



T.C
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TRAKEOTOMİ BAKIMINDA HEMŞİRELERİN
BİLGİ DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ**

Ayşegül DEMİRALAY

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Erdoğan OKUR

Tez No:

2010-AFYONKARAHİSAR

**TRAKEOTOMİ BAKIMINDA HEMŞİRELERİN
BİLGİ DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ**

Ayőegöl DEMİRALAY

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Erdoğan OKUR

Tez No:

2010-AFYONKARAHİSAR

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TRAKEOTOMİ BAKIMINDA
HEMŞİRELERİN BİLGİ DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ**

Ayşegül DEMİRALAY

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİMDALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Erdoğan OKUR**

**Tez No:
2010-AFYONKARAHİSAR**

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Kabul ve Onay.....	ii
İçindekiler Dizini.....	iii
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	vii
Şekiller Dizini	viii
Tablolar Dizini.....	ix
1.GİRİŞ	1
1.1. Giriş.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3 Larenks ve Trakea anatomisi	4
1.3.1.Larenks.....	4
1.3.2. Trakea	4
1.4. Trakeotomiye Giriş	5
1.4.1. Trakeotominin Zamanlaması	6
1.4.2 Trakeotomi Endikasyonları	6
1.4.3 Trakeotomi Tekniği	8
1.4.4 Kontraendikasyonları	10
1.4.5 Trakeotomi Komplikasyonları	10
1.4.6 Erken Komplikasyonlar	11
1.4.4 İntermediate Komplikasyonlar	12
1.4.8 Geç Komplikasyonlar	13
1.5 Trakeotomi Bakımı	14
1.5.1 Trakeotomi Bakımında Dikkat Edilmesi Gerekenler	14
1.5.2 Düzenli Aspirasyon	15
1.5.3 Trakeotomi Kanülü ve Bakımı	17
1.5.4 Isı ve Nem Ayarlaması	18
1.5.5 Profilaktik Antibiyotik	18
1.5.6 Evde Bakım	19
1.5.7 Kafalı Tüp Kullanımı	19

KABUL VE ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı

çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından

Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunması Tarihi: 21/06/2010

Doç. Dr. Erdoğan OKUR

ÜYE

Doç. Dr. Yavuz DEMİR

ÜYE

Doç. Dr. Cevdet Uğur KOÇOĞULLARI

ÜYE

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Ayşegül DEMİRALAY'ın "Trakeotomi bakımında hemşirelerin bilgi düzeyinin belirlenmesi" başlıklı tezi 30/06/2010 tarihinde saat 10.30' de Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Esmâ KOZAN
Enstitü Müdürü

2.GEREÇ VE YÖNTEM	21
2.1 Araştırmanın Tipi	21
2.2 Araştırmanın Yeri	21
2.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	21
2.4 Araştırmanın Sınırlılıkları	22
2.5. Verilerin Toplanması	22
2.5.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması	22
2.5.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması	23
2.5.3 Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.BULGULAR	24
3.1 Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	24
3.2 Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı	25
3.3 Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı	26
3.4 Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı	26
3.5 Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Kurum İçi Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı	28
3.6 Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Aylık Maaşlarına Göre Dağılımı	29
3.7 Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Çalışma Düzenlerine Göre Dağılımı	29
3.8 Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Mesleki İsteklerine Göre Dağılımı	30
3.9 Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Servis İsteme Durumlarına Göre Dağılımı	31
3.10 Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Kurum Memnuniyetlerine göre Dağılımı	32
3.11 Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Bakıma Yönelik Meslek Memnuniyetlerine Göre Dağılımı	33
3.12 Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Çalıştıkları Birimlere Göre Dağılımı	33
3.13 Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Çalışma Koşulları Yeterliliğine Göre Dağılımı	34
3.14 Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Özlük Hakları Yeterliliğine Göre Dağılımı	35
3.15 Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Çalışma Arkadaşları Memnuniyetine..... Göre Dağılımı	36
3.16 Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Emeklilik İsteklerine Göre Dağılımı	37

4. TARTIŞMA	38
4.1. Tartışma	38
5. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	42
ÖZET	43
SUMMARY	44
KAYNAKLAR	45
EKLER	49

ÖNSÖZ

Değerli eleştirileriyle yol gösteren yüksek lisans eğitimim ve çalışmamın tüm aşamalarında bana inanan, güvenen, destek olan danışman hocam sayın Doç. Dr. Erdoğan OKUR'a,

Çalışmalarında ve mesleki yaşamımda ilgisini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, mesleki yaşamımda her zaman rehberlik eden sayın Öğr. Grv. Safiye TEMEL'e.

Her zaman desteğini gördüğüm ve yoğun çalışma dönemimde en büyük motivasyon kaynağım, araştırma verilerinin değerlendirilmesi ve yorumlanmasına değerli katkılarından dolayı sayın Öğr.Grv. Raziye DEMİRALAY'a,

Çalışmanın kurumlarında gerçekleşmesine izin veren ve destekleyen Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görevli Başhekim, Başhemşire, Servis Sorumlu hemşirelerine ve yardım aldığım hemşire arkadaşlarıma,

Son olarak, çalışmam süresince beni özveriyle destekleyen, sevgisiyle, ilgisiyle, bilgisiyle her zaman yanımda olan ve yaşamımın en önemli parçaları olan sevgili anneme, babama ve kardeşlerime,

Saygı ve sevgilerimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ayşegül DEMİRALAY

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

pCO	Parsiyel Karbon Monoksit
pO ₂	Parsiyel Oksijen
H ₂ O	Su
cc=ml	Mililitre
C ⁰	Santigrat Derece
RT	Radyoterapi

ŞEKİLLER

	<u>Sayfa</u>
Şekil 1.1	Larenks ve trakeanın anatomik olarak görüntüsü4
Şekil 1.2	Trakeotomi açılışındaki pozisyon8
Şekil 1.3	Trakeotomi insizyonu, Horizontal9
Şekil 1.4	Trakeotomi tüpünün yerleştirilmesi10
Şekil 1.5	Trakeotomi tespiti15
Şekil 1.6	Aspirasyon uygulaması 1. aşama16
Şekil 1.7	Aspirasyon uygulaması 2. aşama17
Şekil 1.8	Kanül Bakımı18
Şekil 1.9	Kaf bakımı20
Şekil 2.1	Anket Geliştirme Süreci23

TABLolar

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1.1. Trakeotomi Endikasyonları	7
Tablo 3.1 Hemşirelerin Yaş Gruplarının Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı	24
Tablo 3.2 Hemşirelerin Medeni Durumlarının Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı .	25
Tablo 3.3 Hemşirelerin Öğrenim Durumlarının Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı	26
Tablo 3.4 Hemşirelerin Çalışma Sürelerinin Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı	27
Tablo 3.5 Hemşirelerin Kurum İçi Çalışma Sürelerinin Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı	28
Tablo 3.6 Hemşirelerin Aylık Maaşlarının Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı	29
Tablo 3.7 Hemşirelerin Çalışma Düzenlerinin Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı	30
Tablo 3.8 Hemşirelerin Mesleki İsteklerinin Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı....	31
Tablo 3.9 Hemşirelerin Servis İsteklerinin Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı	31
Tablo 3.10 Hemşirelerin Kurum Memnuniyetlerinin Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı	32
Tablo 3.11 Hemşirelerin Bakıma Yönelik Meslek Memnuniyetlerinin Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı	33
Tablo 3.12 Hemşirelerin Çalıştıkları Birimlerin Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı	34
Tablo 3.13 Hemşirelerin Çalışma Koşulları Yeterliliğinin Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı	35
Tablo 3.14 Hemşirelerin Özlük Hakları Yeterliliğinin Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı	35
Tablo 3.15 Hemşirelerin Çalışma Arkadaşları Memnuniyetinin Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı	36
Tablo 3.16 Hemşirelerin Emeklilik İsteklerinin Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı	37

1.GİRİŞ

1.1 GİRİŞ

Hava yolu temin etmek amacıyla trakea ön duvarının geçici olarak açılması işlemine trakeotomi denir. Trakeostomi ise trakeanın kalıcı olarak cilde ağızlaştırılması anlamına gelir. Üst solunum yolu obstrüksiyonları, uzamış endotrakeal entübasyon veya endotrakeal entübasyonun yapılamadığı koşullarda ve majör baş-boyun ameliyatlarından solunum yetmezliklerine kadar pek çok durumda trakeotomi gerekli olmaktadır. Özellikle akut üst solunum yolu obstrüksiyonları gibi durumlarda acil olarak açılan trakeotomi hayat kurtarıcı olurken pek çok cerrahi işlemde olduğu gibi, beraberinde bazen de ölümcül olabilen komplikasyonları da getirmektedir. Bu komplikasyonlara neden olan faktörler arasında trakeotominin acil olarak gerçekleştirilmesinin yanı sıra uygun olmayan postoperatif bakımın da önemli etkisi olmaktadır (Dere ve ark., 1995).

Hemşireliğe duyulan gereksinim evrenseldir. Hemşireler, sağlığı yükseltmede, korumada, hastalıkları önlemede, sağlığı yeniden kazanmada ve baş etmeyi kolaylaştırmada sağlıklı/hasta birey, aile ve topluma yardım etmede, anahtar konumdadırlar (Heath, 1995; Platin, 1998; Potter ve ark., 1997; Sabuncu ve ark., 1996).

Hemşirelik mesleğini diğer mesleklerden ayıran, hemşirelik mesleğine özelliğini veren bakım işlevidir. Bakım işlevi yerine getirilmediğinde, hastayı önemli tehditlerle karşı karşıya bırakır (Doğan, 1995; Okumuş ve Gürbüz; 1992). Bu durum özellikle bakım gereksinimlerinin kısmen veya tamamen başkası tarafından karşılanması gereken bu hastalarda daha fazla önem kazanmaktadır. İyi yetişmiş bir hemşire ve trakeotomide iyi yapılmış bir hemşirelik bakımı, trakeotomiden istenen başarıyı elde etmeye yardımcı olur (Doğan, 1995).

1.2 Araştırmanın Amacı

Bireyin solunum işlevini normal olarak gerçekleştirebilmesi için birinci koşul hava yolunun açık olmasıdır. Birey hava yolunun açıklığını ya da solunum fonksiyonunun düzenlenmesini ve kontrol edilmesini engelleyen nedenlerle kendi kendine yeterli solunum yapamadığında, yapay hava yolu desteği gerekmektedir. Bu durumlarda hava yolunun açıklığının sağlanması ve sürdürülmesi amacıyla trakeotomi veya endotrakeal tüp uygulaması tercih edilmektedir (Day ve ark. 2002; Maggiore ve ark. 2002). Yaşamsal önem taşıyan bu uygulamada, gerek trakeotomi veya endotrakeal tüpün varlığı ve gerekse hastaların entübasyon süresince sedatif ilaçlarla uyutulmaları uzun süreli hareketsizliğe, siliyar hareketin ve öksürük refleksinin bozulmasına neden olmaktadır. (Blacwood 1999; Maggiore 2006; Özden ve Görgülü 2007).

Hava yolundan sekresyonları uzaklaştırarak hava yolunun açık ve temiz tutulması, böylece hastanın daha etkin ve rahat solunum yapabilmesi amacıyla uygulanan trakeotomi bakım işlemi, hemşirelerin sorumluluğunda gerçekleştirilir (Blacwood 1999; Maggiore 2006; Özden ve Görgülü 2007).

Hemşireler, verdikleri hizmeti gerçekçi biçimde izlemek ve değerlendirmek durumundadır. Ülkemizde bugün bakımla ilgili kontrol ve değerlendirmelerin yeterince yapılmadığı görülmektedir. Özellikle kamu sektörüne bağlı hastanelerimizde hemşirelik hizmeti kalitesini iyileştirme ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlıdır (Şahin, 2006).

Trakeotomi bakımının temel dayanağı olan hemşirelik bakımından yola çıkılarak trakeotomiye bağımlı yetişkin hastaların bakımında birincil derecede sorumlu olan hemşirelerin bilgi düzeyini belirlemek için Türkiye'ye uygun geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı elde etmek amacıyla planlanmıştır.

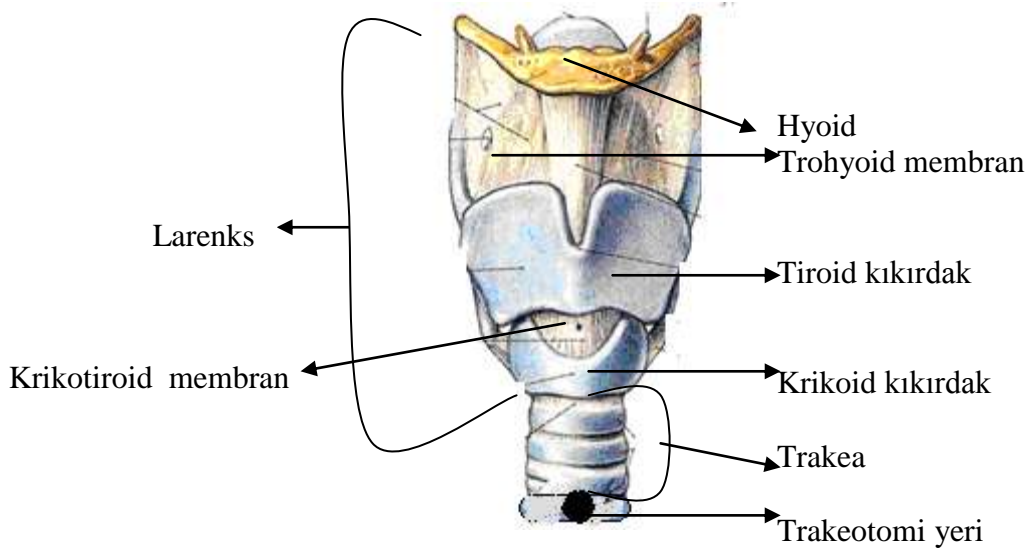
Bu amaç çerçevesinde hemşirelerin trakeotomi bakımında bilgi testine göre, yaşları, medeni durumları, öğrenim durumları, çalışma süreleri, kurum içi çalışma süreleri, aylık maaşları, çalışma düzenleri, mesleki istekleri, servis isteme durumları, kurum memnuniyetleri, bakıma yönelik mesleki istekleri, çalıştıkları birimler, çalışma koşulları yeterliliği, özlük hakları yeterliliği, çalışma arkadaşlarından memnuniyetleri, emeklilik istekleri göz önüne alındığında bilgi düzeyine etkisi araştırılmıştır.

