



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ESASLARI VE YÖNETİM ANABİLİM DALI

**BİLİNCİ AÇIK HASTALARIN TRAKEOTOMİ
VE TRAKEAL ASPİRASYON DENEYİMLERİ:
NİTEL BİR ÇALIŞMA**

Aleyna SEMİZ BÜYÜKALTAY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Aysel ÖZSABAN

TRABZON-2025

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yapıldığını ve yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

06/11/2025

Aleyna SEMİZ BÜYÜKALTAY

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi, sevgi ve fedakarlığın en güzel hali olan canım anneme ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitim sürecimin her aşamasında engin bilgi birikimi, akademik vizyonu ve kıymetli tecrübeleriyle bana daima yol gösteren, akademik birikimini benimle cömertçe paylaşan, her görüşmemizde bana yeni bakış açıları kazandıran, hayat yolculuğumda da duruşu, yaklaşımı ve insani yönüyle örnek aldığım, öğrencisi olmaktan her zaman onur ve gurur duyduğum çok kıymetli danışmanım Doç. Dr. Aysel ÖZSABAN’a,

Hem lisans hem yüksek lisans eğitimim boyunca tecrübe ve bilgileriyle yolumu aydınlatan, desteklerini her zaman hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK’e, Doç. Dr. Şule BIYIK BAYRAM’a ve Doç. Dr. Yeter KURT’a,

Yüksek lisans tezime değerli görüşleriyle katkı sağlayan ve akademik hayatımda her zaman desteğini derinden hissettiğim kıymetli hocam Doç. Dr. Berna KÖKTÜRK DALCALI’ya,

Yüksek lisans ve akademik hayallerimin en büyük destekçisi, her daim varlığıyla güç bulduğum yol arkadaşım sevgili eşime, hayatımın her anında olduğu gibi tez sürecimde de sonsuz sevgi ve anlayışlarıyla her zaman yanımda olan ve beni benden çok düşünen canım aileme,

Yüksek lisans süreci boyunca motivasyon kaynağım haline gelen, sevgi ve desteğini derinden hissettiğim canım arkadaşım Uzman Hemşire Yekta DEMİRİSOY’a,

Yüksek lisans tez sürecimde desteklerini esirgemeyen, hemşire olarak çalıştığım yıllarda kliniği birlikte deneyimlediğim, hemşirelik mesleğini özveriyle yerine getiren KTÜ Farabi Hastanesi Kulak Burun Boğaz servisindeki tüm hemşire arkadaşlarıma ve bu sürecin bir parçası olarak desteklerini esirgemeyen asistan hekim arkadaşlarıma, Bursa Uludağ Üniversitesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği sorumlu hemşiresi Sevilay Subaşı Gırcıroğlu’na, tez sürecimde manevi desteklerini esirgemeyen Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Hemşirelik Bölümü öğretim elemanlarına, en önemlisi duygu ve düşüncelerini benimle içtenlikle paylaşarak bu çalışmanın ortaya çıkmasını sağlayan tüm hastalara, tüm kalbimle teşekkür ederim. Emegi, desteği ve katkısı bulunan herkese minnettarım.

Aleyna SEMİZ BÜYÜKALTAY

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇ KAPAK SAYFASI	
ONAY	
BEYAN	
İthaf	
TEŞEKKÜR	
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ	xii
ÖZET	iii
ABSTRACT	xiv
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Solunum Aktivitesi	4
2.1.1. Solunum Anatomisi	5
2.1.2. Solunum Fizyolojisi	6
2.1.3. Yapay Hava Yolu Desteği Uygulamaları	6
2.1.4. Airway Uygulamaları	7
2.1.5. Endotrakeal Entübasyon	7
2.1.6. Trakeotomi ve Trakeostomi Uygulamaları	7
2.1.6.1. Trakeotomi Endikasyon ve Komplikasyonları	8
2.1.6.2. Trakeostomi Endikasyon ve Komplikasyonları	9
2.1.7. Yapay Hava Yolu ile Desteklenen Hastaların Bakım Gereksinimleri	10
2.2. Trakeal Aspirasyon Uygulaması	11
2.2.1. Trakeal Aspirasyonun Sınıflandırılması	11
2.2.1.1. Açık Sistem Trakeal Aspirasyon Yöntemi	12
2.2.1.2. Kapalı Sistem Trakeal Aspirasyon Yöntemi	13
2.2.1.3. Derin ve Yüzeysel Trakeal Aspirasyon	13
2.2.2. Trakeal Aspirasyon Endikasyonları	13
2.2.3. Açık Sistem Trakeal Aspirasyon Uygulaması İşlem Basamakları	14

2.2.4. Trakeal Aspirasyon ile İlişkili İstenmeyen Hasta Sonuçları	17
2.2.4.1. Solunum Sistemi ile İlişkili İstenmeyen Hasta Sonuçları	17
2.2.4.2. Kardiyovasküler ile İlişkili İstenmeyen Hasta Sonuçları	18
2.2.4.3. Enfeksiyon	18
2.2.4.4. Trakeal Mukoza Hasarı	18
2.2.4.5. İntrakraniyal Basınçta Artma	19
2.2.4.6. Ağrı	19
2.2.5. Trakeal Aspirasyon Uygulamasında Hemşirenin Görev, Yetki ve Sorumlulukları	19
3. GEREÇ ve YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Tipi	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.4. Veri Toplama Araçları	24
3.4.1. Hasta Bilgi Formu	24
3.4.2. Yarı-yapılandırılmış Görüşme Formu	24
3.5. Pilot Çalışma	25
3.6. Verilerin Toplanması	25
3.7. Verilerin Analizi	26
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	28
3.9. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği	28
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler	30
4. BULGULAR	32
4.1. Trakeotomi ile İlişkili Yas Deneyimi	36
4.1.1. İnkâr	36
4.1.2. Öfke	37
4.1.3. Pazarlık	38
4.1.4. Depresyon	39
4.1.5. Kabullenme	41
4.2. Trakeotominin Yaşam Kalitesine Etkisi	42
4.2.1. Fiziksel Etkiler	42
4.2.2. Psikososyal Etkiler	43
4.3. Trakeal Aspirasyon Deneyimi	45
4.3.1. Fiziksel Tepkiler	46

