support among individuals one year after head and neck cancer treatment–An interview study. European Journal of Oncology Nursing. 2023;66:102383.

42. Wang T. Needs of informal caregivers of patients with head and neck cancer: a systematic review. Number 1/January 2021. 2021;48(1):11-29.

43. Parmar K, Mohamed A, Vaish E, Thawani R, Cetnar J, Thein K. Immunotherapy in head and neck squamous cell carcinoma: An updated review. Cancer Treatment and Research Communications. 2022;33:100649.

44. Galati L, Chiocca S, Duca D, Tagliabue M, Simoens C, Gheit T, et al. HPV and head and neck cancers: Towards early diagnosis and prevention. Tumour Virus Research. 2022;14:200245.

45. Kutuk T, Atak E, Villa A, Kalman NS, Kaiser A. Interdisciplinary Collaboration in Head and Neck Cancer Care: Optimizing Oral Health Management for Patients Undergoing Radiation Therapy. Current Oncology. 2024;31(4):2092-108.

46. Ganesan S, Sivagnanaganesan S, Thulasingam M, Karunanithi G, Kalaiarasi R, Ravichandran S, et al. Diagnostic delay for head and neck cancer in South India: a mixed-methods study. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP. 2020;21(6):1673.

47. Magnes T, Wagner S, Kiem D, Weiss L, Rinnerthaler G, Greil R, et al. Prognostic and predictive factors in advanced head and neck squamous cell carcinoma. International journal of molecular sciences. 2021;22(9):4981.

48. Cruz CSR, Baixinho CL, Bernardes RA, Ferreira ÓR. Nursing Interventions for Head and Neck Cancer Patients That Promote Embracement in the Operating Room/Surgery Unit: A Near-Empty Scoping Review. Nursing Reports. 2022;12(4):912-21.

49. Alolayan WR, Rieger JM, Yoon MN. Head and neck cancer treatment outcome priorities: A multi-perspective concept mapping study. Plos one. 2023;18(11):e0294712.

50. Čanković M, Tešić M, Jevtić M, Stevanović D, Jovanović MB, Kostić D, et al. Predictors of health-related quality of life in Serbian patients with head and neck cancer. Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal. 2022;27(4):e340.

51. Luta X, Colomer-Lahiguera S, Martins Cardoso RJ, Hof F, Savoie M, Schuler C, et al. Nurse-Led Consultation and Symptom Burden in Patients with Head and Neck Cancer: A Comparative Analysis of Routine Clinical Data. Cancers. 2022;14(5):1227.

52. Bashir A, Kumar D, Dewan D, Sharma R. Quality of life of head and neck cancer patients before and after cancer-directed treatment–A longitudinal study. Journal of Cancer Research and Therapeutics. 2020;16(3):500-7.

53. El din Moawad MH, Shalaby MM, Sadeq MA, Al-Jafari M, A'amar JW, Alsayed O, et al. Insights into Head and Neck Cancer Research in Egypt: A Scoping Review. Cancer Treatment and Research Communications. 2023:100782.

54. Rahman S, Kraljević Pavelić S, Markova-Car E. Circadian (De) regulation in head and neck squamous cell carcinoma. International journal of molecular sciences. 2019;20(11):2662.

55. Onay Karakaş F, Alpaslan C. Baş-boyun bölgesine radyoterapi uygulanan hastaların yutma güçlüğü, ağız kuruluğu ve beslenme durumunda oluşan değişiklikler açısından değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;13(2):227-34.

56. Cho HM, Lee D-W, Park JJ, Choi HM, Cho N-P. Risk factors of head and neck cancer mortality compared with those of all-cause and all-cancer mortalities. Journal of Oral Science. 2020;62(4):365-70.

57. Vasicek SM, Pondorfer P, Holzmeister C, Graupp M, Weiland T, Wolf A, et al. Head and neck cancer in Styria: An epidemiologic and clinical audit. Wiener klinische Wochenschrift. 2020;132:444-51.

58. Khadela A, Shah Y, Mistry P, Bodiwala K, Cb A. Immunomodulatory therapy in head and neck squamous cell carcinoma: recent advances and clinical prospects. Technology in Cancer Research & Treatment. 2023;22:15330338221150559.

59. Karakaş FO, Alpaslan C. Baş-boyun bölgesine radyoterapi uygulanan hastaların yutma güçlüğü, ağız kuruluğu ve beslenme durumunda oluşan değişiklikler açısından değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;13(2):227-34.

60. Cannon ST, Gabbard J, Walsh RC, Statler TM, Browne JD, Marterre B. Concordant palliative care delivery in advanced head and neck cancer. American journal of otolaryngology. 2023;44(1):103675.

61. Abraham ZS, Mchele K, Kahinga AA. Awareness of head and neck cancer among patients attended at a regional referral hospital in Tanzania. BMC Public Health. 2023;23(1):1544.

62. Kırca K, Kutlutürkan S. Baş-Boyun Kanserlerinde Radyoterapiye Bağlı Gelişen Erken ve Geç Dönemdeki Semptomların Kontrolü. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018(2):110-7.

63. Dornan M, Semple C, Moorhead A, McCaughan E. A qualitative systematic review of the social eating and drinking experiences of patients following treatment for head and neck cancer. Supportive Care in Cancer. 2021;29:4899-909.

64. Kamal M, Barrow MP, Lewin JS, Estrella A, Gunn GB, Shi Q, et al. Modeling symptom drivers of oral intake in long-term head and neck cancer survivors. Supportive care in cancer. 2019;27:1405-15.

65. Van Beek FE, Jansen F, Baatenburg de Jong RJ, Langendijk JA, Leemans CR, Smit JH, et al. Psychological Problems among Head and Neck Cancer Patients in Relation to Utilization of Healthcare and Informal Care and Costs in the First Two Years after Diagnosis. Current Oncology. 2022;29(5):3200-14.

66. Zhang Z, Leong Bin Abdullah MFI, Shari NI, Lu P. Acceptance and commitment therapy versus mindfulness-based stress reduction for newly diagnosed head and neck cancer patients: a randomized controlled trial assessing efficacy for positive psychology, depression, anxiety, and quality of life. Plos one. 2022;17(5):e0267887.

67. Van de Weerd C, Ebbers T, Smilde DE, Van Tol-Geerdink JJ, Takes RP, Van den Broek GB, et al. Evaluation of a remote monitoring app in head and neck cancer follow-up care. Cancer Medicine. 2023;12(14):15552-66.

68. Cohen EE, Bell RB, Bifulco CB, Burtness B, Gillison ML, Harrington KJ, et al. The Society for Immunotherapy of Cancer consensus statement on immunotherapy for the treatment of squamous cell carcinoma of the head and neck (HNSCC). Journal for immunotherapy of cancer. 2019;7:1-31.

69. T.CSağlıkBakanlığı. Kanser İstatistikleri 2018 [cited 2024 27/05/2024]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Istatistikler/Kanser_Rapor_2018.pdf.

