

Trakeostomili Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Bakımı

Quality of Life and Nursing Care of Patients with Tracheostomy

(Derleme)

Çiğdem Canbolat Seyman*, **Sevilay Şenol Çelik****

ÖZ

Larenks kanseri tüm malign tümörlerin %1-2'sini, baş-boyun bölgesi kanserlerinin yaklaşık %40'ını oluşturmaktadır. İleri evre larenks kanserinin en etkili tedavisi total larenjektomidir. Total larenjektomi ameliyatı sonrası trakeostomi açılması ile hastaların yaşamları tümüyle değişmekte ve yaşam kaliteleri ömür boyu baş etmek zorunda kaldıkları problemlerden dolayı olumsuz etkilenmektedir. Bu nedenle trakeostomili hastalara bakım veren hemşirelerin, hastaların ve ailelerinin bu sorunlarla baş etme becerisini artıracak şekilde bakım vermeleri gerekmektedir. Bu makalede trakeostomisi olan bireyde yaşam kalitesini artırmada hemşirelik bakımının önemi tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik bakımı, trakeostomi, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Laryngeal cancer accounts for 1-2% of all malignant tumors, approximately 40% of head and neck cancer. The most effective treatment for advanced stage laryngeal cancer is total laryngectomy. With the opening of tracheostomy after total laryngectomy surgery, patients' lives are completely changed and their quality of life is negatively affected by the problems they have to deal with for lifetime. For this reason, nurses, who care for tracheostomized patients, should give care to patients and their families to increase their ability to cope with these problems. In this article, the importance of nursing care in increasing quality of life in patients with tracheostomy will be discussed.

Key Words: Nursing care, quality of life, tracheostomy

GİRİŞ

Larenks kanseri tüm malign tümörlerin %1-2'sini, baş-boyun bölgesi kanserlerinin yaklaşık %40'ını oluşturmaktadır¹. Larenks kanserinin tedavisinde kemoterapi, radyoterapi ve larenjektomi yer almaktadır. İleri evre larenks kanserinin tedavisinde ise en etkili tedavi seçeneği olarak total larenjektomi uygulanmaktadır^{2,3,4}. Total larenjektomi ile bireyin tedavisi ve hayatta kalması sağlanırken, larenksin tamamının çıkarılması ile boynun ön yüzüne trakeostomi açılmaktadır^{2,3,4,5}. Trakeostomi hastalarda pek çok fiziksel ve psikososyal sorunlara sebep olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir⁵⁻¹². Hastalara ve ailelerine bu sorunlarla baş etme becerisini artıracak bakımın verilmesi ve taburculuk sonrasında bakımın devamlılığının sağlanması, hastaların yaşam kalitesini artıracak ve mevcut duruma uyumlarını kolaylaştıracaktır. Çünkü trakeostomili hasta bakımı, hasta ve ailesinin eğitimini de içeren çok yönlü bir hemşirelik girişimidir^{1,3}.

Bu derlemenin amacı, trakeostomili hastaların yaşadıkları sorunlar, bu sorunların hastaların yaşam kalitelerini nasıl etkilediği ve yaşam kalitesini artırmada hemşirelik bakımı konusunda hemşireleri bilgilendirmek amacıyla yazılmıştır.

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, E-Posta: cigdem_canbolat@hotmail.com, Tel: 0312 305 15 80, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4577-4627>

**Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, E-Posta: sevilay@hacettepe.edu.tr, Tel: 0312 305 15 80, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1981-4421>

Geliş Tarihi: 17 Ocak 2018 Kabul Tarihi: 13 Eylül 2018

Atıf/Citation: Canbolat Seyman Ç., Şenol Çelik S. Trakeostomili Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2019; 6(1), 59-64. DOI: 10.31125/hunhemsire.544140

Trakeostomi ile İlgili Tanımlayıcı Bilgiler

Trakeostomi Yunanca trakea (soluk borusu) ve stoma (ağız, açıklık, delik); trakeotomi ise trakea (soluk borusu) ve tomi (kesmek, çıkarmak) kelimelerinin birleşiminden oluşmaktadır. Boyun bölgesinden, trakeal halkalar hizasından yapılan bir kesikle soluk borusuna ulaşılması ve yapay bir hava yolu elde edilmesi işlemine "trakeotomi", bu açıklığın dışarı ağızlaştırılması ve kalıcı hale getirilmesi işlemine ise "trakeostomi" denmektedir. Trakeotomide, trakeotomi gerektiren endikasyon ortadan kalkınca, stoma kapatılabilir ve tekrar ağız burun solunumuna dönülebilir, ancak trakeostomide, total larenjektomi ameliyatı sonrası boynun ön yüzünde genellikle ikinci veya üçüncü trakeal aralıktan yapılan insizyonla stoma açılır ve bu stoma kalıcıdır^{2,5,14,15}.