1.3 Larenks ve Trakea Anatomisi

1.3.1 Larenks

Ses kutusu olarak da bilinen, larenks trakeanın üstünde, farenksin altında yer alır. Larenksin en önemli parçalarından biri ses plikaları (vokal kord) olup bu plikalar arasındaki boşluğa glottis adı verilir.

Trakeayı üst aerodijestif kanaldan ayıran bir valf görevi gören larenks konuşmada, solunum regülasyonunda önemli rol alır. Efektif öksürük ya da valsalva manevrası için gereklidir ve ayrıca yutkunma sırasında aspirasyonu önler.



Şekil 1.1. Larenks ve trakeanın anatomi görüntüsü (Deje ve ark., 1995)

1.3.2. Trakea

Trakea, larinksten sonra gelen solunum yolunun bir parçasıdır. Dördüncü ve beşinci torasik vertebra hizasında, sol ve sağ bronşlara ayrılır. Trakeanın bu ayrılma yerine, bifurkasyon trakea adı verilir. Bifurkasyon yerinde, iki ana bronşu birbirinden ayıran çıkıntıya da karina denir.

Trakea nın ön yüzünde C harfi biçiminde kıkırdaklar, arka yüzünde ise fibroelastik bağ dokusu ve kaslar bulunur. Kıkırdaklar trakeayı sürekli açık tutarken, arka yüzün yapısı özefagusun lokma yutarken genişlemesini kolaylaştırır.

1.4 Trakeotomiye Giriş

Trakeotomi, hava yolu temini için trakeanın ön duvarında delik açılan cerrahi bir işlemdir. Bu cerrahi, genellikle geçicidir ve hasta obstrükte olmayan üst hava yollarından yeniden soluk aldığı anda açıklık kapatılabilir.

Bu girişiminin aksine trakeostomide cerrahi olarak boyundaki cilt ile trakeal mukoza arasında devamlılık oluşturacak şekilde bir açıklık oluşturulur. Bu girişim sıklıkla kalıcı bir işlemdir(Dere ve ark., 1995)

Bu terim ilk kez Thomas Feyens tarafından (1567-1631) kullanılmıştır (Lappincott, 1988). Trakeotomi ilk kez milattan önce 3000 yılında Mısır'da uygulandı (Robb, 1985). Bu bakımda tıp tarihinde hayat kurtarıcı olarak bilinen yöntemlerin en eskisidir. Tarihi milattan öncesine uzanmasına rağmen 19. asra kadar çok fazla uygulanmadığını görüyoruz (Swift ve Rogers, 1987). 1833'de Trousseau 200 difteri vakasında trakeotomi uyguladı ve bu dönemden sonra asfiksi ve akut respiratuar obstriksüyonda hayli önem kazanmış bir operasyon haline geldi (Paparella ve Shumrich, 1980).

1989 yılında yapılan Yapay Hava yolu Konferansı sonrası ulaşılan uzlaşuya göre, uzun süreli yapay hava yolu ihtiyacı olan hastalarda trakeotomi yapılması önerilmiştir. Trakeotomi hava yolu rezistansını azaltarak az ventilatuar kapasitesi olan hastalarda düzgün solunuma geçişi hızlandırmaktadır. (Cormack ve Lehane, 1984; Plummer ve Gracey, 1989)

Günümüzde yoğun bakım ünitelerindeki gelişmeler ve yaygın olarak mekanik ventilatörlerin kullanılmasından dolayı trakeotomi en sık kullanılan cerrahi girişimlerden biridir.

1.4.1 Trakeotominin Zamanlaması

Trakeotomi yapılması için en uygun zamanın seçilmesi için aşağıdaki başlıkları düşünmek gerekir:

- **Çok acil (hızlı boyun kesisi olarak da bilinir.)** : Sadece hızlı gelişen havayolu distressi sonucunda hastada ölüm riski olduğunda endikasyonu vardır. Bu krikotirotomi için genellikle kesin endikasyondur. Acil boyun kesisi entübasyon veya krikotirotomi yapılması mümkün olmadığı zaman düşünülmelidir (Goldenberg ve ark., 2002). Acil trakeotominin %21 gibi yüksek bir komplikasyon oranı vardır (Gillespie ve Eisele, 1999).
- **Acil** : Bu durum , hasta respiratuar distreste ve acil bir cerrahi girişim gerektiği durumlarda endikedir . En iyi uyanık hastada, lokal anestezi altında uygun bir ortamda (yoğun bakım ünitesi veya ameliyathanede) uygulanabilir. Bu hastalara oldukça minimal sedasyon yapılır(Hoşal, 1962)
- **Elektif**: Elektif trakeotomilerin çoğu önceden entübe veya uzun süreli entübe vakalarda yapılır. Ayrıca ileri baş ve boyun cerrahisi yapılacak hastalarda, ameliyat esnasında ve iyileşme döneminde hava yolu kontrolünü kolaylaştırmak için uygulanır (Kerr ve ark., 1987)

1.4.2 Trakeotomi Endikasyonları

Trakeotominin güncel endikasyonları şunlardır: uzamış entübasyon ve mekanik ventilasyon, üst solunum yolu obstrüksiyonun by-pass edilmesi, sekresyonların daha

kolay kontrol edilmesi, ventilasyon problemleri veya uzun entübasyon gerektirecek göğüs ve boyun cerrahileri (tablo 1.1).

Trakeotomi gerektiren diğer üst solunum yolu obstrüksiyonları; neoplastik hastalıklar gibi mekanik tıkanıklık, kostik ajan inhalasyonu veya sigara içimine sekonder ödem ve bilateral kord paralizi gibi fonksiyonel obstrüksiyonlardır. Bu durumlarda hasta trakeal entübasyon veya krikotirotomi ile genellikle stabilize edilir ve daha sonra trakeotomi açılır.

Günümüzde trakeotominin en yaygın endikasyonu genellikle mekanik ventilasyon gerektiren uzun süreli trakeal entübasyondur. Son açılmış 1000' den fazla trakeotomi gözden geçirildiğinde, %76'sı mekanik ventilasyonu kolaylaştırmak için yapıldığı tespit edilmiştir (Joel, 2005)

Tablo 1.1. Trakeotomi Endikasyonları

TRAKEOTOMİ ENDİKASYONLARI
Uzamış entübasyon
Ventilasyon desteğini kolaylaştırma
Hastanın sekresyonlarını atmada yetersizliği ve aspirasyon
Yaygın bronkopulmoner sekresyonlar
Üst solunum yolu obstrüksiyonu
Stridor
Hava açlığı
Retraksiyonlar
Bilateral kord paralizi arterial desatürasyonlarla giden
obstrüktif uyku apnesi
Entübasyon yapılamaması
Majör baş- boyun cerrahileri
Majör baş- boyun travmalarının tedavisinde

(Kerr ve ark., 1987)

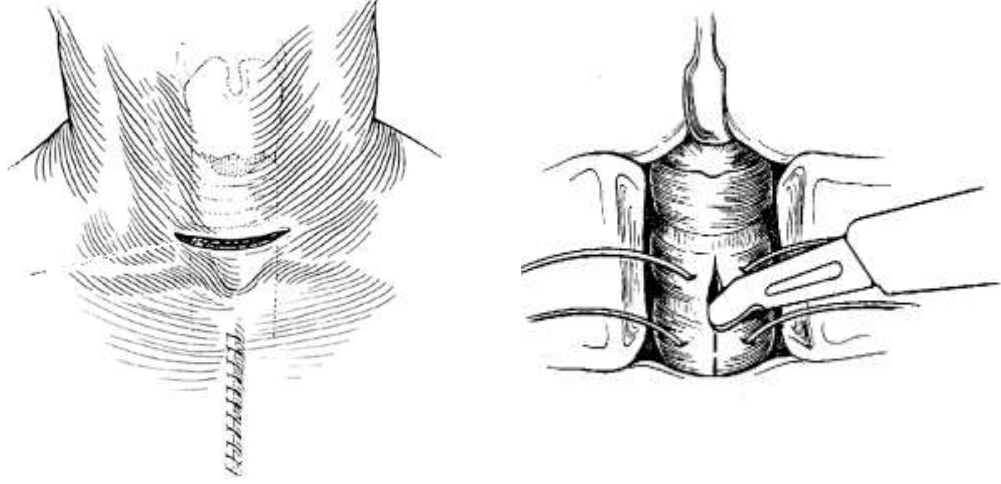
1.4.3 Trakeotomi Tekniği

Trakeotomi m¼mk¼nse ameliyathanede, uygun pozisyon, uygun ışık ve yeterli alet ile açılması gerekmektedir. Hasta ameliyat masasında supin pozisyonda yatırılır ve orta dercede baş ekstansiyonu yapılır. Aşırı ekstansiyon solunum yollarında daha fazla daralmaya neden olabilir. Baş ve boynun orta hattan sapması larinks ve majör damarların rotasyonuna sebep olabilir(Paperalla ve Shumrick, 1980).



Şekil 1.2 Trakeotomi pozisyonu (Paperalla ve Shumrick, 1980).

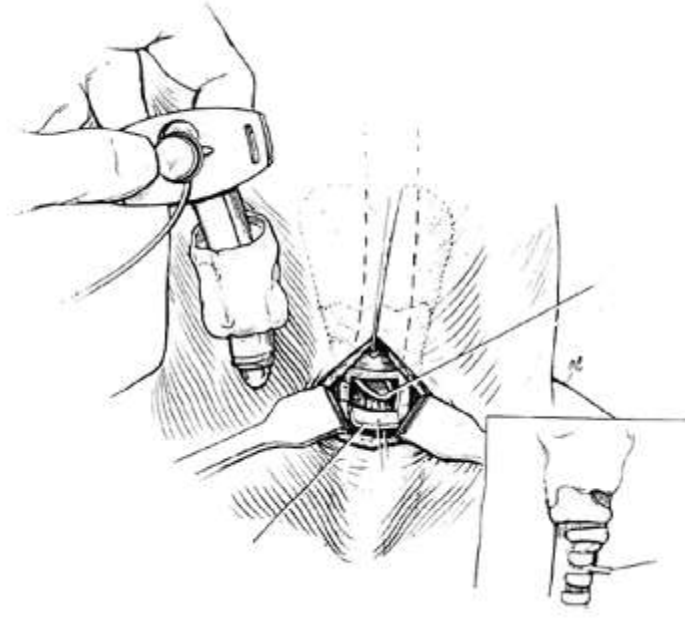
Horizontal ya da vertikal cilt insizyonu yapılabilir. Horizontal insizyon daha az skar bıraktığı için tercih edilir ancak trakea daha çabuk bulunduğu ve daha güvenli olduğu için vertikal insizyon en çok tercih edilen insizyondur(Sollid ve ark., 2008)



Şekil 1.3 Trakeotomi insizyonu, Horizontal, Vertikal (Rubin, Silver , 2000)

Temel cerrahi teknik ya krikoid kartilajdan başlayarak yaklaşık 4 cm inferiora uzanan vertikal insizyondan veya sternal çentik ve krikoid kartilajın tam ortasındaki bölgeden yapılacak horizontal insizyonla başlanır. Boyun derisi insizyonu krikoid-sternal çentik üzerinden geçen doğrunun orta noktasından 4-5 cm uzunluğunda yapılmalıdır (sternal çentiğın iki parmak üzerinden).

Horizantal kesilerde genellikle 2-3. trakeal halkalar arasından girilir. Vertikal insizyonlar anterior duvara, 2.ve 3. halkalardan yapılır.Vertikal insizyonun, kartilaj eksizyonu ve transvers insizyona göre daha hızlı iyileşme gösterdiği saptanmıştır (Assen ve ark., 2006; Goldenberg ve ark., 2002).



Şekil 1.4. Trakeotomi tüpünün yerleştirilmesi (Janfaza ve Fabian, 2002)

1.4.4. Kontraendikasyonları

Açık cerrahi trakeotominin kontraendikasyonu yoktur (Goldenberg ve ark., 2002).

1.4.5. Trakeotomi Komplikasyonları

Trakeotomi komplikasyonları cerrahi işlem den komplikasyon gelişene kadar geçen dönem uzunluğuna göre sınıflandırılabilir. Komplikasyonları erken, intraoperatif ve postoperatif olarak ayırabiliriz.

Trakeotomi üzerine yapılan araştırmalarda düzenlenen çalışma dizaynı, hasta takibi ve komplikasyonların tanımlanmasındaki farklılıklardan dolayı % 5' ten % 40'a varan farklı komplikasyon oranları verilmektedir (Myers ve Carrau, 1991).

En sık komplikasyon klasik olarak hemorajidir (%3.7). Bunu tüp obstrüksiyonu (%2.7) ve tüp yer değiştirmesi (%1.5) izler. Daha az görülen pnömotoraks, trakea stenozu ve trakeaözefageal fistül insidansı %1'den azdır (Paperalla ve Shumrick, 1980)

1.4.6. Erken Komplikasyonlar

Trakeotominin erken komplikasyonları trakeotomi açılırken veya cerrahi işleminin bitirilmesi sırasında karşılaşılan komplikasyonlardır. Bu komplikasyonlar her ne kadar cerrahi işlem sırasında sıklıkla görülse de trakeotomi açıldıktan saatler veya günler sonra da karşılaşılabılır.