4.3.2. Duygusal Tepkiler	50
4.3.3. Metaforlar	53
4.4. Trakeotomi ve Trakeal Aspirasyon Deneyimine Katkıda Bulunan Faktörler	57
4.4.1. Güçleştiriciler	57
4.4.2. Kolaylaştırıcılar	59
4.5. Dekanülasyon ile İyileşme Süreci Deneyimleri	67
4.5.1. Fiziksel Deneyimler	67
4.5.2. Duygusal Deneyimler	68
4.6. Öneriler	71
4.6.1. Aspirasyon İşleminde Kullanılan Araçlar ve Yöntemler	71
4.6.2. Etkili İletişim ve Güven İlişkisi Kurma	72
5. TARTIŞMA	74
5.1. Trakeotomi ile İlişkili Yas Deneyimi	74
5.1.1. İnkâr	74
5.1.2. Öfke	75
5.1.3. Pazarlık	76
5.1.4. Depresyon	78
5.1.5. Kabullenme	79
5.2. Trakeotominin Yaşam Kalitesine Etkisi	80
5.2.1. Fiziksel Etkiler	80
5.2.2. Psikososyal Etkiler	81
5.3. Trakeal Aspirasyon Deneyimi	83
5.3.1. Fiziksel Tepkiler	83
5.3.2. Duygusal Tepkiler	85
5.4. Trakeotomi ve Trakeal Aspirasyon Deneyimine Katkı Sağlayan Faktörler	86
5.4.1. Güçleştiriciler	87
5.4.2. Kolaylaştırıcılar	88
5.5. Dekanülasyon ile İyileşme Süreci Deneyimleri	90
5.5.1. Fiziksel Deneyimler	90
5.5.2. Duygusal Deneyimler	91
5.6. Öneriler	92
5.6.1. Aspirasyon İşleminde Kullanılan Araçlar ve Yöntemler	92
5.6.2. Etkili İletişim ve Güven İlişkisi Kurma	93

6. SONUÇ ve ÖNERİLER	94
7. KAYNAKLAR	96
EKLER	111
EK 1. Hasta Bilgi Formu	112
EK 2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	113
EK 3. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu Uzman Görüşü Alınan Öğretim Üyeleri Listesi	114
EK 4. Nitel Araştırma Kursu Katılım Belgesi	115
EK 5. COREQ Kontrol Listesi	116
EK 6. Etik Kurul İzni	118
EK 7. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi) Kurum İzni	121
EK 8. Bursa Uludağ Üniversitesi Hastanesi Kurum İzni	122
EK 9. Araştırmacı Günlüğünden Bir Kesit	123
EK 10. Bilgilendirilmiş Onam Formu	124
ÖZGEÇMİŞ	125

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Açık sistem trakeal aspirasyon uygulaması işlem basamakları	15
Tablo 2. Araştırmanın inandırıcılığı için kullanılan yöntemler	29
Tablo 3. Hastaların bireysel özellikleri	32
Tablo 4. Trakeal aspirasyon işlemine yönelik bulgular	33
Tablo 5. Tema, alt tema ve kodlar	34



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa

Şekil 1. Trakeal aspirasyonun sınıflandırılması

12



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

AARC	American Association for Respiratory Care
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
KBB	Kulak Burun Boğaz
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
LH	Lüzum Hali
vb.	Ve Benzeri

Simgeler

&	Ve
%	Yüzde

ÖZET

Bilinci Açık Hastaların Trakeotomi ve Trakeal Aspirasyon Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma

Trakeotomi, üst havayolu açıklığının sağlanamadığı veya uzun süreli solunum desteğine gereksinim duyulan durumlarda trakea üzerine cerrahi olarak açılan geçici bir açıklık olup endikasyon ortadan kalktığında kapatılan bir girişimdir. Trakeal aspirasyon ise sekresyonların uzaklaştırılması amacıyla uygulanan temel bir hemşirelik girişimi olup endotrakeal tüp veya trakeotomi kanülü gibi çeşitli yollar aracılığıyla gerçekleştirilebilir. Bu fenomenolojik çalışmanın amacı, Kulak Burun Boğaz (KBB) servisinde yatan ve geçici trakeotomisi olan bilinci açık hastaların trakeotomi ve trakeal aspirasyon deneyimlerini betimlemektir. Çalışmanın örneklemini, Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi ve Bursa Uludağ Üniversitesi Hastanesi KBB servislerinde yatan araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 15 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, kurum izinleri ve etik kurul onayı alındıktan sonra örnekleme dahil edilen hastalarla, bireysel derinlemesine görüşmeler yapılarak, Mayıs 2024-Temmuz 2025 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında “Hasta Bilgi Formu” ve “Yarı-yapılandırılmış Görüşme Formu” kullanılmıştır. Veriler, ses kayıtları alınarak hasta odasında toplanmış ve MAXQDA yazılımı ve tümevarımsal tematik analiz yöntemiyle çözümlenmiştir. Araştırmada bulguların güvenilirliği ve araştırma sürecinin şeffaflığı açısından, sonuçların raporlanmasında “Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research” (COREQ) standartları esas alınmıştır. Yapılan analiz sonucunda hastaların geçici trakeotomi ve trakeal aspirasyon deneyimleri altı ana tema ve 16 alt tema tanımlanmıştır. Ana temalar; “Trakeotomi ile ilişkili yas deneyimi”, “Trakeotominin yaşam kalitesine etkisi”, “Trakeal aspirasyon deneyimi”, “Trakeotomi ve trakeal aspirasyon deneyimine katkıda bulunan faktörler”, “Dekanülasyon ile iyileşme süreci deneyimleri” ve “Öneriler” olarak belirlenmiştir. Bulgular, hemşirelerin trakeotomi ve trakeal aspirasyon işlemini kanıta dayalı rehberler doğrultusunda, etkili iletişim ve hasta gereksinimlerini dikkate alarak uygulanmasının önemi ve gerekliliğini göstermektedir. Sonuç olarak, hemşirelerin, uygulama öncesi, sırası ve sonrasında bireye özgü ve bütüncül bir anlayış ile hastaların hem fiziksel hem de psikososyal yanıtlarını izlemesi ve destekleyici girişimlerde bulunması önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Hasta deneyimi, Nitel araştırma, Trakeal aspirasyon, Trakeotomi