Eski çağlardan bu yana trakeostomi endikasyonları çeşitli değişimler göstermekle birlikte günümüzde trakeostomi; larenks tümörlerinde, yabancı cisim aspirasyonunda, yanıklara ve travmaya bağlı solunum yolu obstrüksiyonlarında, akciğeri korumak için uzun süren entübasyonda, sekresyonların çıkışını kolaylaştırmak için kronik ve tıkayıcı akciğer enfeksiyonlarında açılmaktadır^{16,17,18,19}.

Bunun yanı sıra trakeostominin kontraendike olduğu durumlar da bulunmaktadır^{16,17,20,21,22}. Bunlar; boyun bölgesinde yüzeysel ya da derin cilt enfeksiyonu olan, geçirilmiş majör boyun cerrahi öyküsü olan, kanama ve pıhtılaşma bozukluğu bulunan, intrakraniyal basıncı yüksek olan, intratorasik fibrozis nedeniyle abdominal ya da torasik bölgeye radyoterapi alan, yüksek derecede (PEEP >8cm H₂O, FiO₂ > %50) ventilatör desteği alan, trakeal halkaların kırıkdağımsı ve boyun dokusunun yumuşak olduğu çocuk hastalardır.

Baş-boyun bölgesinin majör cerrahi işlemlerinden biri olan total larenjektomi sonrası erken ve geç dönem olmak üzere bazı komplikasyonlar görülebilmektedir. Erken dönem komplikasyonları; kanama, hematoma, hematomaya bağlı solunum güçlüğü, cerrahi yara enfeksiyonu, pnömotoraks, subkutan amfizem, trakeit, trakeostomi tüpünün özefagusu ya da trakeayı zedelemesi, trakeostomi tüpünün yanlış yerleştirilmesi ya da yerinden çıkması olarak sıralanabilir. Geç dönem komplikasyonlar arasında; tüpün sürtünmesine bağlı trakea erozyonu, trakeaözefagial fistül, trakeostomi hattının üzerinde hava yolunun daralması ya da kollapse, pnömoni, trakeostomi tüpünün obstrüksiyonu, yutma güçlüğü, karotis arter yaralanması ve psikolojik problemler yer almaktadır^{5,19,23,24}.

Trakeostomili Hastaların Yaşadıkları Sorunlar

Total larenjektomi sonrası solunumun sürdürülebilmesi için açılan kalıcı trakeostomi hastalarda pek çok fiziksel ve psikososyal sorunlara sebep olmaktadır^{6-8,10-12}. Total larenjektomi sonrası yaşanan fiziksel sorunlar arasında, vokal kordların alınmasına bağlı konuşamama ve ses çıkaramama, akciğer fonksiyonunda değişimler (solunumun doğrudan trakeostomiden sürdürülmesi, dış ortamdaki havanın filtre edilip, ısıtılmadan doğrudan akciğerlere gönderilmesi, trakeostomiden sekresyon aspirasyonu ve kanül varlığı trakea mukozasını tahriş etmektedir. Bu durumlar hastaların akciğer enfeksiyonlarına yatkınlığını artırmaktadır), nazal solunumun ortadan kalkması, nazal fonksiyon kaybına bağlı koku ve tat almanın azalması, yutma bozukluğu ve buna bağlı beslenme sorunları (yutma sırasında larenks kasları sfinkter etkisi yaparak lokmanın özefagusa ilerlemesini sağlamaktadır, larenks çıkarıldığında yutmaya yardımcı bu işlem ortadan kalkacağı için hastalar özel diyetlere ve yutmaya ilişkin terapilere ihtiyaç duymaktadırlar) yer almaktadır^{6,25,26,27}.