Apne: Kronik hipoksi ve hiperkapni anamnezi olan hastalarda, trakeotomi açılıp birkaç solunum yaptıktan sonra CO₂ seviyesinin düşmesine ve O₂ basıncının yükselmesine bağlı olarak solunum merkezi deprese olur ve apne gelişebilir. Bunu önlemek için kanül ağzı daraltılarak pCO₂ düşüşü ve pO₂ yükselişi yavaş yavaş sağlanır (Kerr ve ark., 1987)

Kardiak Arrest: Trakeotomi sırasında kardiak arrest, aşırı anksiyöz hastalarda adrenalinin fazla miktarda salgılanması, pCO₂'nin ani düşüşü ve respiratuar alkaloz sonucu hiperkalemi meydana gelişi ile ilgili olabilir (Myers ve Carrau, 1991)

Hemoraji: Hemoraji trakeotomi sırasında sık görülen bir durumdur. Trakeotomi açılması esnasında kanama sıklıkla kullanılan cerrahi teknikteki hatalardan kaynaklanır. Diğer erken komplikasyonlar ise trakeotomi tüpünün yanlış bir rotaya yerleştirilmesi (ör. Anterior trakeal bölgeye), elektrokotere bağlı intraoperatif yangın ve çevre dokulara cerrahi hasar verilmesidir (Paperalla ve Shumrick , 1980)

Hava Embolisi: Trakeotominin önemli ama seyrek komplikasyonudur. Geniş venlerden biri açılırsa görülebilir. Bu durumda hasta hemen sol yan üzerinde ve baş aşağı olacak şekilde yatırılır. Havanın boşaltılması için kateter kullanılması gerekebilir.

Komşu Dokuların İnşürisi: Trakeotomi sırasında çevre dokularda da inşüri meydana gelebilir. Bu özellikle trakeanın iyi ortaya konmamasından ötürü gelişir. Trakeal kartilajlar ya da cricoid kartilaj yaralanması genellikle trakeotominin yukarıdan açılmasına bağlıdır. Bu hastalar genellikle laringotrakeal stenoz ile sonlanırlar. Trakeaya derin insizyon yapılırsa arkada ösefagusu yaralayarak trakeoösefageal fistül gelişebilir (Kircher, 1980).

Pnömotoraks- Pnömomediastinum: Pnömotoraks genellikle plevranın kupulasının yaralanması sonucudur. Pnömomediastenumda da en sık kuvvetli öksürük sonucu sıkışan havanın derin doku planları boyunca mediastene inmesi sonucu oluşur (Paperalla ve Shumrick, 1980).

1.4.7. İntermediate Komplikasyonlar

İntermediate komplikasyonlar cerrahi sonrası ilk saatlerden günlere kadar olan süre içerisinde gelişen komplikasyonlardır. Tekrardan kanama trakeotominin sık postoperatif komplikasyonudur. Birçok hasta hipotansif olduğundan dolayı arterial kan basıncı yükselmedikçe veya kanül yerleştirilmesini takiben oluşan öksürüğün oluşturduğu venöz basınçta artma olmadıkça kanama oluşmaz. Ufak sızıntılar oksidize sellüloz , mikrofibriler kollajen veya traneksamik asit emdirilmiş gaz tamponlar ile hafif bir tampon yerleştirilmesi ile durdurulabilir. Geçici trakeit veya stomal sellülit meydana gelebilir ve tüm yeni trakeotomilerde lokal hijyene çok dikkat edilmelidir (Dere ve ark., 1995; Myers ve Carrau, 1991; Kerr, 1987).

Diğer bilinen erken postoperatif komplikasyonlar subkutanöz amfizem, pnömomediastenum ve pnömotoraktır. Bu komplikasyonların hepsi trakeotomi esnasında doku planlarının çok fazla diseksiyonu, kanülün blokajı veya aşırı basınçla asiste solunum esnasında havanın pretrakeal faysa boyunca yapmış olduğu diseksiyona bağlı olarak gelişebilir. Erişkinlerde subkutanöz amfizem gelişme insidansı %0,9 ve pnömotoraks ise %0,4 tür (Kirchner, 1980; Myers ve Carrau,1991).

Tüp obstrüksiyonu gelişme insidansı %2.5' tur. Postoperatif ilk günlerde meydana gelir ve genellikle kan pıhtısı , kısmi tüpün yer değiştirmesi veya tüpün ucunun posterior trakeal duvara değmesi sonucunda oluşur.Gözlem, nemlendirme ve sık nazik aspirasyon gibi rutin postoperatif bakım obstrüksiyonu gelişimini önler. Trakeotomi tüpünün cerrahiyi takip eden ilk birkaç gün içinde çıkması ölümcül olabilir. Tüpün çıkmasında rol oynayan faktörler tüpün uzunluğu, boynun kalınlığı, trakeotomi alanı, postoperatif şişlik ve tüpü tespit etme yöntemi gibi çok çeşitlidir. Genel kural olarak tüp ipleri ile nazikçe açılmayacak şekilde bağlanmalıdır. İp boynu sıkmamalı ve boyun ile arasına iki parmak girecek şekilde olmalıdır (Kirchner, 1980).

1.4.8. Geç Komplikasyonlar

Genellikle uzun süreli trakeotomilerde ortaya çıkan komplikasyonlardır.

Trakeokutanöz fistül: Uzun süreli trakeotomilerde traktus epitelize olur. Genellikle epitelize traktusun eksizyonu ve kapatılmasıyla tedavi edilir. Trakeokutanöz fistül uzun süreli kanüllü kişilerde stomal bölgenin epitelize olması sonucu gelişen geç komplikasyondur. Devam eden fistül cilt irritasyonuna bağlı devamlı trakeal sekresyona, fonasyonun bozulmasına ve sık enfeksiyona yol açar. Enfeksiyon ve granülasyon dokusu kalıcı stomal fistülün oluşumunda rol oynar (Paperalla ve Shumrick 1980; Cormack ve Lehane, 1984).

Trakeoözefageal fistül:Trakeotomi sırasında trakeaya derin insizyon sonucu erken komplikasyon olabileceği gibi, kanül kafının ya da kanül ucunun yaptığı basınç nekrozu sonucu da gelişebilir. Fistülden gastrik materyalin aspirasyonu pnömoniye yol açabilir. Tedavide açık eksplorasyon ve fistülün onarımı gerekir. Trakeoözefageal fistül nadirdir ve görülme sıklığı %0,01-1 olarak bildirilmiştir (Paperalla ve Shumrick 1980; Wood ve Mathisen 1991).

Gecikmiş kanama gibi geç komplikasyon granülasyon dokusunun traksiyonu sonucu veya innominat arterin erozyonu sonucu gelişebilir. Trakeoinnominant fistüle bağlı masif kanama trakeotomilerin %0,4'ünde meydana gelir (Gillespie ve Eisele, 1999; Samsoun ve Young, 1987;).

1.5. Trakeotomi Bakımı

Trakeotominin en önemli bölümlerinden birini postoperatif bakım oluşturur. Trakeotomi açıldıktan sonra özellikle üzerinde durulması gereken konular şunlardır:

- ◆ Düzenli aspirasyon
- ◆ Isı ve nem ayarlanması
- ◆ Kanül değiştirilmesi
- ◆ Evde bakım (Karadağ ve Taşçı, 2005; Serra, 2000; Griggs, 1998).

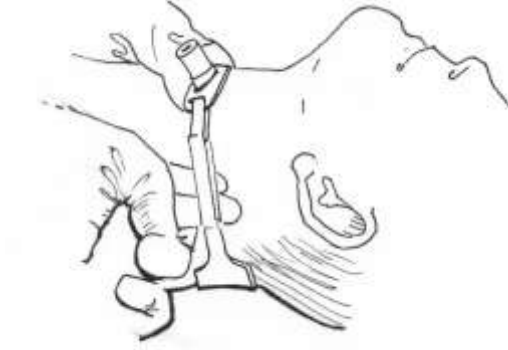
1.5.1. Trakeotomi Bakımında Dikkat Edilmesi Gerekenler

Trakeotomi bakımında, ilk olarak dikkat edilmesi gerekenler şunlardır:

- Trakeotomi bakımı öncesi ve sonrasında eller mutlaka yıkanmalı.
- Trakeotomi açıklığının etrafı kızarıklık, şişme ve kanama yönünden değerlendirilmeli.
- Gerekli malzemeler önceden hazırlanmalı.

- Steril gaz bezler kullanılmalı (Öztürk ve ark., 2008; Serra, 2000; Griggs, 1998; Hooper, 1996)

Trakeotomi bakımında, trakeotomi bölgesinin kuru ve temiz olması derinin tahriş olmasını ve infeksiyon gelişimini önler. Trakeotomi tüpü tespiti doku tahrişini önlemek amacıyla tespit ile doku arasındaki boşluk en fazla iki parmak genişliğinde olmalıdır (UPMC, 2007).



Şekil 1.5. Trakeotomi tespiti (UPMC, 2007).

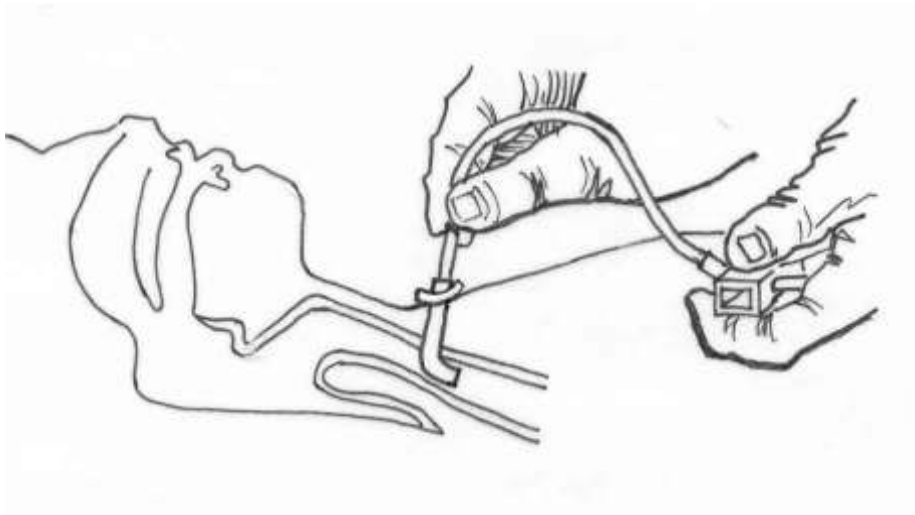
1.5.2. Düzenli Aspirasyon

Trakeotomi açıldıktan sonra, ilk 24 saatte daha sık olmak üzere düzenli trakeal aspirasyon yapılmalıdır. Trakeal irrtasyondan dolayı özellikle ilk 24 saatte trakeobronşial sekresyon artar (Day, 2000; Fiorentini, 1992; Özden, 2007; Ackerman, 1993)

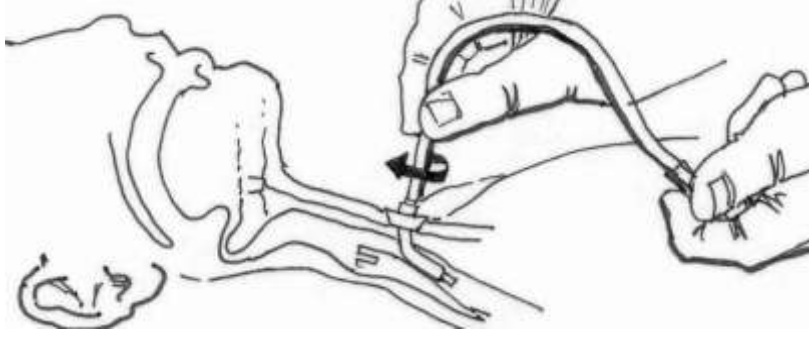
Solunum yolunda biriken sekresyonları hasta kendisi çıkaramadığı zaman , solunum yolundan almak için aspirasyon yapılır. Kanülün tıkanmasını önüne geçmek için sık sık ekspirasyon esnasında iki saatte bir aspirasyon yapılmalıdır (Pruitt, 2005; Sevinç, 1997; Blackwood, 1998).

Aspirasyon işleminde dikkat edilmesi gereken noktalar:

- Vakum sistemi kapalı şekilde katater ilerletilmeli.
- Katater ilerletilirken engelle karşılaşıldığı noktada 1-2 cm geri çekilmeli.
- Vakum sistemi açık şekilde, katater yavaş yavaş döndürülerek geri çekilmeli.
- Toplam aspirasyon süresi 10-15 saniyeyi geçmemeli.
- Gerekli ise aspirasyon işlemi tekrar edilir. Bir girişim esnasında en fazla iki aspirasyon denemesi yapılmalı.
- Krutlanma gelişir ise 1-2 cc serum fizyolojik kanül içerisinden uygulanarak krutlar yumuşatılarak uzaklaştırılır.
- Trakeal aspirasyon tamamlandıktan sonra, hastanın ağız ve burnu da aspire edilir.
- Aspiratör bağlantı tüpü, bir kabın içinde bulunan 1000 cc su+ 10 cc Betadine ile yıkanır.
- Hastaya rahat bir pozisyon verilir.
- Yapılan işlemler, gelen sekresyon miktarı ve görünümü yönünden değerlendirilir (Dere ve ark., 1995; Öztürk ve ark., 2008; Elizabeth ve ark., 2002; Kluge ve ark., 2008; Fiorentini, 1992; Day, 2000; Serra, 2000).