ABSTRACT

Experiences of Conscious Patients with Tracheotomy and Tracheal Aspiration: A Qualitative Study

A tracheotomy is a temporary surgical opening created in the trachea in cases where upper airway patency cannot be maintained or when long-term respiratory support is required, and it is closed once the indication resolves. Tracheal suctioning is a fundamental nursing intervention performed to remove secretions and can be carried out through various routes such as an endotracheal tube or a tracheostomy cannula. The aim of this phenomenological study is to describe the tracheotomy and tracheal aspiration experiences of conscious patients with temporary tracheotomies who are hospitalized in the Otorhinolaryngology (ORL) department. The study sample consisted of 15 patients who met the inclusion criteria and were hospitalized in the ORL departments of Karadeniz Technical University Farabi Hospital and Bursa Uludağ University Hospital. Data were collected through individual in-depth interviews with the patients after obtaining institutional permissions and ethical committee approval, between May 2024 and July 2025. The "Patient Information Form" and the "Semi-structured Interview Form" were used for data collection. Interviews were conducted in the patients' rooms, audio-recorded, and analyzed inductively through thematic analysis using MAXQDA software. The study followed the "Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research" (COREQ) standards to ensure the reliability of the results and the transparency of the research process. Six main themes and 16 sub-themes were identified regarding patients' experiences with temporary tracheostomy and tracheal aspiration. The main themes included: "Grief experience related to tracheotomy," "Impact of tracheotomy on quality of life," "Experience of tracheal aspiration," "Factors contributing to the experience of tracheal aspiration," "Experiences of the healing process with decannulation," and "Recommendations." The findings highlight the importance of nurses performing tracheal aspiration procedures according to evidence-based guidelines, with effective communication and consideration of patient needs. In conclusion, it is recommended that nurses monitor patients' physical and psychosocial responses with an individualized and holistic approach before, during, and after the intervention, and provide supportive interventions.

Keywords: Patient experience, Qualitative research, Tracheal aspiration, Tracheotomy

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Solunum, fizyolojik bir olay olup, temel amacı dokulara oksijen sağlarken karbondioksiti uzaklaştırmaktır. Solunum aktivitesi, bireyin canlılığını sürdürebilmesi ile eş anlamlı olarak algılanmakta ve bireyin günlük yaşam aktivitelerini nitelikli bir şekilde gerçekleştirebilmesinde önceliklidir (1-3). Bireyin solunum aktivitesini bağımsız olarak yerine getirebilmesi için hava yolunun açık kalması birincil koşuldur ve havayolu açıklığının sağlanmasını engelleyen nedenlerle birey kendi kendine yeterli solunum yapamadığında orofarengeal/nazofarengeal hava yolu (airway), endotrakeal entübasyon veya trakeotomi/trakeostomiyle yapay hava yolu desteği gerekli hale gelmektedir (3-6). Trakeotomi ve trakeostomi kavramları her ne kadar birbirleriyle yakın anlamlı olsalar da farklı kavramlardır. Yunanca trakea (soluk borusu) ve tomi (kesmek, çıkarmak) kelimelerinden oluşan trakeotomi; soluk borusunun 2., 3. ve 4. kıkırdak halkaları arasından bir kesi yapılarak hava yolunun yeniden sağlanması işlemidir (7-10). Bu açıklığın dışarı ağızlaştırılmasıyla oluşan, Yunanca trakea (soluk borusu) ve stoma (açıklık, ağız, delik) kelimelerini karşılayan trakeostomi ise kalıcı bir cerrahi işlemdir (8, 10, 11). Trakeotomi işleminde trakeotomi açılmasını gerektiren endikasyon ortadan kalktığında stoma kapatılabilir ve normal solunuma dönülebilir (10). En sık karşılaşılan endikasyonlar arasında uzamış entübasyon, larenks malign tümörler, akut üst hava yolu obstrüksiyonları ve iki taraflı vokal kord paralizileri yer almaktadır (9, 12). Trakeotomi işlemi hayat kurtarıcı olmakla birlikte ciddi komplikasyonlara da neden olabilmektedir. En sık karşılaşılan komplikasyonlar kanama, solunum arresti, cilt altı amfizemi, pnömotoraks, trakeotomi kanülünün yerinden çıkması olarak sıralanabilir (8, 9, 12). Solunumun trakeotomi aracılığıyla sürdürülüyor olması solunumun sürdürülmesini desteklese de solunan havanın nemlenememesi, mukusun kuruması ve solunum sıkıntısı gibi durumlara da neden olmaktadır. Ayrıca bu yapay tüpün varlığı trakeayı irrite etmekte, mukus üretimini artırmakta ve öksürüğü önlemektedir. Bu nedenle trakeotomisi olan hastalarda hava yolu açıklığının sağlanması için “trakeal aspirasyon” adı verilen işlemle uygun sıklıkta hava yolunun temizlenmesi büyük önem taşımaktadır (3, 10). Trakeal aspirasyon salgıları aspire etmek için nazotrakeal, orotrakeal, endotrakeal veya trakeotomi/trakeostomi aracılığıyla uygulanabilen bir işlemdir (13). Trakeotomi kanülü aracılığıyla gerçekleştirilen trakeal aspirasyon işleminde hastanın hava yoluna trakeotomi tüpünün 1/3’ü çapında bir aspirasyon sondası yerleştirilir ve negatif basınçlı bir aspiratör cihazı ile sekresyonlar temizlenir. Trakeal aspirasyon işlemi açık ve kapalı olmak üzere iki farklı yöntemle