70. Wei X, Jing M, Zhang X, Li C, Li L. Nurses' practice and educational needs in oral care for postoperative patients with oral cancer in ICUs: a multicenter cross-sectional study. BMC Oral Health. 2022;22(1):389.

71. Margalit DN, Salz T, Venchiarutti R, Milley K, McNamara M, Chima S, et al. Interventions for head and neck cancer survivors: Systematic review. Head & Neck. 2022;44(11):2579-99.

72. Owens D, Paleri V, Jones AV. Head and neck cancer explained: an overview of management pathways. British Dental Journal. 2022;233(9):721-5.

73. Mathew A, Tirkey AJ, Li H, Steffen A, Lockwood MB, Patil CL, et al., editors. Symptom clusters in head and neck cancer: a systematic review and conceptual model. Seminars in oncology nursing; 2021: Elsevier.

74. Lorini L, Perri F, Vecchio S, Belgioia L, Vinches M, Brana I, et al. Confounding factors in the assessment of oral mucositis in head and neck cancer. Supportive Care in Cancer. 2022;30(10):8455-63.

75. Hopkins-Rossabi T, Armeson KE, Zecker SG, Martin-Harris B. Respiratory-swallow coordination and swallowing impairment in head and neck cancer. Head & neck. 2021;43(5):1398-408.

76. Pimvichai S, Matchim Y, Sinthusake T, Wongkalasin K. Quality of life and its correlates in pretreatment patients with locally advanced head and neck cancer: A cross-sectional study in Thailand. Belitung Nursing Journal. 2023;9(3):244.

77. Kum R. Baş ve Boyun Kanseri Hastalarında Boyun Enduransının Yutma Ve Solunum Koordinasyonuna Etkisinin İncelenmesi. 2022.

78. Lin TH, Wang YM, Huang CY. Effects of a mobile oral care app on oral mucositis, pain, nutritional status, and quality of life in patients with head and neck cancer: A quasi-experimental study. International journal of nursing practice. 2022;28(4):e13042.

79. Dong B, Yu D, Jiang L, Liu M, Li J. Incidence and risk factors for postoperative delirium after head and neck cancer surgery: an updated meta-analysis. BMC neurology. 2023;23(1):371.

80. Fermi M, Bassano E, Molinari G, Alicandri-Ciufelli M, Scarpa A, Presutti L, et al. Prelaminated flaps in head and neck cancer reconstructive surgery: a systematic review. Microsurgery. 2021;41(6):584-93.

81. Çukurova İ, Vermişli S, Özbayır T. Larenks kanseri nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastaların ameliyat sonrası yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. The Turkish Journal of Ear Nose and Throat. 2017;27(2):91-8.

82. Roselló À, Albuquerque R, Roselló-Llabrés X, Marí-Roig A, Estrugo-Devesa A, López-López J. Transoral robotic surgery vs open surgery in head and neck cancer. A systematic review of the literature. Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal. 2020;25(5):e599.

83. Steinbichler TB, Golm L, Dejaco D, Riedl D, Kofler B, Url C, et al. Surgical rescue for persistent head and neck cancer after first-line treatment. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. 2020;277:1437-48.

84. Yılmaz Z. Baş ve Boyun Kanserli Hastalarda Radyoterapi İlişkili Oral Mukozit Yönetiminde Üç Farklı Gargaranın Etkinliğinin Karşılaştırılması: Randomize Kontrollü Çalışma. 2022.

85. Head and Neck Cancer: Types of Treatment 2022 [cited 2024 21.05.2024]. Available from: [https://www.cancer.net/cancer-types/head-and-neck-cancer/types-treatment].

86. Brennan M, Wong S, Faringer PD, Lim JH. Head and neck tumor resection and free flap reconstruction in low-volume center. Ear, Nose & Throat Journal. 2021;100(9):647-50.

87. Wang Y, Zheng Y, Wen Z, Zhou Y, Wang Y, Huang Z. Effects of frailty on patients undergoing head and neck cancer surgery with flap reconstruction: a retrospective analysis. BMJ open. 2022;12(12):e062047.

88. Badr H, Sobrero M, Chen J, Kotz T, Genden E, Sikora AG, et al. Associations between pre-, post-, and peri-operative variables and health resource use following surgery for head and neck cancer. Oral oncology. 2019;90:102-8.

89. Saraswathula A, Gourin CG, Vosler PS. Guide to enhanced recovery for cancer patients undergoing surgery: head and neck cancer. Annals of surgical oncology. 2021;28(12):6932-5.

90. Sadakane-Sakuramoto A, Hasegawa Y, Sugahara K, Horii N, Saito S, Nakao Y, et al. Change in nutritional status and dysphagia after resection of head and neck cancer. Nutrients. 2021;13(7):2438.

91. Licu M, Ionescu CG, Paun S. Quality of Life in Cancer Patients: The Modern Psycho-Oncologic Approach for Romania—A Review. Current Oncology. 2023;30(7):6964-75.

92. Sujith A, Sharma N, Guruprasad R, Gupta M. Evaluation of quality of life in posttreatment upper aerodigestive tract cancer patients. Journal of Cancer Research and Therapeutics. 2023;19(Suppl 1):S234-S40.

93. Ganesan S, Thulasingam M, Gunaseela K, Kalaiarasi R, Penumadu P, Ravichandran S, et al. Validity and reliability of Tamil translated University of Washington quality of life questionnaire for head and neck cancers. Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP. 2019;20(12):3649.

94. Lee Y-H, Lai Y-H, Yueh B, Chu P-Y, Chen Y-J, Chen S-C, et al. Validation of the University of Washington Quality of Life Chinese Version (UWQOL-C) for head and neck cancer patients in Taiwan. Journal of the Formosan Medical Association. 2017;116(4):249-56.

95. Rogers SN, Allmark C, Bekiroglu F, Edwards RT, Fabbroni G, Flavel R, et al. Improving quality of life through the routine use of the patient concerns inventory for head and neck cancer patients: main results of a cluster preference randomised controlled trial. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. 2021;278:3435-49.

96. Sakthivel P, Irugu D, Singh C, Verma H, Yogal R, Jat B, et al. Quality of life outcome measures using University of Washington questionnaire version 4 in early T1/T2 anterior tongue cancers with and without radiotherapy: A cross-sectional study. Indian Journal of Cancer. 2017;54(2):447-52.

97. Viganò A, De Felice F, Iacovelli NA, Alterio D, Ingargiola R, Casbarra A, et al. Quality of life changes over time and predictors in a large head and neck patients' cohort: secondary analysis from an Italian multi-center longitudinal, prospective, observational study—a study of the Italian Association of Radiotherapy and Clinical Oncology (AIRO) head and neck working group. Supportive Care in Cancer. 2023;31(4):220.

98. Covrig VI, Lazăr DE, Costan VV, Postolică R, Ioan BG. The psychosocial role of body image in the quality of life of head and neck cancer patients. what does the future hold?—A review of the literature. Medicina. 2021;57(10):1078.

