

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

**KAPALI SUALTI DRENİNDE HASTA
DENEYİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Ayşe GÖKCE IŞIKLI

EDİRNE – 2009

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

**KAPALI SUALTI DRENİNDE HASTA
DENEYİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Ayşe GÖKCE IŞIKLI

Destekleyen Kurum:

Tez No:

EDİRNE – 2009

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince, lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca yardım ve desteğini esirgemeyen, beni sabır ve anlayışla yönlendiren, daima teşvik ve özveride bulunan değerli hocam ve tez danışmanım **Yrd. Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK'a,**

Yüksek lisans eğitimim boyunca destek ve yardımları için çalışma arkadaşlarım **Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne,**

Çalışmamın her aşamasında destek veren **Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği Hekim ve Hemşirelerine,**

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam sırasında desteklerini esirgemeyen **Trakya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Elemanlarına,**

Verilerin analizinde yardımlarını gördüğüm **Yrd. Doç. Dr. Necdet Süt'e**

En içten duygularıyla teşekkür ederim.

Ayşe GÖKCE IŞIKLI
EDİRNE – 2009

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR

GİRİŞ VE AMAÇ.....1

GENEL BİLGİLER

Kapalı Sualtı Dreninin Tanımı3

Kapalı Sualtı Dreninin Uygulanması5

Kapalı Sualtı Dreninin Uygulanma Yöntemleri.....6

Kapalı Sualtı Dreninin Çalışma İlkeleri7

Kapalı Sualtı Dreninin Çalışmasının Takip Edilmesi7

Sakşın (Emici) Uygulanması8

Sakşının Çalışmasının Kontrolü8

Kapalı Sualtı Drenine İlişkin Olası Problemler9

Drenajın Değerlendirilmesi10

Drenaj Şişesinin Değiştirilmesi11

Kapalı Sualtı Dreninin Çıkarılması11

Kapalı Sualtı Dreni ve Hastanın Deneyimleri12

Kapalı Sualtı Dreni Uygulanan Hastada Hemşirelik Bakımı17

Hasta/Aile Eğitimi ve Taburculuk Planı29

GEREÇ VE YÖNTEMLER30

BULGULAR32

TARTIŞMA51

SONUÇ VE ÖNERİLER65

TÜRKÇE ÖZET.....67

İNGİLİZCE ÖZET.....68

KAYNAKLAR69

TABLolar DİZİNİ76

ÖZGEÇMİŞ77

EKLER78

KISALTMALAR

Ark : Arkadaşları

IV : Intra venöz

IM : Intra m¼sk¼ler

KSD: Kapalı Sualtı Dreni

PCA: Patient Control Analjezi

PNX: Pnömotoraks

SF : Serum Fizyolojik

T.Ü : Trakya Üniversitesi

Y.O : Yüksek Okul

GİRİŞ VE AMAÇ

Fiziksel, sosyal, duygusal ve entelektüel gereksinimleri ile insan bir bütündür.

Temel gereksinimleri üniversal olmalarına karşın, karşılama yolları kültür, ırk, cins, yaş ile gelenek ve göreneklere göre farklılıklar göstermektedir. Kişinin kendisini rahat hissetmesinde, temel gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmamış olması önemli etkindir. Özellikle hastalık durumlarında cerrahi hastası gereksinimlerini yeterince karşılayamadığından, bu gereksinimlerinin karşılanmasında cerrahi hemşiresinin rolü büyüktür (1,2,3).

Hastaların gereksinimlerini belirleme, bunları karşılayabilme yollarını sağlama ve hastaların bu yolları bulmasına yardım etmede hemşirelerin daha duyarlı olmaları beklenmektedir. Bu kapsamı genişlemiş olan görev ve sorumlulukların yerine getirilmesinde hemşirelerin bilimsel ilkelere dayalı davranış bilimlerinin rehberliğinde geçerli ve bakımda amaçlanan hedeflere erişilmesinde yol gösterici bakım planlarını geliştirmeleri, uygulamaları ve değerlendirmeleri gerekmektedir (2,3,4).

Cerrahi hemşiresinin tedavi edici rolden çok hastayı ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında bilgi veren, ağrı ve ızdırabı azaltıcı daima rahatı sağlayıcı roller üstlendiğinden söz etmek mümkündür. Cerrahi hemşiresi hastalarını daha sağlıklı ve üretken bir yaşama kavuşturmada etkin, hastanın sürekli bakımında yaşamsal önemi olan sorumluluklara sahiptir.

Bu yaşamsal önemi olan sorumlulukların en önemlilerinden biri yaşamın temeli olan solunum fonksiyonunun sürdürülmesidir (2,4,5).

Nefes almak, yaşamak olarak değerlendirilir. “Solunum güçlüğü” ise “yaşam güçlüğü”nü düşündürür. Solunuma ilişkin bir sıkıntı söz konusu olduğunda, günlük yaşam aktivitelerinin tümü

etkilenir. Solunum sorunu bireyi korkutur, paniğe kapılmasına ve dahası ölüm korkusu hissetmesine neden olur. Solunum problemlerini düzeltmek amacıyla cerrahi girişimler uygulanmaktadır (1,2,6,7).

Toraksa uygulanan cerrahi girişimler sonrası, travma gibi durumlarda çoğunlukla akut ve kronik sorunların tedavisi ya da düzeltilmesi için "kapalı sualtı dreni" (KSD) uygulanmaktadır (2,4,5,8,9).

KSD, atmosferik basınca kapalı olan göğüs drenaj sistemidir ve kısaca "göğüs tüpü", "göğüs drenajı" olarak da adlandırılır. Bu tüpler ilk kez 1876'da Hewett tarafından kullanılmıştır (1,4,5). Hastaya KSD yerleştirilmesi endikasyonları arasında;

- Plevral effüzyon,
- Kalp-damar yaralanmaları,
- Göğüs travması,
- Otoimmün hastalıklar,
- Enfeksiyon (örneğin, pnömoni, tüberküloz),
- Malign hastalıklar,
- İyatrojenik kanama ya da intraplevral sıvı artışı,
- Pulmoner infarktüs,
- Toraks cerrahisi yer alır (1,4,5,9,10).

KSD; plevral alanda biriken hava ve sıvıyı drene etmek, plevral alanın boyutlarını küçültmek, plevral alanın normalde negatif olan basıncını yeniden sağlamak, akciğerlerin yeniden genişlemesini ve normal ventilasyonu sağlamak, mediastinal şifti engellemek ve drenaj sisteminde biriken hava ve sıvının plevral alana geri dönüşünü (reflü) önlemek amacıyla uygulanmaktadır (3,4,5,10,11).

KSD takılması hastayı ağrı ve algı sorunları, konforda bozulma, hareket kısıtlanması ve bilgi eksikliği gibi sorunlarla karşı karşıya getiren bir süreçtir (3,5).

Bu süreçte hastanın optimal düzeyde iyilik halinin sürdürülmesinde hemşire; ağrının giderilmesi, hastanın rahatlatılması, derin solunum ve öksürme egzersizlerinin yaptırılması, pozisyon verilmesi ve hareketliliğin sağlanması, KSD'nin bakımının sürdürülmesi, komplikasyonların önlenmesi, hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi gibi hemşirelik girişimlerini yerine getirecektir (3,4,5).

Hemşirenin KSD takılması, devam ettirilmesi ve sonlandırılması sürecinde hastaya iyileşmesini destekleyici girişimlerin belirlenmesi, hastanın deneyimlerinin bilinmesi ve bu deneyimlere yönelik hemşirelik girişimlerini planlanmasında önemli rolü vardır (4,9).

Bu çalışma; KSD takılı olan hastaların deneyimlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

KAPALI SUALTI DRENİNİN TANIMI

Akciğerler parietel ve visseral olmak üzere iki kat plevra ile çevrilidir. Bu iki membran kapalı bir sistem oluşturur ve aralarında bulunan negatif bir basınç akciğerlerin ekspansiyonunu sağlar. Akciğerlerin çökmesini önleyen bu durum normal solunum için hayati önem taşımaktadır (2,8,11,12).

Normal solunum fizyolojisinde; negatif basınç dışarıdaki havanın basıncından düşüktür ve böylece inspirasyon sırasında havanın hareketi akciğerlere doğru olur. Göğüs kavitesi herhangi bir nedenle dışarıya açıldığı zaman buradaki negatif basınç kaybolur. Bu durum akciğerlerin total veya kısmi kollapsına, biriken sıvılar enfeksiyon oluşmasına, plevranın kalınlaşmasına, ventilasyon /perfüzyon oranının bozulmasına neden olmaktadır (1,9,12,13,14).

Bu sorunları ortadan kaldırmak ve negatif basıncın yeniden sağlanması için KSD'den yararlanılır (2,12).

Torakotomi, akciğer dokusunun cerrahi girişimleri, toraks travması ve çeşitli nedenlerle plevral boşlukta anormal derecede biriken sıvı/kan ve havanın dışarı atılması, toraks boşluğunda negatif basıncın yeniden oluşumu ve akciğerlerin genişletilmesi amacıyla intraplevral boşluğa yerleştirilen drenlerden ve atmosfer basıncına kapalı sıvı şişesinden oluşan sisteme **kapalı sualtı dreni** denir (1,2,3,11,15,16).

Toraks Şişesi: Yetişkinlerde 2000cc'lik şişeler kullanılmaktadır. Şişenin üstünde kısa ve uzun olmak üzere iki adet tüp bulunmaktadır. Uzun tüpün bir ucu şişedeki sıvının 2cm. kadar içinde olmalı ve açıkta kalan diğer ucu ise toraks tüpüne bağlanmalıdır. Kısa tüpün bir ucu atmosfere diğer ucu da şişenin içine açılmaktadır (1,11,17).

Toraks Tüpü: Toraks şişesi ile toraks arasında bağlantı sağlayan drenaj tüpleridir. Yetişkinlerde 24F,28F,32F,36F toraks tüpleri kullanılmaktadır. Kadınlarda genellikle 24F, 28F erkeklerde 28F, 32F, 36F toraks tüpleri tercih edilmektedir (11,17).

KAPALI SUALTI DRENİNİN UYGULANMASI



Şekil:1 Kapalı Sualtı Dreni (Kaynak No.4).



Şekil:2 Hastaya Kapalı Sualtı Dreninin Takılması (Kaynak No.4).

KSD hasta ameliyattan çıkmadan önce yerleştirilebileceği gibi bazı acil durumlarda tedavi odasında veya hastanın yatağında da yerleştirilebilmektedir.

İşleme başlamadan önce mutlaka yapılacak işlem hakkında hasta ve yakınlarına bilgi verilmelidir (2,8,11,12).

KSD hasta yatağında veya tedavi odasında yerleştiriliyorsa hasta oturur ya da baş yukarıda yatar pozisyonda olmalıdır. KSD'nin takılacağı taraftaki kol yukarı ve hastanın başının arka tarafına doğru kaldırılmalıdır (1,11,17,18).

İnsizyon bölgesine lokal anestetik uygulanır. Aseptik şartlarda insizyon yapıp KSD bu alana yerleştirilir. KSD yerinden çıkmaması için göğüs duvarına dikişlerle tutturulup dışarıdan pansuman ve bantlarla desteklenmektedir (Şekil 2). KSD takılırken hastanın yaşam bulguları yakından izlenmelidir. İşlemden önce damar yolu açılıp oksijen tedavisine başlanmalıdır (1,11,18).

KSD hastada bir veya birkaç adet bulunabilir. İkinci interkostal alana yerleştirilen KSD havayı, 9. interkostal alana yerleştirilen KSD ise sıvıyı çekmektedir (1,4,5,11).

KSD'nin çalışmasında yer çekimi, pozitif basınç ve sakşın olmak üzere üç temel ilke vardır.

- Hava ve sıvı yüksek basınç seviyesinden düşük basınç seviyesine doğru hareket eder. Bu durumda yer çekimi etkindir (1,3,11).

- Plevral boşlukta toplanan hava ve sıvı yaklaşık 763 mmHg ya da daha fazla pozitif basınç yaratır. Sualtı kapalı sistemde ise 761 mmHg'lık basınç vardır. Sıvı ve hava yüksek basınçtan alçak basınca doğru yani KSD' ne doğru hareket eder.

- Sakşın atmosferik basınçtan daha düşük olduğu için hava ve sıvının hareketini sağlar (1,4,11,19).

KAPALI SUALTI DRENİNİN UYGULANMA YÖNTEMLERİ

Bir şişeli sistem (Basit sualtı drenaj sistemi)

Ağzı hava geçirmeyecek şekilde kapalı ve içinde 100 ml serum fizyolojik (SF) ya da distile su bulunan tek bir şişeden oluşan sistemdir (Şekil 1). Hastanın göğsünden çıkan toraks tüpünün ucu su bulunan şişeye bağlanır. Kapakta yer alan kısa ve atmosfere açık tüp, hava çıkışı içindir. Uzun tüpün alt ucu mutlaka sıvının içinde olmalıdır. Böylece havanın herhangi bir şekilde geriye doğru dönmesine engel olunur. Suyun seviyesi hastanın soluk alıp vermesiyle orantılı olarak dalgalanır; hasta nefes aldığı anda su dalgası yukarı doğru, hasta nefes verirken dalga aşağı doğru hareket eder. Şişenin içinde hava kabarcıkları görülebilir ya da görülmeyebilir. Hava kabarcığının görülmesi sistemin çalıştığını gösterir. Bununla birlikte pnömotoraks ve hemotoraksın da sürdüğünü gösterir. Pnömorektomilerden sonra gerekirse yer çekimi ile çalışan bu sistem tercih

edilebilir. Çünkü bir akciğer çıkarıldığında genişlemesi gereken akciğer dokusu yoktur (1,2,4,11,21,22,23).

İki ya da üç şişeli sistem:

Toplanan hava ya da sıvının miktarının fazlalığına, yoğunluğuna göre uygulanabilir. Bu sistemde de şişelerin tabanın da belli oranda su bulundurulur. Tek şişeli sistemdeki gibi çalıştırılır. Etkin drenaj yapılmak istenirse sisteme emici (sakşım) eklenebilir (1,2,23).

KAPALI SUALTI DRENİNİN ÇALIŞMA İLKELERİ

Ekspirasyonda (hasta soluk verdiğiğinde) göğüs kafesi küçülür, plevral boşluktaki fazla hava ve sıvı plevral alandan KSD'ne doğru akar, suyun içinde hava kabarcıkları oluşur ve kısa tüp yoluyla hava, sistemden atmosfere doğru çıkar. İnspirasyonda (hasta nefes aldığıında) göğüs kafesi genişleyerek vakum oluşturur. Şişedeki sıvıyı tüp içine çeker; sıvı tüp içinde belli bir seviyeye kadar yükselir. Sıvı havadan daha ağır olduğundan, şişe içindeki sıvı plevral boşluğa dönemez. Hava ve sıvı drene oldukça plevral alanın negatifliği de artar, akciğerler genişler, akciğerler genişledikçe plevral alandan daha fazla hava ve sıvı atılır. Bu döngü, akciğerler tamamen açılıp intraplevral basınç normal değerine ulaşınca kadar devam etmektedir (1,4,11,23,24,25).

KAPALI SUALTI DRENİNİN ÇALIŞMASININ TAKİP EDİLMESİ

KSD'nin açıklığını sağlamak için düzenli kontrollerin yapılması gerekmektedir.

İnspirasyonda, sualtında bulunan tüp içindeki sıvı, intraplevral basınç azaldığı için birkaç cm yükselmeli, ekspirasyonda ise geri dönmelidir. Sıvının bu hareketine gel-git denir. Tüp içindeki sıvı seviyesinin alçalıp yükselmesi ve şişedeki sıvıda hava kabarcıklarının görülmesi, sistemin çalıştığını gösterir. Bu durum, drenaj engellendiğinde, tüp bir pıhtı veya fibrinle tıkanıldığında, tüpün aşağısında bir düğüm oluştuğunda, plevral boşluktaki hava/sıvı drenajı bittiğinde, akciğerler tamamen açıldığında durur. Akciğerler tamamen ekspanse olmadığı halde alçalıp yükselme olmuyorsa (gel – git);

- Tüpün hastanın altında kalması ihtimali gözden geçirilmeli,
- Tüpler kıvrılma yönünden değerlendirilmeli,
- Gerekirse sağılmalı ve sıvazlanmalı,
- Hastanın pozisyonu değiştirilmeli,
- Derin solunum ve öksürme egzersizleri yaptırılmalıdır.

Bütün girişimlere rağmen KSD çalışmıyorsa rapor edilmelidir (1,2,9,11,24,26).

Ekspirasyon sırasında hava, KSD'inden atmosfere atılırken, intraplevral basınç artması nedeniyle tüpe doğru kuvvetle itildiğinden, su içinde hava kabarcıklarının olması normaldir. Hem inspirasyonda hem de ekspirasyonda hava kabarcığı olması sisteme (plevral alana) hava sızdığını gösterir. Hava kaçağı kesinlikle bulunmalı ve kapatılmalıdır. Sistemdeki herhangi bir sızıntı drenajı olumsuz yönde etkilemektedir. Bir kırılma veya kopma anında, plevral boşluğa hava kaçışını önlemek için KSD derhal klempe edilmelidir. Hava kaçışı solunum fonksiyonlarının bozulmasına ve ölümlle sonuçlanabilen akciğer kollapsına ya da mediastinal shifte neden olabilmektedir (2,11,24,26).

SAKŞIN (EMİCİ) UYGULANMASI

Plevral alandan havanın ve sıvının drenajını hızlandırmak amacıyla, KSD sakşına bağlanabilir. Yerçekimi, drenaj için yetersiz kalıyorsa ve hasta etkili bir şekilde derin solunum ve öksürme egzersizleriyle drenaja yardımcı olamıyorsa, sakşın uygulanır. Tek şişeli sisteme sakşın uygulanmaz, sakşın iki ya da üç şişeli sistemlerde uygulanır. Sakşın uygulanan şişede bir ucu atmosfere açık diğer ucu 10–20 cm su içinde olan bir cam tüp bulunur. Bu tüp atmosfer havasıyla sıvı arasında bir engel oluşturur ve tüpün sıvı içinde olan kısmı ne kadar fazla ise sakşın da o kadar fazla olur. Tüpün ucu sıvı içinde olmazsa atmosfer havası buradan sisteme girer. Sakşın, 10–20 cm/su basıncıyla çalışmalıdır, 50 cm/su basıncından fazla sakşın uygulanması, akciğer hasarına yol açar. Sakşın, sıklıkla dekortikasyon yapılan hastalarda kullanılır, diğer cerrahi girişimlerde ilk 24 saat genellikle sakşın uygulanmaz (2,6,11,12,26,27).

SAKŞININ ÇALIŞMASININ KONTROLÜ

Sakşının bağlı olduğu şişe (sakşın kontrol şişesi) içindeki sıvıda, atmosfer havasının uzun tüpten sıvıya geçmesi nedeniyle sürekli hava kabarcıkları olmalıdır. Kabarcıkların olmaması, sistemin iyi çalışmadığını gösterir. Sistemin çalışmaması, sistemde olan bozukluk nedeniyle olabildiği gibi, plevral boşlukta ya da drenaj sisteminde aşırı hava kaçağı nedeniyle de olabilir. Kontrol şişesinde hava kabarcığı olmuyorsa, KSD kısa bir süre klemplenerek sakşın kontrol şişesi gözlenir, hava kabarcığı olmaya başlarsa KSD ya da sakşın ile ilgili bir sorun yoktur. Hava kabarcığı olmaya başlamaması sorunun KSD'inde ya da sakşında olduğunu gösterir. Derhal doktora haber verilmeli ve en kısa zamanda sorun giderilmelidir (2,6,12,26,27).

KAPALI SUALTI DRENİNE İLİŞKİN OLASI PROBLEMLER

Drenaj şişesinde kırık ya da çatlak olması:

Drenaj şişesi kırık ya da çatlak olursa, atmosfer havası KSD'inden plevral alana geçer. Bu soruna karşı daima yedek bir şişe hasta yakınında bulunmalı, toraks tüpü hasta derin bir nefes verdikten sonra çift klempile kapatılıp yeni şişe bağlantısı yapıldıktan hemen sonra klempiler açılmalıdır. Bu işlem, en fazla 1–2 dakikada tamamlanmalı, tüp daha uzun süre klempile kalmamalıdır. Klemp açılmazsa, plevral boşlukta hava ve sıvı aşırı oranda birikeceğinden, komplikasyon olarak tansiyon pnömotoraks gelişebilir (2,5,11,21,28).

Toraks tüpü bağlantılarının ayrılması:

- Drenaj şişesindeki uzun tüp ile toraksa yerleştirilen tüp arasındaki bağlantının tam yapılamaması,
- Hastanın ayağa kalkarken KSD'nin yatağın kenarına takılması,
- Yatak içinde pozisyon değiştirirken el veya koluyla tüpün üzerine baskı uygulaması,
- Tüpü sağma veya sıvazlama gibi işlemler yapılırken sert davranılması gibi nedenlerden dolayı drenaj şişesindeki uzun tüp ile toraks tüpü arasındaki bağlantılar birbirinden ayrılabilir.

Toraks tüpü bağlantı yerlerinden ayrıldıysa, hemen klempenmelidir (1,2,5,19,28).

Drenaj şişesinin devrilmesi:

Drenaj şişesinin devrilmesi, sistemin hava sızdırmazlığının bozulması ve plevral alana atmosfer havasının kaçmasına neden olmaktadır. Hemen şişe dik pozisyona getirilerek uzun tüpün su içinde olması sağlanır. Plevral boşlukta biriken havayı atması için hastanın kuvvetli nefes vermesi ve öksürmesi istenir (1,2,5,11,24).

Drenaj şişesinin hastanın göğüs seviyesine ve üzerine çıkması:

Drenaj şişesi, hastanın göğüs seviyesine ve üzerine çıkarsa yerçekimi nedeniyle drenaj olmaz, hatta sifon yaparak drenaj plevral alana geri döner. Şişe hemen hastanın göğüs seviyesinden yaklaşık 90 cm kadar aşağı indirilmelidir (1,2,5,11,28).

Drenaj tüpünün şişeye yakın bir yerde bükülmesi:

Drenaj tüpü, dikkat edilmezse şişeye yakın bir yerde kıvrılabilir ve bu nedenle drenaj engellenir. Tüpün kıvrılmaması için sık aralıklarla kontrol edilmesi ve düzeltilmesi gerekir (1,5,11).

Şişeden hava çıkışını sağlayan açıklığın kapalı olması:

Drenaj şişesinde bulunan kısa tüpün ağzının kapanması, tıkanması, plevral boşluktan havanın sistem aracılığı ile dışarı atılmamasına ve drenajın kesilmesine neden olur. Tıkanıklık derhal giderilmeli ve hasta komplikasyonlar açısından değerlendirilmelidir (1,11,18).

Şişedeki su seviyesinin az olması, tüpün ucunun açıkta olması:

Tüpün alt ucunun suya temas etmemesi, inspirasyonda sistemden plevral aralığa atmosfer havasının girmesi demektir. Bu durumda tüp sıvının içinde olacak şekilde steril su eklenmeli ve sistemin çalışıp çalışmadığı kontrol edilmelidir (1,5,11,21,25).

Tüpün hastanın altında kıvrılması:

Tüpün uzantıları dikkatli bir şekilde gözden geçirilmelidir. Tüplerin hastanın altında kalmaması, ezilmemesi ve bükülmemesi konusunda özen gösterilir. Aksi takdirde drenaj engellenir, sıvı ve hava plevral alanın basıncında artışa neden olur. Hasta yan yatıyorsa, tüpler, beden ağırlığı ile sıkışıp ezilmemesi amacıyla küçük kum torbaları ya da katlanmış havlu ve çarşafı alttan desteklenmelidir. KSD düzenli aralıklarla çalışıp çalışmadığı kontrol edilir. Hastaya bu konuda dikkatli olması konusunda eğitim verilmelidir (1,4,11,25,28).