Woodard ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları total larenjektomi sonrası hastaların yaşadıkları sorunları inceleyen 11 yıllık kohort çalışmalarında, hastalar konuşamamanın yaşam kalitelerini en çok etkileyen durum olduğunu belirtmişlerdir²⁸. Queija ve arkadaşlarının 2009 yılında total larenjektomi sonrası yutma güçlüğü ve yaşam kalitesini inceledikleri çalışmalarında hastaların %64,3'ünün yutma güçlüğü yaşadığı ve bunların %7'sinin çok ciddi düzeyde olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada ciddi yutma güçlüğü yaşayan hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bulunmuştur²⁹. Taş ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptıkları çalışmalarında total larenjektomili hastaların %73'ü ameliyat sonrası koku alma sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir¹⁰. Ramirez ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları çalışmalarında da total larenjektomili hastaların %100'ü koku ve tat alma alışkanlıklarının tümüyle değiştiğini ve %57,1'i bu değişikliklerin ciddi düzeyde olduğunu belirtmişlerdir³⁰. Ong ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptıkları trakeostomi sonrası pulmoner komplikasyonları inceledikleri randomize kontrollü çalışmalarında ameliyat öncesi dönemde pulmoner hastalıkları olan hastaların örneklem dışı bırakılmasına rağmen, hastaların %47'sinde pnömoni geliştiği bildirilmiştir³¹.

Trakeostomi açılması, fiziksel sorunların yanı sıra psikososyal sorunlara da yol açmaktadır. Baş-boyun bölgesinde gözle görülen kalıcı bir stoma varlığı, stomadan tükürük ve balgam çıkışı olması hastaların beden imajı algılarını ve sosyal hayata uyumlarını olumsuz etkilemektedir. Bunların yanı sıra vokal kordların tamamının alınması nedeniyle hastalar konuşamamakta ve kişiler arası iletişim kurma güçlükleri yaşamaktadırlar^{6,7,8,26}.

Dooks ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları total larenjektomi sonrası hastaların deneyimlerini araştırdıkları niteliksel çalışmalarında hastalar ameliyat sonrası ani konuşma kaybına bağlı iletişim kurma güçlüğü yaşadıklarını, ameliyat sonrası erken dönemde herkesin stoma açıklığına baktığını düşündüklerini ve kabullenmede zorlandıklarını ifade etmişlerdir¹¹. Kaya ve arkadaşlarının 2014 yılında larenks kanserli hastalarda yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada; total larenjektomili hastaların, parsiyel larenjektomili hastalara oranla sosyal ortamda ilişki kurma sıkıntısını daha fazla yaşadıkları saptanmıştır⁹.

Çalışma sonuçlarından da anlaşıldığı gibi trakeostomili hastaların nefes alma, konuşma, beslenme gibi temel gereksinimlerinin değişmesi başta olmak üzere; koku ve tad almanın bozulması, yutma güçlüğü, stomadan balgam ve tükürük çıkışı olması, beden imajında bozulma ve hayatlarının sonuna kadar stoma açıklığıyla yaşamak durumunda kalmaları gibi sorunlar hastaların ameliyattan sonraki tüm yaşam şeklini değiştirmekte ve özel bakım gerektirmektedir. Bu nedenle hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir^{8,25}.

Trakeostomi ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi öznel bir algı olmasına rağmen genel sağlık, emosyonel durum, ekonomik durum, bireyin memnuniyeti, önceki bilgi ve deneyimleri, kendine saygı, performans yeteneği ve bulunduğu durumu diğerleriyle karşılaştırması gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. Sağlık alanında kullanılan yaşam kalitesi kavramı ise kişinin hastalığını ve uygulanan tedavileri bedensel, sosyal ve ruhsal yönden nasıl algıladığı ile ilişkilidir^{5,33,34}. Hemşirelik bakım ve uygulamaları hastanın fiziksel, sosyal ve ruhsal iyilik halini korumaya ve yükseltmeye yöneliktir, bu nedenle yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde hemşireler önemli bir konuma sahiptirler¹⁰. Hemşireler, hastaya 24 saat bakım verdikleri için yaşam kalitesi değişikliklerini yakından izleyebilme, değerlendirebilme ve yaptıkları bakım uygulamalarıyla yaşam kalitesini yükseltme gücüne ve rolüne sahiptirler³⁵. Hemşirelerin yaşam kalitesini değerlendirmelerindeki amaç; benzer tedavi yöntemleri arasında hastanın yaşam kalitesine en az olumsuz etkisi bulunan tedavi ve bakım yönteminin belirlenmesi ve uygulanmasıdır. Yaşam kalitesini değerlendirmek için araştırmacılar tarafından anketler, ölçekler, skalalar ve envanterler geliştirilmiştir. Bu ölçüm araçlarının bazıları sadece genel sağlık durumunu sorgularken bazıları hastalığa özgü (kronik obstrüktif akciğer hastalığına özgü, pediatrik onkoloji hastalarına özgü, baş boyun kanserli hastalara özgü... gibi) geliştirilmiştir^{33,34}. Hemşireler yaşam kalitesini değerlendirmek ve yükseltmek için bu tür ölçüm araçlarını kullanma becerisine sahip olmalıdır.