Şekil 1.6. Aspirasyon uygulaması 1. aşama (Kluge ve ark., 2008)

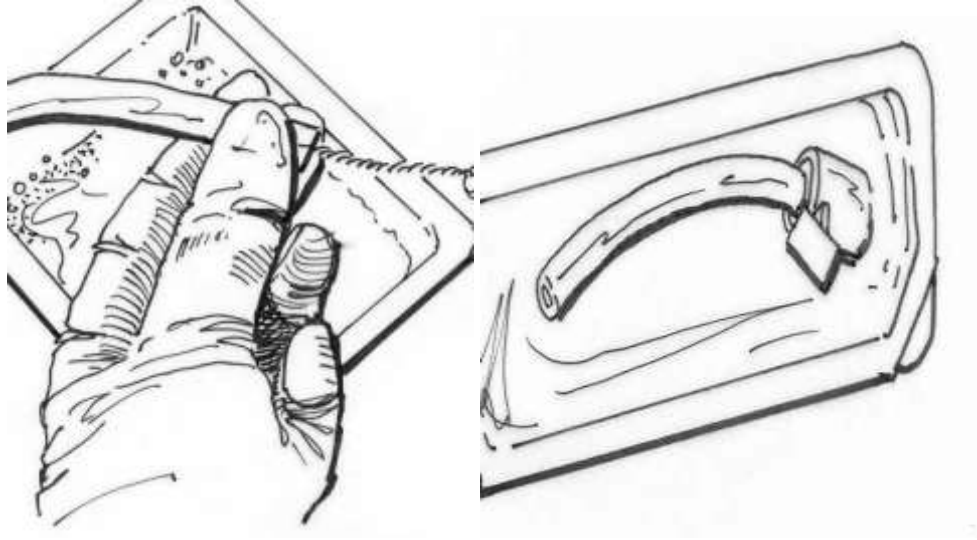


Şekil 1.7. Aspirasyon uygulaması 2. aşama (Kluge ve ark., 2008)

1.5.3. Trakeotomi Kanülü ve Bakımı

Hastaya ilk olarak manşonlu plastik trakeotomi kanülü uygulanır. (Manşon şişirilerek trakeaya mühtemel kanamanın ilerlemesi önlenir) İleri dönemde gümüş kanül tercih edilir (bakımı daha kolay, daha az iritan). Radyoterapi uygulanan hastaya en azından RT seansında plastik kanül uygulanır. Kanül kalınlığı ve uzunluğu hastanın anatomisi ve durumuna göre ayarlanır (McKenna ve ark., 2004; Carpen ve Liaiso, 2005).

Kalıcı bir trakt sağlamak için şartlar zorlanarak kanül 2-3 gün yerinde bırakılmalıdır. Dış kanül 48 saatte bir değiştirilir. İç kanül ise günde 2-3 defa çıkarılıp temizlenmelidir. Hastanın sürekli yedek kanülü hazır tutulmalıdır. Konuşma için özel valfli kanüller mevcuttur veya hasta kanülün ağzını kapatarak konuşabilir (White, 2007; UPMC, 2007)



Şekil 1.8. Kanül Bakımı (UPMC, 2007)

1.5.4. Isı ve Nem Ayarlaması

Trakeotomi açıldıktan sonra burnun fonksiyonu ortadan kalktığı için, ortam havasının nemi ve ısısı uygun hale getirilmelidir.

Isı 25 C^0 , nem de %90 civarında olmalıdır. Yetersiz olması durumunda sekresyon kurur ve infeksiyonlara neden olabilir. Nem ayarı için hastaya sık aralıklarla buhar verilir. Hastanın yeterince hidrate edilmesi sağlanır (Elizabeth ve ark., 2002; Hatipoğlu ve ark., 2000).

1.5.5. Profilaktik Antibiyotik

Hastada trakeobronşial sistemde ya da yara yerinde bir infeksiyon olmadıkça antibiyotik gerekmez (Dere ve ark., 1995)

1.5.6. Evde Bakım

Hasta ve ailesinin eğitimi çok önemlidir. Özellikle steril aspirasyon tekniği, nemlendirme ve kanül değişimi öğretilmelidir. Mümkünse eğitilmiş bir hemşire hastayı düzenli ziyaret etmelidir (Briggs ve ark., 2007)

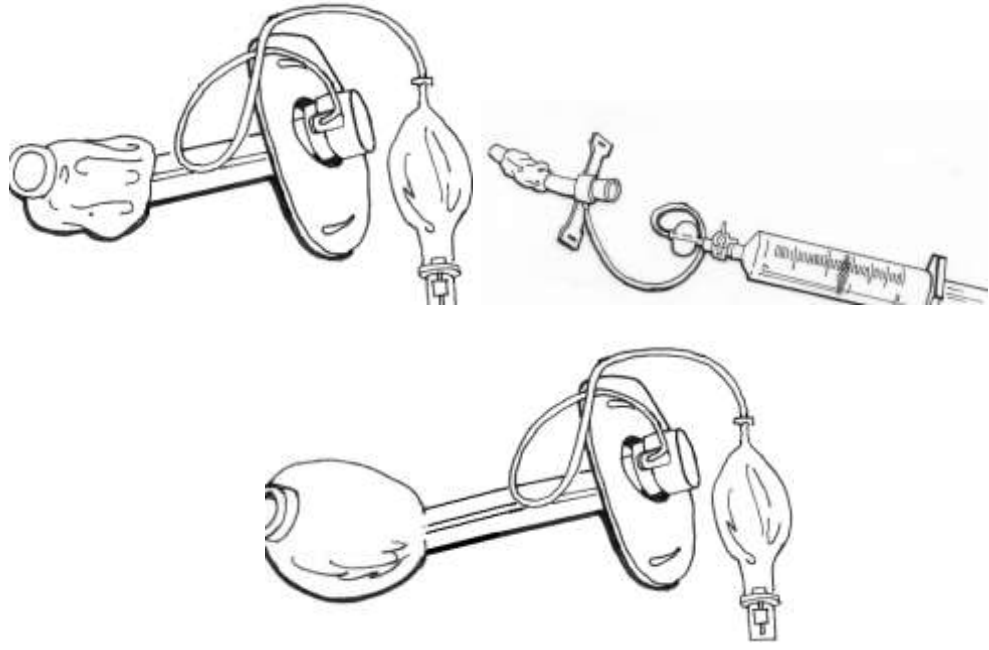
1.5.7 Kaflı Tüp Kullanımı

Genellikle santral sinir sistemi hastalıkları, ilaç entoksikasyonu, kafa travmaları, serebrovasküler kazalar, bulber ödem veya tümörlerde kafli trakeotomi tüpü gerekir. Ayrıca myastenia gravis, Guillain-Barre gibi nöromusküler hastalıklarda da kafli tüp endikasyonu vardır (Dere ve ark., 1995).

Kafli tüplerde temel amaç ventilasyon yetmezliği sonucu atılamayan sekresyonları aspire etmek ve etkili bir hava akımı sağlamaktır. Dünya standartlarına göre kaf basıncı manometre ile 25 cm³ H₂O basıncı olarak ayarlanmalıdır (Vyas ve ark., 2002; Luc ve ark., 2007). Türkiye'deki uygulamalarda ise tüp yerleştirildikten sonra kaf 5-10 cc hava ile şişiriliyor (Dere ve ark., 1995).

Kafli tüpler, ayrıca tükürük fistül drenajını, mide muhtevasının regürjitasyonunu ve maksillo fasial travma sonucu veya baş-boyun ameliyatları sonrası oluşan kanamanın trakeaya drenajını engelleme fonksiyonu görür. (Luc ve ark., 2007)

Kafli tüpün en önemli ve acil komplikasyonu kafın trakeal lümenine prolabe olması ve tüpü tıkamasıdır. Bunu önlemek için trakeotomi tüpünün aynı ebadında veya bir küçük boy kaf kullanılır. Diğer komplikasyonu ise tüp kafının fazla şişirilmesine bağlı gelişen trakeal mukoza nekrozudur. Bunu önlemenin yolu, periyodik olarak her saatte bir 5-10 dk kafın indirilmesidir. (Dere ve ark., 1995)



Şekil 1.9. Kaf bakımı (DERE ve ark., 1995)

2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, trakeotomiye bağımlı yetişkin hastalara hemşirelik bakımını veren hemşirelerin bilgi düzeyinin değerlendirilerek belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2.2 Araştırmanın Yeri

Araştırma, İstanbul İlinde Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde bulunan Anestezi ve Reaminasyon yoğun bakım ünitesi, Cerrahi servisi, KBB servisi, Acil servis, Poliklinik, Dahiliye kliniklerinde çalışan hemşireler ile yapılmıştır.

2.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, 19.10.2009- 22.11.2009 tarihleri arasında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Anestezi ve Reaminasyon yoğun bakım ünitesi, Cerrahi servisi, KBB servisi, Acil servis, Poliklinik, Dahiliye kliniklerinde görev yapan 150 hemşireden oluşmaktadır. Çalışmanın örneklemini ise; çalışmanın sınırlılıkları dahilinde, çalışmanın yapıldığı tarihler arasında hastanede görev yapan ve çalışmayı kabul eden basit rasgele yöntemle seçilmiş 150 hemşire oluşturmuştur.

2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmaya, Anestezi ve Reaminasyon Yoğun Bakım ünitesi, Cerrahi servisi, KBB servisi, Acil servis, Poliklinik , Dahiliye kliniklerinde görev yapan, bilinci açık, sözlü iletişim kurabilen, çalışmayı kabul eden hemşireler alınmıştır.

2.5. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında Sosyo-demografik özelliklere yönelik bilgilerin araştırılması için “Bilgi Toplama Formu” ve Trakeotomi bakımında hemşirelerin bilgi düzeyini belirlemek için “Bilgi Testi” kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından hemşireler ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

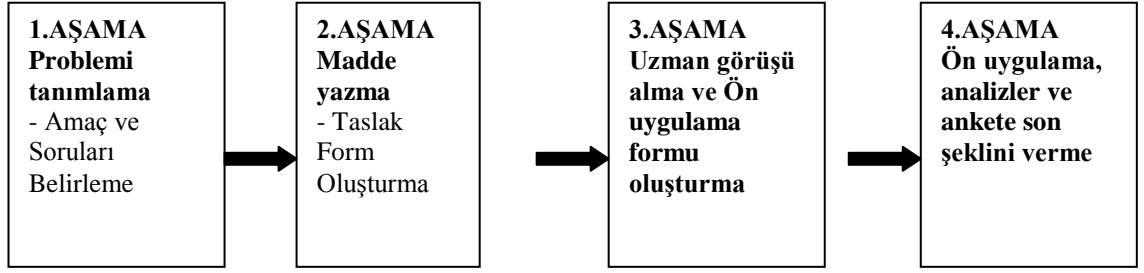
2.5.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması:

Bu araştırmada verilerin toplanması amacıyla bir anket geliştirilmiştir.

Bilgi Testi Formu (Ek-II): Hemşirelerle yüz yüze görüşülerek doldurulan Bilgi Testi Formu; hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin bulunduğu “Kişisel Bilgiler”, trakeotomi bakımına yönelik bilgi testinin yer aldığı “Trakeotomi Bakımına İlişkin Bilgiler”, bölümlerinden oluşmaktadır.

Anketin geliştirilmesi süreci dört aşamadan oluşmaktadır. Bu süreç, Şekil 2.1’de gösterilmektedir:

Şekil 2.1. Anket Geliştirme Süreci



(Büyükoztürk vd. , 2008)

2.5.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması:

Veriler araştırmacı tarafından hemşireler ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Araştırmacı tarafından; hemşirenin verdiği bilgiler doğrultusunda “Bilgi Testi Formu” uygulanmıştır

2.5.3 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS 11.5 Windows paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin, trakeotomi bakımındaki bilgi düzeyleri ile karşılaştırılmasında yüzdeler ve khi-kare (Chi-square) analiz tekniğinden yararlanılmıştır.

Hemşirelerin bilgi düzeyi hesaplanırken bilgi testine göre 1-8 doğru sayısı aralığına temel düzey, 8-16 doğru sayısı aralığına orta düzey, 16-24 doğru sayısı aralığına ileri düzey denilmiştir.

3.BULGULAR

Bu bölümde elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

3.1. Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Uygulanan ankette hemşirelere kaç yaşında oldukları sorularak hemşirelerin trakeotomi bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine yaşın etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Cevaplara ilişkin kişi sayıları ve yüzde değerleri Tablo 3.1.' de verilmiştir.

Tablo 3.1. Hemşirelerin Yaş Gruplarının Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

YAŞ		BİLGİ DÜZEYİ			TOPLAM
		Temel Düzey	Orta Düzey	İleri Düzey	
18-25 arası	n	8	22	16	46
	%	17,39	47,83	34,78	100
26-35 arası	n	20	35	9	64
	%	31,25	54,69	14,06	100
36-44 arası	n	8	13	6	27
	%	29,63	48,15	22,22	100
45 ve üzeri	n	4	9	0	13
	%	30,77	69,23	0,00	100
TOPLAM	n	40	79	31	150
	%	26,67	52,67	20,67	100

$X^2 = 11,699$

Sd=6

p=0,069

İstatistiki farklılık olmamakla birlikte yeni mezunların (daha genç yaşta olan hemşirelerin) yaklaşık %35'i bilgi testine göre ileri seviye bilgiye sahip iken ileri yaşlarda (45 üzeri) ileri seviye bilgi düzeyi olan hemşire yoktu. İleri yaşlardaki (45 ve üzeri) hemşirelerin ileri seviyede bilgi düzeyine sahip olmamalarının nedeni araştırıldığında, bu hemşirelerin yaklaşık %60'si temel düzeyde ve sağlık meslek lisesi mezunu olduğu , %10'nün ise ön lisans mezunu ve orta düzey bilgiye sahip olduğu saptanmıştır.İleri yaştaki (45 ve üzeri) hemşirelerin yaklaşık %30'nun ileri

seviyede bilgiye sahip olmadıkları ve sağlık meslek lisesi mezunu olduğu ortaya çıkmıştır (p=0.00).

Hemşirelerin trakeotomi bakımındaki bilgi düzeyleri ile yaşları arasındaki ilişki istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05).

3.2. Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Uygulanan ankette hemşirelere medeni durumları sorularak hemşirelerin trakeotomi bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine medeni durumlarının etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Cevaplara ilişkin kişi sayıları ve yüzde değerleri Tablo 3.2.' ye verilmiştir.

Tablo 3.2. Hemşirelerin Medeni Durumlarının Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

MEDENİ DURUM		BİLGİ DÜZEYİ			TOPLAM
		Temel Düzey	Orta Düzey	İleri Düzey	
Evli	n	12	34	12	58
	%	20,69	58,62	20,69	100
Bekar	n	18	37	18	73
	%	24,66	50,68	24,66	100
Boşanmış	n	10	8	1	19
	%	52,63	42,11	5,26	100
TOPLAM	n	40	79	31	150
	%	26,67	52,67	20,67	100

$\chi^2=9,282$

Sd=4

p=0,054

İstatistiki farklılık olmamakla birlikte bekar olan hemşirelerin bilgi düzeyinin yaklaşık %25'i ileri düzey olarak saptanmışken, boşanmış hemşirelerin %5'i ileri düzey bilgi düzeyine sahip olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin trakeotomi bakımındaki bilgi düzeyleri ile medeni durumları arasındaki ilişki istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05).