Tüpün takılı olduğu yerden çıkması:

Tüp takılı olduğu yerden herhangi bir nedenle ayrılırsa hemen vazelinli spanç ile kapatılmalıdır (5,11).

DRENAJIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Şişede bulunan drenaj miktarı ölçülmeli ve kaydedilmelidir. Bu nedenle drenaj için ölçekli şişeler kullanılabileceği gibi, şişe üzerine izleme bandı da yapıştırılabilir. Şişe içinde bulunan 100 ml'lik SF ya da distile su seviyesi işaretlenmeli, daha sonra gelen drenaj, saat başı ölçülerek kaydedilmelidir. Drenajın işaretlenmesi, plevral alandan ne kadar sıvı geldiğinin ve ne kadar kanama olduğunun anlaşılması için gereklidir. İlk 24 saatte 500–1000 ml drenaj olması ve bunun 100–300 ml'sinin ameliyat sonrası ilk iki saatte gelmesi normaldir, daha sonra drenajın azalması gerekir. İlk bir kaç saat drenaj kanlıdır ve giderek rengi açılır. KSD takılı hastada kan basıncında düşme, nabız hızında artma ve açık renkli kanlı drenaj olursa aktif kanamadan şüphelenilmeli ve drenaj şişesi kanama açısından değerlendirilmelidir. Uzun süren kanlı drenaj ya da rengi açılan drenajın yeniden kanlı olması, akciğerlerden kanama olduğunu gösterir. Hastanın hemogram değerine göre kan replasmanı yapılmalıdır. Hasta yeniden ameliyata alınabilir (1,2,3,29,30,31,32,33).

Drenaj genellikle ilk 24 saat sonrasında azalmakta ya da tamamen bitmektedir. Şişeye fazla sıvı dolarsa, drenaja karşı bir direnç gelişir, akım zorlanır. Ayrıca kesinlikle şişede, kısa hava tüpüne degecek kadar sıvı birikmemeli, bu durumda şişe değiştirilmeli, ya da akımın daha kolay olması ve bu gibi problemlerin oluşmaması için çift şişeli sistem kullanılmalıdır (1,2,30,33,34).

DRENAJ ŞİŞESİNİN DEĞİŞTİRİLMESİ

Drenaj şişesi değiştirilirken şu yol izlenmelidir:

- Hastaya yapılacak işlem açıklanır.
- Yeni drenaj şişesi getirilir.
- Şişeye yeterli miktarda steril su konur.
- Eller yıkandıktan sonra steril eldiven giyilir.
- Hastanın derin nefes vermesi istenir ve o sırada çift klemple tüp klemplenir, göğüs tüplerinin ucuna dokunmadan bağlantı ayrılır.
- Yeni sistemin bağlantısı yapılır ve hemen klempler açılır.
- Sistemin çalışması izlenir.
- Plevral alanda enfeksiyon gelişmemesi için bu işlem yapılırken aseptik tekniğe kesinlikle uyulmalıdır (2,11,17,26,35,36,37).

KAPALI SUALTI DRENİNİN ÇIKARILMASI

Intraplevral alandaki hava ve sıvı tamamen çıkınca akciğerler yeniden genişler ve drenaj şişesindeki uzun tüpte gel-git hareketi kesilir. Bunun nedeni genişleyen akciğerin, plevral alandaki kateterin ucunu bloke ederek, hava ve sıvı geçişini engellemesidir. Günde 50–70 ml sıvı gelmeye devam ediyorsa, KSD çıkarılmamalıdır (1,2,38,39).

KSD'nin kısa sürede çıkması; ağrı, enfeksiyon ve hastanın hareket özgürlüğü açısından önemlidir. Göğüs duvarındaki iki KSD aynı zamanda çıkarılabilirse de bazen öncelikle altta bulunan KSD çıkarılmakta ve üstteki KSD bir süre daha kalmaktadır (1,2,11,38,39) .

Akciğerlerin yeniden açılması, drenaja ilişkin bulgularla anlaşılacağı gibi, oskültasyon, perküsyon ve göğüs filmi çekilmesi, KSD'nin çıkarılmasına karar vermede önemlidir. KSD'nin çekilmesi ağrılı bir işlem olduğu için, işlemden 30 dakika önce hastaya proflaktik olarak ağrı kesici verilmelidir. KSD'nin çıkarılmasında:

- Hastaya yapılacak işlem anlatılır.
- Pansuman malzemeleri hazırlanır.
- Yara pansumanı kaldırılır.
- Tüpün giriş yeri antiseptik solüsyonla merkezden dışarı doğru silinir.
- İşlem iki kişi ile yapılmalıdır.
- Hastaya nazik bir şekilde valsalva manevrası uygulanır veya sessiz bir soluk aldırılır (1,2,11,38,40).

- Bir kişi dikişi kesip düğüm atmak için hazır olurken, diğeri hızla tüpü çeker ve hastaya nefesini bırakması söylenir.
- Yara yeri steril pansumanla hızla kapatılıp bantlanır.
- Hava kaçağı olup olmadığını izlemek için akciğer grafisi çekilir.
- Hasta yüzeysel solunum, siyanoz, nabız hızı, göğüste basınç hissi, enfeksiyon belirtileri, subkutan amfizem açısından yakından izlenir, patolojik bir durum geliştiğinde hekime haber verilmelidir.
- Yara birkaç gün içerisinde iyileşir (38,40,41).

KSD ve HASTANIN DENEYİMLERİ

KSD takılması hastada bilgi eksikliği, konfor ve hareketlilikte bozulma, ağrı ve duyu sorunlarını beraberinde getirir (8,10).

Bilgi Eksikliği

Hastaya bilgi vermeden önce, hastanın konuyla ilgili bilgi ve deneyimlerini öğrenmek önemlidir. Bu şekilde hastanın yanlış ve eksik anlaması önlenebileceği gibi, hastaya uygun bir eğitim planı hazırlanabilir. Hastaya yazılı broşür verilerek bilgilendirilmesi sağlanabilir. Hemşire hastaya verilen bilgilerin ne kadarının anlaşıldığını değerlendirmeli ve hastaya dilediği zaman soru sorma şansı vermelidir (2,9,42,43). Hastaya bilgi vermede amaç;

- Kendisi için uygun ve doğru karar almasını sağlamak,
- Hasta ile sağlıklı iletişim kurmak,
- Hazırlıklar sırasında hastanın katkısını sağlamak,
- Yaşam bulgularının kısa sürede düzene girmesini sağlamak,
- Ağrı ve anksiyeteyi azaltarak işlem öncesi az anestetik, işlem sonrası az analjezik kullanılmasını sağlamak,
- İşlem sonrası kısa sürede iyileşmesini ve erken taburcu olmasını kolaylaştırmak.

Gerekli bilgiler hastaya hekim veya hemşire tarafından şiddetli ağrısı, solunum sıkıntısı gibi problemlerin olmadığı, iletişime açık olduğu zaman verilmelidir (2,11,42,43).

İşlem öncesi;

- Hastane kuralları, klinik ve klinik prosedürleriyle ilgili,
- KSD takılmasını gerektiren akciğer hastalığıyla ilgili,
- Tanı yöntemleriyle ilgili,

- Hastaya uygulanacak cerrahi işlem ile ilgili,
- Drenaj şişeleri ve tüpleriyle ilgili,
- İşlem esnasındaki pozisyonuyla ilgili,
- KSD takılma sırasında yapılacak işlemlerle ilgili,
- Takılan KSD'nin hastanın günlük yaşam aktivitelerinde oluşturacağı değişikliklerle ilgili bilgi verilmelidir (2,11,43,44).

Hastaya işlem sırası ağrısının olabileceği, ağrısı şiddetlenirse haber vermesi, malzemeler ve tüpün takıldığı alanın steril olduğu, verilen pozisyonu koruması gerektiği söylenmelidir (8,11,12,31).

İşlem Sonrası:

- İşlem sonrası pozisyonuyla ilgili,
- İşlem sonrası ne zaman ayağa kalkabileceği ile ilgili,
- İşlem sonrası beslenmesiyle ilgili,
- Drenaj şişelerinin taşınmasıyla ilgili,
- Drenaj şişesine gelen sıvının özelliğiyle ilgili,
- İşlem sonrası komplikasyonların önlenmesine yönelik solunum ve öksürme egzersizleriyle ilgili,
- Aktif ve pasif ekstremitte egzersizleriyle ilgili,
- Hastalığının nüks edip etmeyeceği ile ilgili,
- KSD'nin ne zaman çıkacağı ile ilgili,
- Taburculuk ve evde bakım ile ilgili bilgi verilmelidir (11,31,42,43).

Hastanın eğitim durumu, yaş, hemşire ve hekimin işlem ile ilgili bilgilerinin yetersiz olması vb nedenlerden dolayı hastada bilgi eksikliği oluşmaktadır (2,11).

Hastayı bilgilendirmeye yönelik yapılmış pek çok çalışma vardır. Bu çalışmaların sonuçlarına göre hastayı bilgilendirme; hastada semptom kontrolünün gelişmesini, cerrahi işlem sonrası bağımsızlığı ve kendini yönetme becerisinin artmasını ve sonuç olarak hasta memnuniyetinin artmasını sağlamaktadır (2,9,11).

Rahatlık(Konfor) ve Hareketlilik

Hastanın rahatlık (konfor) ve hareketlilik durumu ile ilgili bilgi toplanmalıdır. Hasta için en rahat pozisyonun hangisi olduğu, gerek yatak içinde gerekse yatak dışında rahat hareket edebilme durumu, hareketini sınırlayan durumlar bilinmelidir (2,9,26).

Hareketliliği engelleyen nedenler:

- Hastanın yaşlı olması,
- Kronik hastalığı olması (KOAHA, Kalp Yetmezliği vb),
- Hastanın birden çok toraks şişesinin olması,
- Hareket esnasında toraks tüpünün çıkacağı korkusu,
- Hareketin ağrısını arttıracacağı korkusu,
- Bilgi eksikliği vb nedenlerden dolayı hastalar hareket etmek istemezler (2,9,44,45,46).

KSD'nin neden olduğu ağrı, hareket kısıtlılığı hastanın konforunu bozmaktadır.

Hastanın konforunu sağlamak için ağrı durumu değerlendirilmeli, analjezikler zamanında yapılmalı, kirlenen pansuman hemen değiştirilmeli, hastaya rahat edeceği pozisyon verilmelidir (2,8,44,47,48).

Hareketliliğin yararları;

- Akciğerlerdeki sekresyonların daha kolay çıkmasına yardımcı olur.
- Drenajın daha hızlı boşalması sağlanır.
- Kan dolaşımının hızlanması sağlanır. Trombüs oluşumu engellenir.
- Yaraların daha çabuk iyileşmesi sağlanır.
- Hastanın kendini iyi hissetmesine yardımcı olur.

Hareketsizliğin sonuçları;

Hareketsizlik, göğüs kafesi genişlemesi ve hareketlerinde azalma, akciğerlerde sekresyon ve mukus birikmesi, hipostatik pnömoni ve solunum asidozuna neden olmaktadır (1,9,47).

Hastalar vasküler stazı önlemek için 4 saatte bir ayağa kaldırılmalıdır. Hastalara ayağa kalkamadığı dönemlerde yatak içi aktif-pasif egzersizler ve sık pozisyon değişikliği önerilmelidir (1,9).

Hastaların mobilizasyonu planlı olmalıdır.

Hazırlık Aşaması;

- İşlem hakkında hasta bilgilendirilir,
- Hasta mobilizasyon için cesaretlendirilir,
- Yaşam bulguları alınır,
- Yatak yükseğe indirilir,
- Drenaj kateterleri kontrol edilir,
- Hasta yatak kenarına yaklaştırılır ve hasta rahat döndüğü tarafa yan çevrilir.

Yatak İçinde Oturtma Aşaması;

- Hasta koltuk altından tutulur, omzundan destek alması sağlanır,
- Ağrıyı azaltmak için insizyon yerini eliyle desteklemesi söylenir,
- Hastanın bacakları yataktan sarkıtılarak, yavaşça yatak kenarına oturtulur,
- Nabız ve solunumu kontrol edilir,
- Baş dönmesi ve bulantı olursa hasta kendini iyi hissedene kadar yatak kenarında oturtulur,
- Hastanın terlikleri giydirilir.

Ayağa Kaldırma ve Yürütme Aşaması;

- Bir kolla hastanın koltuk altından desteklenir, diğer elle drenaj kateterleri kontrol edilerek yavaşça ayağa kaldırılır,
- Baş dönmesini engellemek için, başını dik tutması ve karşıya bakması söylenir,
- Bulantısı varsa derin nefes alması söylenir,
- Hasta oda içerisinde yavaş yavaş (3–5 adım) dolaştırılır,
- Hastayı yormadan işlem tamamlanıp, hasta yatağına götürülür.

Yatağa Yatırma Aşaması;

- Hasta önce yatağına oturtulur, rahat yatabilmesi için yatağın başı yükseltilir,
- Hastaya rahat edebileceği pozisyon verilir,
- Damar yolu açıksa sıvı hızı ayarlanır (1,2,9,29,47).

Ağrı

KSD takılması sonrası ağrı önemli bir sorundur.

Nedenleri;

- Cerrahi işlem sonrası yetersiz analjezik kullanımı,
- KSD'nin giriş yerinde serum ya da kan toplanması ve bunun basısı,
- Yaranın kapatılmasında aşırı sıkı sütur konulması,
- Kötü yerleştirilmiş tp ve drenler,
- Hastanın nceki deneyimleri,
- İnsizyona bağlı kas dokusu yıkımı,
- Hareket ve öksürük sırasında kasların kullanımı,
- Hastaya uygulanan anestezi madde,
- Hastanın anksiyete düzeyi,
- Hastanın mental durumu önemli rol oynar (1,8,49,50,51).

Cerrahi girişimden sonra oluşan ağrı istemsiz olarak göğüs kafesi hareketlerinin sınırlanmasına dolayısıyla azalmış solunum hareketlerine, öksürememeye ve bunlara bağlı olarak alveoller alandan kayıplara, sekresyon birikimine, ventilasyon perfüzyon uyumsuzluklarına ve tüm bunların sonucunda da hipoksemiye yol açmaktadır (1,2,9,51).

Ağrının kesilmesi sadece hastanın konforu için gerekli değildir. Ağrı hastanın yüzeysel solunum yapmasına neden olmaktadır. Bu durum atelektazi ve diğer pulmoner komplikasyonların riskini artırır. Ağrı nedeni ile yeterli hareket etmeyen hastalarda venöz göllenmeye bağlı derin ven trombozu insidansı da artmaktadır. Ağrıya bağlı refleks sempatik aktivitenin artması gastrik peristaltizmin azalmasına ve abdominal distansiyon, bulantı ve kusma gibi sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ağrı katekolamin salınımını da arttırarak vazospazma ve dolayısı ile kardiyak yükün artıp, doku iskemisinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu nedenlerle ağrının ameliyat sonrası dönemde etkin bir şekilde kontrol altına alınması hastaların daha hızlı iyileşmelerini sağlamaktadır (2,9,11,14,51,52,53,54).

Ağrı giderici ilaçlar verilmeden önce kötü pozisyon, drenler gibi hastada ağrıya neden olacak bir sorun olup olmadığı kontrol edilmeli, böyle bir sorun varsa önce sorun giderilmelidir. Soğuk uygulama, dikkati başka yöne çekme, rahat ve havalandırılmış çevre, sakıncası yoksa masaj uygulama ağrıyı gidermeye yardımcı olmaktadır (1,2,9).

Ağrıyı önlemede:

- Hastaya ağrısına göre değil, bir bütün olarak bakım verilmelidir.
- Anksiyete ağrı düzeyini artırır, hastanın anksiyetesi azaltılmalıdır.
- Ağrı giderici ilaçlar kan basıncının düşmesine ve solunum depresyonuna neden olabileceğinden hastanın kan basıncı ve solunumu kontrol edilmelidir.
- Analjeziklerin yan etkileri azaltılmalı ya da giderilmelidir (ağız kuruluğu, konstipasyon, bulantı, kusma ve sedasyon).

Hastaya daha önce ağrısının azaltılmasında nelerin yardımcı olduğu sorulmalı ve buna benzer bilgiler için kayıtlar incelenmelidir (2,9,55,56,57,58,59,60,61,62).

- Ağrıyı azaltan ya da arttıran faktörler değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
- Ağrı kontrol ilaçları, hastanın uykusunu ve istirahatını bölmeyecek şekilde planlanmalıdır.
- Hangi günlük yaşam aktivitelerinin ağrıyı arttırdığını ve azalttığını hasta ile görüşülerek belirlenmelidir.
- Ağrının yeri, şiddeti, ne zaman başladığı saptanmalıdır.
- Hekim istemine göre hastaya IV, İM, PCA, suppozituar veya oral yolla analjezikler verilmelidir.

Hasta iyileştikçe ağrı giderici ilaçların dozu azaltılmalı ve ilaçlar daha uzun aralıklarla verilmelidir (63,64,65,66,67,68).

KAPALI SUALTI DRENİ UYGULANAN HASTADA HEMŞİRELİK BAKIMI

Girişimler	Hedefler
KSD'nin yerleştirilmesine yardım etmek.	Hastanın yanında olmak, hastaya güven vermek.
Bütün bağlantıları güvenli olarak tespit etmek (1,4,5,27,31).	Hava sızıntısı riskini azaltmak.
Drenaj sistemini toraks tüpünün bağlantı yerinden daha aşağı seviyede tutmak.	Plevral alandan hava ve sıvının drenajını yerçekimiyle kolaylaştırmak.
Bütün şişeleri aşağıda ve yatağın yanında emniyete almak (5,6,10,11,23,68).	Plevral alana hava ve sıvının geri dönüşünü önlemek.
Drenaj miktarını belirlemek için toplama şişesine ölçme bandı yerleştirmek (11,12).	Drenaj miktarını izlemeyi kolaylaştırmak.
KSD'nin yerleşim yerinin pansumanını aseptik teknik kullanarak yapmak ve emici bantlarla pansumanın emniyetini sağlamak (2,5,11,12).	Hava sızıntısı ve enfeksiyon riskini azaltmak.
KSD'ni serbest bırakarak drenajı kolaylaştırmak, hastanın yatak içinde serbest hareket etmesi için tüpün yeterli uzunlukta olmasını sağlamak.	Tüpün bükülmesini ve yerleşim yerine baskıyı önlemek, drenajın tüp içinde toplanmasını engellemek ve şişe içine drenajı kolaylaştırmak.
KSD takılı hasta da drenajı sağlamak ve sürdürmek.	Terapatik etkinlik için drenaj sisteminin açıklığını sağlanmak.
Drenaj miktarı ve özelliğini değerlendirmek.	Drenaj da azalma, sistemde obstrüksiyon ya da akciğerlerin genişlemesini belirlemek.
Drenaj miktarını şişenin üzerinden işaretlemek.	Kanamamanın takip edilmesini kolaylaştırmak.

<p>Sakıncası yoksa yarı oturur pozisyon vermek (1,2,6,11,12,26,27,30,31).</p>	<p>Sıvı ve hava çıkışını kolaylaştırmak için yarı oturur pozisyon vermek.</p>
<p>Düzenli aralıklarla döndürmek ve pozisyon vermek.</p>	<p>— Pozisyon değişikliği ile akciğer sekresyonlarını mobilize etmeye ve önlemeye yardım etmek.</p> <p>— Baş aşağıda yatmak (trendelenburg pozisyonu) KSD takılı hastada kontrendikedir. Çünkü bu pozisyonda abdominal organlar diyafragma ve akciğerleri sıkıştırır. Akciğerler yeterince genişleyemez, dolayısıyla mediastinal organlara basınç kardiyak outputu düşürür ve venöz dönüşü engeller.</p> <p>— Hastaların semi-fowler pozisyonunda yatmalarını sağlamak. Semi-Fowler pozisyonunda diyafragma düşeceğinden akciğerler genişler, ventilasyon daha az eforla gerçekleşir ve drenaj daha kolay olur (1,2,6,11,12,21,31,27).</p> <p>— Hastaları aynı pozisyonda uzun süre yatırmamak, bir-iki saat arayla döndürmek. Akciğerlerin yeterli havalanmalarını sağlamak ve kan akımının yavaşlamasına bağlı trombüs gelişimini önlemek için gerekmektedir.</p> <p>—Hastayı yatakta çevirerek hareket ettirmek, trakeabronşiyal sekresyonların çıkmasına ve drenajın hızlanmasına yardımcı olmak (2,6,27,31).</p> <p>— Pozisyon değiştirirken hastanın başını ve sağlam olan göğüs tarafını desteklemek, KSD takılı taraftaki kolundan tutmamak.</p> <p>— Hastanın kendi kendine hareket edebilmesine yardımcı olmak için yatağın ayakucuna uzun bir ip bağlamak ve hastanın buna tutunarak yatak içinde hareketlerini düzenlemesine yardımcı olmak.</p> <p>— Pozisyon değiştirirken toraks tüpü ve drenaj şişesindeki uzun tüpün bükülmemesine ve kıvrılmamasına özen göstermek (2,7,11,15,27,31,69,70).</p>
<p>Derin solunum ve öksürme egzersizlerini yaptırmak.</p>	<p>KSD takıldıktan sonra hasta için yaşamsal önemi olan derin solunum ve öksürme egzersizlerinin yapılmasını sağlamak.</p>

<p>Derin solunum ve öksürme egzersizlerini yaptırmak.</p>	<p>Derin Solunum Egzersizleri</p> <p>—Hastanın dizleri hafifçe bükülür, elleri kostaların altında her iki yanda soluk alıp verdiğinde diyafragmayı hissedilecek şekilde yerleştirilir.</p> <p>—Hastanın burnundan derin bir nefes alması söylenir. Bu arada hastanın ellerinin dışarı doğru hareket etmesi gerekir.</p> <p>—Hastaya içinden 5'e kadar sayarak nefesini tutması ve sonra nefesini ağızından ve yavaşça bırakması söylenir (2,11,27,31,41,71,72).</p> <p>Öksürme Egzersizleri</p> <p>—Derin solunum egzersizlerinden 3 kez yaptırılarak öksürme refleksi uyarılır ve üçüncü nefes verişte hastaya öksürmesi söylenir.</p> <p>—Diğer bir öksürme tekniği de; hasta derin bir nefes alır 2–3 kez kuvvetli ve hızlı bir şekilde “huff” kelimesini tekrarlayarak nefesini verir.</p> <p>— Derin solunum ve öksürme egzersizleri 2 saatte bir 10- 20 kez yaptırılır. Egzersiz sayısı hastanın durumuna göre değişir (1,2,11,27,31,42).</p> <p>— Etkin solunum için hastaya balon, kese kâğıdı şişirterek, ya da triflo gibi solunum egzersiz cihazı vererek hastanın akciğer kapasitesinin artmasına yardımcı olmak.</p> <p>— Yeterli ventilasyonu sağlamak için solunum yollarını açık tutmak.</p> <p>— Ameliyattan sonra ilk 24 saat, her saat başı ya da daha sık aralarla, 48. saate kadar iki saatte bir 10–20 kez solunum ve öksürme egzersizlerinin yapılmasını sağlamak. Hastanın durumuna göre egzersizlerin zamanını ayarlamak.</p> <p>—Hava yollarını dilate etmek, surfaktan yapımını hızlandırmak, akciğer dokusunun genişlemesini, trakea-bronşiyal sekresyonların atılmasını, pulmoner dolaşımın düzenlenmesini, KSD'inden hava ve sıvı çıkışının hızlanmasını sağlamak için bu egzersizleri yaptırmak (11,31,69,70,71,73).</p> <p>— Akciğerlerin sertleşmesini önlemek için solunum</p>
---	--