Trakeostomi açılmasıyla yaşam tarzında meydana gelen kalıcı değişiklikler düşünüldüğünde, trakeostominin hastaların yaşam kalitesini tümüyle değiştirdiği görülmektedir⁸. Bu nedenle yaşam kalitesi trakeostomili hastalarda hemşirelerin değerlendirmesi gereken önemli unsurlardan biri haline gelmektedir.

Trakeostomili Hastalarda Hemşirelik Bakımı

Total larenjektomi ameliyatı sonrası kalıcı bir stoma açılması trakeostomi bakımının taburculuk sonrası ev ortamında da sürdürülmesi anlamına gelmektedir. Bu nedenle trakeostomi bakımı hasta ve ailesinin eğitimini de içeren çok yönlü bir hemşirelik girişimine dönüşmektedir¹³. Hastanede kaldığı dönemde sağlık ekibinden profesyonel destek alan hastalar taburculuk sonrası ev ortamında bu desteği sürdüremeyecekleri için korku ve kaygı duymaktadırlar³⁶. Taburculuk eğitim sürecinin yetişkin eğitime uygun şekilde planlanması ve yürütülmesi eğitimin etkinliğini artıracaktır³⁷. Etkili bir taburculuk eğitimi ile hastaların bu kaygıları ve komplikasyonlar azalacak, hasta ve ailesinin memnuniyeti ve yaşam kaliteleri artacak dolayısıyla hastanede kalış süresi, acil servislerin kullanımı, tekrarlı yatışlar ve sağlık bakım giderleri azaltılabilecektir^{1,38}.

Trakeostomili hastalarda; stomadan solunumun sürdürülmesi, trakeostomi tüpüne bağlı irritasyon ve sekresyonların artması, vokal kordların alınmasına bağlı iletişim sorunları, tat ve koku alma sorunları, yutma fonksiyonunun ve beden imajının bozulması özel bakım gerektiren durumlardır. Tüm bu problemler hem hastayı hem de ailesini olumsuz etkilemekte, anksiyete ve korkularını artırarak yaşam kalitelerini bozmaktadır⁵⁻⁹. Bu nedenle trakeostomili hastalara bakım veren hemşireler de, hastaların ve ailelerinin bu sorunlarla baş etme becerisini geliştirmelidirler^{5,35,39}.

Total larenjektomi ameliyatı öncesi bakım, hasta ve ailesine anlayabilecekleri şekilde ameliyat, ameliyat sonrası etkili nefes alma ve iletişim kurma yöntemleri, yara bakımı, oral ve nazogastrik tüp ile beslenme, endotrakeal aspirasyon gibi konular hakkında eğitim verilerek hastaların korku ve kaygılarını azaltmayı içermelidir. Hasta ameliyat sonrası sözel iletişim yeteneğini kaybedeceği için hastanın okuryazar olma durumu ve öğrenme becerileri verilen eğitimlerin etkinliğini artırma açısından önemlidir^{5,40}.

Total larenjektomi ameliyatı sonrası; solunumun stomadan sürdürülmesi, tükürük, balgam ve sekresyonların stomadan çıkması, stoma açıklığının kalıcılığını sağlamak için kullanılan kanüllerin özel bakım gerektirmesi ve

stoma etrafındaki ciltte irritasyona sebep olması gibi durumlar hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu nedenle ameliyat sonrası trakeostomi bakımı üç aşamalı olarak ele alınmaktadır^{9,10}. Bunlar;

- trakeal aspirasyon,
- stoma ve stoma etrafındaki cildin bakımı ve
- nemlendirme (humidifikasyon)'dir^{2,41,42}.