yapılabilmektedir (14-16). Mekanik ventilatör desteği alan hastalarda açık aspirasyon yönteminde hastanın ventilatörden ayrılması gerekirken kapalı aspirasyon yönteminde aspirasyon kateteri ventilatörün ve ventilatör devresinin bir parçası halindedir. Bu nedenle hasta ventilatörden ayrılmadan aspire edilebilir (17). Mekanik ventilatör desteği olmayan trakeotomili hastalara açık aspirasyon uygulanmaktadır. Açık veya kapalı trakeal aspirasyon uygulamaları, yoğun bakım ünitesi, acil servis, kulak boğaz burun ve göğüs hastalıkları servisleri başta olmak üzere her türlü klinik uygulama alanında hemşirelerin sorumluluğundadır (18). Aspirasyon işlemi, hemşire tarafından hastanın aspirasyon gereksinimi değerlendirildikten sonra yapılmalıdır (18-20). Hastanın aspirasyon ihtiyacını değerlendirmek için dikkat edilmesi gereken en önemli belirtiler; kalp atım hızı, kan basıncı ve solunum sayısında değişiklik, oksijen saturasyon değerinde azalma, kanül içinde öksürük ya da nefes alma ile görülen sekresyon varlığı, öksürük, siyanoz, bozulmuş göğüs hareketleri ve hastanın sebebi açıklanamayan huzursuzluk yaşaması olarak sıralanabilir (15, 19, 21, 22). Hemşireler, hastanın aspirasyon gereksinimine dair bu göstergeleri izleyerek eleştirel düşünme becerileriyle aspirasyon gereksinimine karar vermelidir (23). Rutin olarak uygulanmaması gereken trakeal aspirasyon işleminin çok ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Hemodinamik ve mekanik olarak meydana gelebilen bu komplikasyonlardan en sık görülenler; hipoksi/hipoksemi, aritmi, kan basıncında değişiklik, intrakraniyal basınçta artma, kanama, enfeksiyon, ağrı, boğulma hissi, anksiyete olarak sıralanmaktadır (3, 19, 20, 24).

Trakeal aspirasyon işlemi yaşamsal öneme sahip bir hemşirelik girişimi olmasının yanı sıra, yoğun bakımda yatan hastalar için en ağırlı işlemlerden biridir (25-30). Literatürde özellikle trakeal aspirasyona bağlı ağrıyı ele alan çalışmaların neredeyse tamamının nicel türde çalışmalar olduğu görülmektedir (29, 31-35). Ancak literatürde trakeal aspirasyon uygulanan hastaların deneyimlerini nitel olarak değerlendiren sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır (28, 36). Gilder ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kısa süreli mekanik ventilasyon desteği alan yoğun bakım hastalarının trakeal aspirasyon deneyimleri incelenmiştir (36). Bu çalışma mekanik ventilatör desteği alan yoğun bakım hastaları ile taburculuk sonrası görüşmeler yapılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonuçları incelendiğinde hastaların hiçbirinin trakeal aspirasyon işlemini hatırlamadığı bildirilmiştir. Kurt ve Nazik'in çalışmasında ise kalp cerrahisi geçiren hastaların yoğun bakımda aspirasyon deneyimleri açığa çıkarılmıştır (28). Bu çalışmada hastalardan üçünün aspirasyon işlemi sırasında deneyimledikleri ağrıyı göğüs bölgesinde kimyasal madde ile

yanma, kızgın yağ ile yanma ve sıcak ütü ile yanma olaylarına benzettikleri görülmektedir. Her iki çalışmanın da yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalar ile gerçekleştirildiği belirlenmiş, yataklı servislerde yatan bilinci açık hastalar ile yapılmış herhangi bir çalışmaya ise ulaşamamıştır. Bununla birlikte, trakeal aspirasyon işleminin en sık uygulandığı birimlerden olan kulak burun boğaz ünitelerinde yatan hastalar ile yürütülmüş herhangi bir çalışmaya da rastlanmamıştır. Yatan hasta servislerindeki bilinci açık hastaların trakeal aspirasyon işlemine bağlı deneyimlerinin nitel araştırma yöntemleri ile derinlemesine analiz edilerek açığa çıkarılması ve literatürdeki boşluğun doldurulmasına gereksinim duyulmaktadır. Bu kapsamda, hemşirelik bakımının planlanmasında hastaların yaşadıkları deneyimlerin göz önünde bulundurulması, bakım sürecini olumlu yönde etkileyecektir.

Bu çalışmanın amacı Kulak Burun Boğaz servisinde yatan ve geçici trakeotomisi olan bilinci açık hastaların trakeotomi ve trakeal aspirasyon deneyimlerini betimlemektir. Bu doğrultuda bu çalışmada aşağıdaki araştırma sorusuna yanıt aranmıştır.