3.3. Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı

Uygulanan ankette hemşirelere öğrenim durumları sorularak hemşirelerin trakeotomi bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine öğrenim durumlarının etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Cevaplara ilişkin kişi sayıları ve yüzde değerleri Tablo 3.3.' de verilmiştir.

Tablo 3.3. Hemşirelerin Öğrenim Durumlarının Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Öğrenim Durumu	BİLGİ DÜZEYİ			TOPLAM	
	Temel düzey	Orta Düzey	İleri Düzey		
S.M. Lisesi	n	26	45	7	78
	%	33,33	57,69	8,97	100
Ön lisans	n	7	12	10	29
	%	24,14	41,38	34,48	100
Lisans	n	7	20	10	37
	%	18,92	54,05	27,03	100
Y.Lisans	n	0	2	4	6
	%	0,00	33,33	66,67	100
TOPLAM	n	40	79	31	150
	%	26,67	52,67	20,67	100

$\chi^2=20,023$

Sd=6

p=0,003

Yüksek Lisans mezunu hemşirelerin bilgi düzeyi yaklaşık %67'si ileri düzeyde iken Sağlık Meslek Lisesi mezunu hemşirelerin %7'si ileri düzey bilgi düzeyine sahiptir(p=0.007).

Hemşirelerin trakeotomi bakımındaki bilgi düzeyleri ile öğrenim durumları arasındaki ilişki istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05).

3.4. Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

Uygulanan ankette hemşirelere kaç yıldır hemşire olarak çalıştıkları sorularak hemşirelerin trakeotomi bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine çalışma sürelerinin etkisi

olup olmadığı araştırılmıştır. Cevaplara ilişkin kişi sayıları ve yüzde değerleri Tablo 3.4.' de verilmiştir.

Tablo 3.4. Hemşirelerin Çalışma Sürelerinin Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Çalışma Süresi		BİLGİ DÜZEYİ			TOPLAM
		Temel düzey	Orta Düzey	İleri Düzey	
1-5 Yıl	n	14	31	15	60
	%	23,33	51,67	25,00	100
6-10 Yıl	n	10	19	9	38
	%	26,32	50,00	23,68	100
11-15 Yıl	n	10	13	6	29
	%	34,48	44,83	20,69	100
16-20 Yıl	n	2	6	1	9
	%	22,22	66,67	11,11	100
21 Yıl ve üzeri	n	4	10	0	14
	%	28,57	71,43	0,00	100
TOPLAM	n	40	79	31	150
	%	26,67	52,67	20,67	100

$\chi^2=6,677$

Sd=8

p_{0,572}

1-5 yıl çalışma süresi olan hemşirelerin %25'i bilgi testine göre ileri seviye bilgiye sahip iken 21 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin ileri seviye bilgi düzeyi olan hemşire yoktur. Ancak 15 yıl üzerinde çalışanlar arasında ileri seviyede bilgi düzeyine sahip hemşirelerin sayının oldukça az olduğu (1 hemşire (%5)) dikkati çekmektedir. Bu durumun sebebi araştırıldığında 15 yıl ve üzeri tecrübe sahibi hemşirelerin büyük kısmını sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin oluşturduğu (30 hemşire) ve yaklaşık %7'si ileri seviyede bilgi düzeyine sahipken %93'ü ileri seviyede bilgi düzeyine sahip olmadığı ve sağlık meslek lisesi mezunu olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin trakeotomi bakımındaki bilgi düzeyleri ile çalışma süreleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05).

3.5. Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Kurum İçi Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

Uygulanan ankette hemşirelere kaç yıldır aynı hastanede hemşire olarak çalıştıkları sorularak hemşirelerin trakeotomi bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine kurum içi çalışma sürelerinin etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Cevaplara ilişkin kişi sayıları ve yüzde değerleri Tablo 3.5.' de verilmiştir.

Tablo 3.5. Hemşirelerin Kurum İçi Çalışma Sürelerinin Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Kurum İçi Çalışma Süresi		BİLGİ DÜZEYİ			TOPLAM
		Temel Düzey	Orta Düzey	İleri Düzey	
1-5 Yıl	n	23	44	15	82
	%	28,05	53,66	18,29	100
6-10 Yıl	n	12	17	14	43
	%	27,91	39,53	32,56	100
11-15 Yıl	n	1	8	1	10
	%	10,00	80,00	10,00	100
16-20 Yıl	n	2	5	1	8
	%	25,00	62,50	12,50	100
21 Yıl ve üzeri	n	2	5	0	7
	%	28,57	71,43	0,00	100
TOPLAM	n	40	79	31	150
	%	26,67	52,67	20,67	100

$\chi^2=10,021$

Sd=8

$p=0,264$

6-10 yıl arası çalışan hemşirelerin yaklaşık %33'ü bilgi testine göre ileri seviye bilgiye sahip iken 21 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin ileri seviye bilgiye sahip hemşire yoktur ($p=0.4$).

Hemşirelerin trakeotomi bakımındaki bilgi düzeyleri ile kurum içi çalışma süreleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

3.6. Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Aylık Maaşlarına Göre Dağılımı

Uygulanan ankette hemşirelere aylık maaşları sorularak hemşirelerin trakeotomi bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine aldıkları maaşın etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Cevaplara ilişkin kişi sayıları ve yüzde değerleri Tablo 3.6.' da verilmiştir.

Tablo 3.6. Hemşirelerin Aylık Maaşlarının Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Aylık Maaş (TL)		BİLGİ DÜZEYİ			TOPLAM
		Temel Düzey	Orta Düzey	İleri Düzey	
751-999	n	12	22	0	34
	%	35,29	64,71	0,00	100
1000 ve üzeri	n	28	57	31	116
	%	24,14	49,14	26,72	100
TOPLAM	n	40	79	31	150
	%	26,67	52,67	20,67	100

$\chi^2=11,523$

Sd=2

p=0,003

Hemşirelerin trakeotomi bakımındaki bilgi düzeyleri ile aylık maaşları arasındaki ilişki istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı bulunmuştur. ($p<0.05$). Buna göre; hemşirelerin genel bilgi düzeyi orta düzey olup bunun büyük çoğunluğunu aylık maaşı 751-999 TL olan hemşireler oluştururken, ileri düzey bilgiye sahip hemşirelerin tamamı, aylık maaşı 1000 TL ve üzeri olanlardır ($p=0.002$).

3.7. Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Çalışma Düzenlerine Göre Dağılımı

Uygulanan ankette hemşirelere işyerindeki çalışma düzenleri sorularak hemşirelerin trakeotomi bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine çalışma düzenlerinin etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Cevaplara ilişkin kişi sayıları ve yüzde değerleri Tablo 3.7.' de verilmiştir.

Tablo 3.7. Hemşirelerin Çalışma Düzenlerinin Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Çalışma Düzeni		BİLGİ DÜZEYİ			TOPLAM
		Temel Düzey	Orta Düzey	İleri Düzey	
08:00-17:00 arası	n	10	17	2	29
	%	34,48	58,62	6,90	100
08:00-17:00 arası ve nöbet	n	16	35	16	67
	%	23,88	52,24	23,88	100
08:00-08:00 veya 08:00-17:00 arası	n	14	27	13	54
	%	25,93	50,00	24,07	100
TOPLAM	n	40	79	31	150
	%	26,67	52,67	20,67	100

$\chi^2=4,440$

Sd=4

p=0,35

24 saat veya gündüz mesaisi (08:00 -08:00 veya 08:00 -17:00) çalışan hemşirelerin yaklaşık % 24'ü bilgi testine göre ileri seviye bilgiye sahip iken sadece gündüz mesaisi (08:00- 17:00) çalışan hemşirelerin yaklaşık %7'si ileri seviye bilgi düzeyine sahiptir (p=0.1).

Hemşirelerin trakeotomi bakımındaki bilgi düzeyleri ile çalışma düzenleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05).

3.8. Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Mesleki İsteklerine Göre Dağılımı

Uygulanan ankette hemşirelere, hemşireliği isteyerek seçip seçmedikleri sorularak hemşirelerin trakeotomi bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine mesleki isteklerinin etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Cevaplara ilişkin kişi sayıları ve yüzde değerleri Tablo 3.8.' de verilmiştir.

Tablo 3.8. Hemşirelerin Mesleki İsteklerinin Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Mesleki İstek		BİLGİ DÜZEYİ			TOPLAM
		Temel Düzey	Orta Düzey	İleri Düzey	
Evet	n	24	51	6	81
	%	29,63	62,96	7,41	100
Hayır	n	16	28	25	69
	%	23,19	40,58	36,23	100
TOPLAM	n	40	79	31	150
	%	26,67	52,67	20,67	100

$\chi^2=19,104$ Sd=2 p=0,000

Hemşirelerin genel bilgi düzeyi orta düzey olup bunun büyük çoğunluğunu mesleği isteyerek seçen hemşireler yaklaşık %63'ü ile ileri seviyede bilgi düzeyi ile oluşturmuştur (p=0.001)

Hemşirelerin trakeotomi bakımındaki bilgi düzeyleri ile mesleki istekleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı bulunmuştur. (p<0.05).

3.9. Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Servis İsteme Durumlarına Göre Dağılımı

Uygulanan ankette hemşirelere çalıştıkları servisi kendileri seçip seçmediği sorularak hemşirelerin trakeotomi bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine servis isteklerinin etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Cevaplara ilişkin kişi sayıları ve yüzde değerleri Tablo 3.9.' da verilmiştir.

Tablo 3.9. Hemşirelerin Servis İsteklerinin Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Servis İsteme Durumu		BİLGİ DÜZEYİ			TOPLAM
		Temel Düzey	Orta Düzey	İleri Düzey	
Kendim	N	10	24	3	37
	%	27,03	64,86	8,11	100
Hastane Yönetimi	N	30	55	28	113
	%	26,5	48,67	24,78	100
TOPLAM	N	40	79	31	150
	%	26,67	52,67	20,67	100

$\chi^2=5,138$ Sd=2 p=0,077

Hastane yönetiminin seçmiş olduğu hemşirelerin yaklaşık %25'i bilgi testine göre ileri seviye bilgiye sahip iken kendi isteği ile servislerinde çalışan hemşirelerin yaklaşık %8'i ileri düzeyde bilgi düzeyine sahiptir (p=0.1).

Hemşirelerin trakeotomi bakımındaki bilgi düzeyleri ile servis istekleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır. (p>0.05).

3.10. Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Kurum Memnuniyetlerine göre Dağılımı

Uygulanan ankette hemşirelere çalıştıkları kurumdan memnun olup olmadıkları sorularak hemşirelerin trakeotomi bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine kurum memnuniyetlerinin etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Cevaplara ilişkin kişi sayıları ve yüzde değerleri Tablo 3.10.' da verilmiştir

Tablo 3.10. Hemşirelerin Kurum Memnuniyetlerinin Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Kurum Memnuniyeti	BİLGİ DÜZEYİ			TOPLAM	
	Temel Düzey	Orta Düzey	İleri Düzey		
Evet	N	8	28	1	37
	%	21,62	75,7	3,2	100
Hayır	N	32	51	30	57
	%	28,3	45,1	26,5	100
TOPLAM	N	40	79	31	150
	%	26,67	52,67	20,67	100

$\chi^2=18,241$

Sd=4

p=0,001

Hemşirelerin trakeotomi bakımındaki bilgi düzeyleri ile kurum memnuniyetleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05). Buna göre; hemşirelerin genel bilgi düzeyi orta düzey olup bunun büyük çoğunluğunu çalıştığı kurumdan memnun olan hemşireler oluşturmuştur (p=0.001).

3.11. Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Bakıma Yönelik Meslek Memnuniyetlerine Göre Dağılımı

Uygulanan ankette hemşirelere bakıma yönelik meslek seçtikleri için memnun olup olmadıkları sorularak hemşirelerin trakeotomi bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine bakıma yönelik meslek memnuniyetlerinin etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Cevaplara ilişkin kişi sayıları ve yüzde değerleri Tablo 3.11’ de verilmiştir.

Tablo 3.11. Hemşirelerin Bakıma Yönelik Meslek Memnuniyetlerinin Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bakıma Yönelik Meslek Memnuniyeti		BİLGİ DÜZEYİ			TOPLAM
		Temel Düzey	Orta Düzey	İleri Düzey	
Evet	n	25	55	20	35
	%	25,0	69,6	20,00	100
Hayır	n	15	24	11	50
	%	30,00	48,00	22,00	100
TOPLAM	n	40	79	31	150
	%	26,7	52,67	20,67	100

$\chi^2=1,248$ Sd=4 p=0,870

Hemşirelerin trakeotomi bakımındaki bilgi düzeyleri ile bakıma yönelik meslek memnuniyetleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0.05$). Buna göre; hemşirelerin genel bilgi düzeyi orta düzey olup bunun büyük çoğunluğunu bakıma yönelik meslek seçiminden memnun olan hemşireler oluşturmuştur ($p=0.7$).

3.12. Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Çalıştıkları Birimlere Göre Dağılımı

Uygulanan ankette hemşirelere hangi birimde çalıştıkları sorularak hemşirelerin trakeotomi bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine çalıştıkları birimin etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Cevaplara ilişkin kişi sayıları ve yüzde değerleri Tablo 3.12.’ de verilmiştir.