99. Şenkal HA, Hayran M, Karakaya E, Yueh B, Weymuller Jr EA, Hoşal AŞ. The validity and reliability of the Turkish version of the University of Washington Quality of Life Questionnaire for patients with head and neck cancer. American journal of otolaryngology. 2012;33(4):417-26.

100. Öztürk E. Radyoterapi alan baş ve boyun kanserli hastalarda yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.

101. Kagan SH, Morgan B, Smink T, DeMille D, Huntzinger C, Pauly M, et al. The oncology nurse navigator as "gate opener" to interdisciplinary supportive and palliative care for people with head and neck cancer. Journal of oncology navigation & survivorship. 2020;11(8):259.

102. Zebralla V, Wichmann G, Pirlich M, Hammermüller C, Berger T, Zimmermann K, et al. Dysphagia, voice problems, and pain in head and neck cancer patients. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. 2021:1-10.

103. Hortense FTP, Bergerot CD, Domenico EBLD. Quality of life, anxiety and depression in head and neck cancer patients: a randomized clinical trial. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2020;54:e03546.

104. Kısacık ÖG, Ciğerci Y. Nursing Approach Based on the Roy Adaptation Model in a Patient Undergoing Hemiglossectomy Surgery for Tongue Cancer. Journal of Education & Research in Nursing/Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2019;16(3).

105. Mayland CR, Ho QM, Doughty HC, Rogers SN, Peddinti P, Chada P, et al. The palliative care needs and experiences of people with advanced head and neck cancer: a scoping review. Palliative medicine. 2021;35(1):27-44.

106. Gürlek Kısacık Ö, Ciğerci Y. Nursing approach based on the Roy adaptation model in a patient undergoing hemiglossectomy surgery for tongue cancer. 2019.

107. Dempsey L, Orr S, Lane S, Scott A. The clinical nurse specialist's role in head and neck cancer care: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. The Journal of Laryngology & Otology. 2016;130(S2):S212-S5.

108. Zhou L, Zhang F, Li H, Wang L. Post-discharge health education for patients with enterostomy: A nationwide interventional study. Journal of Global Health. 2023;13.

109. Kasap EU, Koç AK, Yiğider AP, Kayhan FT. Transoral robotik cerrahi uygulanan baş boyun kanserli hastaların ameliyat sonrası hemşirelik bakımı açısından değerlendirilmesi. Kulak Burun Boğaz Uygulamaları. 2017;5(1):13-7.

110. Meşe S, Köşgeroglu N. Cerrahi Hastalara Özgü Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeği'nin Geliştirilmesi. Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences. 2021;13(4).

111. Nayak SG, Sharan K, Chakrabarty J, Devi ES, Ravishankar N, George A. Psychosocial distress of Head Neck Cancer (HNC) patients receiving radiotherapy: a systematic review. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP. 2022;23(6):1827.

112. Şahin G, Başak T, Sezgünsay E. Sigmoid Kolon Kanseri Tanısı ile İleostomi Açılan Hastanın Roy Adaptasyon Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi. 2021;3(1):45-52.

113. Çakır C, Yıldız H. HEMŞİRELİKTE BAKIM MODELİ GELİŞTİRME BASAMAKLARI. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023;32(2):306-15.

114. Erdoğan N, Öz F. Behçet Hastalığında Bakım: Roy Adaptasyon Modeli. Hemşirelik Bilimi Dergisi. 2024;7(1):71-82.

115. Yildiz E. Roy Adaptasyon Modeline göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitiminin bariatrik cerrahi uygulanan hastaların uyum süreçlerine etkisinin incelenmesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.

116. Ekici H. Roy Adaptasyon Modeli'ne Göre Verilen Eğitimin Stomali Bireylerin Uyumuna Ve Yaşam Kalitesine Etkisi: Marmara Universitesi (Turkey); 2022.

117. Karaer H, Günay A, Üstündağ Ç, Eler ÇÖ, Ökdem Ş. Uterin Leiomyosarkom Tanısı İle İleostomi Açılan Hastanın Roy Adaptasyon Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2024;8(1):95-115.

118. Yeşilyurt KÖ. The Effect of Roy Adaptation Model on the Adaptation Status of Patients after Surgical Intervention. Journal of Education & Research in Nursing/Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2023;20(3).

119. Shariatpanahi S, Farahani MA, Rafii F, Rassouli M, Kavousi A. Designing and Testing a Treatment Adherence Model Based on the Roy Adaptation Model in Patients With Heart Failure:Protocol for a Mixed Methods Study. JMIR Research Protocols. 2019;8.

120. Güngör C, Koç A. Akromegalik Hastanın Roy Adaptasyon Modeline Göre Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Research & Development in Nursing/Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2022;24.

121. Zheng L, Jin Q. Roy adaptation model-based nursing diagnosis and implementation reduces the sense of shame and enhances nursing outcomes in female patients with breast cancer. American Journal of Translational Research. 2022;14(8):5520.

122. Kaya Ç, Bilik Ö. Amputasyon Ameliyatı Uygulanan Bir Hastanın Roy Uyum Modeli'ne Göre Yapılandırılmış Hemşirelik Bakımı. Journal of Education & Research in Nursing/Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2020;17.

123. Karacan Y, Yıldız H, Rıdvan A. Miyelom Zimba Gibi Gelir: Roy Adaptasyon Modeli Bir Olgu Sunumu. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2023;49(2):263-71.

124. Akyol E, Ibrahimoğlu Ö. Kalp Nakli Olan Hastanın Roy Adaptasyon Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakımı. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2020;11(26):140-8.

125. Öztürk K. Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitimin Hipertansiyonlu Bireylerde Uyku Ve Yaşam Kalitesine Etkisi 2022.

126. Demir E, Türkoğlu M. Erken Yaşta Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Bir Hastanın Hemşirelik Bakımında Roy Adaptasyon Modelinin Kullanımı. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2022;13(31):120-4.

127. Goudarzi F, Khadivzadeh T, Ebadi A, Babazadeh R. Women's interdependence after hysterectomy: a qualitative study based on Roy adaptation model. BMC Women's Health. 2022;22(1):40.

128. Sarı C, Demirbağ BC. Temiz Aralıklı Kateterizasyon Uygulamasında Roy Adaptasyon Teorisi'ne Temellendirilmiş NANDA Tanıları ile NIC Girişimlerini İçeren Hemşirelik Bakımı: Bir Olgu Sunumu. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi. 2022;4(3):293-308.

129. Özdemir Ö. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bir Hastanın Roy Adaptasyon Modeline Dayalı Hemşirelik Yaklaşımı: Olgu Sunumu/Nursing Approach Based on the Roy Adaptation Model of a Patient Undergoing Hemodialysis: Case Report. Nefroloji Hemşireliği Dergisi. 2022;17(2):75-82.

130. Onaran D. Evde Bakılan Bireylerin Roy Adaptasyon Modeline Temellenen Hemşirelik Bakımının Bakıcıların Bakım Yüküne Etkisi: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi 2022.