Araştırma Sorusu: Kulak Burun Boğaz servisinde yatan ve geçici trakeotomisi olan bilinci açık hastaların trakeotomi ve trakeal aspirasyon deneyimleri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Solunum Aktivitesi

Solunum, insan yaşamının sürdürülebilmesi için vazgeçilmez temel gereksinimlerden biri olup bireyin günlük yaşam aktivitelerini etkin ve kaliteli bir şekilde yerine getirebilmesi açısından hayati bir öneme sahiptir (2, 37). Solunum ile, atmosferden alınan oksijenin arteriyel kan dolaşımına geçişi ve venöz kanla taşınan karbondioksitin dış ortama atılmasını sağlayan temel fizyolojik süreçler yürütülür (5). Solunum işlevindeki bozulmalar, öncelikli olarak kardiyovasküler sistem olmak üzere, tüm vücut, organ ve dokularının gereksinim duyduğu oksijenin yeterli düzeyde karşılanamamasına neden olur. Bu durumda organizma, dengeleme (kompansasyon) mekanizmalarını devreye sokarak öncelikli olarak kalp ve beyin gibi hayati organların oksijenlenmesini sürdürmeye çalışır. Ancak bu kritik organlarda oksijenlenmenin bozulması, bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler. Eğer bu durum ilerleyici bir seyir izler ve gerekli müdahale sağlanamazsa, hayati fonksiyonlarda geri dönüşü olmayan hasarlar gelişebilir. Bu durum çoklu organ yetmezliğine ve ölümle sonuçlanabilecek ciddi tablolara yol açabilir (2, 5, 37-40).

Hemşirelik kuramlarında, bireyin yaşamını sürdürebilmesi için en temel gereksinimlerden biri olan solunumun önemi sıklıkla vurgulanmaktadır. Maslow'un "Gereksinimler Hiyerarşisi" kuramında bireylerin ihtiyaçlarını belirli bir sırayla karşıladığı, en temel düzeyde fizyolojik gereksinimlerin yer aldığı belirtilmekte ve bu gereksinimlerin başında yaşam için zorunlu olan solunum gelmektedir (41-43). Florence Nightingale bireyi fiziksel, duygusal, sosyal ve manevi yönleriyle ele alırken, Virginia Henderson, Maslow'un yaklaşımını temel alarak on dört temel gereksinimi tanımlamış ve bu gereksinimler arasında soluk alıp vermeyi öncelikli olarak değerlendirmiştir (41, 43, 44). Hemşirelik kuramcılarının büyük çoğunluğu gibi Henderson, Abdellah, Hall ve Orem de yaşamın devamı için solunumun vazgeçilmez olduğunu ortaya koymuştur (42, 45, 46). Benzer şekilde Roper-Logan-Tierney'nin Yaşam Modeli'nde de "yaşam aktiviteleri" içinde öncelikli aktivite olarak yer almakta ve bu temel aktivitenin bireyin diğer tüm gereksinimlerinin karşılanabilmesinin ön koşulu olduğu ifade edilmektedir. Nitekim birey nefes alamadığı sürece yalnızca diğer fizyolojik ihtiyaçlarını değil, hiçbir gereksinimini karşılayamaz duruma gelmektedir (47).

2.1.1. Solunum Anatomisi

Solunumun gerçekleşmesini sağlayan anatomik yapılar; burun, ağız, farenks, larenks, trakea, bronşlar, bronşiolle, alveoller ve akciğerlerden oluşur. Bu yapılar, organizmanın yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan oksijenin (O_2) hücrelere taşınmasını ve metabolizma sonucunda oluşan karbondioksitin (CO_2) dışarı atılmasını sağlar (2, 48). Aynı zamanda asit-baz dengesinin korunması, ses oluşumu (fonasyon), vücut ısısının düzenlenmesi ve çevresel mikroorganizmalara karşı savunma görevlerini de üstlenir. Solunum sistemi, anatomik olarak üst solunum yolları ve alt solunum yolları olmak üzere iki gruba ayrılır. Burun, farenks ve larenks üst solunum yollarını, trakea, bronşlar, bronşiolle, alveoller ve akciğerler ise alt solunum yollarını oluşturur. Trakea, larenksin alt ucundan başlayarak bronşlara kadar uzanan, yaklaşık 10–12 cm uzunluğunda ve 2–2.5 cm çapında, fibröz ve kıkırdak yapıları bir solunum kanalını oluşturur. Yaklaşık 16–20 adet at nalı şeklindeki hiyalin kıkırdak halkalar, trakeanın yapısal bütünlüğünü sağlar ve hava yolunun açık kalmasına yardımcı olur. Bu kıkırdak halkalar, arka yüzlerinde düz kas yapısındaki trakealis kası ile tamamlanır; bu yapı, öksürük refleksi sırasında trakea çapının daralmasını sağlayarak hava akım hızını artırır. Trakeanın iç yüzü, psödostratifiye silli silindirik epitel ve mukus salgılayan goblet hücreleri ile döşelidir. Bu yapı, solunum havasındaki yabancı partiküllerin ve mikroorganizmaların mukus tabakasıyla tutulup sili hareketleriyle yukarı taşınarak farenkse atılmasını sağlar. Bu mekanizma, mukosiliyer temizleme sistemi olarak adlandırılır ve solunum yollarının korunmasında önemli bir savunma mekanizmasıdır. Trakea, göğüs boşluğuna girdikten sonra karina adı verilen noktada iki ana bronşa (sağ ve sol) ayrılır. Bu bölge oldukça duyarlıdır, yabancı cisim veya sekresyonla uyarıldığında güçlü bir öksürük refleksi oluşur. Trakeanın bu anatomik ve fizyolojik özellikleri, hava iletimini güvenli biçimde sürdürmesini ve alt solunum yollarının korunmasını sağlar (48).