Tablo 3.12. Hemşirelerin Çalıştıkları Birimlerin Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Birim		BİLGİ DÜZEYİ			TOPLAM
		Temel Düzey	Orta düzey	İleri düzey	
Anestezi Yoğun Bakım Servisi	n	5	14	15	34
	%	14,71	41,18	44,12	100
Cerrahi Servisi	n	9	17	8	34
	%	26,47	50,00	23,53	100
K.B.B Servisi	n	8	6	4	18
	%	44,44	33,33	22,22	100
Dahiliye Servisi	n	7	11	0	18
	%	38,89	61,11	0,00	100
Poliklinik	n	8	14	1	23
	%	34,78	60,87	4,35	100
Acil Servis	n	3	17	3	23
	%	13,04	73,91	13,04	100
TOPLAM	n	40	79	31	150
	%	26,67	52,67	20,67	100

$\chi^2=28,354$

Sd=10

p=0,002

Hemşirelerin trakeotomi bakımındaki bilgi düzeyleri ile çalıştıkları birim arasındaki ilişki istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca Dahiliye Servisinde çalışan hemşirelerin hiçbirinin trakeotomi bakımında ileri düzey bilgiye sahip olmadıkları, Anestezi Yoğun Bakımda Çalışanların ise yaklaşık %44'ü en yüksek yoğunlukta ileri düzey bilgiye sahip oldukları, temel düzey bilgiye sahip hemşirelerin en yoğun çalıştığı servis K.B.B Servisi iken en düşük yoğunluktaki servis ise Acil Servis olarak belirlenmiştir ($p=0.005$).

3.13. Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Çalışma Koşulları Yeterliliğine Göre Dağılımı

Uygulanan ankette hemşirelere çalıştıkları kurumun çalışma koşullarını yeterli bulup bulmadıkları sorularak hemşirelerin trakeotomi bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine çalışma koşulları yeterliliğinin etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Cevaplara ilişkin kişi sayıları ve yüzde değerleri Tablo 3.13' de verilmiştir.

Tablo 3.13. Hemşirelerin Çalışma Koşulları Yeterliliğinin Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

ÇALIŞMA KOŞULLARI YETERLİLİĞİ		BİLGİ DÜZEYİ			TOPLAM
		Temel Düzey	Orta Düzey	İleri Düzey	
Evet	n	20	37	9	66
	%	30,33	56,61	13,6	100
Hayır	n	20	42	22	84
	%	23,81	50,00	26,2	100
TOPLAM	n	40	79	31	150
	%	26,67	52,67	20,67	100

$\chi^2=5,344$

Sd=4

p=0,254

Hemşirelerin trakeotomi bakımındaki bilgi düzeyleri ile çalışma koşulları yeterliliği arasındaki ilişki istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Buna göre; genel anlamda bakıldığında hemşirelerin genel bilgi düzeyi orta düzey olup bunun büyük çoğunluğunu çalışma koşullarının yeterli olduğunu düşünen hemşireler oluşturmuştur .

3.14. Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Özlük Hakları Yeterliliğine Göre Dağılımı

Uygulanan ankette hemşirelere çalıştıkları kurumun kendilerine sağladığı özlük haklarını yeterli bulup bulmadıkları sorularak hemşirelerin trakeotomi bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine özlük hakları yeterliliğinin etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Cevaplara ilişkin kişi sayıları ve yüzde değerleri Tablo 3.14.' de verilmiştir.

Tablo 3.14. Hemşirelerin Özlük Hakları Yeterliliğinin Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

ÖZLÜK HAKLARI YETERLİLİĞİ		BİLGİ DÜZEYİ			TOPLAM
		Temel Düzey	Orta Düzey	İleri Düzey	
Evet	n	21	41	9	12
	%	29,6	57,7	29,0	100
Hayır	n	19	38	22	79
	%	24,1	48,10	27,8	100
TOPLAM	n	40	79	31	150
	%	26,67	52,67	20,67	100

$\chi^2=7,169$

Sd=4

p=0,127

Hemşirelerin trakeotomi bakımındaki bilgi düzeyleri ile özlük hakları yeterliliği arasındaki ilişki istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamakla birlikte ($p>0.05$). Genel olarak bakıldığında hemşirelerin bilgi düzeyi orta düzeyde olup özlük haklarının yeterli olduğunu düşünen hemşireler %58.33 oranı ile en yoğun bilgi düzeyine sahiptir .

3.15. Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Çalışma Arkadaşları Memnuniyetine Göre Dağılımı

Uygulanan ankette hemşirelere çalıştıkları birimdeki arkadaşlarından memnun olup olmadıkları sorularak hemşirelerin trakeotomi bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine çalışma arkadaşları memnuniyetinin etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Cevaplara ilişkin kişi sayıları ve yüzde değerleri Tablo 3.15.' de verilmiştir.

Tablo 3.15. Hemşirelerin Çalışma Arkadaşları Memnuniyetinin Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

ÇALIŞMA ARKADAŞLARI MEMNUNİYETİ		BİLGİ DÜZEYİ			TOPLAM
		Temel Düzey	Orta Düzey	İleri Düzey	
Evet	n	31	71	25	127
	%	24,40	55,9	19,7	100
Hayır	n	9	8	6	23
	%	39,13	34,78	26,1	100
TOPLAM	n	40	79	31	150
	%	26,67	52,67	20,67	100

$\chi^2=11,794$ Sd=4 p=0,019

Hemşirelerin trakeotomi bakımındaki bilgi düzeyleri ile çalışma arkadaşları memnuniyeti arasındaki ilişki istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre; hemşirelerin genel bilgi düzeyi orta düzey olup orta düzey bilginin en yoğun olduğu grup çalışma arkadaşlarından memnun olan hemşireler iken, en düşük yoğunluktaki grup çalışma arkadaşlarından memnun olmayan hemşireler olarak belirlenmiştir ($p=0.1$)

3.16. Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Emeklilik İsteklerine Göre Dağılımı

Uygulanan ankette hemşirelere emekli olmayı isteyip istemedikleri sorularak hemşirelerin trakeotomi bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine emeklilik isteğinin etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Cevaplara ilişkin kişi sayıları ve yüzde değerleri Tablo 3.16.' da verilmiştir.

Tablo 3.16. Hemşirelerin Emeklilik İsteklerinin Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

EMEKLİLİK İSTEĞİ		BİLGİ DÜZEYİ			TOPLAM
		Temel Düzey	Orta Düzey	İleri Düzey	
Evet	n	26	58	24	108
	%	24,07	53,70	22,22	100
Hayır	n	14	21	7	42
	%	33,33	50,00	16,67	100
TOPLAM	n	40	79	31	150
	%	26,67	52,67	20,67	100

$\chi^2=1,503$ Sd=2 $p=0,472$

Hemşirelerin trakeotomi bakımındaki bilgi düzeyleri ile emeklilik istekleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.TARTIŞMA

4.1. Tartışma

Hareket aktivitesinde/yatağa bağımlı hastada; metabolik değişiklikler, anemiye ve “hücrelerin yetersiz oksijenlenmesine” yol açar. Hareketsizliğin genel etkilerinden birisi, kaslarda zayıflığa neden olmasıdır. Solunum fonksiyonunda görev alan diyafragma ve interkostal kasların zayıflaması, akciğerlerin yeterince genişleyememesi ve etkin havalanamaması “akciğer ventilasyonunda azalma” görülür. Akciğerler ve solunum yollarında oluşan “sekresyon atılamaz ve birikir”. Sekresyonun birikmesi bakteri üremesi için zemin oluşturur. Böylece kolaylıkla “solunum yolu enfeksiyonu” gelişebilir.

Yatağa bağımlı bireylerde solunumunun desteklenmesi önemlidir. Bireyin pozisyonunun rahat soluk alıp vermeyi, yeterli akciğer genişlemesini destekleyici olması gerekmektedir. Hastalar öksürük, balgam çıkaramama, alerji, havayolu tıkanıklığı, endişe gibi nedenlerle solunum sıkıntısı yaşayabilirler. Uygun pozisyon verme, sık aralıklarla pozisyon değişikliği, solunum ve öksürük egzersizleri, aspirasyon ve oksijen uygulama ve solunumu gibi ilgili hemşirelik uygulamaları ile hasta rahatlatılır.

Toplumun gereksinimlerinden ortaya çıkan, bireylere, ailelere, dolayısıyla topluma verilen hemşirelik hizmetleri, bugün gördüğü işlevler ile dünyanın hemen her yerinde sağlık alanındaki hizmetlerin vazgeçilmez bir parçasıdır.

Sağlık hizmetleri pahalı kurumsal hizmetler olarak değerlendirilmektedir. Buna karşın sunulan hizmetin fayda ve maliyet etkinliklerine bakıldığında, hemşireler kaliteli ve etkin bakımla, hastanede yatış süresini, bunun yol açacağı iş gücü ve maliyet kaybının azalmasını sağlayabilirler. Bilindiği gibi hemşirelik bakımının

etkinliğinin en yararlı göstergelerinden birisi önlenebilir hastalık ve komplikasyonların yokluğudur (KARADAĞ, TAŞÇI, 2005).

Trakeotomi bakımı da trakeotomi işlemin başarılı olmasının temel dayanağı olan hemşirelik bakımının, en iyi düzeyde yapılması gerekir. Trakeotominin komplikasyonlarının azlığı ya da yokluğu iyi düzeyde hemşirelik bakımının yapıldığını gösterir.

Çalışmamızda; trakeotomi bakımında en önemli rolü alan hemşirelerin bilgi düzeyleri ve bilgi düzeylerine etkisi olan kavramlar değerlendirilmiştir.

Trakeotomi bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine yaşın etkisi olup olmadığı incelendiğinde 26-35 yaş arası hemşirelerin bilgi düzeyinin, %54,69 oranı ile orta düzey bilginin en yoğun olduğu yaş grubu olduğu ortaya konmuştur. 45 ve üzeri yaş grubundaki hemşirelerin hiçbirinin ileri düzey bilgiye sahip olmadığı tespit edilmiştir. 45 ve üzeri yaş grubundaki hemşirelerin çoğu sağlık meslek lisesi ve ileri seviyede bilgi sahibi olmadığı görülmüştür. Bu durum hemşirelik mesleğinde daha iyi bakım verebilmek için, eğitim seviyesinin yükseltilmesini ve zaman zaman hizmet içi eğitim yoluyla bilgi verilmesi gereğini ortaya koymaktadır.

Hemşirelerin trakeotomi bakımındaki bilgi düzeyleri ile öğrenim durumları arasındaki ilişki istatistiksel olarak karşılaştırıldığında hemşirelerin bilgi düzeyi genel olarak orta düzey olup, bunun büyük çoğunluğunu Sağlık Meslek Lisesi mezunu hemşireler oluşturmuştur. Ayrıca Yüksek Lisans mezunu hemşirelerin bilgi düzeyine bakıldığında, %66,67 oranı ile ileri düzey olduğu, Sağlık Meslek Lisesi mezunu olanların ise %8,97' sinin ileri düzeyi bilgiye sahip olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo 3.3.). Buradan eğitim düzeyi yüksek olan hemşirelerin trakeotomi bakımındaki bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu yorumu yapılabilir.

Hemşirelerin trakeotomi bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine aldıkları maaşın etkisi olup olmadığı araştırıldığında, hemşirelerin genel bilgi düzeyi orta düzey olup

bunun büyük çoğunluğunu %64,71 oranı ile aylık maaşı 751-999 TL olan hemşireler oluştururken, ileri düzey bilgiye sahip hemşirelerin tamamı, aylık maaşı 1000 TL ve üzeri olanlardır (Tablo 3.6.). Buradan da aylık kazancın yüksek oluşu iş motivasyonunu arttırdığı ve bunun da bilgi düzeyine olumlu yansıdığı söylenebilir.

Hemşirelik mesleğini isteyerek seçip seçmedikleri sorularak hemşirelerin trakeotomi bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine mesleki isteklerinin etkisi olup olmadığı araştırıldığında, mesleği isteyerek seçen hemşirelerin %62,96'sının orta düzey oranında olup, genel anlamda, mesleği isteyerek seçmeyenlerin bilgi düzeylerinin, mesleğini isteyerek seçen hemşirelere göre daha düşük oranda bilgi düzeyine sahip oldukları ortaya çıkmıştır (Tablo 3.8). Buradan da mesleği isteyerek seçen hemşirelerin trakeotomi bakımına yönelik bilgi düzeylerinin daha iyi olduğunu ve daha iyi bakım verdiğini söyleyebiliriz.

Hemşirelere çalıştıkları kurumdan memnun olup olmadıkları sorularak, hemşirelerin trakeotomi bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine kurum memnuniyetlerinin etkisi olup olmadığı araştırıldığında, genel bilgi düzeyi orta düzey olup bunun büyük çoğunluğunu %75,68 oranı ile çalıştığı kurumdan memnun olan hemşirelerin oluştuğunu söyleyebiliriz (Tablo 3.10.). Buradan da çalıştıkları kurumdan memnun olan hemşirelerin iş motivasyonunu arttırdığını, bunun da bakıma olumlu yansıdığını söyleyebiliriz.

Hemşirelerin trakeotomi bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine çalıştıkları birimin etkisi olup olmadığı araştırıldığında, hemşirelerin genel bilgi düzeyi orta düzey olup, orta düzey bilginin en yoğun olduğu servis %73,91 oranı ile Acil Servis olarak belirlenmiştir. Ayrıca Dahiliye Servisinde çalışan hemşirelerin hiçbirinin trakeotomi bakımında ileri düzey bilgiye sahip olmadıkları, Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım ünitesinde çalışanların ise en yüksek yoğunlukta ileri düzey bilgiye sahip oldukları, temel düzey bilgiye sahip hemşirelerin en yoğun çalıştığı servis K.B.B Servisi iken en düşük yoğunlukta servis ise Acil Servis olarak belirlenmiştir (Tablo 3.12.). Buradan da trakeotomili hastaların en yoğun olarak bulunduğu birim olan

Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım ünitesinde daha çok trakeotomi bakımı ile uğraştıkları için, hemşirelerin bilgi düzeyinin yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Hemşirelerin trakeotomi bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine çalışma arkadaşları memnuniyetinin etkisi olup olmadığı araştırıldığında, hemşirelerin genel bilgi düzeyi orta düzey olup, orta düzey bilginin en yoğun olduğu grup %50,00 oranı ile çalışma arkadaşlarından memnun olan hemşireler iken, en düşük yoğunluktaki grup çalışma arkadaşlarından memnun olmayan hemşireler %39,13 oranı ile temel bilgi düzeyine sahip olarak belirlenmiştir(Tablo 3.15.). Buradan da hemşireleri istediği arkadaşları ile çalıştırılırsa, bilgi düzeyinin daha yüksek ve daha kaliteli bakım verileceği söylenebilir.