<p>Derin solunum ve öksürme egzersizlerini yaptırmak.</p>	<p>egzersizlerini yaptırmak. Akciğerler periyodik olarak derin solunumla gerilmezlerse sertleşirler ve sonuçta yeniden genişlemeleri zorlaşır, alveoller kollabe olur ve hipoksemi gelişir. Akciğerler kollabe olduğunda yeniden genişlemeleri zaman alır ve plevral alanda adhezyon gelişir, akciğerler baskı altında kalır (2,27,31,70,72,73).</p> <p>—Plevral alanda sekresyon birikimine bağlı enfeksiyon gelişimini engelleyerek, obstrüksiyon, atelektazi ve solunum yetmezliği gibi komplikasyonların oluşumunu önlemek.</p> <p>—Egzersiz sırasında insizyonu destekleyerek hastaya yardımcı olmak. Bazı hastalar insizyonun açılacağı ve akciğerlerin zarar göreceği korkusuyla derin solunum egzersizlerinden kaçınırlar.</p> <p>—Etkili öksürme egzersizi için hastaya uygun pozisyon vermek. Hasta en iyi ve etkili olarak dik otururken öksüreceğinden, kan basıncı stabilleşince bu pozisyonda öksürtülmeli ve her öksürme egzersizinden sonra hastaya derin soluk olması hatırlatılmalıdır (2,5,31,69,73).</p> <p>—Derin solunum ve öksürme egzersizlerinin daha etkili yapılabilmesi için mümkünse egzersizden önce hastaya ağrı kesici uygulamak.</p> <p>—Egzersizleri, ağrı kesici IV verildiyse 15–20 dakika, IM verildiyse 45 dakika sonra yapmak.</p> <p>— Çok nadir de olsa bazen hasta derin solunum egzersizi yaparken kısa süreli baygınlık (senkop) geçirebilir. Senkop, intratorasik basınçta artışın venöz dönüşü engellemesi, bunun da kardiyak outputu azaltmasına bağlı serebral iskemi gelişmesi nedeniyle ya da hiperventilasyon sonucu akciğerlerden fazla miktarda karbondioksit atılması ve kan karbondioksit düzeyinin aniden düşmesine bağlı olarak görülebilir. Hasta çok kısa bir sürede kendine gelir. Bu sorun daha çok kardiyak problemleri olan hastalarda görülmektedir (2,31,69,71,72,73).</p>
---	---

Ağrıyı gidermek.	<p>—KSD takıldıktan sonraki ilk günlerde ağrı ve huzursuzluk nedeniyle komplikasyon oluşmasını önlemek.</p> <p>—Solunum ve öksürme merkezini baskıladığından dolayı ağrıyı gidermek amacıyla aşırı narkotik analjezik verilmesini önlemek.</p> <p>— İlaç tedavisi dışındaki yöntemlerden yararlanmak.</p> <p>Farmakolojik olmayan yöntemleri (Pozisyon değişikliği, sırt masajı, dikkati başka yöne çekme vb.) ağrıyı giderme de öncelikle denemek (1,7,13,25,31,63,65,67).</p> <p>— Ağrıyı azaltmak için yaranın pansumanla kapatılmasını sağlamak.</p> <p>— Ağrı, nörojenik hipotansiyona neden olabileceğinden, özellikle solunum ve öksürme egzersizlerinden önce ağrı kesicileri uygulamak.</p> <p>—Ağrı nedeniyle hareket etmeyen, yüzeysel solunum yapan hastaların ağrılarının giderilmesi sağlanarak atelektazi ve pnömoni gibi komplikasyonların oluşmasını önlemek (4,13,27,65,67).</p> <p>— Hekim istemine göre hastalara analjezikleri IV, IM ve hasta kontrollü analjezi (PCA) şeklinde vermek.</p> <p>— Özellikle KSD takılması sonrası ilk günlerde hastalar ağrı kesiciye daha sık gereksinim duyduklarından etkin ağrı kesicilerden bu dönemde yararlanmak. Bu amaçla en çok Morfin ve Mepedrin (Demerol) kullanılır. Mepedrin, solunum merkezini daha kısa süre deprese ettiğinden, genelde morfin tercih edilmektedir.</p> <p>— Narkotik analjezikler solunum hızı ve şeklini etkilediğinden bu ilaçların dozunu ve zamanını iyi ayarlamak. (2,8,13,31,67).</p> <p>—İnsizyon ve KSD’den kaynaklanan çok şiddetli ağrılara interkostal sinir blokları yapılmasını sağlamak (8,13,27,31,64,66,67).</p>
Göğüs duvarını desteklemek.	<p>— Ameliyattan sonra ilk günlerde, özellikle solunum ve öksürme egzersizleri sırasında, hastanın kendini güvende</p>

<p>Göğüs duvarını desteklemek.</p>	<p>hissetmesi, egzersizleri daha kolay yapması ve göğüs insizyonundaki gerginliğin azaltılması amacıyla göğüs duvarını desteklemek (2, 5, 46, 48, 62) .</p> <p>— İnsizyon yeri ön ve arkadan elle desteklenebileceği gibi, bir elle omuzdan aşağıya doğru iterken diğer elle insizyonun altından bastırarak hastanın desteklenmesini sağlamak.</p> <p>— Göğüs duvarını desteklemek için göğüs çevresini çok sıkı olmayan bir sargıyla sarmak ya da hastanın göğsüne yastık koyarak elleriyle bastırmasını sağlamak (1,12,27,31).</p> <p>—Yapılan desteğin, solunumu ve diyafragmanın çalışmasını engellemediğinden emin olmak.</p> <p>—Öksürüğün yüze doğru gelmemesi için hastanın karşısında değil yan ya da arka tarafında durmak.</p> <p>—Hastaya kendi kendini desteklemesini öğretmek. (1,31,42,43).</p>
<p>Hastanın erken ayağa kaldırılmasını sağlamak. (ambulasyonu)</p>	<p>— Komplikasyonları önlemek, ventilasyon ve perfüzyonu sağlamak.</p> <p>— Yaşam bulguları stabil olunca, hastayı planlı bir şekilde hareket ettirmek.</p> <p>— Vasküler stazı önlemek için hastayı dört saatte bir ayağa kaldırmak.</p> <p>— Kardiyak sorunu olan hastanın ambulasyonunu, tolere edebileceği şekilde ayarlamak.</p> <p>— Hasta oksijen tedavisi görüyorsa, ambulasyonu sırasında taşınabilir oksijen tüpleri kullanmak, bu mümkün değilse ambulasyondan önce ve sonra oksijen vererek hastanın solunumu izlemek (1,2,6,8,27,31,43).</p>
<p>Egzersiz yaptırmak.</p>	<p>— Kas-iskelet ve dolaşım problemlerini önlemek için egzersiz yaptırmak. Hastaların erken dönemde yatak içinde ROM egzersizlerini yapmalarını sağlamak.</p> <p>—KSD takılı tarafta omuz eklemine sertleşmesini, ayrıca kolda kontraksiyonların oluşumunu engellemek, hastaların kendilerini iyi hissetmelerini sağlamak amacıyla egzersiz yaptırmak (20, 25, 34, 46, 57).</p>

<p>Egzersiz yaptırmak.</p>	<p>— Egzersizlere başlamadan önce solunum yolunu açmak ve yeterli oksijenasyonu sağlamak için hastaların derin nefes alması ve öksürmelerini istemek.</p> <p>— Egzersiz sırasında hastaları dispne ve yorgunluk açısından izlemek, ağrı duydukları ve yoruldukları anda egzersizi azaltmak ya da sonlandırmak.</p> <p>—Egzersiz programını hastaların tolere edebileceği şekilde düzenlemek (1,2,3,11,27,31,70,71).</p> <p>— Önce yatak içinde başlayan sonra oturarak devam edilen egzersizleri ayakta sonlandırmak, mutlaka dinlenme arası vermek. Egzersiz programını iki-üç ay sürdürmek (1,2,31).</p> <p>Kol ve omuz egzersizleri</p> <p>— KSD takılı taraftaki omuz eklemine sertleşmesini ve adhezyonları engellemek amacıyla pasif ve aktif egzersizlere başlanır.</p> <p>— Egzersizler, kollara hiperekstansiyon yaptıran latisimus dorsi kasını; üst ekstremiteye adduksiyon ve fleksiyon yaptıran trapez kasını geren özelliktedir.</p> <p>— Bu egzersizler sırasında insizyon dikişleri gözlenmeli ve desteklenmelidir (1,2,11,31).</p> <p><i>Aktif egzersizler:</i></p> <p>—Omuzlar (klavikula ve skapula) yukarı doğru kaldırılır ve öne ve arkaya hareket ettirilir.</p> <p>—Dirsek kulağa yaklaştırılarak yukarı doğru bükülür, ardından kol 90 derece açıyla yana uzatılır.</p> <p>—Kol yukarı-geri, yana-geri ve aşağı-geri hareket ettirilir.</p> <p>—Koltuğa dik oturulur, ellerle koltuğun kenarları tutulur, ellerden destek alınarak beden yukarıya itilir ve aşağı indirilir.</p> <p>—Eller bele dayanır, dirsekler ve skapulalar birbirlerine doğru itilir (1,2,4,27,31).</p> <p>—Eller başın üzerinde, dirsekler kıvrık olacak şekilde birleştirilir, kollar yukarı-geri itilir.</p> <p>—Dirsekler kıvrılır, karın hizasında sağlam taraftaki el ile</p>
----------------------------	---

Egzersiz yaptırmak.	<p>ameliyatlı tarafın bileği kavranır, kollar yukarı-aşağı hareket ettirilir. Bu egzersiz ameliyatlı taraftaki kola fleksiyon yaptırır. Kollar yukarıda iken inspirasyon, aşağıda iken ekspirasyon yaptırılır (1,2,31).</p> <p>—Ameliyatlı taraftaki kol, avuç açık olarak yana uzatılır, dirsek kıvrılarak yandan baş üzerine kadar kaldırılır. Kol kaldırılırken inspirasyon, indirilirken ekspirasyon yaptırılır. Bu egzersiz, omuza abdüksiyon ve addüksiyon yaptırır.</p> <p>—KSD takılı taraf kolun dirseği omuz hizasında olacak şekilde tutulur, kol dirsekten itibaren yukarı ve aşağı doğru hareket ettirilir. Bu egzersiz yatakta yapılırsa kol yukarı kaldırılınca elin arkası, aşağı indirilince avuç içi yatağa değdirilir (1,5,27,31,).</p> <p>— Etkilenen tarafta ağırlı ve kalıcı kontraktürler oluşacağı hastaya açıklanmalı ve hastanın minimum ağrı duyacağı şekilde egzersiz yaptırılmalıdır.</p> <p>—Hastalar KSD takılı taraf kolu ile diş fırçalama, saç tarama, yemek yeme, bir yere uzanma gibi hareketleri de yapmalıdır (1,4,7,31).</p>
Tüpün toraksa girdiği insizyonun iyileşmesini hızlandırmak için uygun beslenmeyi sağlamak.	<p>— Metabolik gereksinimlerin karşılanması için hastayı iyi beslemek. Yüksek protein, kalori, vitamin ve mineral içeren bir diyet düzenlenerek doku iyileşmesini hızlandırmak (11,17,21,31,40,60).</p> <p>— Yaşlı, kronik böbrek ve karaciğer hastalığı, diyabet ve malign bir hastalığı olanlarda doku iyileşmesini ayrıca gözlemek.</p> <p>—Vitamin C eksikliği, hipoproteinemi, kusma, öksürük, abdominal distansiyon, enfeksiyonun varlığı kortizon ve immunosupresif ajanların kullanılması yara iyileşmesini geciktireceğinden gerekli önlemleri almak (21,31,45).</p>
Enfeksiyonu önlemek.	<p>—KSD uygulandığında pansumanların dikkatli bir şekilde yapılmasını sağlamak. Drenler dışarıdan içeriye enfeksiyon taşıyabilecek önemli bir kaynak olduğundan bakımına özen göstermek (2,11,31,40).</p>

<p>Enfeksiyonu önlemek.</p>	<p>— Enfeksiyon yara onarım sürecini bozduğundan, enfeksiyon gelişmesini önlemek, pansumanların ve drenlerin bakımına özen gösterilmesini sağlamak (31,40,45,60).</p> <p>Enfeksiyon nedenleri;</p> <p>—Yarada kanama, ıslaklık, sızıntı, —İdrar ve dışkı ile bulaşma, —Yeterli yara bakımı ve gözlemin yapılamaması, —Yarada sıvı birikimi, —Drenlerin kapalı sisteme bağlı olmamasıdır.</p> <p>Engellemede:</p> <p>—Yara bakımında asepsi ilkelerine kesin bir şekilde uyulması en önemli faktördür.</p> <p>—Enfekte yara temizliğinde %0,9 NaCl, yara kenarlarının temizliğinde alkol içermeyen hipo alerjik antiseptik solüsyonlar kullanılır.</p> <p>—Yara kuru olarak korunmalıdır.</p> <p>—Kullanılacak pansuman malzemesi emici, yaraya uygun, yapışmayan, kullanımı kolay ağrı veya travmaya neden olmayacak nitelikte olmalıdır (2,5,11,12,31,40,45).</p> <p>—KSD'nin işlerliği sağlanmalı ve bakımı yapılmalıdır.</p> <p>—Şişenin boşaltımında asepsi kurallarına uyulmalıdır.</p> <p>—Gelen mayinin rengi ve miktarı kontrol edilmelidir</p> <p>—Bağlantı yerinden ayrılıp ayrılmadığına bakılmalıdır.</p> <p>—Şişenin dolum sıklığına göre değişimi düzenlenmelidir (2,11,31).</p>
<p>Hastayı hareketli tutmak.</p>	<p>— Derin solunum ve öksürme egzersizleri intrapulmoner ve intraplevral basıncı arttırarak akciğerlerin genişlemesine, hava ve sıvının plevral alandan uzaklaşmasına yardımcı olacağından, KSD takılı olan hastaya egzersizler yaptırmak.</p>

<p>Hastayı hareketli tutmak.</p>	<p>— Oturur pozisyonda drenaj kolay olduğundan hastanın oturmasını sağlamak.</p> <p>—KSD takılı iken hastanın ayağa kalkıp dolaşmasını sağlamak, dolaşırken tüpleri klemplememek. Tüplerin gerilmemesine, bağlantı yerlerinin ayrılmamasına özen göstermek.</p> <p>— Şişelerin, göğüs hizasına kesinlikle çıkarılmamasını ve dik tutulmasını sağlamak (1,28,31,71,72,73).</p>
<p>Tüplerin klemplenmesini sağlamak.</p>	<p>— Hasta yatağının yanında daima, her tüp için iki adet ağızları lastik koruyuculu klempler buldurmak.</p> <p>— Gerektiğinde tüpleri güvenlik açısından çift klemple çok kısa bir süre için kapatabilmek. Klempleri daima kolay ulaşılabilir bir yerde buldurmak, hasta dolaşırken hastanın giysilerine tutturmak (1,2,3,31).</p> <p>— İstem olmadıkça ve acil durumlar dışında tüplerin klemplenmeyeceğini kesinlikle unutmamak ve gerekli girişim yapıldıktan hemen sonra klempleri açmak.</p> <p>— Klempleri açmayı unutmamak için, yatağın içinde kalan kısımdan değil görülmesi kolay olan, şişeye yakın yerden tüplerin klemplenmesini sağlamak.</p> <p>— Tüpleri, hasta ekspirasyon yaptıktan sonra klemplemek (2,3,10,11,31,74,75).</p>
<p>Sıvı drenajı iyi değilse tüpleri sıvazlama ve sağma işlemi yapmak.</p>	<p>—Tıkanma tansiyon pnömotoraksa neden olabileceğinden tüpleri daima açık tutmak.</p> <p>—KSD'den gelen sıvıyı, sık sık izlemek, tüplerde tıkanıklık olup olmadığını kontrol etmek. Drenajı engellediğinden tüplerin açık olmasını sağlamak (1,2,3,5,6,26,27,31).</p> <p>— Özellikle ameliyat sonrası ilk saatlerde kanlı drenaj pıhtılaşmaya neden olabileceğinden, tüpleri 30–60 dakikada bir sağmak ya da sıvazlamak. Sağılma hareketi ile tüpte fibrin ve pıhtıların birikmesini önlemek (5,26,31).</p> <p>— Tüpün açıklığını devam ettirmek, akciğerlerde gelişebilecek komplikasyonları en aza indirmek. (1,3,6,27,31).</p>

<p>Sıvı drenajı iyi değilse tüpleri sıvazlama ve sağma işlemi yapmak.</p>	<p>— Hastada ağrıya neden olmamak için tüpleri yavaş sıvazlamak. Hemşire hastaya yakın olan kısımdaki tüpü yerinden çıkmaması için parmakları arasında sıkıştırıp, sonra diğer eliyle tüpü yukarıdan aşağıya doğru sıvazlayarak ve aşağıdan tüpü sıkıştırırken üstteki elini serbest bırakarak drenaja yardımcı olur.</p> <p>— Bu sıkıştırma, gevşetme ve sağma işlemi birkaç kez tekrarlamak. Tüplerin kolayca sağılabilmesi için pudra, alkol ya da vazelin kullanmak (1,2,8,14,27,31).</p> <p>—Tüplerin tıkanmalarını önlemek için yapılan sıvazlama işlemi intraplevral negatif basınç oluşmasına sebep olsa da yine de bu işlemi yapmaya devam etmek.</p> <p>— Sıvazlama ve sağma işlemi, drenajın sağlanmasında yetersiz kalırsa hekim tarafından aseptik ilkelere uyularak tüplerin irrije edilmesini sağlamak. (1,27,31).</p>
<p>Drenaj şişesini değerlendirmek</p>	<p>2cm.'den az su göğüs boşluğuna hava girme riskini arttırdığından şişede 2cm. su olmasını sağlamak (1,2,3,5,31).</p>
<p>KSD'ndeki dalgalanma hareketini izlemek.</p>	<p>—Solunum sırasındaki intraplevral basınç değişikliklerini izlemek.</p> <p>— Spontan solunum sırasında şişedeki sıvının inspirasyonda yukarı doğru hareketini, ekspirasyonda aşağı doğru hareketini gözlemlemek (5,11,12,31).</p>
<p>Su bölmesinde, sistemdeki obstrüksiyon ya da akciğerlerin genişlemesinden dolayı fluktasyon yoksa akciğerleri değerlendirmek için perküsyon ve oskültasyon yapmak.</p>	<p>— Dalgalanma da azalma ya da durma varsa sistemdeki olası obstrüksiyonu, yanlış sakşımı ya da akciğer ekspansiyonunu düşünmek (1,5,6,31).</p>
<p>Ekspirasyon sırasında aralıklı olarak hava kabarcığı oluşumunu gözlemek.</p>	<p>— İnatçı ve sürekli hava kabarcığı görüldüğünde drenaj sistemi ya da hastada hava sızıntısı olması ihtimalini düşünmek.</p> <p>—Plevral alandan boşalma tamamlandığında, tekrar genişleyen akciğer KSD'nin ucuna baskı yaptığından şişede hava kabarcıklarının durmasını beklemek (33,34,35,74,75).</p>

Sakşın kontrolünde hafif kabarcıkları gözlemek ve sıvı düzeyini kaydetmek.	— Sakşın miktarı sakşın kontrol bölümündeki sıvının miktarına bağlı olduğundan bu sıvının miktarını yeterli düzeyde tutmak. — Kabarcıkların hafif dalgalanması gerektiğini bilmek (1,11,31).
Toraks şişesindeki hava çıkış açıklığını kontrol etmek.	Tıkanma sistem içindeki basıncı arttırıp tansiyon pnömotoraksa neden olduğundan sistemi daima havaya açık tutmak (1,5,6,12,15,31).
KSD takılı hastada solunum komplikasyonlarını önlemek.	—KSD çevresindeki deriyi gözlemek ve görünümünü kaydetmek, —Hastayı erken ayağa kaldırmak, —Pansumanı cerrahi aseptik teknikle değiştirmek, —KSD'nin toraksa güvenli tespitini kontrol etmek, —Kıvrılma ve tıkanma açısından KSD'ni izlemek, —Toraks şişesinden hava kabarcıklarının çıkışını izlemek, —KSD'nin giriş yerinin pansumanla kapatılmasını sağlamak (1,6,11,12,76,77).
KSD'ni uygun olarak klemplemek için yatak kenarında klemp bulundurmak	— Birkaç saniyeden daha geç KSD'ni klemplemek hayatı tehdit eden tansiyon pnömotoraksa neden olabileğinden bu süreyi kısa tutmak. — Hava sızıntı kaynağını lokalize etmek. — İlaç uygulamak. —Toraks şişesini değiştirmek için kısa süreli olarak sistemi klemplemek (1,3,6,31,78).
Hastayı rahatlatıcı önlemler almak	—Düzenli aralarla döndürmek ve pozisyon vermek, — ROM egzersizleri yaptırmak —Öksürme ve dönme esnasında KSD'nin yerleşim yerini desteklemek (2,5,7,11).
KSD'nin çıkarılmasına yardım etmek.	KSD'nin çıkarılması için akciğerlerin genişleme belirtilerini izlemek. Bu belirtiler: —Su bölmesindeki kabarcıkların kesilmesi, —Klinik durumun stabilleşmesi, —Göğüs röntgeninde akciğerlerin tamamen havalanması olarak ifade edilmektedir (1,3,31,79,80).

KSD'nin çıkarılması sırasında hastaya uygun açıklamada bulunmak.	—KSD'nin çıkarılması sırasında valsalva manevrasının yapılmasını hastaya öğretmek. —Pnömotoraks riskini azaltmak.
KSD'nin çıkarılması ağırlı olabilir.	Hekim istemine göre premedikasyon yapmak.
Gerekliyse kanama ve pansumanı izlemek	KSD çıkarıldıktan sonra az miktarda seroanjioz sıvının oluşabileceğini bilmek (1,3,13,25,31,80,81,82).

HASTA/AİLE EĞİTİMİ VE TABURCULUK PLANI

Hastaya mümkün olduğunca çok duyuya hitap ederek sözel ve hastanın ileride unutacağı düşünülerek yazılı bilgiler verilmeli ve bu eğitimler hasta kontrole geldiğinde de sürdürülmelidir (31,47,48).

Hasta taburcu olmadan önce, ağız hijyeni, beslenme, dinlenme, egzersizler ve bunun yanı sıra yapması ve yapmaması gerekenler konusunda bilgilendirilmelidir. Hastalar öksürüğe yol açacak hareketleri yapmaması; tozlu ve sigara dumanlı ortamlarda bulunmaması, kesinlikle sigara içmemesi ve özellikle üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) olan bireylerden uzak durması konusunda uyarılmalıdır. İşe başlama zamanı bireyin durumuna göre değişir. Taburcu olduktan sonra iki-üç hafta içinde işbaşı yapan hastalar olduğu gibi, işe başlamaları çok daha uzun zaman alan hastalar olabilir. Hastanın ameliyatı nedeniyle iş değişikliği yapması gerekiyorsa, hastaya gerekli rapor hastane tarafından düzenlenmelidir (1,6,20,47,48,65,84,85).