Üst solunum yolu yapıları solunumun ilk aşamasında görev alır. Havayı nemlendirme, ısıtma ve yabancı partiküllerden arındırma gibi filtreleme işlevlerini yerine getirerek temiz havanın akciğerlere ulaşmasını sağlar. Aynı zamanda ses üretiminde (fonasyon) ve koku alma gibi duyuşal süreçlerde de görev alır. Alt solunum yolu yapıları ise havanın alt solunum sistemine iletilmesinden ve alveol düzeyinde gerçekleşen gaz değişiminden sorumludur. Oksijenin kana geçişi ve karbondioksitin dış ortama atılması, esas olarak bu düzeyde gerçekleşir (5).

2.1.2. Solunum Fizyolojisi

Solunum, yaşamın sürdürülebilmesi için gerekli olan fizyolojik bir süreçtir. Bu süreç sayesinde vücut hücrelerinin ihtiyaç duyduğu oksijen sağlanır ve metabolik faaliyetler sonucu oluşan karbondioksit uzaklaştırılır. Oksijenin hücre düzeyinde kullanımı, enerji üretimi ve yaşamsal işlevlerin devamı için kritik öneme sahiptir. Solunum sistemi bu işlevlerini dört temel mekanizma ile gerçekleştirir. Bunlar; ventilasyon, difüzyon, perfüzyon ve solunumun düzenlenmesidir (2, 49)

Ventilasyon, solunumun ilk aşamasıdır ve havanın alveollere kadar taşınmasını ifade eder. Bu süreçte, inspirasyonla (nefes alma) hava akciğerlere çekilirken, ekspirasyonla (nefes verme) dışarı atılır (5). Aktif inspirasyonda diyafram ve torasik kaslar kasılır; bu hareket negatif basınç oluşturarak havanın akciğerlere girmesini sağlar. Ekspirasyon ise genellikle pasif olarak gerçekleşir. Difüzyon (gaz değişimi) ise alveoller ile çevresindeki kapiller damarlar arasında gerçekleşir. Oksijen alveolden kana, karbondioksit ise kandan alveole doğru difüzyon yoluyla geçer. Bu değişim, kısmi basınç farkları sayesinde olur ve bu basınçlar arasındaki farklar gazların geçiş yönünü belirler (2). Perfüzyon, alveollerdeki oksijenin kılcal damarlar aracılığıyla dokulara taşınmasını sağlayan dolaşım sürecidir. Oksijenin yaklaşık %97'si ve karbondioksitin bir kısmı hemoglobine bağlanarak, geri kalan kısmı ise plazmada çözünmüş halde bulunur. Solunumun düzenlenmesi kapsamında da solunumun sıklığı ve derinliği, vücudun oksijen gereksinimine göre solunum merkezi tarafından kontrol edilir. Beyin sapında yer alan medulla oblongatada bulunan solunum merkezi, ponsa bilateral yerleşim gösteren çeşitli nöronlardan oluşur. Bu merkez, kandaki oksijen, karbondioksit ve pH düzeylerini algılayan reseptörlerden gelen uyarılarla solunum hızını ve derinliğini ayarlar (49).

2.1.3. Yapay Hava Yolu Desteği Uygulamaları

Birey, havayolu açıklığını koruyamadığında ya da solunum fonksiyonlarını düzenleyip sürdüremediğinde, yeterli spontan solunum gerçekleştiremez ve bu durumda yapay bir hava yolu desteğine ihtiyaç duyulur (3, 6). Klinik uygulamalarda yapay hava yolu desteği sağlamak amacıyla kullanılan yöntemler arasında orofarengeal / nazofarengeal / larengeal maske / ösefagial obturator airway uygulamaları, endotrakeal entübasyon ve trakeotomi/trakeostomi yer almaktadır.

2.1.4. Airway Uygulamaları

“Airway” kavramı, havanın akciğerlere giriş-çıkışını sağlayan doğal anatomik yolun yanı sıra, klinik uygulamalarda kullanılan endotrakeal ve trakeostomi tüpleri gibi yapay yolları da kapsamaktadır. AARC’nin klinik uygulama rehberinde belirtildiği üzere yapay hava yolları, özellikle sekresyonların temizlenmesi, hava yolu açıklığının sürdürülmesi ve etkili gaz değişiminin sağlanması amacıyla kullanılan, aspirasyon işlemlerinin temelini oluşturan araçlardır. Bu uygulamalar, özellikle solunum yollarının mekanik olarak açık tutulmasının zorunlu olduğu klinik durumlarda sık tercih edilmektedir (19). Orofaringeal airway, dilin geriye kayarak hava yolunu tıkamasını önlemek için tasarlanmış eğri yapılı, içi boş plastik bir cihazdır. Nazofaringeal airway ise yumuşak kauçuktan yapılmış, 15–20 cm uzunluğunda bir tüptür ve burundan nazal pasaj yoluyla yerleştirilir (5, 7). Orofaringeal airway’ye uygun olmayan veya bilinci açık bireylerde tercih edilir. Larengeal maske airway, larenks üzerine yerleştirilen, şişirilebilir kenarlara sahip olup ağız ve burun yoluyla uygulanarak ventilasyon sağlar. Entübasyonun mümkün olmadığı bilinci kapalı hastalarda kullanılmaktadır. Genellikle ameliyathanelerde tercih edilir. Son olarak, özefagial obturatör airway acil durumlarda kullanılmak üzere geliştirilmiş olup hava akımını trakeaya yönlendirmek için özefagusa yerleştirilip şişirilerek kullanılmaktadır (5, 7).