Trakeostomili bireylerde solunan hava üst hava yollarında nemlenmeden doğrudan akciğerlere dolduğu için trakeal irritasyona bağlı sekresyonların kurummasına ve hastanın solunum sıkıntısı yaşamasına neden olmaktadır. Bu nedenle hastalar hem aspirasyon ihtiyacı hissetmekte hem de soludukları havanın nemlendirilmesi gerekmektedir. Trakeal aspirasyon sırasında hemşire aseptik tekniklere uygun davranmalıdır. Trakeal aspirasyon öncesi hasta hiperoksijenize edilmelidir. Aspirasyon sırasında trakeal mukozaya zarar vermemek ve hipoksiye neden olmamak için aspirasyon basıncı iyi ayarlanmalı ve işlem sonrası hasta öksürmeye teşvik edilmelidir^{42,43}. Ayrıca trakeostomi tüpünün cilt irritasyonu yapmasını önlemek için stoma açıklığı ve çevresi aseptik teknikle temizlenmeli ve epitelizan pomatlarla nemlendirilmelidir. Bunların yanı sıra ameliyat sonrası ortalama bir haftalık dönemde stoma açıklığının kalıcılığını sağlamak için silikon kanüller, sonrasında ise gümüş kanüller kullanılmaktadır. Bu kanüllerin (ilk bir hafta silikon kanül çıkarılmadan bakımı, sonrasında gümüş olan dış ve iç kanülün bakımı) günlük olarak aseptik solüsyonla temizlenmesi, durulanması, kurulanması ve ardından tekrar takılması gerekmektedir. Trakeostomiden alınan hava üst solunum yollarından geçmediğinden, dışarıdan bulunduğu gibi akciğerlere ulaşmaktadır. Bu nedenle stomadan solunan havanın nemlendirilmesi gerekmektedir. Nemlendirme için buhar makinaları kullanılmaktadır. Ameliyat sonrası özellikle erken dönemde hastanın rahat nefes alması ve kolay sekresyon çıkarması için stomaya buhar uygulanmalıdır. Hastanın gereksinimine ve sekresyon yoğunluğuna göre değişmekle birlikte her saat başı 10-15 dk stoma açıklığına 10-20 cm mesafeden ılık buhar uygulaması önerilmektedir^{42,43}. Tüm bu bakım ve uygulamalar taburculuk sonrası evde de devam etmesi gerektiği için bunlar hasta ve ailesine öğretilmelidir^{44,45}.

Hastanın taburculuk sonrası korkularını ve anksiyetesini azaltmak için hastaneye kabulünden başlanarak planlı bir eğitim sürecinin yürütülmesi faydalı olacaktır^{39,46}.

Doğan ve arkadaşlarının 2011 yılında, trakeostomi ile taburcu edilen yoğun bakım hastalarının evde yaşadıkları sorunları altı yıllık retrospektif olarak inceledikleri çalışmalarında hastaların taburculuk sonrası en çok (%42) hava yolu sorunları (trakeal aspirasyonun yapılamaması, aşırı sekresyon ve tıkaç oluşumu, trakeostomi kanül dislokasyonu) yaşadıklarını saptamışlardır. Evde yaşanan bu sorunların çözümü için planlı bir taburculuk eğitim sürecinin yürütülmesi ve hastaların evde bakım ve izleminin sürdürülmesi gerektiği önerilmiştir⁴⁷. Akcan ve Dursun'un 2010 yılında yaptıkları trakeostomili çocukların evde bakım ve izlemleriyle ilgili çalışmalarında ise komplikasyonları azaltmak için hasta bakım, izlem ve eğitiminin hemşire tarafından sürdürülmesi gerektiği vurgulanmıştır⁴⁸. Çalışma örneklerinden de anlaşıldığı gibi etkili bir eğitim, hastaların yaşadıkları sorunları azaltarak yaşam kalitesini artırmaktadır.