Eğitimde:

- İlaçların isimleri, dozları, etkileri, yan etkileri ve kullanım şekilleri hakkında bilgi verilmelidir.
- Öksürme, solunum, omuz egzersizlerine evde de devam etmesi gerektiği anlatılmalıdır.
- Aktiviteler ve egzersizler hastaya yapılan işleme ve hastanın tolere edebilirliğine göre planlanmalıdır.
- 3-4 hafta kadar kuvvetsizlik ve halsizliğinin olabileceği, interkostal ağrı için analjeziklerin yanı sıra lokal ısı uygulayabileceği anlatılmalıdır.
- Kontrollere gelmesinin önemi ve geliş sıklığı konusunda bilgi verilmelidir.
- Spontan pnömotoraks nedenleri ve riski anlatılmalıdır (1,85,86,87,88).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma; KSD takılı olan hastaların deneyimlerini belirlemek amacıyla anket formu uygulanarak yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır.

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TARİH

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Göğüs Cerrahisi Kliniğinde Şubat 2007 ile Kasım 2007 tarihleri arasında yapılmıştır.

EVREN VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Göğüs Cerrahisi Kliniğinde KSD takılan hastalar araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini;

- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- KSD takılmış olan,
- 18 yaş üzeri,
- En az okuryazar,
- İletişim kurmada problemi olmayan,
- Zihinsel engeli bulunmayan 102 kişi oluşturmuştur.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada kullanılan kişisel bilgi formu (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sigara kullanımı, tanı, KSD kalış süresi, ayağa kalkma zamanı) hastaların bireysel özellikleri ve sağlık öyküsü ile ilgili verileri elde etmek için araştırmacı tarafından geliştirilmiş veri toplama aracıdır.

Hastaların ağrı düzeylerinin belirlenmesi için McGill-Melzack Ağrı Soru Formu kullanılmıştır. Ağrının tarifi (zonklayıcı, sızlayan, batıcı, çok keskin) ve yoğunluğu (hafif, rahatsız edici, şiddetli, çok şiddetli, dayanılmaz) ile ilgili bilgiler elde edilmiştir. Hastaların deneyimlerini ölçmek için Kapalı Sualtı Dreninde Hasta Deneyimlerinin Belirlenmesi Formu oluşturulmuştur. Bu form hastaların KSD hakkında bilgilerini, ağrı, algı, rahatlık (konfor) ve hareketlilik durumlarına ilişkin bilgileri sorgulayan soruları içermektedir.

VERİLERİN TOPLANMASI

Örnekleme alınan hastaların tümü ile görüşülerek kişisel bilgi formu doldurulmuş ardından Kapalı Sualtı Dreninde Hasta Deneyimlerinin Belirlenmesi Formu uygulanmıştır.

Hastaya cerrahi işlem yapılmışsa ameliyat günü hastanın şiddetli ağrısı olması, bilincinin tam açık olmaması, hastaların mobilize olmamaları dolayısıyla, diğer günler uygulanmıştır. Kapalı Sualtı Dreninde Hasta Deneyimlerinin Belirlenmesi Form'unda hastalara kapalı uçlu soruların yanı sıra açık uçlu sorular da sorulmuştur. Formlar araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Hastalara uygulanan form yemek, ziyaret, tedavi saatleri dışında, hasta için uygun bir zamanda, sessiz, sakin bir ortamda uygulanmıştır.

ETİK ONAY

Çalışmanın uygulanabilmesi için Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Etik Kurul'undan izin alınmıştır. Çalışmanın amacı hakkında hastalara bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmaları konusunda sözlü onay alınmıştır.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

KSD takılan bireylerin bilgi durumları, rahatlık(konfor) ve hareketlilik durumları, ağrı ve algı deneyimleri bağımlı, yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek vb. bağımsız değişkenler olarak ele alınmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 13.00 programı kullanılarak yapılmıştır. Hastaların kişisel özellikleri ve KSD ile ilgili deneyimleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak Pearson ki - kare testi ile değerlendirilmiştir. $P < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlılık sınırı kabul edilmiştir.

BULGULAR

KSD takılan hastaların bireysel özellikleri, bilgi düzeyleri, rahatlık (konfor) ve hareketlilik durumları, algı ve ağrı deneyimleri, hastaların düşünce ve hisleri ile ilgili veri dağılımları değerlendirilmiştir.

Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 1: Bireysel Değişkenlerin Dağılımı

Tablo 2: Hastaların KSD Hakkında Bilgi Durumlarının Dağılımı

Tablo 3: Hastaların Rahatlık (Konfor) ve Hareketlilik Durumlarının Dağılımı

Tablo 4: Hastaların Ağrı Deneyimlerinin Dağılımı

Tablo 5: Hastaların KSD'ne Ait Düşünce ve Hislerinin Dağılımı

Karşılaştırmalı Bulgular

Tablo 6 : **Bireysel Değişkenler ve Hastaların Deneyimlerinin Karşılaştırılması**

Tablo 6a : Hastaların KSD Hakkındaki Bilgi Durumları ve Tanılarının Değerlendirilmesi

Tablo 6b : Hastaların KSD Hakkındaki Bilgi ve Eğitim Durumlarının Değerlendirilmesi

Tablo 7 : **Ağrı ve Algı Durumuna İlişkin Karşılaştırmalar**

Tablo 7a : Hastaların Ağrı, Algı Durumları ve Tanılarının Değerlendirilmesi

Tablo 7b : Hastaların Ağrı, Algı Durumları ve Mesleklerinin Değerlendirilmesi

Tablo 8 : **KSD ile İlgili Düşünce ve Hislere İlişkin Karşılaştırmalar**

Tablo 8a : Hastaların KSD ile İlgili Düşünceleri ve Tanılarının Değerlendirilmesi

Tablo 8b: KSD ile İlgili Hastaların Endişelenme Durumları ve Cinsiyetin Değerlendirilmesi

Tablo 9 : **Rahatlık (Konfor) ve Hareketlilik Durumuna İlişkin Karşılaştırmalar**

Tablo 9a: Hastaların Ayağa Kalkma Zamanları ve Tanılarının Değerlendirilmesi

Tablo 9b: Hastaların Hareketlilik Durumları ve Yaşlarının Değerlendirilmesi

Tablo 1: Bireysel Değişkenlerin Dağılımı (n=102)

DEĞİŞKENLER		n	%
Yaş	25–44	45	44,1
	45–64	26	25,5
	65 ve üzeri	31	30,4
Cinsiyet	Kadın	24	23,5
	Erkek	78	76,5
Medeni durum	Bekar	15	14,7
	Evli	87	85,3
Eğitim Durumu	İlköğretim	80	78,4
	Ortaöğretim	17	16,7
	Üniversite ve üstü	5	4,9
Meslek	İşçi	58	56,9
	Memur	8	7,8
	İşsiz	36	35,3
Sigara Kullanımı	Evet	66	64,7
	Hayır	36	35,3
Tanı	Primer olarak KSD uygulanan hastalıklar	49	48,0
	Sekonder olarak KSD uygulanan hastalıklar	53	52,0
KSD'nin kalış süresi	1–4 gün	64	62,7
	5–8 gün	31	30,4
	9 gün ve üstü	7	6,9

Not: Yüzdeler cevap veren hastalar üzerinden ve hastaların tanılarına göre değerlendirilmiştir.

Bireysel değişkenlerin dağılımı incelendiğinde (Tablo 1); hastaların %44,1'inin (n=45) 25–44 yaş, %30,4'ünün (n=31) 65 yaş ve üzeri, %25,5' inin (n=26) 45–64 yaş aralığında olduğu ve %76,5'inin (n=78) erkek ve %23,5' inin (n=24) kadın olduğu belirlenmiştir. Aynı tablo da (Tablo 1) hastaların %85,3'ünün (n=87) evli, %14,7'sinin (n=15) bekâr olduğu ve %78,4'ünün (n=80) ilköğretim, %16,7'sinin (n=17) ortaöğretim, %4,9'unun (n=5) üniversite ve üstü eğitim aldığı görülmüştür. Meslek olarak %56,9'unun (n=58) işçi, %35,3'ünün (n=36) işsiz, %7,8'inin (n=8) memur olduğu ve %64,7'sinin (n=66) sigara kullandığı, %35,3'ünün (n=36) sigara kullanmadığı belirlenmiştir. Tanıları incelendiğinde %52'sinin (n=53) sekonder olarak KSD uygulanan hastalıklar grubunda, %48'inin (n=49) primer olarak KSD uygulanan hastalıklar grubunda yer aldıkları belirlenmiştir. KSD'nin kalış süresinin %62,7'sinin (n=64) 1–4 gün arasında, %30,4'ünün (n=31) 5–8 gün arasında, %6,9'unun (n=7) 9 gün ve üstü olduğu görülmektedir.

Tablo 2:Hastaların KSD Hakkında Bilgi Durumlarının Dağılımı (n=102)

DEĞİŞKENLER		n	%
KSD ile ilgili size bilgi verildi mi?	Evet	81	79,4
	Hayır	21	20,6
Cerrahi girişim öncesi size KSD uygulanacağını biliyor muydunuz?	Evet	81	79,4
	Hayır	21	20,6
Size niçin KSD uygulandığını biliyor musunuz?	Evet	83	81,4
	Hayır	19	18,6
KSD sakşına bağlı mıydı?	Evet	9	8,8
	Hayır	93	91,2
Bu sakşın niçin yapılıyor bilginiz var mı?	Evet	2	22,2
	Hayır	7	77,8
Şişenin kan içerebileceğini biliyor muydunuz?	Evet	46	67,6
	Hayır	22	32,4
Şişede kabarcıklar görmeyi bekliyor muydunuz?	Evet	21	52,5
	Hayır	19	47,5
Şişedeki kabarcıkların ne olduğunu biliyor muydunuz?	Evet	26	66,7
	Hayır	13	33,3
KSD ile ilgili öğrenmek istediğiniz bir şey var mı?	Ne zaman çıkacağı	62	60,8
	KSD çıkartılırken ağrı olup olmayacağı	24	23,5
	Tekrar takılma olasılığı	16	15,7

Not: Yüzdeler cevap veren hastalar üzerinden ve hastaların tanılarına göre değerlendirilmiştir.

KSD ile ilgili bilgi durumları incelendiğinde (Tablo 2); hastaların %79,4'ünün (n=81) bilgi aldığı, %20,6'sının (n=21) bilgi almadığı belirlenmiştir. Cerrahi girişim öncesi KSD uygulanacağını %79,4'ü (n=81) bildiğini, %20,6'sı (n=21) bilmediğini, KSD takılma sebebini %81,4'ü (n=83) bildiğini, %18,6'sı (n=19) bilmediğini ifade etmişlerdir. KSD hastaların %91,2'sinde (n=93) sakşına bağlı olmadığı, %8,8'inde (n=9) sakşına bağlı olduğu ve sakşına bağlanma nedenini %77,8'inin (n=7) bilmediği, %22,2'sinin (n=2) bildiği belirlenmiştir. Şişenin kan içerebileceğini hastaların %67,6'sı (n=46) bildiğini, %32,4'ü (n=22) bilmediğini belirtmişlerdir. Hastaların %52,5'i (n=21) şişede kabarcıklar görmeyi beklediklerini, %47,5'i (n=19) şişede kabarcıklar görmeyi beklemediklerini ifade etmişlerdir. Şişedeki kabarcıkların ne olduğunu hastaların %66,7'sinin (n=26) bildiği, %33,3'ünün (n=13) ise bilmediği ve KSD ile ilgili olarak %60,8'inin (n=62) ne zaman çıkacağını, %23,5'inin (n=24) KSD çıkartılırken ağrı olup olmayacağını, %15,7'sinin (n=16) tekrar takılma olasılığını merak ettikleri belirlenmiştir.

Tablo 3: Hastaların Rahatlık (Konfor) ve Hareketlilik Durumlarının Dağılımı (n=102)

DEĞİŞKENLER		n	%
Hangi pozisyonda kendinizi daha rahat hissediyorsunuz?	Baş yukarıda sırt üstü yatmak	93	91,2
	Yan yatmak, sandalyede oturmak vb.	9	8,8
Kendiniz yatakta rahatça hareket edebiliyor musunuz?	Evet	29	28,4
	Hayır	73	71,6
İşlem sonrası ne zaman ayağa kalktınız?	1.gün	47	46,1
	2. gün	55	53,9
Yataktan kendi başınıza kalkabiliyor musunuz?	Evet	62	60,8
	Hayır	40	39,2
Rahatça dolaşabiliyor musunuz?	Evet	68	66,7
	Hayır	34	33,3
Kendinizi rahat hissediyor musunuz?	Evet	70	68,6
	Hayır	32	31,4
Derin solunum ve öksürme egzersizleri size önerildi mi?	Evet	94	92,2
	Hayır	8	7,8
Derin solunum ve öksürme egzersizlerini size önerildiği gibi yapamıyorsanız engelleyen unsurlar nelerdir?	Ağrı	44	80,0
	Dikişlerin açılacağı korkusu	2	3,6
	Batma olması	9	16,4
Dün gece uyudunuz mu?	Evet	59	57,8
	Hayır	43	42,2

Not: Yüzdeler cevap veren hastalar üzerinden ve hastaların tanılarına göre değerlendirilmiştir.

Rahatlık (konfor) ve hareketlilik durumlarının dağılımı incelendiğinde (Tablo3); hastaların %91,2'sinin (n=93) baş yukarıda sırt üstü pozisyonda, %8,8'inin (n=9) ise yan yatmak, sandalyede oturmak gibi pozisyonlarda rahat ettikleri ve yatak içinde rahat hareket edebilme durumları incelendiğinde; %71,6'sının (n=73) rahat hareket edemediği, %28,4'ünün (n=29) rahat hareket edebildiği belirlenmiştir. Ayağa kalkma zamanı incelendiğinde; %53,9'u (n=55) 2. gün, %46,1'i (n=47) 1. gün ayağa kalktığını ve yataktan kendi başlarına kalkma durumlarına bakıldığında ise %60,8'i (n=62) kalkabildiğini, %39,2'si (n=40) kalkamadığını ifade etmişlerdir. Aynı tabloda (Tablo 3) hastaların %66,7'sinin (n=68) rahatça dolaşabildiği, %33,3'ünün (n=34) rahatça dolaşamadığı ve kendini rahat hissetme durumları incelendiğinde %68,6'sının (n=70) kendini rahat hissettiği, %31,4'ünün (n=32) kendini rahat hissetmediği belirlenmiştir. Derin solunum ve öksürme egzersizlerini hastaların %92,2'si (n=94) önerildiğini, %7,8'i (n=8) önerilmediğini ve önerilen derin solunum ve öksürme egzersizlerinin önerildiği gibi yapamama sebebi olarak %80'i (n=44) ağrı, %16,4'ü (n=9) batma olması, %3,6'sı (n=2) dikişlerin açılacağı korkusu olduğunu ifade etmişlerdir. Uyku durumları araştırıldığında hastaların %57,8'i (n=59) uyuduğunu, %42,2'si (n=43) uyuyamadığını belirtmişlerdir.

Tablo 4: Hastaların Ağrı Deneyimlerinin Dağılımı (n=102)

DEĞİŞKENLER		n	%
KSD ile ilgili ağrı hissediyor musunuz?	Evet	91	89,2
	Hayır	11	10,8
Ağrıyı tarif eder misiniz?	Zonklayıcı	8	8,8
	Sızlayan	21	23,1
	Batıcı	46	50,5
	Çok keskin	16	17,6
Ağrıyı ne kadar yoğun tariflersiniz?	Hafif	18	19,8
	Rahatsız edici	35	38,5
	Şiddetli	29	31,9
	Çok şiddetli	6	6,5
	Dayanılmaz	3	3,3
Ağrıya hazırlıklı mıydınız?	Evet	42	46,2
	Hayır	49	53,8
Ağrı kesici kullanıyor musunuz?	Evet	102	100
	Hayır	0	0,0

Not: Yüzdeler cevap veren hastalar üzerinden ve hastaların tanılarına göre değerlendirilmiştir.

KSD ile ilgili ağrı deneyimleri incelendiğinde (Tablo 4); hastaların %89,2'si (n=91) ağrı hissettiklerini, %10,8'i (n=11) ağrı hissetmediklerini ve ağrıyı tarif etmeleri istendiğinde %50,5'i (n=46) batıcı, %23,1'i (n=21) sızlayan, %17,6'sı (n=16) çok keskin, %8,8'i (n=8) zonklayıcı tarzda olduğunu belirtmişlerdir. Ağrı yoğunluğunu tarif etmeleri istendiğinde ise %38,5'i (n=35) rahatsız edici, %31,9'u (n=29) şiddetli, %19,8'i (n=18) hafif, %6,5'i (n=6) çok şiddetli, %3,3'ü (n=3) ise dayanılmaz olduğunu ve %53,8'i (n=49) ağrıya hazırlıksız, %46,2'si (n=42) ağrıya hazırlıklı olduklarını ifade etmişlerdir. Hastaların tamamının % 100 oranında (n=102) ağrı kesici kullandığı belirlenmiştir.

Tablo 5: Hastaların KSD'ne Ait Düşünce ve Hislerinin Dağılımı (n=102)

DEĞİŞKENLER		n	%
Daha önce uygulandığında KSD ile ilgili neler hissettiniz?	Korktum	3	27,3
	Ağrı hissettim	8	72,7
Tüpler ve şişeler sizin beklediğiniz gibimiydi?	Evet	57	55,9
	Hayır	45	44,1
Yanıt evet ise size ne düşündürdü?	Kirli kanı temizlemek için kullanılan sistem	31	54,4
	Kaçak havanın çıkması için kullanılan sistem	12	21,0
	Kirli kanı ve kaçak havayı temizlemek için kullanılan sistem	14	24,6
Yanıt hayır ise size ne düşündürdü?	Hareketimi kısıtlayacağından korktum	11	24,4
	Kan gelmesinden dolayı korktum	9	20,0
	Şişenin büyük olması beni korkuttu	25	55,6
Sistem sakşına bağlandığında bunu nasıl hissettirdi?	Ağrı şeklinde hissettirdi	4	44,4
	Hissetmedim	3	33,3
	Vücudumun o tarafa doğru çekildiğini hissettim	2	22,2
Kan gelmesini beklemediğiniz halde şişede görülmesi sizi endişelendirdi mi?	Evet	17	77,3
	Hayır	5	22,7
Şişede kan yerine ne bekliyordunuz?	Sarı renkli sıvı	2	11,8
	Hava kabarcıkları	15	88,2
Şişedeki kabarcıkları görmek sizi endişelendirdi mi?	Evet	16	84,2
	Hayır	3	15,8
KSD ile ilgili sizi endişelendiren bir şey var mı?	Evet	71	69,6
	Hayır	31	30,4
KSD ile ilgili endişeleriniz nelerdir?	Gelen sıvının fazla olması	12	16,9
	Tüpün çıkması	39	54,9
	Tüpün tıkanması	6	8,5
	Tüpteki kanın hareket etmesi	6	8,5
	Şişedeki sıvının fokurdaması	8	11,2
Göğsünüzde KSD'ni hissediyor musunuz?	Evet	92	90,2
	Hayır	10	9,8
Göğsünüzde KSD'ni nasıl hissediyorsunuz?	Sertlik	5	5,4
	Bıçak saplanır gibi	32	34,8
	Yabancı bir cisim varmış gibi	11	12,0
	Batan bir cisim varmış gibi hissediyorum	36	39,1
	Ağırlık takılıymış gibi hissediyorum	8	8,7

Not: Yüzdeler cevap veren hastalar üzerinden ve hastaların tanılarına göre değerlendirilmiştir.

Hastaların daha önceki KSD ile ilgili düşünce ve hisleri incelendiğinde (Tablo 5); %27,3'ü (n=3) korktuklarını, %72,7'si (n=8) ağrı hissettiklerini belirtmişlerdir. Tüpler ve şişelerin %55,9'u (n=57) beklediği gibi olduğunu, % 44,1'i (n = 45) beklediği gibi olmadığını ve beklentilerindeki gibi olanların %54,4'ü (n=31) kirli kanı drenaj etmek için kullanılan sistem olduğunu, %21'i (n= 12) kaçak havanın çıkması için kullanılan sistem olduğunu, %24,6'sı (n=14) kirli kan ve kaçak havayı drenaj etmek için kullanılan sistem olduğunu ifade etmişlerdir. Hastalardan beklentileri dışında olduğunu söyleyenlerin %55,6'sı (n=25) şişenin büyük olmasından dolayı korktuğu, %24,4'ü (n=11) hareketinin kısıtlanacağından korktuğu, %20'si (n=9) kan gelmesinden dolayı korktuğu belirlenmiştir. Sistem sakşına bağlandığında hastaların %44,4'ü (n=4) ağrı hissettiğini, %33,3'ü (n=3) ağrı hissetmediğini, %22,2'si (n=2) vücudunun o tarafa doğru çekildiğini ifade etmişlerdir. Aynı tabloda (Tablo 5), hastaların kan gelmesi yönünde bir beklentisi olmadığı halde şişede kan görülmesi %77,3'ünün (n=17) endişelendiği, %22,7'sinin (n=5) endişelenmediği ve şişede kan yerine %88,2'sinin (n=15) hava kabarcığı, %11,8'inin (n=2) sarı renkli sıvı bekledikleri belirlenmiştir. Şişedeki kabarcıklar hastaların %84,2'sini (n=16) endişelendirdiği, %15,8'ini (n=3) endişelendirmediği, KSD ile ilgili olarak hastaların %69,6'sı (n=71) endişelendiği, %30,4'ü (n=31) endişelenmediği, endişelendiren durumların %54,9'u (n=39) tüpün çıkması, %16,9'u (n=12) gelen sıvının fazla olması, %11,2'si (n=8) şişedeki sıvının fokurdaması, %8,5'i (n=6) tüpün tıkanması, %8,5'i (n=6) tüpteki kanın hareket etmesi olduğunu belirtmişlerdir. KSD'ni hastaların 90,2'si (n=92) hissettiğini, %9,8'i (n =10) hissetmediğini ve KSD hissetme durumları incelendiğinde %39,1'i (n=36) batan bir cisim varmış gibi, %34,8'i (n=32) bıçak saplanır gibi, %12'si (n=11) yabancı bir cisim varmış gibi, %8,7'si (n=8) ağırlık takılıymış gibi, %5,4'ü (n=5) sertlik şeklinde hissettiklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 6: Bireysel Değişkenler ve Hastaların Deneyimlerinin Karşılaştırılması**Tablo 6a: Hastaların KSD Hakkındaki Bilgi Durumları ve Tanılarının Değerlendirilmesi**

DEĞİŞKENLER		Hastanın Tanısı				P
		Primer Olarak KSD Uygulanan Hastalıklar		Sekonder Olarak (Ameliyata Bağlı) KSD Uygulanan Hastalıklar		
		(n)	(%)	(n)	(%)	
KSD ile ilgili bilgi verilme durumu	Evet	47	58,0	34	42,0	P= 0,000 P<0,05
	Hayır	2	9,5	19	90,5	
Cerrahi işlem öncesi KSD takılacağını bilme durumu	Evet	47	58,0	34	42,0	P=0,000 P<0,05
	Hayır	2	9,5	19	90,5	
Şişedeki kabarcıkların ne olduğunu bilme durumu	Evet	24	92,3	2	7,7	P=0,010 P<0,05
	Hayır	7	53,8	6	46,2	

Pearson ki - kare testi

Tablo 6a'da hastaların KSD ile ilgili bilgi verilme durumu incelendiğinde sekonder olarak KSD uygulananlarda bilgi verilmeme durumu %90,5 oranında (n=19) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P=0,000 - P<0,05).