131. Kavradım ST. Miyokard infarktüsü geçiren hastalara uygulanan roy uyum modeline temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin yaşam kalitesi, öz-yeterlilik ve uyum düzeylerine etkisi. 2018.

132. M M, M J. Roy's adaptation model of nursing. International Journal of Scientific Development and Research. 2019;4(1):283–7. .

133. Nobahar M, Saffari M, Babamohamadi H, Sotodehasl N, Mirmohammadkhani M. The effect of a care plan based on the Roy adaptation model on general health in hemodialysis patients; a randomized controlled clinical trial. Journal of Renal Injury Prevention. 2020;9(2):e11-e.

134. Rezazadeh M, Hosseini SA, Musarezaie A. Effects of Roy's Adaptation Model on Quality of Life in People with Opioid Abuse under Methadone Maintenance Treatment: A Randomized Trial. Ethiop J Health Sci. 2023;33(2):355-62.

135. Menekli T, Doğan R. KEMOTERAPİ ALAN KANSER HASTALARININ TABURCULUK ÖNCESİ ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİNİNİN BELİRLENMESİ: TANIMLAYICI/KESİTSEL BİR ÇALIŞMA. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi. 2022;10(1):213-24.

136. Kassir ZM, Li J, Harrison C, Johnson JT, Nilsen ML. Disparity of perception of quality of life between head and neck cancer patients and caregivers. BMC cancer. 2021;21:1-9.

137. Saygılı Ü, Can G. Baş-Boyun Radyoterapisi Alan Hastalarda Navigasyon Programının Yorgunluk ve Uykusuzluğa Etkisi. Genel Tıp Dergisi.31(4):423-9.

138. Canbolat Seyman Ç. Trakeostomi Açılan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin ve Trakeostomi İçin Kullanılan Koruyucu Örtünün Yaşam Kalitesine ve Taburculuk Sonrası Yaşanan Sorunlara Etkisi. 2017: Hacettepe Üniversitesi; 2017.

139. Doğanay M, Akçay K, Çil T. Kepan Enteral Beslenme (EB) Rehberi. 2023:1-29.

140. Aliş B. Hemşireler Için Enteral Beslenme Uygulamaları Öz-Yeterlik Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması: Marmara Universitesi (Turkey); 2022.

141. Lanzetti J, Finotti F, Savarino M, Gassino G, Dell'Acqua A, Erovigni FM. Management of oral Hygiene in Head-Neck Cancer patients undergoing oncological surgery and Radiotherapy: a systematic review. Dentistry Journal. 2023;11(3):83.

142. Adamowicz JL, Christensen A, Howren MB, Seaman AT, Kendell ND, Wardyn S, et al. Health-related quality of life in head and neck cancer survivors: Evaluating the rural disadvantage. The Journal of rural health. 2022;38(1):54-62.

143. Douglas C, Hewitt L, Yabe TE, Mitchell J, Ashford B. Quality of Life Impacts Following Surgery for Advanced Head and Neck Cancer. World Journal of Oncology. 2023;14(2):150.

144. Narayanan SP, Mohanty S, Mohanti BK, Rath H, Atreya S, Rout A, et al. Comparative effectiveness of verbal instruction versus video-based education (VIVid) among family caregivers for improving the quality of life in advanced head and neck cancer patients receiving palliative care in Eastern India: A randomized controlled trial. Quality of Life Research. 2023;32(12):3495-506.

145. Hung C-Y, Hsu M-H, Lee SH, Hsueh S-W, Lu C-H, Yeh K-Y, et al. Impact of pretreatment quality of life on tolerance and survival outcome in head and neck cancer patients undergoing definitive CCRT. Journal of the Formosan Medical Association. 2024.

146. Cruz MS, Reis TG, Nunes JS, Oliveira AC, Teixeira ÁB, Costa KS, et al. Comparative analysis of the quality of life in the pretreatment of head and neck cancer patients according to tumor site. International Archives of Otorhinolaryngology. 2023;27:111-6.

147. Kanatas A, Lowe D, Rogers SN. Health-related quality of life at 3 months following head and neck cancer treatment is a key predictor of longer-term outcome and of benefit from using the patient concerns inventory. Cancer Medicine. 2022;11(8):1879-90.

148. Lahtinen S, Molnár K, Hietanen S, Koivunen P, Ohtonen P, Alakärppä A, et al. Quality of life in head and neck cancer patients at 5 years after free flap reconstruction: a significant decline during the follow-up. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. 2022;279(8):4069-75.

149. Bilir C, Varım C. The Evaluation of Clinical Characteristics and Treatment Results of Head and Neck Cancer Patients: Single Center Experience. Sakarya Tıp Dergisi. 2021;11(1):129-36.

150. Liao L-J, Hsu W-L, Lo W-C, Cheng P-W, Shueng P-W, Hsieh C-H. Health-related quality of life and utility in head and neck cancer survivors. BMC cancer. 2019;19:1-10.

151. Vries De J, Bras L, Sidorenkov G, Festen S, Steenbakkers RJ, Langendijk JA, et al. Frailty is associated with decline in health-related quality of life of patients treated for head and neck cancer. Oral Oncology. 2020;111:105020.

152. Wang T-F, Huang R-C, Yang S-C, Chou C, Chen L-C. Evaluating the effects of a mobile health app on reducing patient care needs and improving quality of life after oral cancer surgery: quasiexperimental study. JMIR mHealth and uHealth. 2020;8(7):e18132.

153. Sandstrom SK, Mazanec SR, Gittleman H, Barnholtz-Sloan JS, Tamburro N, Daly BJ. A descriptive, longitudinal study of quality of life and perceived health needs in patients with head and neck cancer. Journal of the advanced practitioner in oncology. 2016;7(6):640.

154. Rios-Gonzalez S, Heredero-Jung S, Ruiz-Masera JJ, Martínez-Sahuquillo-Marquez A. Quality of life and functional outcomes in tongue cancer patients: a long-term, prospective, comparative study. Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal. 2024;29(2):e232.

155. Bravi F, Lee YCA, Hashibe M, Boffetta P, Conway DI, Ferraroni M, et al. Lessons learned from the INHANCE consortium: An overview of recent results on head and neck cancer. Oral Diseases. 2021;27(1):73-93.

156. Andrade FPd, Biazevic MGH, Toporcov TN, Togni J, Carvalho MBd, Antunes JLF. Discriminant validity of the University of Washington quality of life questionnaire in the Brazilian context. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2012;15:781-9.

157. Spurlock AY, Johnson TW, Pritchett A, Pierce L, Hussey J, Johnson K, et al. Blenderized food tube feeding in patients with head and neck cancer. Nutrition in Clinical Practice. 2022;37(3):615-24.

158. Aplak B, Malkoç M, Gelecek N, Şen M. Quality of life of Turkish patients with head and neck cancer. Turkish Journal of Cancer. 2007;37(4).