SONUÇ

Trakeostomi açılan bireyler hem yaşamsal öneme sahip bir organda meydana gelen kanser ile hem de ömür boyu baş etmek zorunda oldukları pek çok sorunla karşı karşıya kalmaktadırlar^{7,10}. Hemşireler önce hastanede sonra taburculuk sonrası evde devam edecek bakımın sunulmasında ve organizasyonunda kilit rol oynamaktadırlar. Hemşireler hastane ortamında trakeostomi bakımını sürdürürken bir yandan da eğitici rolü ile hasta ve ailesini taburculuğa hazırlamaktadırlar. Hemşirelerin trakeostomili hastaların bakım süreci ile ilgili bilgi ve becerilere sahip olmalarının hastaların yaşayacakları olası problemlerle etkin mücadele etmelerine ve yaşam kalitelerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Yıldırım M. Temel otolarenoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2011.
2. Çelik O. KBB hastalıkları ve baş, boyun cerrahisi. Asya Tıp Kitabevi; 2. Baskı 2. Cilt. İzmir: Asya Tıp Kitabevi; 2007.
3. Bakır S. KBB notları. Ankara: Derman Tıbbi Yayıncılık; 2015.
4. Koç C. Kulak burun boğaz hastalıkları ve baş boyun cerrahisi. 2. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevleri; 2013.
5. Gul ND, Karadağ A. An evaluation of the quality of life in patients with tracheostomy. Pak J Med Sci 2010;26:444-449.

6. Robertson SM, Yeo JCL, Dunnet C, Young D, MacKenzie K. Voice, swallowing and quality of life after total laryngectomy-results of the west of scotland laryngectomy audit. *Head & Neck* 2011;34(1):59-65.
7. Funk GF, Karnell LH, Christensen AJ. Long-term health-related quality of life in survivors of head and neck cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2012;138(2):123-133.
8. Weymuller EA Jr, Bhamra PK. Quality of life in head and neck cancer patients. *Expert Rev Anticancer Ther* 2007;7(9):1175-1178.
9. Kaya E, Cingi C, Pınarbaşı Ö, Gürbüz MK, Çaklı H, İncesulu A. ve ark. Larenks kanserli hastalarda sağlıkta yaşam kalitesi. *Journal of Medical Updates* 2014;4(1):29-36.
10. Taş A, Yağız R, Karasalihoğlu AR, Korten M, Adalı MK, Uzun C. Larenks kanserli hastaların cerrahi tedavi sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Kulak Burun Bogaz İhtis Derg* 2004;12(3-4):84-90.
11. Dooks P, MCQuestion M, Goldstein D, Molassiotis A. Experiences of patients with laryngectomies as they reintegrate into their community. *Support Care Cancer* 2012; 20:489-498.
12. Braz DSA, Ribas MM, Dedivitis RA, Nishimoto IN, Barros APB. Quality of life and depression in patients undergoing total and partial laryngectomy. *Clinics* 2005;60(2):135-142.
13. Russell C, Matta B. Tracheostomy a multiprofessional handbook. Cambridge: Greenwich Medical Media Limited; 2004.
14. Montgomery WW. (Çev. Ed. Kaleli Ç.) Larinks, trakea, özofagus ve boyun cerrahisi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004.
15. Ambesh SP. Principles and practice of percutaneous tracheostomy book. India: Jaypee Brothers Medical Publisher; 2010.
16. Neema PK, Manikandan S. Tracheostomy and its variants. *Indian Journal of Anaesth* 2005;49(4):323-327.
17. Goldenberg D, Golz A, Netzer A, Joachims HZ. Tracheostomy changing indications and a review of 1130 cases. *The Journal of Otolaryngology* 2002;31(4):211-215.
18. Durbin CG. Tracheostomy: why, when, and how? *Respiratory Care* 2010;55(8):1056-1068.
19. Myers EN, Johnson JT. Tracheotomy: airway management, communication and swallowing, Second Edition. San Diego: Plural Publishing; 2008.
20. U.S. Department of Health And Human Services. National Cancer Institute. Cancer of the Larynx. 2010.
21. Update on tracheostomy care, AMN Healthcare Education Services. 2012. Erişim Tarihi: 12.10.2015. Erişim Adresi: <https://lms.rn.com/getpdf.php/1839.pdf>
22. Peyn LD, Bedert L, Delcroix M, Depuydt P, Lauwers G, Sokolov Y. et al. Tracheotomy: clinical review and guidelines. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery* 2007;32:412-421.
23. Morris LL, Whitmer A, McIntosh E. Tracheostomy care and complications in the intensive care unit. *Critical Care Nurse* 2013;33(5):18-30.
24. Cardone G, Lepe M. Tracheostomy: complications in fresh postoperative and late postoperative settings. *Clinical Pediatric Emergency Medicine* 2010;11(2):122-130.
25. Boscolo-Rizzo P, Maronato F, Marchiori C, Gava A, Da Mosto MC. Long-term quality of life after total laryngectomy and postoperative radiotherapy versus concurrent chemoradiotherapy for laryngeal preservation. *The American Laryngological, Rhinological and Otolological Society. Laryngoscope* 2008;118:300-306.
26. Singer S, Danker H, Lichius OG, Oeken J, Pabst F, Schock J. et al. Quality of life before and after total laryngectomy: results of a multicenter prospective cohort study. *Head & Neck* 2013;36(3):359-68.
27. Aires FT, Dedivitis RA, Petrarolha SM, Bernardo WM, Cernea CR, Brandão LG. Early oral feeding after total laryngectomy: A systematic review. *Head & Neck* 2015;37(10):1532-1535.
28. Woodard TD, Oplatek A, Petruzzelli GJ. Life after total laryngectomy: a measure of long-term survival, function, and quality of life. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;133(6):526-532.
29. Queija DS, Portas JG, Dedivitis RA, Lehn CN, Barros AP. Swallowing and quality of life after total laryngectomy and pharyngolaryngectomy. *Braz J Otorhinolaryngol* 2009;75(4):556-564.
30. Ramirez RL, Panganiban WD, Romualdez JA. Subjective and objective assessment of olfactory function in post-laryngectomy patients. *Philippine Journal Of Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 2009;24(2):19-22.