Hemşirelere bakıma yönelik meslek seçtikleri için memnun olup olmadıkları sorularak hemşirelerin trakeotomi bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine bakıma yönelik meslek memnuniyetlerinin etkisi olup olmadığı araştırıldığında, hemşirelerin genel bilgi düzeyi orta düzey olup, orta düzey bilginin en yoğun olduğu grup %60,00 oranı ile bakıma yönelik meslek seçiminden memnun olan hemşireler iken, bakıma yönelik meslek seçiminden memnun olmayan hemşirelerin bilgi düzeyi temel düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 3.11.)

Sağlık eğitimindeki temel amaçta; sağlığı toplumsal bir değer haline getirmek ve halkı sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerilerle donatmaktır. Bu sebeple sağlık ekibi üyelerinin, özellikle de hasta ile birebir ve diğerlerinden daha uzun süre ilişki kurabilen hemşirelerin, bireylere doğru bilgiler verebilmesi için öncelikle kendilerinin trakeotomi bakımı konusunda bilinçli olmaları gerekmektedir. Bu amaçla hemşirelere hizmet içi eğitim programları düzenlenmelidir.

5. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Yaşla birlikte (özellikle ileri yaşta) ileri düzey trakeotomi bakım bilgisinde azalma görülmüştür. Bu durum eğitim seviyesinin yükseltilmesini ve zaman zaman hizmet içi eğitimin gerekliliğini ortaya koymuştur.

Trakeotomili hastaların daha yoğun olarak bulunduğu yoğun bakım ünitelerinde çalışanlarda ileri düzey bilgiye sahip hemşirelerin oranı belirgin derecede yüksektir. Bu durum trakeotomi bakımında teorik eğitimin yanında pratiğin de çok önemli olduğunu göstermektedir. Hizmet içi eğitimlerde pratiğe yönelik eğitimlere daha fazla önem verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Yüksek maaş alan hemşirelerin tamamı ileri seviyede bilgi düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Bu durum aylık kazancın yüksek oluşu iş motivasyonunu arttırdığını ve bunun da bilgi düzeyine olumlu yansıdığını göstermektedir.

- Ortaya çıkabilecek komplikasyonların önüne geçebilmek ve hastaların daha iyi bir bakım alabilmelerini sağlamak amacıyla, eğitim düzeyi yükseltilerek hemşireler bilinçlendirilmelidir.
- Başta yoğun bakım üniteleri gibi trakeotomi bakımı yapılma ihtimali yüksek olan ünite hemşirelerine trakeotomi bakımı konularını içeren eğitimler verilmeli.
- Okullarda hemşirelik mesleği tanıtılırken hasta bakımına yönelik meslek bilgilerini içeren eğitim kitapçığı verilmeli ve hemşire adaylarının düşünceleri titizlikle değerlendirilerek, doğru yönlendirilmeli.
- Hemşirelik bakımı kapsamında yer alan, hemşirelerin eğitici, öğretici, danışmanlık rolleri ile ilgili hizmet içi eğitim programları hazırlanmalı.
- Trakeotomi bakımında hemşirelerin bilgi düzeyini etkileyen faktörler üzerinde daha geniş kapsamlı araştırmalar yapılmalı.

ÖZET

Trakeotomi Bakımında Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi

Bu araştırmada, hemşirelerin trakeotomi konusundaki bilgi düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma grubunu, Ekim-Kasım 2009 tarihleri arasında İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Anestezi ve Reaminasyon yoğun bakım ünitesi, Cerrahi servisi , KBB servisi, Acil servis, Poliklinik , Dahiliye kliniklerinde görev yapan 150 hemşire oluşturmaktadır.

Araştırmanın veri toplama aracı olarak kullanılan anketin birinci bölümünde hemşirelerin kişisel bilgilerine ilişkin sorular; ikinci bölümünde ise trakeotomi bakımı ile ilgili bir bilgi testi bulunmaktadır.

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 11.5 programında yüzde ve Khi-kare ile test edilmiştir, Khi-kare analizleri sonucunda $p<0.05$ düzeyinde anlamlı çıkan sonuçlar belirlenmiştir.

Hemşirelerin trakeotomi bakımındaki bilgi düzeyleri ile öğrenim durumları arasındaki ilişki istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunup ($p<0.05$) eğitim düzeyi yüksek olan hemşirelerin trakeotomi bakımındaki bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin trakeotomi bakımındaki bilgi düzeyleri ile aylık maaşları arasındaki ilişki istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu bulguyla aylık kazancın yüksek oluşu iş motivasyonunu arttırdığı ve bunun da bilgi düzeyine olumlu yansıdığı söylenebilir.

Hemşirelerin trakeotomi bakımındaki bilgi düzeyleri ile çalıştıkları birim arasındaki ilişki istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırma sonucunda; hemşirelerin trakeotomi bakımı ile ilgili bilgi düzeylerinin öğrenim durumlarına, maaşlarına, mesleki isteklerine, kurumsal memnuniyetine, çalıştıkları birime, çalışma arkadaşları memnuniyetine göre anlamlı farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Trakeotomi, hemşire, bakım, bilgi düzeyi.

SUMMARY

A Determination of Nurses' Knowledge Levels About Tracheotomy Care.

In this study, nurses' knowledge levels about tracheotomy care were examined.

The sampling group was made of 150 nurses working in Anesthesia and Reaminasyon intensive care unit, surgical, Otorhinolaryngology, emergency services, outpatient clinic and internal medicine in İstanbul Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital between October and November 2009.

In the first part of survey having been used as the data collection tool of research, questions referring to personal information of nurses and in the second part knowledge test about tracheotomy care are present.

Data acquired in research were tested in SPSS 11.5 program by means of percent and Chi-Square. For the significant outcomes in $p < .05$ level acquired in the conclusion of Chi-Square.

With the statistic investigation the relationship between nurses' related to tracheotomy care knowledge and the education level has seen significant ($p < 0.05$).

With the statistic investigation the relationship between nurses' related to tracheotomy care knowledge and the monthly salary has seen significant ($p < 0.05$). This finding of higher monthly earnings to increase motivation to work and that it may be said to reflect positively on knowledge.

When we examined the relation between nurses' tracheotomy care knowledge level and the units , it seems the units that applies the traditional methods and this result seems significant statistic too ($p < 0.05$).

In the end of research; nurses' knowledge levels about tracheotomy care were significant differences according to educational levels, salaries, career demands, institutional satisfaction, unit, colleagues satisfaction.

Keywords: Tracheotomy, Nurse, Care, Knowledge level

KAYNAKLAR

- ACAR, Y., (2006). Üst Solunum Yolu Obstrüksiyonu ve Trakeotomi. Ders Notları sy. 9-10.
- ACKERMAN MH., (1993). The effect of saline lavage prior to suctioning. Am J Crit Care. (2): 326-30.
- ALPAR, Ş., ATALAY, M., ÇAKIRCAK, E., ÇEVİKER, G., DİNÇ, L., KHORSİD, L., SABUNCU, N., UÇAR, H., (1997). Hemşirelik Esasları El Kitabı. Vehbi Koç Vakfı yayınları. İstanbul AY, F.A., (2007). Kuram Nedir? Hemşirelikle ilgili Kuramlar ve Hemşire Teorisyenler. Medikal Yayıncılık İstanbul s.5-30
- BABADAĞ, K., (1997). Hemşirelik ve Değerler. Yayınlanmamış Profesörlük Çalışması. İstanbul
- BİROL, L., (1997). Hemşirelik Süreci. Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., 3. Baskı, İzmir.
- BİROL, L.,(2004). Hemşirelik Süreci- Hemşirelik Bakımında Sistemantik Yaklaşım. Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., Genişletilmiş 6. Baskı, İzmir.
- BLACKWOOD, B., (1999). Normal saline instillation with endotracheal suctioning: primum non nocere (First do no harm). Journal of Advenced Nursing, 29 (4): 928-934
- BRIGG, S., AMBLER, J., SMİTH, D., (2007). A survey of tracheostomy pactice in a cardiothoracic intensive care unit. Journal of cardiothoracic and vascular anesthesia. Vol: 21, No:1: pp 76-80
- CARPEN, H., LIAISON, I.C.U., (2005). Tracheostomy Care Guidelines. Sy.40-47
- CLAİR, J., (2005). A new model of tracheostomy care: Closing the research- practice gap. Sy. 32-37
- CORMACK, R.S., LEHANE, J., (1984). Diffucult tracheal intubation in obstetrics. Anesthesia (39):1105-1111
- CRAVEN, R.F., HIRNLE, C.J., (2003). Fundamentals of Nursing : Human health and function. 4th ed. Philadelphia.
- ÇİMEN, A., (1995). Larinks anatomisi. Anatomi (5. Baskı). Bursa Uludağ Üniversitesi Basımevi. S: 332-336
- DAY, T., (2000). Tracheal suctioning: When, Why and How. Nursing Times.96, 20, 13-15
- DERE, H., SUAT, T., ÖZCAN, İ., KOÇ, C., ÖZDEM, C., (1995). Trakeotomi. SDÜ Tıp Fakültesi 2 (4): 19-28.
- DOĞAN, Ş., (1995). Bilinçsizlik ve Diğer Nedenlerle Yatağa Bağımlı Hastalarda Hemşirelik Girişimlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Genel Kurmay Başkanlığı

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksekokulu Dahili Hemşirelik Bilimleri Anabilim Dalı Başkanlığı. Hemşirelik Esasları Bilim Dalı Başkanlığı. Ankara.

- ELIZABETH, M., JAMIESON, M., JANICE, M., LESYLEY, A.W., (2002). Clinical Nursing Practices (52): 1446-1450
- FIorentini, A.,(1992). Potential hazards of tracheobronchial suctioning intensive and critical care nursing. 8,217-226.
- GİLLESPİE, M.B., EİSELE, D.W., (1999). Outcomes of emergency surgical airway procedures in a hospital-wide setting Laryngoscope 109:1766-1769.
- GİLLESPİE, M.B., EİSELE, D.W., (1999). Outcomes of emergency surgical airway procedures in a hospital- wide setting. Laryngoscope.(109):1766-1769.
- GOLDENBERG, D., GOLZ, A., NETZER, A., (2002). Tracheotomy changing indications and a review of 1,130 cases, J Otolaryngol (31): 211-215.
- GOLDENBERG, D., GOLZ, A., NETZER, A., (2002). Tracheotomy changing indications and a review of 1, 130 cases . J Otolaryngology (31): 211-215.
- GRIGGS, A., (1998). Tracheostomy Care. Nursing standart. 13,2,49-5
- HEATH, H.B.M.,(1995). Potter and Perry's foundation in nursing theory and practice. Mosby- Year Book Inc. Philadelphia.
- HOOPER, M., (1996). Nursing care of the patient with a tracheostomy nursing standart. 10,34,40-43.
- HOŞAL İ.N. (1962). Trakeotomi . Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem II.Ders Notları . Bölüm 28. 1-10
- KARADAĞ, S., SULTAN, T., (2005). Kayseri Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Verdiği Hemşirelik Bakımı ve Bakımı Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi 14(Ek sayı: Hemşirelik özel sayısı) 13-21.
- KERR, A.G., (1987). Scott- Brown's Otolaryngology Fift Edition. Vol 5. Butterworths:160-8.London.
- KIRCHNER, J.A., (1980). Tracheotomy and its problems surgical clinics of North America. (60): 1093-104
- KLUGE, S., BAUMAN, H.J., MAIER, C., KLOSE, H., MEYER, A., NIERHOUS, A., KREYMANN, G., (2008). Tracheostomy in the intensive care unit. Anesthesia Analgesia. (107): 1639-1643.
- KOITSHEV, A., SIMON, C., BLUEMENSTOCK, G., GRAUMUETER, S., (2006). Surgical technique affects the risk for tracheostoma- related complications in post-ICU patients. Acta Oto- Laryngologica (126): 1303-1308.
- LIM, H.K., TYKOCINSKI, M., TUDGE, S., THOMSAN, J., (2007). Complete tracheal stenosis following percutaneous tracheostomy. Anz. J. Surg.(77): 184-187

- LIPPINCOT, J.B., (1988). Otolaryngology. Vol 4. Chap 34. Philadelphia.1-12.
- LUC, G.M., RICHARD, A.Z., ROCCAFORTE J.D., MİLAN., R.A., (2007). Monitoring tracheal tube cuff pressure in the intensive care unit : A comparison of digital palpation and manometry. *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology*. 116(9): 639-642.
- (2006). Endotracheal suctioning, ventilator associated pneumonia and costs, open or closed issue? *Intensive Care Medicine*.(32): 485-487.
- MCKENNA, H.P., ASHTON, S., KEENEY, S.,(2004). Barriers to evidence- based practice in primary care. *J Adv Nurs*.: 45(2): 178-9
- MİMAN, M.C., (2006). Kbb ve Baş Boyun Özet Anatomisi. Ders Notları s.4
- MYERS, E.N., CARRAU R.L., (1991). Early complications of tracheotomy. Incidence and management. *Clin chest med*.(12):589-595.
- MYERS, E.N., CARRAU, R.L., (1991). Early complications of tracheotomy. Incidence and management. *Clin Chest Med* (12):589-595.
- OKUMUŞ, H., GÜRBÜZ, H., POTTER, A.P., PERRY, A.G., (1997). Hastaların Hemşirelik Bakım Yeterliliği. *Fundamentals Of Nursing: Concepts, Process and Practice*. 4th Ed. Mosby Year-Book. St. Louis.
- ÖĞRETMENOĞLU, O., HOŞAL, A.Ş., SENNAROĞLU, L., AKYOL, U., SÖZERİ, B.,(1996). Trakeotomi Komplikasyonları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi mecmuası*. Cilt 49. s.1.
- ÖZDEN, D., (2007). Kapalı Sistem Aspirasyon Yöntemi. *C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.(3)11.
- ÖZDEN, D., GÖRGÜLÜ, S., (2007). Bir devlet hastanesinde açık ve kapalı sistem aspirasyon yöntemleri için standart geliştirilmesi ve bu yöntemlerin hastaların hemodinamik durumuna etkisinin belirlenmesi. *Yayınlanmış Doktora Tezi*. Hacettepe Üniversitesi. Ankara.
- ÖZTÜRK, H., GÜLOĞLU, S., ERDAL, B., (2008). Yatağa bağımlı hastanın bakımı. *El kitapçığı*. S: 14-15
- PAPERALLA, M.M., SHUMRICK D.A., (1980). *Otolaryngology Second Edition*. Vol III. Philadelphia: WB Saunders: 3004-13.
- PAPERALLA, M.M., SHUMRICK, D.A., (1980). *Otolaryngology*. Second Edition. Vol III. WB Saunders. Philadelphia. 3004-13.
- PAPİLA, I., (2007). Trakeotomi. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi KBB ABD Ders notları*. S: 1-55
- PLATIN, N., (1998). Mesleki ve Etik Sorunlar. *DSÖ LEMON(Learning Material on Nursing)*,S.B. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 1.Baskı. Sağlık Bakanlığı Matbaası. Ankara.