Aynı tablo da cerrahi işlem öncesi KSD takılacağını bilme durumu incelendiğinde %90,5 oranında (n=19) sekonder olarak KSD uygulananların bilmemeleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P=0,000 - P<0,05).

Şişedeki kabarcıkların ne olduğunu bilme durumu incelendiğinde %92,3 oranında (n=24) primer olarak KSD uygulananların daha çok bilgili olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P=0,010- P<0,05).

Tablo 6b: Hastaların KSD Hakkındaki Bilgi ve Eğitim Durumlarının Değerlendirilmesi

DEĞİŞKENLER		Eğitim durumu						
		İlköğretim		Ortaöğretim		Üniversite ve üstü		P
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
Şişenin kan içerebileceğini bilme durumu	Evet	36	78,3	10	21,7	0	0,0	P=0,030 P<0,05
	Hayır	19	86,4	1	4,5	2	9,1	

Pearson ki - kare testi

Tablo 6b'de şişenin kan içerebileceğini % 86,4 oranında (n=19) ilköğretim mezunlarının daha az bilmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P=0,030 - P<0,05).

Tablo 7: Ağrı ve Algı Durumuna İlişkin Karşılaştırmalar

Tablo 7a: Hastaların Ağrı, Algı Durumları ve Tanılarının Değerlendirilmesi

DEĞİŞKENLER		Hastanın Tanısı				P
		Primer Olarak KSD Uygulanan Hastalıklar		Sekonder Olarak (Ameliyata Bağlı) KSD Uygulanan Hastalıklar		
		(n)	(%)	(n)	(%)	
Ağrıyı tanılama durumu	Zonklayıcı	4	50	4	50	P=0,032 P<0,05
	Sızlayan	16	76,2	5	23,8	
	Batıcı	20	43,5	26	56,5	
	Çok keskin	5	31,2	11	68,8	
Ağrının yoğunluğunu değerlendirme durumu	Hafif	14	77,8	4	22,2	P=0,041 P<0,05
	Rahatsız edici	16	45,7	19	54,3	
	Şiddetli	13	43,3	17	56,7	
	Çok şiddetli	2	33,3	4	66,7	
	Dayanılmaz	0	0,0	3	100	

Pearson ki - kare testi

Tablo 7a'da ağrı tanılaması ile hastanın tanısı karşılaştırıldığında %76,2 oranında (n =16) primer olarak KSD uygulanan hastaların sızlayıcı tarzda ağrı yaşamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P =0,032- P <0,05).

Aynı tabloda ağrı yoğunluğu değerlendirildiğinde, sekonder olarak KSD uygulaması yapılan hastaların %100 oranında (n=3) dayanılmaz yoğunlukta ağrı yaşamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P =0,041 - P <0,05).

Tablo 7b: Hastaların Ağrı, Algı Durumları ve Mesleklerinin Değerlendirilmesi

DEĞİŞKENLER		Meslek						
		İşçi		Memur		İşsiz		P
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
Ağrıyı tanılama durumu	Zonklayıcı	3	37,5	3	37,5	2	25,0	P=0,040 P<0,05
	Sızlayan	15	71,4	1	4,8	5	23,8	
	Batıcı	22	47,8	4	8,7	20	43,5	
	Çok keskin	10	62,5	0	0,0	6	37,5	

Pearson ki - kare testi

Tablo 7b'de KSD uygulanan hastaların ağrı tanılaması ile meslek gruplarının karşılaştırılmasında %71,4 oranında (n=15) mesleği işçi olan hastaların sızlayan tarzda ağrı yaşamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P=0,040 - P<0,05).

Tablo 8: KSD ile İlgili Düşünce ve Hislere İlişkin Karşılaştırmalar

Tablo 8a:Hastaların KSD ile İlgili Düşünceleri ve Tanılarının Değerlendirilmesi

DEĞİŞKENLER		Hastanın Tanısı				P
		Primer Olarak KSD Uygulanan Hastahklar		Sekonder Olarak (Ameliyata Bağlı) KSD Uygulanan Hastahklar		
		(n)	(%)	(n)	(%)	
Tüp ve şişelere ait hasta düşünceleri	Hareketimi kısıtlayacağımdan korktum	3	27,3	8	72,7	P=0,002 P<0,05
	Kan gelmesinden korktum	0	0,0	9	100	
	Şişenin büyük olması beni korkuttu	16	64	9	36	

Pearson ki - kare testi

Tablo 8a'da KSD uygulamasında tüp ve şişelerin beklenildiği gibi olmaması ve bu konuda hastaların düşünceleri incelendiğinde % 100 oranında (n=9) sekonder olarak KSD uygulananların kan gelmesinden korkmaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.(P=0,002 - P <0,05).

Tablo 8b:KSD ile İlgili Hastaların Endişelenme Durumları ve Cinsiyetin Değerlendirilmesi

	Cinsiyet	Evet		Hayır		P
		(n)	(%)	(n)	(%)	
Şişe ve bakım uygulamaları hakkında endişelenme durumu	Kadın	22	91,7	2	8,3	P=0,010
	Erkek	49	62,8	29	37,2	P<0,05
Şişedeki kabarcıkların endişelendirme durumu	Kadın	2	50	2	50	P=0,039
	Erkek	14	93,3	1	6,7	P<0,05

Pearson ki - kare testi

Tablo 8b'de KSD uygulanan hastalarda şişe ve bakım uygulamaları hakkında endişelenme durumları incelendiğinde %91,7 oranında (n=22) kadınların daha çok endişelendiği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P =0,010 - P <0,05).

Aynı tabloda şişede kabarcıklardan dolayı endişelenme durumu incelendiğinde %93,3 oranında (n=14) erkeklerin daha çok endişelendiği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P=0,039 - P<0,05).

Tablo 9: Rahatlık (Konfor) ve Hareketlilik Durumuna İlişkin Karşılaştırmalar**Tablo 9a: Hastaların Ayağa Kalkma Zamanları ve Tanılarının Değerlendirilmesi**

DEĞİŞKENLER		Hastanın Tanısı				P
		Primer Olarak KSD Uygulanan Hastahklar		Sekonder Olarak (Ameliyata Bağlı) KSD Uygulanan Hastahklar		
		(n)	(%)	(n)	(%)	
Ayağa kalkma zamanı	1. gün	43	87,8	4	12,2	P=0,000 P<0,05
	2. gün	6	7,5	49	92,5	

Pearson ki - kare testi

Tablo 9a'da KSD uygulanan hastalarda ayağa kalkma zamanı incelendiğinde %92,5 oranında (n=49) sekonder olarak KSD uygulanan hastaların ikinci gün ayağa kalkmaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P =0,000 - P<0,05).

Tablo 9b: Hastaların Hareketlilik Durumları ve Yaşlarının Değerlendirilmesi

DEĞİŞKENLER		Yaş						P
		25 – 44		45 – 64		65 ve üstü		
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
Yatakta rahatça hareket edebilme durumu	Evet	14	48,3	11	37,9	4	13,8	P=0,043 P<0,05
	Hayır	31	42,5	15	20,5	27	37,0	

Pearson ki - kare testi

Tablo 9b'de KSD uygulanan hastalarda yatakta rahatça hareket edebilme durumu incelendiğinde; %48,3 oranında (n=14) 25 – 44 yaş grubunun diğer yaş gruplarına göre rahat hareket etmeleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P =0,043 - P <0,05).

TARTIŞMA

Sağlık alanında önemli buluşlara karşın uygulanan cerrahi işlemler hastalarda birçok problemi de beraberinde getirmiştir. Cerrahi işlem sonrası KSD takılması hastayı ağrı ve algı sorunları, konforda bozulma, hareket kısıtlanması ve bilgi eksikliği gibi sorularla karşı karşıya getiren bir süreçtir.

KSD'nin neden olduğu ağrı hastanın hareketliliğini kısıtlamaktadır. Ağrı ve hareketsizlik, göğüs kafesi genişlemesi ve hareketlerinde azalma, akciğerlerde sekresyon ve mukus birikmesi, hipostatik pnömoni ve solunum asidozuna neden olmaktadır. Ağrı ve hareket kısıtlılığı hastanın konforunu da bozmaktadır (1,6,8,25,31).

KSD takılı hastaların karşılaştığı diğer sorun olan bilgi eksikliği, anksiyetenin artmasına ve iyileşme sürecinin uzamasına neden olmaktadır.

KSD takılan hastaların karşılaştıkları sorunların çözümlenmesi ve optimal düzeyde iyilik halinin sürdürülmesinde hemşire; ağrının giderilmesi, hastanın rahatlatılması, derin solunum ve öksürme egzersizlerinin yaptırılması, pozisyon verilmesi ve hareketliliğin sağlanması, KSD'nin bakımının sürdürülmesi, komplikasyonların önlenmesi, hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi gibi hemşirelik girişimlerini yerine getirecektir (7,9,12).

Hemşirenin KSD takılması, devam ettirilmesi ve sonlandırılması sürecinde hastaya iyileşmesini destekleyici girişimlerin belirlenmesi, hastanın deneyimlerinin bilinmesi ve bu deneyimlere yönelik hemşirelik girişimlerini planlamasında önemli rolü vardır.

Bu çalışma; KSD uygulamasında hasta deneyimlerini belirlemek amacıyla Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Göğüs Cerrahisi Kliniği'nde KSD takılan 102 hasta üzerinde yapılmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların %44,1'i (n=45) 25–44 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir (Tablo1). Vernejoux (46) ve Chee (91) spontan pnömotoraks ile ilgili yaptıkları çalışmada

KSD'nin 20 – 40 yaş aralığında uygulandığını belirtmişlerdir. Lelebici ve ark. (97) göğüs travmalı 302 olguyu inceledikleri çalışmada KSD uygulanan hastaların 20 – 40 yaş aralığında olduğunu ifade etmişlerdir. Nehir'in (77) yaptığı plevral ampiyemin tedavisi ile ilgili çalışmada 29 – 46 yaş aralığında en fazla KSD uygulandığı belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda ise primer olarak KSD takılan hastaların çoğunluğunu spontan pnömotoraks tanılı veya travmaya maruz kalmış hastalar oluşturmaktadır. Özellikle uzun boy ve zayıf fiziksel yapıdaki gençler, sigara kullanımının genç yaşta daha fazla olması, bu yaşlarda trafik kazalarının daha çok görülmesi ve gençlerin aktif yaşamda daha fazla yer almalarına bağlı olarak KSD uygulamasına daha çok maruz kalmışlardır (49,76,97). Çalışmamızdaki KSD uygulama yaşı yapılan çalışmalarla uyumludur.

Çalışmaya katılan hastaların %76,5'inin (n=78) erkek olduğu saptanmıştır (Tablo1). Owen ve ark. (9) yaptıkları KSD'nde hasta deneyimlerinin belirlenmesi isimli çalışmada hastaların %56'sının erkek olduğunu belirtmişlerdir. Topçu'nun (93) pnömotoraks olan hastalara KSD uygulanması isimli çalışmasında erkek hastalara 6 kat daha fazla KSD takıldığı belirtilmiştir. Esmе ve Solak'ın (44) pnömotoraksta uzamış hava kaçağını etkileyen risk faktörleri isimli çalışmasında KSD uygulanan hastaların % 79'u erkek olarak belirlenmiştir. Nehir (77) plevral ampiyemin tedavisi ile ilgili çalışmasında KSD takılan hastaların %54'ünün erkek olduğunu ifade etmiştir. Lelebici ve ark. (97) göğüs travmalı 302 olguyu inceledikleri çalışmada KSD uygulanan hastaların % 75'inden fazlasının erkek olduğunu saptamışlardır. Safa ve ark.(50) spontan pnömotoraksta tedavi sonuçlarını değerlendirdikleri çalışmada KSD uygulanan hastaların %80'den fazlasını erkeklerin oluşturduğunu belirtmişlerdir. Erkeklerde sigara kullanma oranının kadınlara göre daha fazla olması erkeklerin aktif yaşamda daha fazla yer almaları, hızlanan teknolojiye bağlı olarak daha fazla travmaya maruz kalmaları KSD uygulamasının erkek cinsiyetinde görülme sıklığını arttırmaktadır (87,97). Çalışmamızda erkeklere kadınlardan daha fazla KSD uygulanması literatür bilgisiyle uyumludur.

Araştırmaya katılan hastaların medeni durumlarına bakıldığında %85,3'ünün (n=87) evli olduğu belirlenmiştir (Tablo1). Yaptığımız çalışmanın örneklem grubu 25 yaş ve üstünü içermektedir. Bu yaş grubunun evli olan hastaların çoğunluğu oluşturmasını etkilediği düşünülmektedir. Bu sonuç Türk toplumunun geleneksel yapısına uygun bir sonuç olarak kabul edilebilir.

Hastaların eğitim durumları incelendiğinde %78,4'ünün (n=80) ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo1). Yaptığımız çalışmada KSD takılan hastaların sadece %4,9'u üniversite mezunudur. Tavalı ve Yavuz (89) perioperatif dönemin incelenmesi isimli çalışmasında, cerrahi kliniklere yatan hastaların çoğunluğunu (%45) ilköğretim mezunlarının oluşturduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hastaların meslekleri incelendiğinde %56,9'u (n=58) işçi grubunda yer almıştır (Tablo1). Literatürde kimyasal maddelere maruz kalan işçilerde KSD takılma olasılığının fazla olduğu belirtilmektedir (32).

Çalışmamıza katılan hastaların %64,7'sinin (n=66) sigara kullandığı belirlenmiştir (Tablo1). Vernejoux (46) ve Chee (91) spontan pnömotoraks ile ilgili yaptıkları çalışmada KSD takılan hastaların sigara içme oranını %80 – 83 olarak saptamışlardır. Esmé ve Solak (44) pnömotoraksta uzamış hava kaçağını etkileyen risk faktörleri isimli çalışmada KSD uygulanan hastalarda sigara öyküsünü %56,2 olarak bulmuşlardır. Sadikot ve ark. (92) tekrarlayan spontan pnömotoraks vakaları isimli çalışmada KSD takılan 153 hastanın %75'inde sigara öyküsü olduğunu belirtmişlerdir. Bilir (76) sigara ve akciğerler isimli çalışmada KSD takılmasını gerektiren hastalıkların %85-90'nını sigara kullananların oluşturduğunu ifade etmiştir. Sigara KSD takılmasını gerektirecek hastalıklar için (hemotoraks, pnömotoraks, özellikle sigara içenlerin %80 – 90'ında akciğer kanseri görülmektedir.) predispozan faktördür (76). KSD takılan hastaların öykülerinde sigara içme oranının yüksek olması birbirini destekler bir bulgudur. Ayrıca çalışmamızda erkek hastaların çoğunluğu oluşturmasının (%76,5) sigara içen hasta sayısını etkilediğini düşünmekteyiz.

Hastaların tanılarına bakıldığında %52'sine (n=53) sekonder olarak KSD uygulandığı saptanmıştır (Tablo1). Owen ve ark. (9) yaptıkları KSD'inde hasta deneyimlerinin belirlenmesi isimli çalışmada hastaların %67'sine sekonder olarak KSD uygulandığını belirtmişlerdir. Primer olarak hastalara uygulanan KSD tedavi amacıyla, sekonder olarak uygulanan KSD ise ameliyat olan hastalarda iyileştirmeyi hızlandırmak için takılmaktadır (36). KSD'ni sekonder olarak uygulamayı gerektiren hastalıkların başında giderek artan vaka sayısı ile akciğer kanserleri gelmektedir (76). Hava kabarcıkları uzun süre devam ettiğinde cerrahi tedavi uygulanmasının bu sayıyı etkilediği düşünülmektedir (91). KSD sekonder tüp takılan hastalıklarda yoğun olarak tercih edilmektedir.

KSD'nin kalış süresine bakıldığında %62,7'sinin (n=64) 1-4 gün aralığında olduğu belirlenmiştir (Tablo1). Owen ve ark. (9) yaptıkları KSD'nde hasta deneyimlerinin belirlenmesi isimli çalışmada KSD'nin kalış süresinin 2-6 gün arasında olduğunu belirtmişlerdir. KSD'nin 24 saatten önce çekilmesi akciğerlerin %25 oranında yeniden kollebe olmasına neden olmaktadır (44). Nehir'in (77) yaptığı plevral empiyem tedavisi ile ilgili çalışmada KSD'nin cerrahi girişim uygulandıktan sonra kalış süresini 1-4 gün arasında bulurken empiyem ve pnömotoraks gibi hastalıklarda 5-7 gün arasında değişmekte olduğunu belirlemiştir. Çalışmamızda %52 oranında sekonder olarak KSD uygulanan hastaların dren kalış süresi literatürle uyumludur.

KSD takılan hastaların %79,4'üne (n=81) işlemle ilgili bilgi verildiği saptanmıştır (Tablo 2).

Owen ve ark. (9) yaptıkları KSD’inde hasta deneyimlerinin belirlenmesi isimli çalışmada KSD uygulanan hastaların %100’üne bilgi verildiğini belirtmişlerdir. Sayın ve Aksoy’un (104) yaptıkları cerrahi hastası ve yakınlarının gereksinim duydukları bilgi durumları isimli çalışmada hastaların %88,7’si KSD ile ilgili bilgi verildiğini ifade etmişlerdir. Karadağ ve Taşçı’nın (86) hemşirelik bakımı ve bakımı etkileyen faktörler, Akkaş’ın (54) ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi, Öztürk ve Çadır’ın (99) ameliyat olacak hastaların anksiyete düzeylerinin belirlenmesi isimli araştırmalarında hastalara sosyo kültürel özelliklerine, fiziksel ihtiyaçlarına ve kaygı düzeylerine göre bilgi verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. KSD takılacak hastaların bilgilendirilmesi kaygı düzeyini olumlu düzeyde düşüreceğini ve hastaların analjeziğe olan gereksinimlerinin azalacağını ifade etmişlerdir. Cimilli (56) cerrahide anksiyete isimli araştırmasında cerrahi işlem öncesi bilgi verilmeyen hastaların %5’inin anksiyeteden dolayı ameliyatı reddetdiklerini ifade etmiştir. Cerrahi girişimler ve uygulamalar hastalarda kuşku ve endişe yaratan önemli girişimlerdir. Hastaları bilgilendirme bu kuşku ve endişenin giderilmesinde temel hemşirelik işlevini oluşturmaktadır.

Cerrahi işlem öncesi KSD takılacağını hastaların %79,4’ünün (n=81) bildiği belirlenmiştir (Tablo 2). Owen ve ark. (9) yaptıkları KSD’nde hasta deneyimlerinin belirlenmesi isimli çalışmada hastaların %66,6’sı KSD ile ilgili bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Akyolcu ve ark.(100) ameliyat öncesi bakıma yönelik eğitim hedeflerinin uygulamaya yansımaları isimli araştırmasında hastaların operasyon sonucu karşılaşacakları KSD uygulamasını %69,49’unun bildiğini ifade etmişlerdir. Hastaların gerek daha önceden KSD takılarak deneyim kazanmaları (%10,8), gerekse KSD takılmadan önce eğitim verilmesine (%79,4) bağlı olarak hastaların büyük bir kısmı cerrahi sonrası KSD takılacağını bilmektedir (6,11). Ayrıca hastanın eğitim düzeyi, yaş, hemşire ve hekimin hastayı bilgilendirme durumu KSD ile ilgili bilgileneleme etki eden faktörlerdir (48). Surman (98) cerrahi hastalarının anksiyetesi isimli çalışmasında hastaların cerrahi işlem öncesi bilgi sahibi olmalarının daha az anestetik madde kullanımını ve işlemden sonra daha az analjezik kullanımını sağladığını belirtmiştir. Aynı çalışmada hastaların cerrahi öncesi yeterli bilgi sahibi olması; yaşam bulgularının kısa sürede düzene girmesini, iyileşme sürecinin hızlanmasını ve kısa sürede taburcu olmalarını kolaylaştırmaktadır. KSD uygulanan hastaların yoğun bir grubu bu uygulamayı önceden bilmektedirler.

KSD uygulanan hastaların %81,4’ünün (n=83) nedenini bildiği belirlenmiştir (Tablo 2). Owen ve ark. (9) yaptıkları KSD’nde hasta deneyimlerinin belirlenmesi isimli çalışmada hastaların %77,8’i KSD uygulanma nedenini bildiklerini ifade etmişlerdir. KSD uygulanacak hastalara işlemden önce eğitim verilmektedir. Bu eğitimi hastaların algılayabilmesi için uygun zamanın seçilmesi gerekmektedir. Planlı bir cerrahi girişimde eğitim için uygun zaman ameliyattan önceki

günün öğleden sonrası veya gecesidir. Açıklamalar cerrahi işlemden birkaç gün önce yapılırsa hasta unutulabilir veya cerrahi işlemden hemen önce yapılırsa endişeli olduğu için dinlemeyebilir (5,6,11). Ayrıca bazı hastalar klinikteki başka hastalarla iletişim sonucu KSD takılma nedeni hakkında bilgi sahibi olmaktadır (56). Cimilli'nin (56) cerrahide anksiyete isimli araştırmasında aynı tür işlemlerin uygulandığı hastalardan oluşan “ kendine yardım ” (self – help) gruplarının yararlı olduğu ispat edilmiştir. Grubun oluşturulamadığı ortamlarda hastalar birbirleriyle tanıştırılmalı, iletişime girerek deneyim ve duygularını paylaşmaları sağlanmalıdır. Aynı cerrahi girişimin daha önce uygulandığı bir hastayla aynı odada kalmanın bile yararlı olduğu gösterilmiştir. Çalışmada planlı cerrahi girişim sonrası (sekonder KSD uygulanan) KSD uygulanan hastaların çoğunluğu oluşturması, işlem öncesi hastaların işlem ile ilgili bilgi paylaşımına olanak tanımıştır. KSD uygulanma nedenini bilme oranını etkilediğini düşünmekteyiz.

KSD uygulanan hastaların %91,2'sinin (n=93) bir sakşına bağlı olmadığı ve %77,8'inin (n=7) niçin sakşına bağlı olduğunu bilmediği belirlenmiştir (Tablo 2). KSD uygulanan hastalarda sakşın, sıvı ve hava çıkışını hızlandırmak amacıyla uygulanmaktadır (1). Martino (101) KSD'nin sonlandırılması isimli çalışmasında, komplikasyonları önlemek amacıyla KSD'nin sakşına bağlanmasını önermektedir. Lehwaldt ve Timmins'in (29) yaptıkları KSD'nin bakımında hemşirelerin bilgi düzeyleri isimli çalışmada, emicinin çekme gücünün ayarlanması gerektiğini ifade etmişlerdir. Yüksek negatif basınç uygulamanın akciğer dokusuna zarar vereceğini hatta KSD'nin çekilmesi esnasında dokuları yırtabileceğini belirtmişlerdir. Sakşının yarar ve zararları tartışmalıdır (1,29). Çalışma grubundaki hastaların %92,2'sinin (n=94) derin solunum ve öksürme egzersizleri yaptığından sakşına bağlı olma oranı düşüktür. Bu oran etkili hemşirelik bakımının önemini vurgulamaktadır.

Hastaların %67,6'sının (n=46) şişenin kan içereceğini bildiği saptanmıştır (Tablo 2). Owen ve ark. (9) yaptıkları KSD'inde hasta deneyimlerinin belirlenmesi isimli çalışmada hastaların 77,2'si şişenin kan içerebileceğini bildiklerini ifade etmişlerdir. Ameliyat öncesi bilgilendirmede şişede kan olabileceğini (%79,4'üne bilgi verilmesi) ve hastaların diğer hastaların şişelerini gözlemlenmeleri bu bilgiyi elde etme oranını etkilemiştir.