159. Kazi R, Johnson C, Prasad V, De Cordova J, Venkitaraman R, Nutting C, et al. Quality of life outcome measures following partial glossectomy: Assessment using the UW-QOL scale. Journal of cancer research and therapeutics. 2008;4(3):116-20.

160. Gomes EPA, Aranha AMF, Borges AH, Volpato LER. Head and neck cancer patients' quality of life: Analysis of three instruments. Journal of Dentistry. 2020;21(1):31.

161. Efunkoya AA, Adebola RA, Omeje KU, Amole IO, Akhiwu BI, Osunde DO. Quality of life following surgical treatment of oral cancers. Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. 2015;41(1):19.

162. Nikita, Rani R, Kumar R. Body image distress among cancer patients: needs for psychosocial intervention development. Supportive Care in Cancer. 2022;30(7):6035-43.

163. Tucker J, Hollenbeak CS, Goyal N. Discharge destination and readmissions among patients with head and neck cancer. Laryngoscope investigative otolaryngology. 2022;7(5):1407-29.

164. Dığın F, Özkan ZK, Altınaz M. Ürolojik Cerrahi Uygulanan Hastaların Taburculuk Eğitimi Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörler. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2024;8(1):55-68.

165. Demir TY, Karahan E. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Hastalarında Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Temelli Taburculuk Eğitiminin Telekonferans Yöntemi İle Değerlendirilmesi. Van Sağlık Bilimleri Dergisi. 2024;17(1):25-33.

166. Kayış CN. Ortopedik Cerrahi Sonrası HastalarınTaburculuk Öğrenim Gereksinimleri,Gereksinim Karşılanma Durumları Ve Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ 2022.

167. Gürkan A, Dikmen Aydın Y, Aldemir Atmaca K. Cerrahi hastaların hemşirelik bakım kalitesi algıları ve bakımdan memnuniyetleri. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi. 2020;12(3).

8. EKLER

EK-1: HASTA TANIMLAYICI ÖZELLİKLER FORMU

Sosyo-demografik ve Klinik Özellikler	
İletişim Bilgileri	
Cep Telefonu:	
Hastaya yakını cep telefonu:	
Hastaneye Yatış Tarihi:	Ameliyat Tarihi:
1. Yaş…….	
2. Cinsiyet: K / E	
3. Medeni Durum: Evli Bekâr	
4. Eğitim Durumu: İlkokul Ortaokul Lise Lisans Yüksek lisans ve üzeri	
5.Meslek: Memur Emekli Serbest Meslek Özel Sektör Çalışmıyor Ev Hanımı	
6.Gelir Durumunuz: Geliri giderinden düşük Geliri giderine eşit Geliri giderinden fazla	
7. Yaşadığı Yer: İl İlçe Kasaba Köy	
II.BÖLÜM: Tıbbi Bilgiler	
1.Tıbbi Tanı:	
2.Mevcut Hastalık Varlığı: Evet Hayır Yanıtınız 'Evet' ise; Diyabet (……yıl) HT(……..yıl) KOAH(……yıl) KKY KBY Diğer…	
3.Daha Önce Ameliyat Olma Durumu: Evet Hayır Yanıtınız 'Evet' nedenini açıklayınız:	
4.Daha Önce Hastanede Yatma Öyküsü: Evet Hayır Yanıtınız 'Evet' nedenini açıklayınız	
5.Hastalığınıza Yönelik KT/RT Alma Durumu: Evet Hayır	
6.Ameliyatta kalma süreniz(saat):	7.Yoğun Bakımda Kalma Süreniz(saat/gün):
8.Yapılan Ameliyat ve Flep Tipi:	
9.Hastanede yatma süresi: gün	
10.Alışkanlıklarınız: Evet Hayır Yanıtınız 'Evet' ise	
Sigara: paket/gün Alkol: paket/gün	
11.Evde size bakım verecek biri var mı? : Evet Hayır Yanıtınız 'Evet' ise yakınlık derecesi:	
12.Taburculuk eğitimi alma durumu: Evet Hayır	
13. Taburculuk eğitimi veren kişi: Doktor Hemşire	
14. Verilen taburculuk eğitimini yeterli bulma durumu: Evet Kısmen Hayır	
15.Verilen taburculuk eğitiminden memnun olma durumunuzu işaretleyiniz:	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EK-2.WASHİNGTON ÜNİVERSİTESİ YAŞAM KALİTESİ ANKET FORMU

Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Anket Formu

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

1. Ağrı. (Bir kutuyu işaretleyiniz: ☐)

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

EK-2. WASHİNGTON ÜNİVERSİTESİ YAŞAM KALİTESİ ANKET FORMU (DEVAMI)

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 anlaşılabiliyorum.
- ☐ 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. Tükrük. (Bir kutuyu işaretleyiniz: ☑)

- ☐ Tükrüğüm normal kıvamında.
- ☐ Normalden daha az tükrüğüm var, ama yeterli.
- ☐ Çok az tükrüğüm var.
- ☐ Tükrüğüm 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.

EK-2. WASHİNGTON ÜNİVERSİTESİ YAŞAM KALİTESİ ANKET FORMU (DEVAMI)

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

EK-3. CERRAHİ HASTALARA ÖZGÜ TABURCULUK EĞİTİMİ MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ (TEMÖ)

Taburculuk eğitimini kim aldı? ☐Hasta ☐Hasta Yakını

	Tamamen memnunum	Memnunum	Kısmen memnunum	Memnunum değilim	Hiç memnun değilim
1. Taburcu olurken taburculuk işlem sırasının açıklanmasından	5	4	3	2	1
2. Servisten ayrılırken bana ve yakınlarıma hazırlanma sürecinde yardım edilmesinden	5	4	3	2	1
3. Bana ve yakınlarıma yapılan ameliyat hakkında bilgi verilmesinden	5	4	3	2	1
4. Bana ve yakınlarıma soru sormak için fırsat verilmesinden	5	4	3	2	1
5. Bana ve yakınlarıma karşı saygılı davranılmasından	5	4	3	2	1
6. İş görmezlik raporu hakkında bilgilendirilmekten	5	4	3	2	1
7. Banyo yaparken su geçirmez flaster, poşet gibi yara yerini koruyan materyallerin kullanılacağı hakkında bilgilendirilmekten	5	4	3	2	1
8. El temizliğinin ameliyat bölgesi açısından önemi hakkında bilgilendirilmekten	5	4	3	2	1
9. Ağız bakımı hakkında bilgilendirilmekten	5	4	3	2	1
10. Reçetede yazan her bir ilacın kullanımına ilişkin anlaşılır açıklama yapılmasından	5	4	3	2	1
11. Reçetede yazan her bir ilacın kullanımına bağlı bulantı, kusma, ishal gibi yan etkilerin olabileceği konusunda bilgilendirilmekten	5	4	3	2	1
12. İlaçları kullanırken oluşan yan etkilerde ilacın kesilmesi gerektiği hakkında bilgilendirilmekten	5	4	3	2	1
13. İlaçları kullanırken oluşan yan etkilerde hekime başvurulmasıyla ilgili bilgilendirilmekten	5	4	3	2	1
14. Ameliyat bölgesinde kızarıklık, akıntı, vücutta yüksek ateş gibi olası enfeksiyon belirti ve bulgularının tanıtılmasından	5	4	3	2	1
15. Ameliyat bölgesinde gelişen enfeksiyon belirtilerinin görülmesi halinde ameliyatı gerçekleştiren hekime başvurulması hakkında bilgilendirilmekten	5	4	3	2	1
16. Ameliyat bölgesinde gelişen enfeksiyon belirtilerinin görülmesi halinde hekime ulaşılamıyorsa acilen bir sağlık	5	4	3	2	1