- PLUMMER, A.L., GRACEY, D.R., (1989). Consensus conference on artificial airways in patients receiving mechanical ventilation, *Chest* (96):178-180.
- PLUMMER, A.L., GROCEYD.R., (1989). Consensus conference on artificial airways in patients receiving mechanical ventilation. *Ches* (96):178-180.
- POTTER, A.P., PERRY, A.G., (1997). *Fundamentals of Nursing Concepts. Process and Practice*. 4th Ed. Mosby Year Book, St. Louis.
- ROBB, P.J., (1985). Failure of intubation in acute inflammatory airway obstruction in childhood. *The Journal of Laryngology and Otology* (99): 993-8.
- ROPER, N., LOGAN, W.W., TIERNEY, A.J., (1987). *The Elements of Nursing*. ELBS Churchill Livingstone, Butler Tanner Ltd. London.
- ROPER, N., LOGAN, W.W., TIERNEY, J.A., (1996). *The Elements of Nursing A model for nursing based on a model of living*, Churchill Livingstone, Harcourt Brace and Co. Edinburgh. 4th ed. London.
- SABUNCU, N., BABADAĞ, K., TAŞOCAK, G., ATABEK, T., (1996). *Hemşirelik Esasları*, Anadolu Üniversitesi Yayın. Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Yayınları. Eskişehir.
- SAMSOON, G.L., Young, J.R., (1987). Difficult tracheal intubation : a retrospective study, *Anaesthesia* (42):487-490 WOOD, D.E., MATHISEN, D.J., (1991). Late complications of tracheotomy, *Clin Chest Med* (12):597-609.
- SERRA, (2000). Tracheostomy Care . *Nursing Standard*. 14,42,45-52.
- SOLLİD, S.J.M., STROND, K., SOREİDE, E., (2008). Percutaneous dilatational tracheotomy in the ICU., *European Journal of Anesthesiology*.(25): 925-932
- SWIFT, A.C., Rogers J.H., (1987). The changing indications for tracheostomy in children. *The Journal of Laryngology and Otology*. (101):1258-62.
- UNIVERSITY OF PITTSBURGH MEDICAL CENTER (UPMC), (2007). *Tracheostomy Care* (1): 553-800
- VELİOĞLU, P., (1999). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. Alaş Ofset Matbaası, İstanbul.
- VYAS, D., INVEREGBU, K., PITTARD, A., (2002). Measurement of tracheal tube cuff pressure in critical care. *Anaesthesia*.(57): 274-7
- WHITE, R., (2007). *Wright State University- Miami Valley College of Nursing and Health. Care of the patient with a Tracheostomy*. USA.
- WOOD, D., MATHISEN, D.J., (1991). Late complications of tracheotomy. *Clin Chest Med*.(12): 597-609.
- RUBIN, C., SILVER, J., (2000). *Baş ve boyun cerrahi atlası*. s:146
- JANFAZA, P., FABIAN, R.L., (2002) *Baş ve boyun cerrahi Anatomisi*.

EKLER

Ek-I:

TRAKEOTOMİ BAKIMINDA HEMŞİRELERİN BİLGİ DÜZEYİ ANKET FORMU

Sayın Katılımcı

Bu araştırmada trakeotomili hastalara verdiğiniz bakım/hizmetler hakkındaki bilgileriniz öğrenilmek istenmektedir. Verdiğiniz hemşirelik bakımı/hizmeti ile ilgili değerlendirmeleriniz, bakım/hizmetin iyileştirilmesinde yol gösterici olacaktır.

Aşağıda hemşirelerin verdiği bakım/hizmet ile ilgili cümleler bulunmaktadır. Cümleleri dikkatle okuyunuz ve verdiğiniz bakım/hizmeti en iyi yansıtan seçeneği ifadelerin başında yer alan şıklara işaret koyarak belirtiniz.

Cevaplanmamış cümle bırakmayınız. Görüşleriniz gizli tutulacak, hiç kimseye gösterilmeyecektir. Lütfen adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Katkılarınız ve duyarlılığınızdan dolayı teşekkür ederim.

Ayşegül DEMİRALAY

KONU: TRAKEOTOMİ BAKIMINDA HEMŞİRELERİN BİLGİ DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

**A: SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE YÖNELİK BİLGİLER
(AŞAĞIDAKİ SORULARDA SİZE UYGUN GELEN ŞIKKI İŞARETLEYİNİZ.)**

1-Yaşınız:

- a) 18-25 b) 26-35 c) 36-44 d) 45 ve üzeri

2- Medeni durumunuz:

- a) Evli b) Bekar c) Boşanmış

3- Öğrenim durumunuz:

- a)S.M.L b)Ön lisans c) Lisans d) Yüksek lisans

4- Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?

- a) 1-5 yıl b) 6-10 yıl c) 11-15 yıl d) 16-20 yıl e) 21 ve üzeri

5- Kaç yıldır bu kurumda çalışıyorsunuz?

- a) 1-5 yıl b) 6-10 yıl c) 11-15 yıl d) 16-20 yıl e) 21 ve üzeri

6- Aylık maaşınız: (TL)

- a) 500 ve altı b) 501-750 c) 751- 999 d) 1000 ve üzeri

7- Çalışma düzeniniz nedir?

- a) Sadece 08- 17 mesaisi b) 08- 17 mesaisi ve ayda belli sayıda nöbet

c) 08-08 mesaisi ya da 08- 17 mesaisi

8- Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?

- a) Evet b) Hayır

9- Bulduğunuz serviste çalışmanızı kim istedi?

a) Kendim b) Hastane yönetimi c) Diğer

10- Bulduğunuz kurumda çalışmaktan memnun musunuz?

a) Evet b) Hayır

11- Bakıma yönelik meslek seçtiğiniz için memnun musunuz?

a) Evet b) Hayır

12- Hangi birimde çalışıyorsunuz?

a) Anestezi ve reaminasyon yoğun bakım ünitesi

b) Cerrahi servisi

c) KBB servisi

d) Dahiliye servisi

e) Poliklinik

13- Kurumunuzun çalışma koşulları sizin için uygun ve yeterli mi?

a) Evet b) Hayır

14- Kurumunuzun sunduğu özlük hakları sizin için yeterli mi?

a) Evet b) Hayır

15- Servis içindeki hemşire arkadaşlarınızla çalışmaktan memnun musunuz?

a) Evet b) Hayır

16- Emeklilik fırsatınız olsa hemen emekli olmak ister misiniz?

a) Evet b) Hayır

B: TRAKEOTOMİ BAKIMINA YÖNELİK BİLGİ DÜZEYİ ÖLÇÜM BİLGİ TESTİ SORULARI

1-Solunum sıkıntısı olan hastada boyundan trakeaya solunum yolunu sağlamak için pencere açılması işlemine ne denir?

- a) Krikotirotomi
- b) Trakeotomi
- c) Trakeostomi
- d) Torakotomi

2-Trakeotomi bakımında ilk olarak dikkat edilmesi gereken nokta nedir?

- a) Steril gaz bezler hazır olmalıdır.
- b) Trakeotomi açıklığının etrafı kızarıklık, şişme ve kanama yönünden değerlendirilmelidir.
- c) Trakeotomi bakımı öncesinde eller mutlaka yıkanmalıdır.
- d) Gerekli malzemeler önceden hazırlanmalıdır.

3- Trakeotomili hastanın bulunduğu oda ısısı nasıl olmalıdır?

- a) 10-15
- b) 15-20
- c) 20-21
- d) 22

4- Trakeotomi tüpünü yerinde tutmak için tespit işlemi nasıl yapılmalıdır?

- a) Sıkı bir şekilde bağlanır.
- b) Hastanın rahat etmesi için gevşek bağlanır.
- c) Trakeotomi bağı iki parmağın geçeceği sıklıkta bağlanır.
- d) Trakeotomi bağı dört parmağı geçeceği sıklıkta bağlanır.

5- Erken dönemde Trakeotomili hastalarda ideal olarak kaf basıncı nasıl ayarlanmalıdır?

- a) Enjektöre hava doldurularak.
- b) El ile.
- c) Manometre ile.
- d) Enjektöre su doldurularak

6- Erken dönemde Trakeotomili hastanın kafi ne kadar süre indirilmiş halde bırakılmalıdır?

- a) 1-2 dakika
- b) 2-3 dakika
- c) 3-5 dakika
- d) 5-10 dakika

7- Erken dönemde Trakeotomili hastanın kafi indirilmezse ne olur?

- a) İskemi
- b) Ülserasyon
- c) Nekroz
- d) Hepsi

8- Erken dönemde iç kanül temizliği ne sıklıkla yapılmalıdır?

- a) Günde bir.
- b) Günde üç- beş
- c) Üç günde bir
- d) Haftada bir

9- Geç dönemde dış kanül bakımı ne sıklıkla yapılmalıdır?

- a) Bir iki günde bir
- b) İki üç günde bir
- c) Haftada bir
- d) Ayda bir

10- Erken dönemde Trakeotomili hastaya aspirasyon uygulaması esnasında kullanılacak eldivenin özelliği nasıl olmalıdır?

- a. Non-steril eldiven olmalıdır.
- b. Steril eldiven olmalıdır.
- c. Non-steril eldiven olmalı, pudrasız olmalıdır.
- d. Eldiven tipi önemli değildir.

11- Erken dönemde Trakeotomili hastaya aspirasyon ne sıklıkla yapılmalıdır?

- a) Saatte bir.
- b) 12 saatte bir.
- c) 2 saate bir.
- d) 24 saate bir.

12- Trakeotomili hastaya bir girişim esnasında aspirasyon uygulaması en fazla kaç defa uygulanmalıdır?

- a) Bir kez aspirasyon denemesi yapılmalıdır.
- b) En fazla üç kez aspirasyon denemesi yapılmalıdır.
- c) En fazla iki kez aspirasyon denemesi yapılmalıdır.
- d) Hasta rahatlayana kadar aspirasyon denemesi yapılmalıdır.

13- Trakeotomili hastaya bir aspirasyon girişi esnasında toplam aspirasyon süresi ne kadar olmalıdır?

- a) 5-10 saniye.
- b) 10-15 saniye.
- c) 15-20 saniye.
- d) 20-30 saniye.

14- Trakeotomili hastada aspirasyon işlemi esnasında aspirasyon sondası ilerletilirken sondada neye dikkat edilmelidir?

- a) Vakum sistemi açık olmalıdır.
- b) Vakum sistemi kapalı olmalıdır.
- c) Vakum sistemi kapalı olmalıdır ve sonda kıvrılarak ilerletilmelidir.
- d) Vakum sisteminin açık yada kapalı olması önemli değildir.

15- Trakeotomili hastada aspirasyon işlemi esnasında aspirasyon sondası ilerletilirken sondanın hareketi nasıl olmalıdır?

- a) Düz ilerletilmelidir.
- b) Döndürme yöntemi ile ilerletilmelidir.
- c) Dik bir şekilde ilerletilmelidir.
- d) Hareket yöntemi önemli değildir, önemli olan hastayı rahatlatmaktır.

16- Trakeotomili hastada aspirasyon yapılırken neden serum fizyolojik kullanılır?

- a) Aspirasyon işlemi kolaylaştırmak için.
- b) Hastanın rahat öksürebilmesi için.
- c) Sekresyonları yumuşatmak için.
- d) Hava yolu açıklığını sağlamak için.

17- Trakeotomili hastaya aspirasyon yapılırken ne kadar serum fizyolojik kullanılmalıdır?

- a) 1-2 cc
- b) 2-3 cc
- c) 3-4 cc
- d) 4-5 cc

18- Trakeotomili hastalarda nemlendirme yapılma sebebi aşağıdakilerden hangisi değildir?

- a) Enspire edilen havadaki nem oranının azalması sekresyonları koyulaştırır bunun için nemlendirme yapılmalıdır.
- b) Koyu sekresyonlar tüpün tıkanmasına neden olarak hava yolu. direncini artırırken ventilasyonu da azaltır bunun için nemlendirme yapılmalıdır.
- c) Hastanın rahat konuşabilmesi için yapılmalıdır.
- d) Trakeotomi tüpleri, üst hava yollarının nemlendirme, hiltrasyon ve ısıtma gibi doğal fonksiyonlarını ortadan kaldırır; bunun için nemlendirme yapılmalıdır.

19- Erken dönemde (post-op 0-3 gün) trakeotomili hastada solunum sıkıntısı görüldüğünde ne düşünülür?

- a) Tüpün tıkanması.
- b) Tüpün yerinden çıkması.
- c) Yukarıdakilerin hepsi.
- d) Yukarıdakilerin hiç biri.

20- Yeni trakeotomi açılmış bir hastanın boynunda şişlik fark ettiniz. Hastanın boynu palpe edildiğinde “çıtırtı” sesi fark ettiğinizde ne düşünürsünüz?

- a) Cilt altı hemoraji.
- b) Cilt altı amfizem.
- c) Cilt altı ödem.
- d) Cilt altı kist.