Hastaların %52,5'i (n=21) şişeden kabarcıklar görmeyi beklemekte ve kabarcıkların ne olduğunu %66,7'si (n=26) bildiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 2). Özellikle pnömotoraks tanılı hastalarda solunum sıkıntısı mevcuttur. Hastalar solunum sıkıntısına kaçak havanın sebep olduğunu ve bu havanın şişede kabarcıklar oluşturarak dışarı çıkacağını tahmin etmektedirler (50). Hastaların işlem öncesi eğitim ve deneyimlerinin kabarcıklar hakkında bilgilenmeyi etkilediğini düşünmekteyiz.

KSD uygulanan hastalara durumları ile ilgili bilgilenecek istedikleri bir konu var mı diye sorulduğunda, %60,8'i (n=62) ne zaman çıkacağını merak ettiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 2). Sayın ve Aksoy'un (104) yaptıkları cerrahi hastası ve yakınlarının gereksinim duydukları bilgi durumları isimli araştırmada hastaların %83,3'ü ameliyat sonrası bedenindeki araçlardan kurtulmak istediklerini ifade etmişlerdir. Coughlin ve Parchinsky'in (15) yaptıkları KSD'nin çalışmasının takip edilmesi isimli araştırmada KSD az veya çok hastalarda ağrıya neden olduğundan hastaların KSD'nin kısa sürede çekilmesini istediklerini ifade etmişlerdir. KSD takılı olması hastaları kısmen de olsa yatağa bağımlı kılmakta ve ağrıya neden olmaktadır. Hastalar için KSD'nin çıkması iyileşme göstergesidir (11). Hastaların bir an önce KSD'nin çıkmasını istemeleri normal bir durum olarak kabul edilebilir.

KSD uygulanan hastaların rahat ettikleri pozisyon ve oranını; %91,2'si (n=93) baş yukarıda sırt üstü olarak belirlemişlerdir (Tablo 3). Owen ve ark. (9) yaptıkları KSD'inde hasta deneyimlerinin belirlenmesi isimli çalışmada hastaların %72'sinin fowler pozisyonunu tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Dean ve ark.(102) yaptıkları kardiopulmoner terapi isimli çalışmada KSD uygulanan hastalarda akciğer kapasitesinin maksimum düzeye çıkararak yarı oturur pozisyonu önermişlerdir. Sarıkaya (71) hasta pozisyonlama ve diğer egzersizler isimli araştırmasında yarı oturur pozisyonundaki hastaların sırt üstü düz yatan hastalara oranla daha çabuk iyileşme görüldüğünü belirtmiştir. Yarı oturur pozisyon diyafragmayı aşağı düşürmekte ve solunumun daha az eforla yapılmasına neden olmaktadır (1,31). Hastaların bu pozisyonu tercih etmeleri literatürle uyumludur.

KSD uygulanan hastaların %71,6'sı (n=73) kendini yatakta rahatça hareket ettiremediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 3). Owen ve ark. (9) yaptıkları KSD'inde hasta deneyimlerinin belirlenmesi isimli çalışmada hastaların %72'sinin ağrı ve KSD'nin verdiği rahatsızlıktan dolayı yatak içinde rahat hareket edemediklerini belirtmişlerdir. İlgili literatürlerde hastaların ağrı vereceğinden ve KSD'nin çıkacağından korktuklarından dolayı hareket edemedikleri belirtilmektedir (5,6,13). Uyar'ın (63) postoperatif ağrı isimli çalışmasında hastalara yeterli bilgi verildiğinde ve analjezikleri düzenli aralıklarla yapıldığında yatak içinde rahat hareket ettikleri belirtilmiştir. Etkin hemşirelik girişimleri ile yatak içi hareketliliği engelleyen faktörler (ağrı, korku, bilgisizlik gibi) azaltılmalı veya ortadan kaldırılmalıdır.

Ayağa kalkma zamanı incelendiğinde hastaların %53,9'unun (n=55) 2. gün ayağa kalktığı belirlenmiştir (Tablo 3). Hastaların çoğunluğuna (%52) sekonder olarak KSD uygulaması (ameliyat sonrası) yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda kontrendikasyon yoksa hastalar postoperatif birinci gün (KSD takılmasının ikinci günü) ayağa kalkmaktadırlar (1,2,11). Çalışma da yoğun

olarak sekonder KSD uygulanma oranı ile ikinci gün ayağa kalkma oranı birbirini destekler bulgular olarak belirlenmiştir.

Yataktan kendi başlarına kalkma durumları incelendiğinde %60,8'inin (n=62) kalktığı ve %66,7'sinin (n=68) rahatça dolaştığı görülmüştür (Tablo 3). Hastaların ağrılarının kontrol altına alınmış olması hastaların hareket etmesini kolaylaştırmaktadır (31). Akyolcu'nun (59) hasta ve ailesinin eğitim gereksinimleri ve hemşirenin rolü isimli araştırmasında belirttiği gibi hastalara planlı mobilizasyonun öğretilmesi yataktan rahatça kalkabilmelerini sağlamaktadır. KSD takılı olması hastaların yataktan yardım almadan kalkmalarına ve dolaşmalarına engel olmamaktadır. Hastaların mobilize olmaları drenajın hızlı olmasına, kan dolaşımının hızlanmasına, yaraların çabuk iyileşmesine ve hastaların kendilerini iyi hissetmelerine yardımcı olmaktadır (5,6,11). Ayrıca şişenin taşınabilirlik kolaylığının olması hastaların rahatça dolaşmasına olanak sağlamaktadır (31). Hastalara etkin hemşirelik bakımının verilmesi ve örneklem grubunun KSD ile ilgili %79,4 oranında bilgili olması ayağa kalkma ve dolaşma oranını etkilemiştir.

KSD uygulanan hastaların %68,6'sı (n=70) kendilerini rahat hissettiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 3). Owen ve ark. (9) yaptıkları KSD'nde hasta deneyimlerinin belirlenmesi isimli çalışmada hastaların %72'si kendilerini rahat hissettiklerini ifade etmişlerdir. KSD takılan hastalar ağrı kontrolü, bilgilendirme, mobilizasyon ile ilgili etkin hemşirelik bakımı uygulandığından ve günlük yaşamlarını sürdürebildiğinden hastaların kendilerini rahat hissetmeleri olağandır (11).

KSD takılan hastaların %92,2'sine (n=94) derin solunum ve öksürme egzersizlerinin önerildiği saptanmıştır (Tablo 3). Sarıkaya'nın (71) hasta pozisyonlama ve diğer egzersizler isimli çalışmasında solunum egzersizi önerilmeyen hasta grubunda pulmoner komplikasyon oranı %27 olarak belirlenmiştir. Gray (14) KSD takılı hastada ağrı yönetimi isimli çalışmasında derin solunum ve öksürme egzersizlerinin yaşamsal önemi olduğunu, KSD'nden hava ve sıvının çıkmasını kolaylaştırdığını ifade etmiştir. KSD takılan hastalarda derin solunum ve öksürme egzersizleri intrapulmoner ve intraplevral basıncın arttırılması, akciğerlerin genişlemesi, hava ve sıvının plevral alandan uzaklaştırılması, pulmoner dolaşımın düzenlenmesi gibi yararlarından dolayı vazgeçilmez bir uygulamadır (1,6,11,31). Önerilme oranının büyüklüğü uygulamanın önemini göstermektedir.

Hastaların %80'i (n=44) önerilen derin solunum ve öksürme egzersizlerini ağrı nedeniyle etkin yapamadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 3). Derin nefes alıp öksürmek KSD'nin hareket etmesine, dolayısıyla ağrıya sebebiyet vermektedir (1). Girard (94) etkili egzersiz yöntemleri isimli araştırmasında analjeziklerin hastaya derin solunum ve öksürme egzersizi yaptırılmadan önce uygun yoldan verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Akyolcu (59) hasta ve ailesinin eğitim gereksinimleri ve hemşirenin rolü isimli araştırmasında egzersiz esnasında

ağrıyı önlemek için yastıkla hastanın göğsünün desteklemesini önermektedir. İlgili çalışmalar KSD takılan hastalarda solunum ve öksürme egzersizlerinin zorluğunu ve bu zorlukların giderilmesi için hastalara analjezik ve eğitim verilmesi gerektiğini belirtmektedirler. KSD takılı hastaların ağrı yönetimi ve bilgilendirmelerinin önemi üzerinde durulmalıdır.

KSD takılı hastaların konfor algısının düzeyini önemli oranda etkileyen bir değişkende gece uykusunun niteliğidir. Hastaların %57,8'inin (n=59) yeterli uyuduğu, ancak %42,2'sinin uyumadığı belirlenmiştir (Tablo 3). Owen ve ark. (9) yaptıkları KSD'inde hasta deneyimlerinin belirlenmesi isimli çalışmada hastaların %56'sı ağrı ve huzursuzluktan dolayı yeterli uyuyamadıklarını ifade etmişlerdir. Etkin ağrı kesiciler gece de düzenli aralıklarla uygulandığı zaman hastalar uyku problemi yaşamamaktadırlar (5). Karagözoğlu ve ark.(103) yaptıkları hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler isimli araştırmada %69,5'inin uyku alışkanlıklarının değiştiğini ve uykusuzluğun nedenleri arasında ağrının ilk sırayı aldığını belirtmişlerdir. Uyku problemlerinin hastalarda daha fazla gerginlik yaratacağı, yara iyileşmesini geciktireceği, ağrıyı arttıracığı ve günlük aktiviteleri yerine getirmede güçlük yaratacağı belirtilmektedir. Bu nedenle hasta olan bireylerin normalden daha fazla uyku ve dinlenmeye gereksinimleri vardır. Hastalık sırasında uykunun yeterli olması iyileşme sürecini hızlandırmaktadır (103,105). KSD'nin neden olduğu ağrının hastaların uyku düzenini etkilediğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda yer alan hastaların %89,2'si (n=91) KSD ile ilgili ağrı hissettiklerini belirtmişlerdir (Tablo 4). Owen ve ark. (9) yaptıkları KSD'inde hasta deneyimlerinin belirlenmesi isimli çalışmada hastaların %94'ü KSD ile ilgili ağrı hissettiklerini ifade etmişlerdir. KSD takılması için uygulanan cerrahi girişim bir doku travması oluşturmakta ve bu travma sonucu salgılanan mediatörler (histamin, serotonin, bradikinin, araşidonik asit, prostaglandinler) dokularda bulunan ve ağrıya duyarlı nosiseptörleri uyararak ağrıya neden olmaktadır. Ayrıca KSD sinir uçlarının yoğun olduğu paryetal plevraya fiziksel basınç yapmaktadır. Hasta her nefes alıp verdiğinde tüpün ucunun sinir uçlarına yaptığı basınç nedeniyle hastanın ağrısı artmaktadır (31,63,64). Bu fiziksel basınçtan dolayı hastaların %50,5'i (n=46) batıcı tarzda ağrı hissettiklerini ifade etmişlerdir. Çelik (106) posttorakotomi ağrısı isimli çalışmasında KSD takılan hastaların %70'inin ağrı hissettiklerini belirtmiştir. Yücel (67) ağrı kontrolünde hemşirenin rolü isimli araştırmasında cerrahi girişim uygulanan hastaların %50'den fazlasında ağrı belirlemiştir. Brucea ve ark.(13) yaptıkları KSD takılı olan hastalarda ağrı yönetimi isimli araştırmada cerrahi işlem öncesi yaşanan yüksek anksiyetenin işlem sonrası ağrıyı arttırdığını ve bu nedenle işlem öncesi verilen bilginin anksiyeteyi hafifletebileceğini, buna bağlı olarak hastanın daha az ağrı yaşayacağını ve daha az ağrı kesici gereksinimi olacağını ifade etmişlerdir. Kocaman (66) ağrıda

hemşirelik yaklaşımları isimli çalışmasında hastaların yaklaşık olarak yarısının gece ağrısının olduğunu ve sebep olarakta bu zaman diliminde analjezik uygulamasının daha az olduğunu belirtmiştir. Eti Aslan (61) ağrı değerlendirme yöntemleri isimli araştırmasında ise cerrahi işlem sonrası hastaların çoğunluğunun ağrı nedeniyle ızdırap çektiğini ve bu durumun da fiziksel ve psikolojik sorunları beraberinde getirdiğini ifade etmiştir. Hastaların öksürme, derin soluk alma, hareket etme sırasında var olan ağrılarının artacağı korkusuyla hareketsiz kalmaları pnömoni, trombozis ve ileus gibi komplikasyonlara yol açabilmektedir (1,2,11,51). KSD takılı olan hastaların ağrı deneyimleri yapılan çalışmalara uyumluluk göstermektedir.

Hastaların %38,5'inin (n=35) rahatsız edici yoğunlukta ağrı hissettikleri saptanmıştır. İntratorasik bölgeye yapılan cerrahi müdahalelerde şiddetli yoğunlukta ağrı hissedilmektedir. Özellikle torakotomiden sonra hastaların %70'inde şiddetli ağrı görülmektedir (64,101). Çalışmada hastaların %100'ü ağrı kesici (PCA, nonsteroid antienflamatuvar) kullanmaktadır ve bu da rahatsız edici yoğunlukta ağrı yaşama oranını etkilemektedir. Farklı ilaçların ve farklı yöntemlerin kombine kullanılması, etkin analjezi sağlanmasında yararlı olduğunu düşünmekteyiz.

Hastalar %53,8 oranında (n=49) ağrıya hazırlıklı olmadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4). Yılmaz (53) ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi isimli çalışmasında hastalara cerrahi işlem öncesi yeterli bilgi verilmediği ve işlem sonrası ağrıya hazırlıksız olduğunu (%52,5) ve dolayısıyla komplikasyon riskinin artacağını ortaya koymuştur. Yaptığımız çalışmada hastaların %79,4'üne yeterli bilgi verilmiştir. Ağrı yaşamak olumsuz bir duygudur. İşlem sonrası hastalara ağrı kontrolü hakkında güvence verilmesi hastaların anksiyetesini azaltan bir girişimdir. Hastalar kendilerine verilen bu güvenceden dolayı ağrıya hazırlıksız yakalanma oranları yüksektir.

KSD takılan hastaların %100'ü (n =102) ağrı kesici kullanmışlardır (Tablo 4). Cerrahi girişim sonrası hastalara %100 oranında ağrı kesici uygulanan bir diğer çalışma da Tavalı ve Yavuz'un (89) perioperatif dönemin incelenmesi isimli çalışmalarıdır. Cambitizi ve ark. (96) postoperatif ağrı yönetimi isimli araştırmasında hastalara modern cerrahi yöntemlerin uygulanmasına rağmen cerrahi işlem sonrası ağrı yaşamalarının önlenemediğini ve ağrı kesici uygulandığını belirtmişlerdir. Cerrahi girişim sonrası hastaların şiddetli ağrısı olduğundan dolayı sadece nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması yetersiz kalmaktadır (5,6). KSD'nin oluşturduğu ağrının yönetiminde analjezik kullanımı yaygın bir uygulamadır.

KSD takılan hastaların %72,7'si (n=8) daha önceki deneyimlerinde de ağrı hissettiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 5). Cerrahi girişim uygulanan hastaların 1/2 veya 1/3'ü daha önceki deneyimlerinde de ağrı hissettikleri belirtilmektedir (66). Good ve ark. (107) ağrı düzeyleri ile önceki cerrahi girişim deneyimleri arasında istatistiksel bir ilişki olmadığını ifade etmişlerdir.

Tavalı ve Yavuz (89) perioperatif dönemin incelenmesi isimli çalışmasında hastaların %88'inin cerrahi girişim yapılan bölgeden daha önceki deneyimlerinde de ağrı hissettiklerini belirtmişlerdir. Ağrı deneyimi uzun süre anımsanmakta ve ileride cerrahi girişim uygulandığında ağrıya verilecek tepkiyi büyük ölçüde etkileyebilmektedir. Bireyin ağrı deneyiminde etkili bir ağrı kontrolü sağlanırsa ileride yaşayacağı ağrıya karşı toleransının yükseleceğini düşünmekteyiz.

Hastaların tüpler ve şişeler hakkında düşünceleri incelendiğinde %55,9'u (n=57) bekledikleri gibi, %54,4'ünün (n=31) kirli kanı temizlemek için kurulan bir sistem olarak düşündükleri belirlenmiştir (Tablo 5). Sekonder olarak KSD takılma ve bilgilendirme oranlarının yüksek olmasının hastaların tüp ve şişeler hakkında beklenti ve düşüncelerini yönlendirdiğini düşünmekteyiz.

Beklentileri dışında olduğunu söyleyenlerin %55,6'sı (n=25) şişenin büyük olmasından korktuklarını ifade etmişlerdir (Tablo 5). Tüpün uzun, şişenin büyük ve şeffaf olması hastaları korkuttuğu belirtilmektedir. Özellikle ameliyat sonrası dönemde hastalarda şişeyi dolduracak kadar kanının akacağı korkusu önemli bir nedendir (5). Bulgularımız KSD takılmadan önce hasta bilgilendirmesinin önemini vurgulamaktadır.

Sistem sakşına bağlandığında hastaların %44,4'ünün (n=4) ağrı hissettiği belirlenmiştir (Tablo 5). Theodore (11) KSD takılı hastada hemşirelik yaklaşımı isimli çalışmasında sakşın uygulamasının hava ve sıvı çıkışını hızlandırırken emme basıncı yaptığından ve dokuları gerdiğinden ağrıya sebebiyet verdiğini belirtmektedir. Etkin hemşirelik girişimleri uygulanarak emiciye gereksinim bırakılmamalıdır.

Hastaların beklemediği halde şişede kan görmeleri %77,3'ünü (n=17) endişelendirdiği saptanmıştır (Tablo5). Hastalar toraks cerrahisi öncesi solunum sıkıntısı yaşamaktadırlar. Dolayısıyla bu bölgeye yapılacak KSD uygulaması sonrası hava çıkışını gösteren kabarcıklar beklemektedirler (6). Cimilli (56) cerrahide anksiyete isimli araştırmasında hastalarda kan kaybının ölüm korkusunu da beraberinde getirdiğini ve hastaları endişelendirdiğini ifade etmiştir. Ayrıca kan vücut için çok önemli bir sıvıdır. Bu sıvının kaybı hastaları endişelendirmektedir (6).

KSD uygulanan hastaların %88,2'sinin (n=15) kan yerine hava kabarcığı olabileceğini beklediği belirlenmiştir. Aynı tabloda hastaların %84,2'sini (n=16) şişede kabarcıklar beklemediği halde görülmesi bu hastaları endişelendirmiştir (Tablo 5). Literatürde; hastaların akciğerlerindeki probleme kaçak havanın sebep olduğunu kabul ettikleri ve bu nedenle hava kabarcıklarını bekledikleri belirtilmektedir (74). İnsanlar için yaşamak = nefes almaktır. Akciğerlerindeki havanın tamamen sisteme geçip solunum sıkıntısı olacağı korkusu hastaları endişelendirmektedir. Özellikle şişenin fokurdaması hastaları korkutmaktadır (1,12). KSD ile ilgili bilgi verilmesine rağmen akciğerler yaşam için önemli bir organ olduğundan hava çıkışı hastalarda endişe yaratmaktadır.

Hastaların KSD ilgili olarak %69,6'sının (n=71) endişelendiği saptanmıştır (Tablo 5). Hastaların çoğu KSD'nin çıkacağından, ağrının daha da şiddetleneceğinden ve tekrar KSD takılma olasılığından (örnek; pnx) dolayı endişelenmektedirler (27). Yıldızeli ve Yüksel'in (57) yaptıkları plevral hastalıklarda cerrahi teknikler isimli araştırmada hastalar komplikasyonlardan dolayı endişelenmişlerdir (yanlış yere takılması, ciltaltı amfizem vb) Çalışmamız, diğer çalışmalar ve literatür bilgileri KSD uygulanan hastaların çeşitli nedenlerden dolayı endişe yaşadıklarını belirtmektedirler.

Hastaların KSD ile ilgili endişelenme nedenleri arasında %54,9 oranında (n=39) KSD'nin çıkması gelmiştir (Tablo 5). Hastaların çoğunluğu tüpün dikişle tutturulduğunu bilmediğinden, çıktığında nefes alamayacağını ve akciğerlerinin söneceğini düşünerek endişelenmektedirler (13,44). Hastalar mobilizasyon esnasında KSD'nin yemek masası, sandalye vb. takılıp çıkacağından dolayı da endişe duymaktadırlar. Ayrıca KSD'nin bakım uygulamalarından olan sağma işlemi sırasında KSD çıkabilmekte ve bu durumda hastalarda endişe yaratmaktadır (6,7,11). Hastaların KSD'nin çıkmasına yönelik endişelerinin belirlenip bu yönde eğitim verilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Hastaların % 90,2'si (n=92) KSD'ni hissettiğini ve bu hissini %39,1 oranında (n=36) batan bir cisim varmış gibi olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 5). KSD'nin uç kısmı 8–10 cm içerde ve sertlik derecesi değişen yapıdadır. Hastaların bu ucu batan bir cisim gibi hissetmeleri olağandır.

Sekonder olarak KSD uygulanan hastaların %90,5 oranında (n=19) bilgi verilmeme durumu istatistiksel olarak daha anlamlı bulunmuştur (p:0,000) (Tablo 6a). Sekonder olarak KSD uygulanan hastalıklar planlı ameliyatları içermektedir. Ameliyat öncesi hazırlık işlemlerinde, yapılacak ameliyata odaklanma olduğundan KSD'ne yönelik daha az bilgi verilmektedir. Aynı zamanda hasta da ameliyata odaklanmaktadır (6). Tavalı ve Yavuz'un (89) yaptıkları perioperatif dönemin incelenmesi isimli araştırmada hastaların %77'sine ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve sonrası yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmemiş olduğunu ve hastaların %95'nin bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir. Taşocak (48) hasta eğitimi isimli çalışmasında KSD hakkında bilgi verilmesi gerektiğini aksi takdirde bu durumun ameliyat sonrası hastada kaygıya neden olacağını ifade etmiştir. Her iki çalışma bulgusu da planlı ameliyatlarda hastaların bilgi gereksinimini ortaya koymaktadır.

Cerrahi işlem öncesi KSD takılacağını bilme durumu incelendiğinde %90,5 oranında (n=19) sekonder olarak KSD uygulanan hastaların bilmemeleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,000) (Tablo 6a). KSD hakkında bilgilendirilmeyen grup olması çalışmanın sonucunu etkilemiştir.

Primer olarak KSD uygulanan hastaların şişedeki kabarcıkların ne olduğunu bilmeleri %92,3 oranında (n= 24) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,010) (Tablo 6a). Primer olarak KSD uygulanan hastaların büyük bir kısmını pnömotoraks tanılı hastalar oluşturmaktadır. KSD pnömotoraks tanılı hastalara takıldığında şişede kabarcıklar oluşmaktadır. Şişedeki kabarcıklar uzun süre devam ettiğinde (uzamış hava kaçağı) hastalar ameliyat edileceğinden dolayı tüm dikkatleri toraks tüpü ve şişesinin işleyişine odaklanmaktadır (46,49). Bu durum hava kabarcıklarının hastalar tarafından ne anlama geldiğinin bilinme oranını anlamlı kılmaktadır.

Hastaların KSD' ne ait bilgilendirme durumlarında istatistiksel olarak anlamlılık gösteren diğer bir değişken ilköğretim mezunlarının şişede kan olabileceğini %86,4 oranında (n=19) daha az bilmeleridir (p:0,030) (Tablo 6b). Yaptığımız çalışmada ilköğretim mezunları %78,4 oranında (n=80) bulunmaktadır. Şahin ve ark. (79) yaptıkları hastaların eğitim seviyesi ile hemşirelik hizmetlerinden yararlanma konulu araştırmalarında insanların eğitim düzeyi arttıkça bilgi düzeylerinin de arttığını belirtmişlerdir. Bulgular şişede kan olabileceğini az bilmenin eğitim düzeyinden etkilendiğini göstermektedir.