	Tamamen memnunum	Memnunum	Kısmen memnunum	Memnunum değilim	Hiç memnun değilim
kuruluşuna başvurulması gerektiği hakkında bilgilendirilmekten					
17. Kontrol için öncelikle ameliyatı gerçekleştiren hekime başvurulacağıyla ilgili bilgilendirilmekten	5	4	3	2	1
18. Ameliyat bölgesinin pansuman sıklığı hakkında bilgilendirilmekten	5	4	3	2	1
19. Ameliyatın yapıldığı hastane ve diğer sağlık kuruluşlarında ameliyat bölgesine pansuman yaptırabileceğiyle ilgili bilgilendirilmekten	5	4	3	2	1
20. Ameliyat bölgesindeki dikişlerin alınacağı tarih hakkında bilgilendirilmekten	5	4	3	2	1
21. Ameliyatın yapıldığı hastane ve diğer sağlık kuruluşlarında ameliyat bölgesinin dikişlerinin alınabileceğiyle ilgili bilgilendirilmekten	5	4	3	2	1

EK-4. ÖLÇEK İZİNLERİ

Alper Şenkal 12 Haz Çar 12:04 (10 gün önce)

Alıcı: ben ▾

Sn. Esin Orakçı;

Baş-Boyun Kanserli Hastalar İçin yaşam Kalitesi Türkçe Anket Formunu önceden tarafımızdan yayınlanmış olan "Am J Otolaryngol. 2012 Jul-Aug;33(4):417-26. doi: 10.1016/j.amjoto.2011.10.014. Epub 2011 Dec 1 .The validity and reliability of the Turkish version of the University of Washington Quality of Life Questionnaire for patients with head and neck cancer. Hilmi Alper Senkal, Mutlu Hayran, Ebru Karakaya, Bevan Yueh, Ernest A Weymuller Jr, A Şefik Hoşal" makalemize atıfta bulunarak çalışmanızda kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar

Op.Dr. H. Alper Şenkal
Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları, Baş ve Boyun Cerrahisi Uzmanı / İşyeri Hekimi
Kent KBB Kulak Burun Boğaz Dal Merkezi

Op.Dr. H. Alper Şenkal

•••

EK-4. (DEVAM) ÖLÇEK İZİNLERİ

Sevinç Meşe ‹

17 Oca 2023 10:51

Alıcı: ben ▾

Merhaba Esin

Diğer maili aktif kullanmıyorum, buradan cevap yazayım

Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve makalesini ekte gönderiyorum. Ölçekten en düşük 21 puan en yüksek 105 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça hasta memnuniyeti artmaktadır.

Çalışmanızda başarılar dilerim

2 ek • Gmail tarafından tarandı ⓘ



Ölçek.docx



Makale.pdf

EK-5. ETİK KURUL İZNİ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU

ETİK KURUL İLETİŞİM BİLGİLERİ	**ETİK KURULUNUN ADI**	**Gazi Üniversitesi (GÜ) Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**
	AÇIK ADRES	
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Baş-Boyun Kanseri Nedeniyle Ameliyat Olan Hasta ve Yakınlarına Verilen Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Taburculuk Eğitiminin Hastanın Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi**			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	**Dr. Öğr. Üyesi Süleyman CEBECİ**			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI/UZMANLIK ALANI/ BULUNDUĞU MERKEZ	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı / GÜTF			
	DESTEKLEYİCİ (Varsa)				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışmaları-Hemşirelik faaliyetlerinin sınırları içerisinde yapılacak araştırmalar - Yüksek lisans tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	**Belge Adı**	**Tarihi**	**Ver. No**	**Dili**
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	01.06.2023	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	01.06.2023	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	**Belge Adı**		**Açıklama**
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒	
	BİYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU	☐	
	DİĞER	☐	

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:** 529 **Toplantı tarihi: 19.06.2023**
	Baş-Boyun Kanseri Nedeniyle Ameliyat Olan Hasta ve Yakınlarına Verilen Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Taburculuk Eğitiminin Hastanın Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi başlıklı başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe amaç, yaklaşım ve yöntemleri ile incelenerek uygun bulunduğuna GÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	**Prof. Dr Ebru ARHAN**

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırmayla ilişkisi		Katılım		İmza
Prof. Dr. Ebru ARHAN BAŞKAN	Çocuk Sağ.ve Hast. AD. Nöroloji BD.	GÜTF	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Gökçe Sevim ÖZTÜRK FİNCAN BAŞKAN YARD.	Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	GÜTF	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Aylin SEPİCİ DİNÇEL BİLDİRİMLERDEN SORUMLU ÜYE	Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	GÜTF	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU ÜYE	Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	GÜTF	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐
Prof. Dr. Mehmet Ali ERGÜN ÜYE	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	GÜTF	E☒	K☐	E☐	H☒	E☒	H☒
Prof. Dr. Ö. Sezai LEVENTOĞLU ÜYE	Genel Cerrahi Anabilim Dalı	GÜTF	E☒	K☐	E☐	H☒	E☒	H☐
Prof. Dr. Çiğdem ÖZER ÜYE	Fizyoloji AD.	GÜTF	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐
Prof. Dr. Çiğdem ATAMAN HATİPOĞLU ÜYE	Enfeksiyon Hast ve Klinik Mikro Kliniği AD.	Sağ.Bil Üniv Ankara Eğt Araşt.Hast.	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐
Prof. Dr. Müge AYDOĞDU ÜYE	Göğüs Hastalıkları AD.	GÜTF	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☒
Doç. Dr. Hamit KÜÇÜK ÜYE	İç Hastalıkları AD Romatoloji BD	GÜTF	E☒	K☐	E☐	H☒	E☒	H☐
Doç. Dr. Halit Nahit ŞENDUR ÜYE	Radyoloji AD.	GÜTF	E☒	K☐	E☐	H☒	E☒	H☐
Doç. Dr. İrem EKMEKÇİ ERTEK ÜYE	Psikiyatri AD.	GÜTF	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☒
Öğr. Gör. Dr. Cansu ÖZBAŞ ÜYE	Halk Sağlığı	GÜTF	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐
Av. İlknur YILDIZ ÜYE	Hukukçu	Ankara 1.Barosu	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐
Nejla CAN GÜLER ÜYE	Sivil Temsilci	Sağ.Bak. Avrupa Birl. ve Dış İliş.Gn.Md.	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐

EK-6. KURUM İZNİ

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

İLGİLİ ANABİLİM DALI BAŞKANLARININ
BİLGİLENDİRİLDİĞİNE DAİR BELGE

GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞINA

Sorumlu araştırmacısı Dr.Öğr.Üyesi Süleyman CEBECİ olan "Baş-Boyun Kanseri Nedeniyle Ameliyat Edilen Hasta ve Yakınlarına Verilen Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Taburculuk Eğitiminin Hastanın Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi" isimli araştırma projesinde Dr.Öğr.Üyesi Öznur KAVAKLI ve Yüksek Lisans Öğrencisi Hemşire Esin ORAKÇİ yardımcı araştırmacı olarak görev alması hakkında bilgilendirildim.