2.1.5. Endotrakeal Entübasyon

Endotrakeal entübasyon, solunum yetmezliği bulunan veya spontan ventilasyonu olmayan bireylerde hava yolu açıklığını sağlamak amacıyla kullanılan etkili ve güvenli bir yöntemdir. Entübasyonun endikasyonları arasında; apne, hipoksemi, üst havayolu obstrüksiyonu, aspirasyondan korunma gereksinimi, trakeobronşiyal sekresyonların temizlenmesi, artmış intrakraniyal basınç, solunum yetersizliği, ciddi göğüs travması, genel anestezi uygulamaları, nöromüsküler blokaj, yüksek doz ilaç alımı ve bronkoskopi gerektiren klinik durumlar yer almaktadır (5, 7).

2.1.6. Trakeotomi ve Trakeostomi Uygulamaları

“Trakeotomi” ve “trakeostomi” terimleri genellikle birbirinin yerine kullanılsa da teknik olarak farklı anlamlar taşımaktadır. Trakeotomi, solunumu sağlamak amacıyla trakeada geçici bir açıklık oluşturulması işlemidir. Bu açıklık, endikasyonun ortadan kalkmasıyla birlikte genellikle kapatılır. Buna karşılık trakeostomi trakeanın dışarıya kalıcı şekilde ağızlaştırılmasıdır ve çoğunlukla total larenjektomi gibi kalıcı hava yolu gerektiren

durumlarda uygulanır (10). Trakeotomi ve trakeostomi uygulamalarının endikasyon ve komplikasyonları aşağıda ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

2.1.6.1. Trakeotomi Endikasyon ve Komplikasyonları

Trakeotomi teriminin ilk kez 1567–1631 yılları arasında yaşamış olan Thomas Feyens tarafından kullanıldığı belirtilmektedir (50). Literatürdeki kayıtlara göre, trakeotomi uygulamasının ilk örneği M.Ö. 3000 yılına dayanmaktadır ve bu uygulamanın Antik Mısır'da gerçekleştirildiği ifade edilmektedir. Bu yönüyle, trakeotomi tıp tarihinde bilinen en eski ve yaşam kurtarıcı müdahale yöntemlerinden biri olarak kabul edilmektedir. (50, 51). Trakeotomi, solunum yolunun devamlılığını sağlamak amacıyla trakeanın 3. ve 4. kıkırdaklar arasına cerrahi olarak bir açıklık oluşturulmasıdır. Genellikle geçici olarak uygulanan bu işlem, hastanın üst hava yolunun yeniden açıklık kazanması durumunda sonlandırılabilir ve açılan açıklık kapanabilir (52). Trakeotomi için en uygun zamanın belirlenmesinde çeşitli klinik durumlar göz önünde bulundurulmalıdır. Çok acil, acil ve elektif durumlar olmak üzere uygulanabilmektedir (53, 54). Çok acil trakeotomi, genellikle hızlı gelişen hava yolu obstrüksiyonuna bağlı olarak hayatı tehdit eden solunum sıkıntısı yaşayan hastalarda uygulanır. Bu durum, literatürde "hızlı boyun kesisi" olarak da adlandırılmakta olup özellikle krikotirotomi için kesin bir endikasyon olarak kabul edilir. Eğer entübasyon veya krikotirotomi mümkün değilse, acil boyun kesisi gündeme gelir. Ancak bu tür acil girişimlerin yaklaşık %21 oranında ciddi komplikasyon riski taşıdığı belirtilmektedir (53, 54).

Acil trakeotomi, respiratuar distressi olan ve hızlı cerrahi müdahale gerektiren hastalarda endikedir. En uygun koşullar, hastanın uyanık olduğu, lokal anestezi uygulandığı ve yoğun bakım ünitesi ya da ameliyathane gibi kontrollü ortamlarda yapılmasıdır. Bu hastalarda genellikle minimal düzeyde sedasyon yeterli olur (51).

Elektif trakeotomi ise çoğunlukla önceden entübe edilmiş ya da uzun süreli entübasyon gereksinimi olan hastalarda planlı olarak uygulanır. Ayrıca, ileri düzey baş ve boyun cerrahisi planlanan vakalarda hem ameliyat sırasında hem de iyileşme sürecinde hava yolu kontrolünü sağlamak amacıyla da tercih edilmektedir (55).

Gür ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada literatürü destekler şekilde (54, 56, 57) en sık karşılaşılan trakeotomi endikasyonları arasında uzamış entübasyon yer almaktadır. Trakeotominin diğer endikasyonları sırasıyla; larenks malign tümörleri, iki taraflı vokal kord paralizisi, hava yolu güvenliği, hava yolunu içeren majör cerrahiler, parsiyel

larenjektomi, larengofissür girişimleri, mandibulektomi gerektiren cerrahiler, tiroid bezi malign tümörleri, oral kavite ve orofarenks malign tümörleri, radyoterapi sonrası ödem, derin boyun enfeksiyonları, hava yolunda kanama, künt veya larenksi içeren travmalar, hipofarenks malign tümörleri, subglottik stenoz gibi endikasyonlar yer almaktadır (9).

Trakeotomi hayat kurtarıcı bir işlem olmasına karşın ölümcül komplikasyonlar gelişebilmektedir. Gür ve arkadaşlarının çalışmasında literatürü destekler şekilde (12 54) trakeotomi komplikasyonları; ameliyat sırası (ilk 24 saat içinde), erken ameliyat sonrası (ilk 14 gün içinde); geç ameliyat sonrası komplikasyonlar (14 günden sonra) şeklinde üç gruba ayrılmıştır. İlk 24 saat içinde gelişebilecek ameliyat sırası komplikasyonlar trakeotomi kanülünün yerinden çıkması, kanama ve solunum arresti olarak sıralanmaktadır. Ameliyat sonrası ilk 14 gün içinde gelişebilecek erken ameliyat sonrası komplikasyonlar ise pnömotoraks, yara enfeksiyonu, cilt altı amfizem, kanama, trakeotomi tüpünün yerinden çıkması, trakeotomi tüpünün tıkanmasıdır. Ameliyat sonrası 14 günden sonra gelişebilecek geç ameliyat sonrası komplikasyonlar pnömoni, granülasyon dokusunun oluşumu, trakeözefageal fistül, trake-innominant arter fistülü olarak sıralanmaktadır (9).