Çalışmada primer olarak KSD uygulanan hastaların, sekonder olarak KSD uygulananlara oranla %76,2 oranında (n=16) sızlayıcı tarzda ağrı yaşamaları, sekonder olarak KSD takılan hastaların %100 oranında (n=3) dayanılmaz yoğunlukta ağrı yaşayarak analjezik kullanmaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,032 - p:0,041 sırasıyla) (Tablo 7a). Sekonder olarak KSD takılan hastalarda, KSD bağlı ağrıya büyük cerrahi insizyon ağrısı (torakotomi) da eşlik etmektedir (62). Uyar (63) post operatif ağrı isimli çalışmasında cerrahi travmanın ağrı duyusunu tetiklediğini ve en çok ağrı hissedilen bölgelerden birisinin toraks olduğunu ifade etmiştir. Eti Aslan (61) ağrı değerlendirme yöntemleri isimli çalışmasında büyük cerrahi girişim uygulanan hastaların %63'ü ilk 24 saat dayanılmaz yoğunlukta ağrı hissettiklerini belirtmiştir. Toraks cerrahisinden sonra ortaya çıkan dayanılmaz yoğunluktaki ağrı analjeziyle giderilemezse komplikasyon oranı artmakta, hastalar erken mobilize olamamakta ve hastanede kalış süreleri uzamaktadır (106). KSD takılan hastalar tanısına bağlı olarak sızlayıcı tarzda veya dayanılmaz yoğunlukta ağrı yaşamışlardır.

Ağrı duyusuna etki eden diğer bir değişken de işçi olarak çalışanların istatistiksel olarak anlamlı derecede %71,4 oranında (n=15) sızlayıcı tarzda ağrı yaşamalarıdır (p:0,040) (Tablo 7b). Çalışma grubumuzu %56,9 oranında işçi olarak çalışan hastalar oluşturmaktadır. Sonucun anlamlı olmasında bu oranın etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Sekonder olarak KSD uygulanan hastaların %100 oranında (n=9) kan gelmesinden korkmaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,002) (Tablo 8a). Sekonder olarak KSD takılan hastalar ameliyat olan hastalardır. Bu hastalarda şişede kan görülmesi veya drenajın artması

olağandır. Ancak bu durum hastalara ameliyatın başarısız olduğunu düşündürmektedir (32). Kan yaşam için önemli bir sıvıdır ve hastalar özellikle kısa sürede fazla miktarda kan kaybının olduğu durumlarda korktuklarını ifade etmişlerdir (4).

KSD uygulanan hastaların işlem ile ilgili endişelenme durumları incelendiğinde kadın hastaların şişenin bakım uygulamaları hakkında %91,7 oranında (n = 22) endişelenmesi ve aynı tabloda erkek hastaların %93,3 oranında (n=14) şişedeki kabarcıklardan endişelenmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,010-p:0,039 sırasıyla) (Tablo 8b). Booker ve ark. (55) yaptıkları preoperatif anksiyete isimli çalışmada kadınların erkeklere göre duygularını daha rahat ifade ettiklerini, aileden ayrılmanın kadın hastaları daha çok etkilediğini ileri sürmüşlerdir. Yapılan çalışmalarda en çok stresle kadınların karşılaştığını, fizyolojik tepkiler ve başa çıkma tarzlarının farklı olduğunu belirtmektedirler (54,55). Ayrıca kadın hastaların ameliyat öncesi anksiyete düzeyi erkeklere göre daha yüksek olduğundan (kadın erkek oranı 2/1) kadınlar erkeklere göre daha çok endişelenmektedirler (56).

KSD uygulanan hastalıklar arasında hava kabarcığının en çok görüldüğü hastalıklardan biri olan pnömotoraks erkek hastalarda kadınlara oranla 6 kat daha fazla görülmektedir. Pnömotoraksta toraks şişesindeki hava kabarcıkları uzun süre devam ederse hastalar ameliyat edilmektedir. Bu nedenden dolayı hava kabarcıkları erkek hastaları endişelendirmektedir (74,93).

Sekonder olarak KSD uygulanan hastaların %92,5 oranında (n = 49) ameliyat sonrası birinci gün (KSD takıldıktan sonraki ikinci gün) ayağa kalkması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,000) (Tablo 9a). Yapılan çalışmalarda herhangi bir kontrendikasyon yoksa hastaların ameliyat sonrası birinci gün ayağa kalkmasının gerekliliği belirtilmektedir (1,2,6). Ameliyat esnasında interkostal sinirlerin zedelenmesi, çekme, kesme gibi operasyon uygulamaları, cerrahi travma nedeniyle fizyolojik, kimyasal stresörlerin meydana getirdiği değişiklikler ve cerrahi girişim bölgesine yakın kasların kullanılmasına bağlı ağrı şiddeti artacağından hastalar operasyon günü hareket ettirilmemektedirler (63,67). Ameliyat sonrası dönemde hastaların erken ayağa kaldırılması kas tonüsünün, drenaj hızının artmasını, iyileşmenin hızlanmasını ve hastaların birçok işini kendi görebilir hale gelmesini sağlamaktadır. Ayrıca hastaların moral ve fiziksel açıdan süratle kendilerini toparlamasına yardımcı olmaktadır (1,5,6). KSD takılan hastaların rahatlık (konfor) algısını yatağa bağımlılık, immobilizasyon önemli oranda etkilediğinden dolayı mobilizasyonun önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Hastaların ameliyat sonrası mobilizasyonunu; yaşlı olmak, birden fazla KSD'nin olması, cerrahi girişimin büyüklüğü, hipotansiyon gibi faktörler etkilemektedir. Bu faktörler arasında yaş önemlidir. Çalışma grubunda 25 – 44 yaş aralığında bulunan hastaların %48,3 oranında (n=14) yatak içinde rahatça hareket etmeleri istatistiksel olarak anlamlı değerlendirilmiştir (p:0,043)

(Tablo 9b). İleri yaşın tüm sistemler üzerine olumsuz etkileri vardır. Erdil'in (90) hastaların evde bakımı isimli çalışmasında da belirttiği gibi ameliyat edilen hastaların %20–25'i 65 yaş üzeridir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte akciğerlerin elastikiyeti bozulmaktadır. Ayrıca solunum kaslarının gücü ve kuvveti de %20 oranında azalmaktadır. Yaşlı hastalarda azalan vital kapasite yatak içinde hareketli olmalarını engellemektedir. Yaş ile birlikte kasların gücü azalmakta ve uyarılara karşı tepkileri yavaşlamaktadır. Hareketlerde de yavaşlama olmaktadır. Kas-iskelet sisteminin de zayıflamasından dolayı hastaların hareket edebilme yeteneği zayıflamaktadır (52,90,95). Hareketsizliğin diğer bir sebebi de yaşlı hastaların %30-40'ını etkileyen bilinç ve algılama değişiklikleridir. Oskvig (95) yaşlı hastalardaki problemler isimli çalışmasında kas iskelet sisteminde yaşa bağlı değişikliklerin ameliyat sonrası hastanın uygun pozisyon almasını, oturup kalkmasını, yatak içinde hareket etmesini önemli derecede etkilediğini ifade etmiştir. Çalışma sonucu ve diğer çalışma sonuçları yaş değişkeninin hastanın hareketli olması üzerine etkisini vurgulamaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

KSD uygulanan hastaların deneyimlerinin araştırıldığı çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Demografik özelliklere göre dağılım incelendiğinde, hastaların; %44,1'inin 25–44 yaş grubunda, %76,5'inin erkek, %85,3'ünün evli, %78,4'ünün ilköğretim mezunu, %56,9'unun işçi, %64,7'sinin sigara kullandığı, tanıya bakıldığında %52'sinin sekonder olarak KSD takılan hastalıklar grubunda olduğu, kalış süresine bakıldığında %62,7'sinin 1–4 gün aralığında olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların KSD ile ilgili, sakşın ile ilgili ve KSD'nin şişeleri içindeki kan ve hava kabarcıklarının ne olduğuna ilişkin sorulara %8,8 ile %81,4 oranında evet biliyorum yanıtını vermişlerdir.

KSD uygulanan hastalar %60,8 oranında ne zaman çıkarılacağını öğrenmek istemişlerdir.

KSD uygulanan hastalar 91,2 oranında fowler pozisyonunda rahat ettiklerini belirtmişler ve hareket etme, ayağa kalkma, dolaşma, derin solunum ve öksürme egzersizleri, uykuyu içeren sorulara %28,4 ile %92,2 oranında olumlu ifadeleri içeren evet yanıtını vermişlerdir.

KSD'li hastalar % 53,9 oranında ikinci gün ayağa kalkmışlar, %80 oranında ağrı endişesiyle derin solunum ve öksürme egzersizlerini önerildiği gibi yapamamışlardır.

Ağrıya ilişkin hasta deneyimlerinde; %89,2'sinin ağrı hissettiği, %50,5 oranında batıcı tarzda, %38,5 oranında rahatsız edici olarak tanımlandığı belirlenmiştir. Hastaların %53,8'i ağrıya hazırlıksız olduklarını belirtmişler ve %100 oranında analjezik kullanmışlardır.

Hastalar KSD sakşın, tüpler, şişeler, kan ve hava kabarcıkları hakkında %5,4–90,2 aralığında değişen ağrı, korku, çekilme, sertlik vb. duyular yaşamışlardır.

Sekonder olarak KSD uygulanan hastaların KSD'ne ait bilgi verilmemesi %90,5 oranında, primer olarak KSD takılan hastaların şişedeki kabarcıkları %92,3 oranında bilmeleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P:0,000-P:0,010 sırasıyla).

İlköğretim mezunu hastaların şişede kan olabileceğini bilmemeleri %86,4 oranında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P:0,030).

Primer olarak KSD uygulanan hastaların % 76,2 oranında sızlayıcı, sekonder olarak KSD takılan hastaların %100 oranında dayanılmaz yoğunlukta ağrı yaşamaları ve %71,4 oranında işçi olarak çalışan hastaların sızlayıcı tarzda ağrı yaşamaları istatistiksel olarak anlamlı değerlendirilmiştir (P:0,032-P:0,041-P:0,040 sırasıyla).

KSD sekonder olarak uygulanan hastaların %100 oranında kan gelmesinden korkması, %91,7 oranında kadın hastaların bakım uygulamalarından, erkek hastaların %93,3 oranında şişedeki kabarcıklardan endişelenmeleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P:0,002-P:0,010-P:0,039 sırasıyla).

Sekonder olarak KSD uygulanan hastaların %92,5 oranında 2. gün ayağa kalkmaları ve 25–44 yaş aralığındaki hastaların %48,3 oranında yatak içinde rahat hareket etmeleri istatistiksel olarak anlamlı değerlendirilmiştir (P:0,000-P:0,043 sırasıyla).

ÖNERİLER

- 1-Hastalara KSD'nin takılış amacı, çalışması, görüntüsü, kalma süresi vb. bilgileri içeren kapsamlı bir eğitim verilmelidir.
- 2-KSD takılacak hastalara yatak içinde pozisyon, hareket etme, ayağa kalkma, dolaşmanın önemi anlatılmalı, derin solunum ve öksürme egzersizleri öğretilip yaptırılmalıdır.
- 3-KSD takılı hastalara fowler pozisyon verilmelidir.
- 4-KSD takılı hastaların ağrıları değerlendirilmeli ve etkin ağrı yönetim önlemleri alınmalıdır.
- 5-KSD takılı hastaların fiziksel ve psikolojik duyguları paylaşılmalı, rahatsız edici duyguların ortadan kaldırılması için önlemler alınmalıdır.
- 6-KSD takılı hastaların eğitim ve bakım uygulamalarında hastaların eğitim düzeyleri, tanıları, cinsiyeti, yaş gibi bireysel değişkenleri hemşireler ve diğer sağlık personeli tarafından dikkate alınmalıdır.

ÖZET

Bu araştırma KSD uygulanan hastaların deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Göğüs Cerrahisi Kliniğinde Şubat 2007 ile Kasım 2007 tarihleri arasında KSD uygulanmış, araştırmayı kabul eden 102 hasta oluşturmuştur.

Örnekleme alınan hastaların tümü ile görüşülerek kişisel bilgi formu doldurulmuş ardından Kapalı Sualtı Dreninde Hasta Deneyimlerinin Belirlenmesi Formu uygulanmıştır. Hastanın ağrı düzeyinin belirlenmesi için McGill-Melzack Ağrı Soru Formu kullanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 13.00 programı kullanılarak yapılmıştır. Hastanın kişisel özellikleri ve KSD ile ilgili deneyimleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak Pearson ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

Sekonder olarak KSD uygulanan hastaların KSD'ne ait bilgi verilmemesi, primer olarak KSD uygulanan hastaların şişedeki kabarcıkları bilmeleri, ilköğretim mezunu hastaların şişede kan olabileceğini bilmemeleri, primer olarak KSD uygulanan hastaların sızlayıcı tarzda, sekonder olarak KSD uygulanan hastaların dayanılmaz yoğunlukta ağrı yaşamaları, işçi olarak çalışan hastaların sızlayıcı tarzda ağrı yaşamaları, KSD sekonder olarak uygulanan hastaların kan gelmesinden korkması, kadın hastaların bakım uygulamalarından, erkek hastaların şişedeki kabarcıklardan endişelenmeleri, sekonder olarak KSD uygulanan hastaların 2. gün ayağa kalkmaları ve 25–44 yaş aralığındaki hastaların yatak içinde rahat hareket etmeleri istatistiksel olarak anlamlı değerlendirilmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre KSD uygulandığında hastalar ağrı, algı sorunları, konforda bozulma ve hareket kısıtlanması, bilgi eksikliği gibi deneyimler yaşamışlardır. Hemşireler bireye özgü kapsamlı hemşirelik bakımını planlayıp uygulayarak KSD'li hastaların olumsuz deneyimlerini azaltmalı ya da yok etmelidirler.

Anahtar Kelimeler: Ağrı Kontrolü, Ağrı, Konfor, Bilgi, Kapalı Sualtı Dreni

DETERMINATION OF PATIENT'S EXPERIENCES HAVING A CLOSED UNDERWATER DRAIN

SUMMARY

This research has been performed in order to determine the experiences of the patients to whom Closed Underwater Drain is applied.

Sampling of the research includes 102 Closed Underwater Drain inserted patients, who accepted this research, in Trakya University Health Research and Application Center Thoracic Surgery Clinic between February 2007 and November 2007.

Personal information form has been filled upon interviews made with each patient from whom samples are taken; then Form on Determination of Experiences of Patient in Closed Underwater Drain has been applied. McGill-Melzack Pain Questionnaire has been used in order to determine the pain level of patients.

Evaluation of data obtained has been performed with SPSS 13.00 program. Relationship between personal characteristics and Closed Underwater Drain experiences of the patient has been assessed statistically with Pearson chi-square test.

Following circumstances have been assessed as statistically meaningful: no information on Closed Underwater Drain was given to the patients to whom Closed Underwater Drain was inserted secondarily; patients to whom Closed Underwater Drain was inserted primarily know about the bubbles in the bottle; primary school graduate patients do not know that there may exist blood in the bottle; patients to whom Closed Underwater Drain was inserted primarily experience pains in a tingling manner; patients to whom Closed Underwater Drain was inserted secondarily experience pains with unbearable intensity; patients occupied as workers experience pains in a tingling manner; patients to whom Closed Underwater Drain was inserted secondarily are afraid when the blood comes out; female patients are anxious about nursing applications; male patients are anxious about the bubbles in the bottle; patients to whom Closed Underwater Drain was inserted secondarily stand up on the second day; and patients within age range of 25–44 move in their bed comfortably.

In accordance with the results obtained from the research, when Closed Underwater Drain is inserted patients experienced experiences such as pain, perception problems, distortion in comfort, movement limitation, lack of information. Nurses should reduce or eliminate negative experiences of patients with Closed Underwater Drain by planning and fulfilling individually specific detailed nursing care.

Keywords: Pain Control, Pain, Comfort, Information, Closed Underwater Drain

KAYNAKLAR

- 1 - Erdil F, Elbaş, N.Ö. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Tasarım Ofset, Ankara, 3.baskı, 2001: p.227-293.
- 2 – Aksoy G, Akyolcu N, Kanan N. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Editör: F.Akyürek, Web Ofset Tesisleri, Eskişehir,1999: p.212-238.
- 3 –Dramalı A, Erdil F, Hatipoğlu S ve arkadaşları. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği El kitabı, Editör: G. Aksoy, Birlik Ofset, İstanbul, Birinci Baskı, 1998: p.88-99.
- 4 -Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing, 10. th Edition, Lippincott Williams&Wilkins, Philadeiphia. 2004: p.517-519.
- 5 -Phipps WJ, Sands J K, Marek J F. Medical Surgical Nursing Concepts&Clinical Practice, Mosby, 1999: p.516-518.
- 6 -Hargrove KA. Medical-Surgical Nursing, 3. Edition, Lippincott Williams& Wilkins, Philadelphia, 2001.
- 7 -Tank A. A regional survey of chest drains:Postgrad Med.J 1999; 75:471- 474.
- 8 - GE. Pain management for patients with chest drains, Nursing Standart, 2000: p.40 – 44.
- 9 –Fox V, Gould D, Owen S ve ark. Patient's experiences of an underwater seal chest drain:a replication study, Journal of clinical nursing 1999;8:684 – 692.
- 10 -Spence, J. Prosedure for care of patient with an underwater seal drain ,2002: p.1-3.
- 11 -Theodore A. Trouble shooting chest tubes nursing, Philadeiphia,1998: p.1-5.
- 12 -Arlene M, Coughlyn R.N. Go with the flow of chest tube therapy,Nursing 2006.34(5):54-55.
- 13-Brucea EA, Howard RF, Frank LS. Chest Drain Removal Pain İts Management: A Literature Review, Journal Of Clinical Nursing, 2006:p.145–154.
- 14 -Gray E. Pain Management For Patients With Chest Drains, Nursing Standart. 11 November 1999, Vol 14 No 23, 14,23,40-44.
- 15 -Coughlin AM, Parchinsky C. Go With The Flow Of Chest Tube Therapy, Nursing2006,March 2006, Vol 36 Number 3, p.36–42.
- 16 -Lagarde SM, Omloo T, Ubbink DT, Busch ORC, Obertop H, Van Lanschot JJB. Predictive Factors Associated With Prolonged Chest Drain Production After Esophagectomy, Diseases Of The Esophagus February 2007, vol 20 Issue 1 p. 24–28.
- 17 -Godden J, Hiley C. Managing The Patient With A Chest Drain: A Review. Nursing Standart. 29 April 1998 Vol 12 No 32. 12,32,35–39.
- 18 -Allibone L. Nursing Management Of Chest Drains, Nursing Standart. January 2003 17,22,45–54.

- 19 -Halm MA. To Strip Or Not To Strip? Physiological Effects Of Chest Tube Manipulation American Journal Of Critical Care, Novemenber 2007, vol 16 No 6 609-612.
- 20 -Dunne M, Dooley B, Barker J. Nursing Care Of A Patient With An Underwater Seal Drain. 2004: p.1-4.
- 21 -Spence J, O'Brien J, Sister W, Ward H. Procedure For Care Of Patient With An Underwater Seal Drain, 2000 Vol 9 , Issue 1 p 1-3.
- 22 -Arda İS, Gürakan B, Aliefendioğlu D, Tüzün M. Treatment Of Pneumothorax in Newborns:Use Of Venous Catheter Versus Chest Tube, Pediatrics International 2002 44, 78-82.
- 23 -Augustine TM, Theodore J. An Evidence-Based Approach To Drainage Of The Pleural Cavity: Evaluation Of Best Practice. Journal Of Evaluation İn Clinical Practice, 2002, 8, 3, 333–340.
- 24 –Broos- Brunn JA. Management of the Patients with Chest and LowerRespiratory Tracts Disorders, Ed: Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing, Lippincott Williams& Wilkins, Philadelphia, 2004: p.557 – 567.
- 25 –Gulanic M, Myers JL, Klopp A. Nursing care Plans: Nursing Diagnosis and Intervention, Mosby Co. St. Louise, 2003: p.362 – 370.
- 26 –Dal Ü. :Göğüs Tüpü Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı, Türk Hemşireler Dergisi,3 – 4:26,1994.
- 27- Gökdoğan F, Karadoğan A, Pınar R. Hemşirelik Bakım Planı, Editör: N Albayrak,Alter Yayıncılık,Ankara, 2007.
- 28 - Carroll P. Ask The Experts, Critical Care Nurse, August 2003, Vol 23 No 4 p:73–74.
- 29 - Lehwaldt D, Timmins F. Nurses' Knowledge Of Chest Drain Care: An Exploratory Descriptive Survey, Nursing İn Critical Care, 2005 Vol 10 No 4, 192–200.
- 30 –Jane C, Dona R. Alexander's care of the patient in surgery, 12.th.Edition,Philadeiphia. 2003: p.8-13.
- 31 –Hatipoğlu İ, Avcı E, İnanç, N. Hemşirelik Esasları, Damla Matbaacılık, Ankara, 2003.
- 32 –İşıtmangil T , Balkanlı, K. Göğüs Cerrahisi, İstanbul, Bilmedya Grup,2001: p.30-50
- 33 – Fengshi C, Tetsu Y, Akihiro A ve Ark.N Position of a Chest Tube at Video-Assisted Thoracoscopic Surgery for Spontaneous Pneumothorax, 2006;73:329 – 333.
- 34 – Kaynak K, Demirkaya A. Torakotomi Sonrası Aciller, Solunum 2003;5 (6):33-34.
- 35 -Editörler: İ. Ökten, A. Güngör, Türk Göğüs Cerrahisi Derneği Yayınları, Ankara, 2004:233-260.
- 36 –Doty DB, Doty JR. Göğüs Cerrahisi İpuçları, Çeviri: Halezeroğlu, İstanbul,2000: p.32-43.
- 37 – Yörük Y, Köse S, Sunar H ve Ark. Toraks Travmaları, Ulusal Travma Dergisi, 1996: p.189-193.