31. Ong SK, Morton RP, Kolbe J, Whitlock RM, McIvor NP. Pulmonary complications following major head and neck surgery with tracheostomy: a prospective, randomized, controlled trial of prophylactic antibiotics. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2004;130(9):1084-1087.
32. Bowers B, Scase C. Tracheostomy: facilitating successful discharge from hospital to home. Br J Nurs 2007;16(8):476-479.
33. Edisan Z. Tıp etiği açısından sağlık alanında yaşam kalitesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Doktora Tezi. Adana. 2014.
34. Öztürk E. Radyoterapi alan baş ve boyun kanserli hastalarda yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. 2011.
35. Toptaş S. Kanser hastalığı olan bireye bakım veren yakınlarının yaşam kalitesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Ankara. 2013.
36. Kara B, Aslan FE. Investigation of the stoma individuals home first day experience. Turkish J Colorectal Dis 2017;27(4):117-125.
37. Yazar T. Yetişkin eğitiminde hedef kitle. DÜSBED 2012;4(7):21-30.
38. Russell C. Providing the nurse with a guide to tracheostomy care and management. Br J Nurs 2005;14(8):428-433.
39. Bektaş HA, Akdemir N. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2006;26:488-499.
40. Feber T. Tracheostomy care for community nurses: basic principles. British Journal of Community Nursing 2006;11(5):186-193.
41. Nance-Floyd B. Tracheostomy care: an evidence-based guide to suctioning and dressing changes. American Nurse Today 2011; 6(7):14-16.
42. Potter PA, Perry AG. Fundamental of nursing 7th edition. Canada: Mosby Elsevier; 2009.
43. Aştı TA, Karadağ A. Hemşirelik esasları hemşirelik bilim ve sanatı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2013.
44. Dawson D. Essential Principles: Tracheostomy care in the adult patient. Nurs Crit Care 2014;19(2):63-72.
45. Aygül S, Ulupınar S. Hemşirenin hasta eğitimindeki rolüne yönelik hastaların görüşleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010;15(1):1-9.
46. Driscoll A. Managing Post-discharge Care at Home: An analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. Journal of Advanced Nursing 2000;31(5):1165-1173.
47. Doğan R, Başaran B, Pınar HU, Arslan M. Evde bakım için trakeostomili olarak taburcu edilen hastaların sonuçlarının değerlendirilmesi. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2011;9:99-102.
48. Akcan AB, Dursun O. Pediyatrik trakeotomi ve ev bakımı. KBB-Forum 2010;9(3):70-77.