Bilgilerinize arz ederim.

KULAK BURUN BOĞAZ
Anabilim Dalı Başkanı
Prof.Dr.Metin YILMAZ

İmza

Başvuru Sahibi
Sorumlu Araştırıcı Adı:
Süleyman Cebeci

Sayı:
Tarih: 01/06/2023

İlgili Anabilim Dalı Başkanının Bilgilendirildiğine Dair Belge	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	09.05.2013/01	1/1

EK-7. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
"GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR"
İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
- HASTA YAKINI-

Araştırma Projesinin Adı: *Baş-Boyun Kanseri Nedeniyle Ameliyat Olan Hasta ve Yakınlarına Verilen Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Taburculuk Eğitiminin Hastanın Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi*

Sorumlu Araştırıcının Adı: Dr.Öğr.Üyesi Süleyman Cebeci

Diğer Araştırıcıların Adı: *Dr.Öğr.Üyesi Öznur Kavaklı, Yüksek Lisans Öğrencisi Hemşire Esin Orakçı*

Destekleyici (varsa):

"Baş-Boyun Kanseri Nedeniyle Ameliyat Edilen Hasta ve Yakınlarına Verilen Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Taburculuk Eğitiminin Hastanın Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi" isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni yakınınızın Baş-Boyun kanseri nedeniyle ameliyat olmasıdır.Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalında, Dr.Öğr.Üyesi Süleyman Cebeci sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?
Bu başlık altında aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- *Araştırmanın amacı; Baş-Boyun Kanseri Nedeniyle Ameliyat Olan Hasta ve Yakınlarına Verilen Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Taburculuk Eğitiminin Hastanın Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesidir.*
- *Çalışma tek merkezli ve tek grup ile yapılacak olup çalışmaya 13 hasta ve 13 hasta yakını dahil edilmesi planlanmış.*

Bu çalışmaya katılmalı mıyım? (Bu bölüm aynen korunacaktır)
Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?
Bu başlık altında aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- **Çalışmanın hangi yöntemlerle gerçekleştirileceği;**
- Tek gruplu uzunlamasına çalışma olarak planlandı.

- Çalışmamızda kontrol grubu kullanılmayacaktır. Nedeni ise; Baş-boyun kanseri tanısı alıp ameliyat olan hasta sayısı yılda 15-20 arasındadır.

Calışmanın ilk aşamasında;

- Hasta ve hasta yakınlarına Sosyo-demografik ve Klinik Özellikler formu uygulanacaktır.
- Hastalara ameliyat öncesi Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Anket Formu uygulanacaktır.

Calışmanın ikinci aşamasında;

- Baş ve Boyun kanserli hastaların ameliyat sonrası derleme dönemlerinde karmaşık, yoğun ve uzun süreli hemşirelik bakımı ihtiyaçları vardır. Bu aşamada ameliyat olan hastaların yoğun bakım ihtiyaçları kalmayıp kliniğe alındıktan sonra hastalara yoğun bir hemşirelik bakımı verilir.
- Derleme döneminde verilen hemşirelik bakımı sonrası hastaların iyileşme durumuna göre hekim tarafından taburculuk kararı alınır. Bu hasta ve yakınlarına taburculuk sırasında Roy Adaptasyon Modeline temellendirilmiş eğitim kitapçığı ile eğitim verilecektir. Aynı zamanda hasta grubumuza Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Anket Formu ve Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeği uygulanacaktır.

Calışmanın üçüncü aşamasında;

- Taburcu olduktan 1 ay sonra kontrole gelen hastalara yüz yüze görüşme yöntemi ile Washington Yaşam Kalitesi Anket Formu tekrarlanacaktır. (Amacımız verilen eğitimin hastada ve hastaya bakım verici olan yakınında davranış değişikliğinin oluşup oluşmayacağını gözlemlemektir.)

Calışmanın dördüncü aşamasında;

- Hasta taburcu olduktan 2 ay sonrasında yüzyüze görüşme yöntemi ile verilen eğitim tekrar Washington Yaşam Kalitesi Anket Formu ile değerlendirilecektir.

- **Araştırmanın süresi;** 6 aydır.
- Hastaya ait biyolojik bir materyal ya da görüntü materyali üzerinde çalışılacaksa tam olarak ne bakılacağı,

(Örnek: Hastalığınız nedeni ile yapılan rutin tetkik ve tedavi işlemleriniz sırasında sizden alınan kanda (.... ml) …….. isimli maddelerin düzeyinin nasıl değiştiği araştırılacaktır.)

(Örnek: Hastalığınız nedeni ile yapılan rutin tetkik ve tedavi işlemleriniz sırasında sizden alınan kanda (.... ml) …….. isimli maddelerin düzeyinin nasıl değiştiği araştırılacaktır.)

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?
Örnek:

1. …….
2. Araştırmadan dolayı göreceğiniz olası bir zararda gerekli her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar da tarafımızdan karşılanacaktır

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?
Araştırmadan beklenilen toplum yararı;Bu çalışma ameliyat sonrası dönemde bakım alan hasta ve siz hasta yakınlarına taburculuk döneminde ve sonrasında ihtiyaç duyabileceğiniz bakımın sunulması konusunda öneriler getirmesi planlanmaktadır.Aynı zamanda hasta ve hasta yakınının günlük yaşamlarına uyum sağlamasının kolaylaştırılmasını sağlayacaktır.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir? (Bu bölüm aynen korunacaktır)
Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz. Çalışmanın dördüncü aşamasında merkeze çağrılacağınız için yol masraflarınız tarafımızca karşılanacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak? (Bu bölüm aynen korunacaktır)
Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?
Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Esin ORAKÇİ
GÖREVİ :
TELEFON :

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

GÜTF Kulak Burun Boğaz Kliniği Anabilim Dalında, Dr.Öğr.Üyesi Süleyman CEBECİ tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim).* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Çalışmanın dördüncü aşamasında merkeze çağrılacağım için yol masraflarım araştırıcılar tarafından karşılanacağı belirtilmiştir.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr.Öğr.Üyesi Süleyman CEBECİ, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi / ı arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Görüşme tanığı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim
Adı soyadı, unvanı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

AYDINLATMA ve KATILIMCININ BEYANI KESİNLİKLE BİRBİRLERİNİN DEVAMI ŞEKLİNDE OLACAKTIR. AYRI AYRI SAYFALARDA YER *ALMAYACAKTIR.*

EK 8. TIBBİ FOTOĞRAF ÇEKİMİ HASTA ONAMI

TIBBİ FOTOĞRAF ÇEKİMİ İZİN HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA FORMU

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi 24/04/2024 tarihinde mandibulektomi-free flap ameliyatı oldum. Doktorlar tarafından çekilen ameliyat öncesi, ameliyat sırasında ve ameliyat sonrası, yüzümün fotoğrafları kimliğim gizlenerek eğitim için toplantılarda gösterilebilir/kullanılabilir. Çekilen fotoğraflarım, şu anda veya gelecekte, basılı veya elektronik kitap ve dergi gibi tıbbi yayınlarda kullanılabilir.