- 38 – Köktürk O. Plevra Hastalıkları, Gözü O, Toraks Derneği, Ankara, Birinci Baskı, 2003;4:105-210.
- 39 -Altınok T, Sunam S. Göğüs Cerrahisi Acillerinde Tüp Drenaj, Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2007, 3(3):25–28.
- 40 –Yavuz M. Yara iyileşmesine destek sağlayan yöntemler, 4. ulusal cerrahi ve ameliyathane hemşireliği kongresi, Ege üniversitesi basımevi, İzmir 2005: p. 25-38.
- 41 -Kanan N. Ameliyat sonrası erken dönem bakım ilkeleri, 4. ulusal cerrahi ve ameliyathane hemşireliği kongresi, Ege üniversitesi basımevi, İzmir 2005: p. 93-104.
- 42 -Uzun Ö. Ameliyat sonrası geç dönem bakım ilkeleri, 4. ulusal cerrahi ve ameliyathane hemşireliği kongresi, Ege üniversitesi basımevi, İzmir 2005: p.111-124.
- 43 -Selimen D, Aslan FE. Cerrahide riski arttıran faktörler, Hemşirelik Forumu, C7, S 4, s9–13, 2004.
- 44 -Esmе H, Solak O. Primer spontan pnömotoraksta uzamış hava kaçacağını etkileyen risk faktörleri, Toraks Dergisi, 7(3): 159–161, 2006.
- 45 -Karadağ A. Yara bakım hemşireliği, Hemşirelik Forumu, 2004: p.1-8.
- 46 -Vernejoux MA.Spontaneous pneumothorax:pragmatic management and long – term outcome .Respir Med 2001;95:857 – 862.
- 47 -Candan Y, Kaymakçı Ş, Özşaker E. Cerrahide Hasta Eğitimi,Ulusal Cerrahi Kongresi, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir,2002: p.371-378.
- 48 –Şenyuva E, Taşocak G. Hemşirelerin Hasta Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007: p.100-106.
- 49 -Köksal Yurda E, Güleç E, Atasoy S ve arkadaşları. Primer Spontan Pnömotoraksta Klinik Deneyimlerimiz, 4: 138 – 140, 2003.
- 50 -Safa N, Çakan A, Akdağ Ş ve arkadaşları. Spontan Pnömotoraks Tedavi Sonuçlarının Kantitatif Değerlendirilmesi, İzmir, 12000;1:91 – 95.
- 51 -Aydın O N. Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi2002; 3(2) : 37.
- 52 -Türk G, Eşer İ. Ortostatik Hipotansiyonun Önlenmesi, C.ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007,11(1).
- 53 -Yılmaz M. Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara ve Hasta Memnuniyetine Etkisi, Hemşirelik Araştırma Dergisi,2002- 4 (1).
- 54 -Akkaş GA. Ameliyat Öncesi Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Kaygıya Neden Olabilecek Etmenlerin Belirlenmesi, Hemşirelik Araştırma Dergisi, 2001 -1.

- 55 -Booker A, Brownell L, Donen N. Amsterdam Preoperative Anxiety ve İnformation Scale Provides A Simple And Reliable Measure Of Preoperative Anxiety, 2002; 49 (8) :792 – 8.
- 56 -Cimilli C. Cerrahide Anksiyete, Klinik Psikiyatri, İzmir, 2001;4: 182 – 186.
- 57 -Yıldızeli B, Yüksel M. Plevra Hastalıklarında Cerrahi Teknikler, İstanbul, 2002;3: 30 – 44.
- 58 -Yeğinsu A, Buyruk R, Köseahmetoğlu M. Torasik ampiyemin cerrahi tedavisi, Toraks Derg. 2002; 3(3): 303–306.
- 59 -Akyolcu N. Perioperatif hasta ve ailesinin eğitim gereksinimleri ve hemşirenin rolü,4. ulusal cerrahi ve ameliyathane hemşireliği kongresi, Ege üniversitesi basımevi, İzmir 2005:p.97-107.
- 60 -Yılmaz R. Yara iyileşmesi, 4. ulusal cerrahi ve ameliyathane hemşireliği kongresi, Ege üniversitesi basımevi, İzmir 2005:3-7.
- 61 -Aslan F E. Ağrı Değerlendirme Yöntemleri, C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2002, 6(1): 9 – 16.
- 62 -Tunç M. Torakotomi sonrası ağrı tedavisinde; tramadol ile intravenöz hasta kontrollü analjezi ve devamlı infüzyonun karşılaştırılması S.D.Ü. Tıp Fak. Derg. 2006:13(1)/5–10.
- 63 -Uyar M. Postoperatif ağrı, Ulusal cerrahi kongresi, Ege üniversitesi basımevi, İzmir, 2003: p.115-129.
- 64 -Özbayır T. Ağrı yönetimi ve hemşirelik bakımı, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 2003: p.131-138.
- 65 –Çetin N, Eşer İ. Hasta Kontrollü Analjezi Yöntemine İlişkin Verilen Eğitimin Postoperatif Ağrının Giderilmesine Etkisinin İncelenmesi Hemşire İzleminin Önemi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006; 6(2):15-25.
- 66 -Kocaman G. Ağrının İlaç Dışı Yöntemlerle Kontrolü. Ağrı Hemşirelik Yaklaşımları, 1. Baskı, Saray Medikal Yayıncılık, İzmir 1994: 23-28.
- 67 -Yücel A. Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü. S Edirne (Ed), Ağrı, 1. Baskı, Alemdar Ofset, İstanbul 2000, S. 695–698.
- 68 -Aktin B, Çağırıcı U. Göğüs Tüpü Solunumun Hangi Fazında Çekilmeli, Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2007;15(2): 181–183.
- 69 -Fadıllıoğlu Ç. Solunum sistemi hastalıklarında evde bakım, Editörler: Fadıllıoğlu Ç, Doğan F, Ertem G. Meta basım matbaacılık hizmetleri, İzmir, s.239–267, 2006.
- 70 -Keskin D, Han S, Bodur H ve ark. Toraks Operasyonu Sonrası Erken Dönemde yapılan Egzersizlerin Yararları, Orjinal Makale/Original Article FTR Bil Der J PMR Sci 2006;9(2):57-62.
- 71 -Sarıkaya S. Hasta Pozisyonlama ve Diğer Egzersizler, Türk Fiz Tıp Rehab. Derg 2006;52:123–5.

- 72 -Basoglu ÖK, Bacakoglu F, Ersin S ve ark. Üst karın cerrahisinde postoperatif solunumsal komplikasyon riskinin preoperatif parametrelerle ilişkisi. *Toraks Dergisi* 2002; 2: 17-22.
- 73 -Wynne R, Botti M. Postoperative pulmonary disfonction in adults after cardiac surgery with cardiopulmonary by pass: Clinical signifcance and implications for practice. *Am J Crit Care* 2004; 13: 384–393.
- 74 -Çok G, Karakuş H, Göksel T ve ark. Primer ve sekonder spontan pnömotorakslı olguları karşılaştıran geriye dönük bir çalışma, *Toraks Derg.* 2001; 2(2): 18–21.
- 75 -Eryiğit H. Primer Spontan Pnömotoraks Tedavisinde Video - Torakoskopik Plörektomi, İstanbul, 2006: p.17-20.
- 76 -Bilir N. Sigara ve Akciğer, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008:p. 7-11.
- 77 -Nehir V. Plevral Ampiyemin Tedavisinde Video-Torakoskopik Cerrahinin Yeri, İstanbul 2007: p.1–45.
- 78 - Jett, J, Simmons PB. Chest Tubes. *Nursing Care*, 2006: p.50-51.
- 79 -Şahin E, Kılıç Ş, Acar A ve ark. Hastalarımızın eğitim seviyesi ile hemşire hizmetlerinden yararlanma açısından fark var mı? , Ulusal cerrahi kongresi, Antalya, 2006: p.132-133.
- 80- Arda İS, Gürakan B, Aliefendioğlu D, Tüzün M. Treatment Of Pneumothorax İn Newborns:Use Of Venous Catheter Versus Chest Tube, *Pediatrics International* 2002; 44,78-83
- 81 -Anz J. Letters To The Editor, 2007; 396–404.
- 82 -Salcı H. Kedi ve köpeklerde tüp torakostomi ve toraks drenajı, *veteriner cerrahi dergisi* 2004; 10 (3–4), 38–46.
- 83 -Pousada L, Osborn HH, Levy DB. Acil Girişimler, *Acil Tıp*, 2. Cilt Bölüm 21,2000: p.565–567.
- 84 –Savcı S. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında sigara içme, akciğer fonksiyonları ve dispne algılaması arasındaki ilişki, *Genel Tıp Derg.* 2001; 11(1): 11–13.
- 85- Tecimer C, Aladağ M, Özdemir R ve ark. Sigaranın Akciğer Fonksiyonları Üzerine Etkileri, *Solunum Dergisi*, *Solunum Hastalıkları* 1993; 4 (2): 231–238.
- 86 - Karadağ S, Taşçı S. Kayseri devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin verdiği hemşirelik bakımı ve bakımı etkileyen faktörler, *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)* 14(Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı) 13-21, 2005.
- 87 - Göksel T, Erdinç E, Üstün Ü. Sigara ile ilişkili ciddi akciğer hastalığı olanların sigara içen yakınlarında sigara bırakma tedavisinin başarısı, *Toraks Derg.* 2002; 3(3): 248–252.
- 88 - Coşkun H, Akbayrak N. Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi, *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001, 5 (2).

- 89 - Tavalı C, Yavuz M. Cerrahi Kliniğe Yatan hastaların ameliyat tanısından ameliyata kadar geçen süreleri etkileyen etmenlerin incelenmesi, 4. ulusal cerrahi ve ameliyathane hemşireliği kongresi, Ege üniversitesi basımevi, İzmir 2005:p.375-382.
- 90 -Erdil F;Cerrahi hastasının evde bakımı, , 4. Ulusal cerrahi ve ameliyathane hemşireliği kongresi, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir 2005: p.39-49.
- 91 - Chee CBE. Persistent air-leak in spontaneous pneumothorax-clinical course and outcome. *Respir Med* 1998; 92:757-761.
- 92 -Sadikot RT, Grene T, Meadows K, ve ark.Recurrence of primary spontaneous pneumothoraxThorax 1997; 52: 805-809.
- 93 -Topcu S. Pnömotoraks, Plevra Hastalıkları. Toraks Kitapları (Sayı:4). 2003; 302–321.
- 94 –Girard N. Clients having surgery: Promoting positive outcomes, In Black, J.M., Hawks, J.H., Kene, A.m. (Eds):Medical-surgical Nursing, Clinical Management for Positive Outcomes, W.B.Saunders Co., Philadelphia, 6 th ed., 2001: p.273-278.
- 95 -Oskvig MR. Special Problems in The Elderly. *Chest*. May1999; 115(5): 158–164.
- 96 -Cambitzi J. Harries M, Raders EV. Postoperative Pain Management. *Surgical Nursing Advancing Practice* Ed. Manley K, Bellman L. Churchill Livingstone Edinburgh 2000, 466–506.
- 97 -Leblebici Hİ, Kaya Y, Koçak AH. Göğüs Travmalı 302 Olgunun Analizi, 2005; 13 (4): 392–396.
- 98 -Surman OS. The surgical patient, Massachusetts, General Hospital Handbook, General Hospital Psychiatry. TP Hackett, NH Cassem (Ed), 2. Baskı, Littleton, PSG Publishing, 2000 s.69-83.
- 99 -Öztürk B, Çadır G. Muğla Maenteşe Devlet Hastanesi Cerrahi Kliniklerde Planlı Ameliyat Olacak Hastaların Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi, Ulusal Cerrahi Kongresi, Antalya, 2006: p.361-362.
- 100 -Aksoy G, Akyolcu N,Kanan N ve arkadaşları, Ameliyat öncesi bakıma yönelik eğitim hedeflerinin uygulamaya yansımaları, Türk hemşireliğinde yüksek öğrenimin 40. yılı sempozyumu, Ege üniversitesi basımevi, İzmir, 1995:p.261-270.
- 101-Martino K. Prospective randomized trial of thoracostomy removal algorithms. *J Trauma* 1999;46:369–71.
- 102 -Dean E, Perlsteinj MF, Mathews M. Acute surgical conditions. In:Frownfelter D, Dean E, editors. Principles and practice of cardiopulmonary physical therapy. 3rd ed. St. Louis: Mosby, Inc.; 1996.
- 103 -Karagözoğlu Ş, Çabuk S, Tahta Y ve ark. hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler, *Toraks dergisi*, 2007;8:4, 234 – 240.

104- Sayın YY, Aksoy G. Cerrahi Hastaların Karşılanan ve Gereksinim Duydukları Bilgi Durumları, Ulusal Cerrahi Kongresi, Antalya, 2006: p.356.

105-Öztürk M. Hastanede yatan yetişkin hastaların uyku gereksinimlerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2003.

106-Çelik B, Çelik H, Hamzaçebi H. Posttorakomi ağrısı, Akciğer Arşivi 2007; 8: 122-6.

107-Good M, Hicks MS, Grass JA, Anderson GC, Choi C, Schoolmeesters LJ, et al. Relief of Postoperative Pain With Jaw Relaxation, Music And Their Combination Pain 1999; 81: 163-172.

TABLolar DİZİNİ

SAYFA

Tablo 1 : Bireysel Değişkenlerin Dağılımı.....	33
Tablo 2 : Hastaların KSD Hakkında Bilgi Durumlarının Dağılımı.....	35
Tablo 3 : Hastaların Rahatlık(Konfor) ve Hareketlilik Durumlarının Dağılımı.....	37
Tablo 4 : Hastaların Ağrı Deneyimlerinin Dağılımı.....	39
Tablo 5 : Hastaların KSD'ne Ait Düşünce ve Hislerinin Dağılımı.....	41
Tablo 6: Bireysel Değişkenler ve Hasta Deneyimlerinin Karşılaştırılması	
Tablo 6a: Hastaların KSD Hakkındaki Bilgi Durumları ve Tanılarının Değerlendirilmesi.....	43
Tablo 6b: Hastaların KSD Hakkındaki Bilgi ve Eğitim Durumlarının Değerlendirilmesi.....	44
Tablo 7: Ağrı ve Algı Durumuna İlişkin Karşılaştırmalar	
Tablo 7a: Hastaların Ağrı, Algı Durumları ve Tanılarının Değerlendirilmesi.....	45
Tablo 7b: Hastaların Ağrı, Algı Durumları ve Mesleklerinin Değerlendirilmesi.....	46
Tablo 8: KSD ile İlgili Düşünce ve Hislere İlişkin Karşılaştırmalar	
Tablo 8a: Hastaların KSD ile İlgili Düşünceleri ve Tanılarının Değerlendirilmesi.....	47
Tablo 8b: KSD ile İlgili Hastaların Endişelenme Durumları ve Cinsiyetin Değerlendirilmesi..	48
Tablo 9: Rahatlık (Konfor) ve Hareketlilik Durumuna İlişkin Karşılaştırmalar	
Tablo 9a: Hastaların Ayağa Kalkma Zamanları ve Tanılarının Değerlendirilmesi.....	49
Tablo 9b: Hastaların Hareketlilik Durumları ve Yaşlarının Değerlendirilmesi.....	50

ÖZGEÇMİŞ

1980 yılında Balıkesir’de doğan Ayşe GÖKÇE IŞIKLI ilk ve orta öğrenimini Balıkesir ’de tamamlamıştır. 2000 – 2004 yılları arasında T. Ü. Sağlık Y. O. Hemşirelik bölümünde lisans eğitimini tamamlamıştır. 2006 yılında T.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bölümünde yüksek lisans eğitimine başlamıştır. 2000 – 2004 yılları arasında T. Ü. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Göğüs Cerrahisi Kliniğinde hemşire olarak, 2004 – 2008 yılları arası Göğüs Cerrahisi Kliniğinde sorumlu hemşire olarak görev yapmıştır. Halen bu görevdedir.

Türk Hemşireler Derneği üyesidir.

EKLER

Ek 1. Kapalı Sualtı Dreninde Hasta Deneyimlerinin Belirlenmesi

Ek.2 Kişisel Bilgi Formu

Ek 3. Etik Kurul İzni

Ek 1.

KAPALI SUALTI DRENİNDE HASTA DENEYİMLERİNİN BELİRLENMESİ

Hasta No:

Tarih :

Sorular

Yanıtlar

Sorular	Yanıtlar	
Size daha önce göğüs dreni takıldı mı?	Evet	Hayır
Eğer yanıt <u>evet ise:</u> a) Ne zaman takıldı? b)Niçin takıldı? c)O zamanki deneyimleriniz nelerdi?(Neler hissettiniz)		
BİLGİ SORULARI		
1. Drenaj tüpleriyle ilgili size hangi bilgiler verildi?		
2.Size bir bilgi broşürü / kitapçığı verildi mi?	Evet	Hayır
Eğer yanıt <u>evet ise:</u> a)Bu size dren konusunda hiç bilgi sağladı mı?		
3.Operasyondan önce, cerrahi sonrası size dren takılacağını biliyor muydunuz?	Evet	Hayır
Eğer yanıt <u>evet ise:</u> a)Bu size nasıl anlatıldı? b)Bunu size kim söyledi?		
4.Size niçin dren takıldığını biliyor muydunuz?	Evet	Hayır
Eğer yanıt <u>evet ise:</u> a)Sebep nedir?		
5.Dren sizde ne kadar süreyle takılı kaldı?		
6.Tüpler ve şişeler sizin beklediğiniz gibimiydi?	Evet	Hayır
Eğer yanıt <u>evet ise:</u> a)Size ne düşündürdü?		
7. Dreniniz emiciye (suction)bağlı mıydı?	Evet	Hayır
Eğer yanıt <u>evet ise:</u> a)Bunu nasıl hissettirdi? b)Bunu tarif edebilir misiniz?		
8.Bu emici (suction) niçin yapıyor bilginiz var mı?		

9.Şişenin kan içerebileceğini biliyor muydunuz? (Tahmin ediyor muydunuz) ?	Evet	Hayır
Eğer yanıt <u>hayır ise</u> ; Ne bekliyordunuz? a)Bu sizi endişelendirdi mi?		
10. Şişede kabarcıklar görmeyi bekliyor muydunuz?	Evet	Hayır
Eğer yanıt <u>hayır ise</u> ; a)Bu sizi endişelendirdi mi?		
11. Şişedeki baloncukların ne olduğunu biliyor muydunuz?	Evet	Hayır
Eğer yanıt <u>evet ise</u> ; a)Onlar nedir tarif edebilir misiniz?		
12. Ağrı kesici kullanıyor musunuz?	Evet	Hayır
Eğer yanıt <u>evet ise</u> ; a) Ne kullanıyorsunuz? b) Bunların faydaları oluyor mu?		
AĞRI ve ALGI SORULARI		
1. Göğsünüzde dreni hissediyor musunuz?	Evet	Hayır
Eğer yanıt <u>evet ise</u> ; a)Bunu nasıl hissediyorsunuz? b)Ne tür algılar hissediyorsunuz? c)Bunlara hazırlıklı mıydınız?		
2.Drenle ilişkili bir ağrı hissediyor muydunuz?	Evet	Hayır
Eğer yanıt <u>evet ise</u> ; a)Ağrıyı tarif eder misiniz? Bu kelimelerden herhangi biri sizin ağrınızı tarif etmemize yardımcı olur mu? — Ağrıyı ne kadar yoğun tariflersiniz? — Buna hazırlıklı mıydınız? — Bu dünden farklı mı?		
RAHATLIK (KONFOR) ve HAREKETLİLİK SORULARI		
1. Şu anda hangi pozisyonlarda olmak sizin için en rahat? a)Sırt üstü yatmak b)Yan yatmak c)Sandalyede oturmak		
2. Kendinizi yataкта rahatça hareket ettirebiliyor musunuz?	Evet	Hayır
Eğer yanıt <u>hayır ise</u> ; a)Bunu ne zorlaştırıyor?		
3. Yataktan kendi başınıza kalkabiliyor musunuz?	Evet	Hayır

Eğer yanıt <u>hayır</u> ise; a)Neden kalkamıyorsunuz?		
4. Hiç etrafta dolaşabiliyor musunuz?	Evet	Hayır
Eğer yanıt <u>hayır</u> ise; a)Sizi ne engelliyor? b)Buna hazırlıklı mıydınız?		
4. Rahat mısınız?	Evet	Hayır
Eğer yanıt <u>hayır</u> ise; a)Sizi ne rahatsız ediyor?		
5. Drenle ilgili endişelendiren bir şey var mı?	Evet	Hayır
Eğer yanıt <u>evet</u> ise; a)Ne ile ilgili endişeleniyorsunuz?		
6. Dün gece uyudunuz mu?	Evet	Hayır
Eğer yanıt <u>hayır</u> ise; a)Sizi ne uyanık tuttu?		
7.Göğüs drenaj tüpü takılı olması beslenmenizi engelliyor mu?	Evet	Hayır
Eğer yanıt <u>evet</u> ise; a)Ne hissediyorsunuz? b)Size kim yardımcı oluyor?		
8.Göğüs drenaj tüpü takılı olması hijyenik bakımınızı engelliyor mu?	Evet	Hayır
Eğer yanıt <u>evet</u> ise; a)Ne hissediyorsunuz? b)Size kim yardımcı oluyor?		
9.Göğüs drenaj tüpü takılı olması hijyenik bakımınızı engelliyor mu?	Evet	Hayır
Eğer yanıt <u>evet</u> ise; a)Ne hissediyorsunuz? b)Size kim yardımcı oluyor?		
10.Size önerilen egzersizleri yeterince yapabildiniz mi?	Evet	Hayır
Eğer yanıt <u>hayır</u> ise; a)Size ne engel oldu?		
11.Göğüs drenaj tüpü ile ilgili öğrenmek, istediğiniz bir şey var mı?		

Ek 2.

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Hastanın protokol numarası:

2. Yaşı: 1 () 25 -44 2 () 45-64 3 () 65 ve üzeri

3. Cinsiyeti: 1 () Kadın 2 () Erkek

4. Medeni Durum: 1 () Bekar 2 () Evli

5. Eğitim durumunuz:
1 () İlköğretim 2 () Ortaöğretim
3 () Üniversite ve üstü

6. Mesleğiniz:
1 () İşçi 2 () Memur
3 () İşsiz

7. Tanı:

8. KSD'nin kalış süresi:

9. Ayağa kalkma zamanı:

10. Sigara kullanıyor musunuz?
1 () Evet 2 () Hayır



TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Etik Kurulu Başkanlığı

Oturum Sayısı:03

Karar Tarihi:15.02.2007

14-Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu 15.02.2007 tarihinde; “Kapalı Su Altı Dreninde Hastaların Deneyimlerinin Belirlenmesi” adlı TUTFEK 2007/25 protokol no.lu Ayşe GÖKÇE'nin tez çalışması incelemek üzere toplandı. Doç. Dr. Betül UĞUR ALTUN, Yrd. Doç. Dr. Hakan ERBAŞ iznli olm nedeniyle katılmadı ve çalışmanın incelenmesine geçildi.

Yapılan inceleme sonunda çalışmanın Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsünde yapılacağı, Yrd. Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK'ın yürütücüsü olduğu araştırma protokolünün amaç, yaklaşım, gereç ve yöntemler dikkate alınarak incelenmesi sonucunda: Helsinki Deklerasyonu Kararlarına, Hasta Hakları Yönetmeliğine ve etik kurallara uygun olarak hazırlandığına ve araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde sakınca olmadığına mevcudun oybirliğiyle karar verildi.

Ünvanı/Adı/Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Dikmen DÖKMECİ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Ümit N. BAŞARAN Başkan Yardımcısı	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Betül Biner ORHANER Üye	Çocuk Sağ. Ve Hst.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst. A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Dilek MEMİŞ Üye	Anesteziyoloji	T.Ü.T.F. Anesteziyoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Betül Uğur ALTUN Üye	Endokrinoloji	T.Ü.T.F. İç Hst. A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Gürcan ALTUN Üye	Adli Tıp	T.Ü.T.F. Adli Tıp A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Hakan ERBAŞ Üye	Biyokimya	T.Ü.T.F. Biyokimya A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Ufuk USTA Üye	Patoloji	T.Ü.T.F. Patoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Ecz. Emine SAKMAN Üye	Eczacı	T.Ü.T.F. Başhekimliği	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Avukat Mustafa POLAT Üye	Ceza Hukuku	T.Ü. Rektörlüğü	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

* Araştırma ile İlişki

** Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Filiz AKATA
Dekan

Posta Adresi:
T.Ü. Tıp Fakültesi Dekanlığı
Güllapoğlu Yerleşkesi
22030 EDİRNE

Tel: (0284) 235 76 53, 235 73 73
Faks: (0284) 235 76 52
e-posta: dekanlik@trakya.edu.tr
Elektronik Ağ: http://tipfak.trakya.edu.tr