Çekilen fotoğraflarımın yüksek lisans öğresncisi klinik hemşiresi Esin Orakçi'nın Baş-Boyun Kanseri Nedeniyle Ameliyat Olan Hasta Ve Yakınlarına Verilen Roy Adaptasyon Modeline Temellendirilmiş Taburculuk Eğitiminin Hastanın Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi isimli tez çalışmasında kullanılabilir.

Ad Soyad	İmza	Telefon/email	Tarih
Nurcan ÖZELES			

EK 9. BAŞ VE BOYUN KANSERİ AMELİYATI TABURCULUK EĞİTİM KİTAPÇIĞI

BAŞ-BOYUN KANSERİ AMELİYATI

TABURCULUK EĞİTİMİ

KİTAPÇIĞI



GİRİŞ

Bu eğitim kitapçığı, Baş ve boyun kanseri ameliyatı sonrasında oluşabilecek komplikasyonları azaltmak, uyum sürecinize yardımcı olabilmek ve taburculuk sonrası en kısa zamanda günlük yaşantınıza dönmeniz amacıyla oluşturulmuştur. Lütfen kitapçığı dikkatle okuyunuz. Önerilere uymanız sağlığınız açısından önem taşımaktadır. Kendinizle ilgili sorunları ve soruları lütfen bizimle iletişime geçerek paylaşınız.

TEZ DANIŞMANI: Dr. Öğr. Üyesi ÖZNUR KAVALI

HAZIRLAYAN: Yüksek Lisans Öğr. ESİN ORAKÇİ

İÇİNDEKİLER

(Roy Adaptasyon Modeline göre hazırlanmıştır.) Sayfa No.

Roy Adaptasyon Modeli temel alanları listesi:

A. Benlik Kavramı Alanı

- Stresin Tanımı ve Kontrolü 4
- Olumlu Beden İmajı

B. Fizyolojik Alan

- Beslenme (Nazogastrik Sonda-Ağızdan) 5
- Solunumun Sürdürülmesi 10
  (Trakeostomili Hastalarda Trakeostomi Bakımı ve Dikkat Edilecekler)
- Ağız Bakımı 13
- Yara Bakımı 15
- Ağrı 15
- Uyku 15
- Hijyen-Banyo 16
- Dinlenme-Aktivite 16
- Ameliyat Sonrası Takip-Acil Durumlar 17

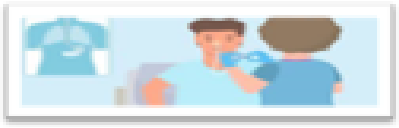
C. Karşılıklı Bağlılık Alanı 17

D. Rol Fonksiyonu Alanı 18

B. FIZYOLOJIK ALAN

1. Beslenme (Nazogastrik Sonda-Ağızdan)

Nazogastrik tüp ile besleniyorsanız, beslenme sırasında aşağıda belirtilen hususlara dikkat etmelisiniz:

S.No	İŞLEM BASAMAĞI	GEREKÇE
1.	Yatak başının gövdeyi de içerecek şekilde en az 30° yüksekte tutulması gerekir. Sadece hastanın baş kısmının değil, gövdeyle birlikte başın da yüksekte tutulması önemlidir.	Bu pozisyon besin içeriğinin akciğere kaçmasını anlamlı derecede azaltmaktadır. Besin içeriğinin akciğere kaçması hastanın solunum sıkıntısı yaşamasına neden olabilmektedir. 
2.	Tüpün dış uzunluğunun burun ucu bitiş noktası (işaretli kısmı) belli aralıklarla gözlemlenmesi gerekmektedir. Tüp burun ucundan ileri geri hareket ettirilmemelidir.	Beslenme tüp ucunun mide içerisinde olup olmadığının kontrolü sağlanır 
3.	Dış kapağı açılmış beslenme solüsyon ürünleri +4°C°de 24 saate kadar saklanabilirler. Bu süre içinde kullanılmayan ürünler imha edilmelidir. Ayrıca kapağı açılmış ürünler oda sıcaklığında saklanmamalıdır.	Beslenme ürünün içeriğinin bozulmasını önlemektedir. 

ROY ADAPTASYON MODELİ UYUM ALANLARI



A. BENLİK KAVRAMI ALANI



Stres: Zihninizin ve vücudunuzun dış uyaranlara karşı verdiği duygusal ve psikolojik tepkilerdir.

Stres belirtileri; huzursuz hissetme, endişe, sinirlilik, kalp çarpıntısı, sosyal ilişkilerden uzaklaşma gibi…

Stresle başa çıkmak için öneriler;



- Kişilerarası ilişkileri geliştirme
- Fiziksel aktivite
- Zamanı verimli kullanma
- Olumlama

Duygu ve düşüncelerinizi ifade ediniz. (Yazı tahtası kullanımı)



Dışarı çıkmak istediğinizde trakeostomi kanülünden rahatsız oluyorsanız koruyucu örtü kullanabilirsiniz.

Olumlu beden imajı için: Kendinize normal bir birey olarak kabul ediniz.

Yanınızda birileri varken beden görünümünüzden endişe duymayınız.

Ayna karşısında trakeostominize bakınız.

9. ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

I. Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Esin ORAKÇİ

Doğum Yeri ve Tarihi:

Uyruğu:

E-posta:

Yabancı Dili:

II. Eğitim

Yüksek Lisans: 2021-2024- Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi-Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı

Lisans: Bülent Ecevit Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi-2013-2017

Lise: 2009-2013 Aktepe Anadolu Lisesi

İlköğretim: 2001-2009 Kasaba Yatılı İlköğretim Bölge Okulu

III. Unvan 2018-Halen: Hemşire

IV. Mesleki Deneyim Hemşire:

2019-Devam Ediyor Ankara Gazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniğinde Hemşire

12.09.2017-15.05.2018 LÖSANTE Çocuk ve Yetişkin Hastanesi-Yetişkin Onkoloji-Hematoloji Servisi