2.1.6.2. Trakeostomi Endikasyon ve Komplikasyonları

Trakeostomi, üst solunum yolunun çeşitli nedenlerle tıkanması ya da solunum desteği ihtiyacının uzun süre devam etmesi durumlarında tercih edilen bir girişimdir. Baş ve boyun bölgesindeki tümörler, enfeksiyonlar, obstrüktif uyku apnesi, travma kaynaklı üst havayolu obstrüksiyonları gibi durumlarda sekresyonların daha etkin yönetilmesini sağlamak ve ventilatör desteğini kolaylaştırmak amacıyla uygulanır. Özellikle, baş ve boyun kanserleri arasında önemli bir yer tutan larinks kanserinin ileri evrede olan vakalarında tedavi amacıyla total larenjektomi uygulanarak kalıcı trakeostomi açılması gerekebilir (58).

Trakeostomi, klinik uygulamalarda sık başvuru alan ve genel olarak güvenli kabul edilen bir girişim olmasına rağmen, ciddi ve yaşamı tehdit edebilecek komplikasyonlara da neden olabilmektedir. Diğer cerrahi işlemlerde olduğu gibi, trakeostomi sırasında veya sonrasında çeşitli komplikasyonların gelişme riski vardır. Bu komplikasyonlar arasında kanama, alt solunum yolu tıkanıklığı, bronkospazm, özofagus perforasyonu, enfeksiyon, pnömotoraks, mide içeriği aspirasyonu, vokal kord hasarı, trakeal darlık ve larengeal yapılarla ilişkili travmalar sayılabilir. Trakeostomiye bağlı gelişen bu komplikasyonlar, müdahalenin ardından geçen süreye bağlı olarak erken ve geç dönem olmak üzere iki

grupta sınıflandırılmaktadır (11). Erken dönemde; kanama, hematoma, subkutan emfizem, tüpün trakeada oluşturduğu travma, tüpün hatalı yerleştirilmesi ya da yerinden çıkması, pnömotoraks ve cerrahi alan enfeksiyonları sık görülen durumlardır. Geç dönemde ise trakeal travmaya bağlı hasarlar, pnömoni, fistül oluşumu, hava yolunun tıkanması, karotis arter hasarı ve hava yolu çökmesi gibi daha karmaşık komplikasyonlar gözlemlenebilir (10).

2.1.7. Yapay Hava Yolu ile Desteklenen Hastaların Bakım Gereksinimleri

Nazal kanül, oksijen maskesi, CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) ve mekanik ventilasyon gibi yöntemler bireylerin solunum gereksinimlerine göre kullanılan başlıca solunum desteği yaklaşımlarıdır (19). Klinik uygulamalarda bu araçlar oksijenasyonun ve ventilasyonun sürdürülmesi, hipokseminin önlenmesi ve solunum kaslarının iş yükünün azaltılması amacıyla tercih edilmektedir. Örneğin, nazal kanül ve maske oksijen genellikle hafif ve orta düzeyde oksijen desteği gereksiniminde uygulanırken, CPAP ve mekanik ventilasyon daha ileri solunum desteği gereken hastalarda kullanılmaktadır. Ayrıca, Amerikan Solunum Bakımı Derneği (AARC) kılavuzları da farklı oksijen uygulama yöntemlerinin hastanın klinik durumuna göre bireyselleştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu kılavuzlarda, invaziv ve noninvaziv yöntemlerin seçiminde hastanın solunum parametreleri, hemodinamik durumu ve toleransının dikkate alınması önerilmektedir (19).

Yapay hava yolu bulunan hastalarda, oral ve nazal mukoz membranların bozulması, tıbbi ekipmana bağlı basınç yaralanmaları, ventilatör ilişkili pnömoni gibi hasta bireyin güvenliğini tehdit eden pek çok istenmeyen durum ortaya çıkabilmektedir (19). Bu istenmeyen durumların önlenmesinde ve yapay hava yolu ile desteklenen hastalarda ortaya çıkan bakım gereksinimlerinin karşılanmasında hemşirelik bakımının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi gerekmektedir (29). Bu kapsamda, yapay hava yolu bulunan hastalarda, hava yolu açıklığını sürdürebilmek ve biriken solunum sekresyonlarını uzaklaştırmak amacıyla aspirasyon işleminin uygulanması gereklidir (59). Yapay hava yolu varlığı trakeada irritasyona neden olarak sekresyon üretimini artırır ve bununla birlikte, siliyer hareketlerin zayıflamasıyla sekresyonların hava yollarında birikmesine yol açar. Normal koşullarda hava yollarını temizleme mekanizması olan öksürük refleksi de yapay bir t p varlığı nedeniyle zayıfladığından biriken sekresyonların spontan olarak uzaklaştırılması mümkün olmayabilir ve aspirasyon gereksinimi ortaya çıkar (3). Ayrıca,

entübasyon sırasında uygulanan sedatif ilaçlar ve hastanın uzun süre hareketsiz kalması da sekresyon birikimini artıran diğer faktörlerdir. Ancak sekresyonların düzenli ya da sabit aralıklarla oluşmaması ve genellikle hastanın durumuna göre değişkenlik göstermesi, aspirasyon sıklığının belirlenmesinde hastanın bireysel gereksinimlerinin dikkate alınmasını zorunlu kılar (60, 61).

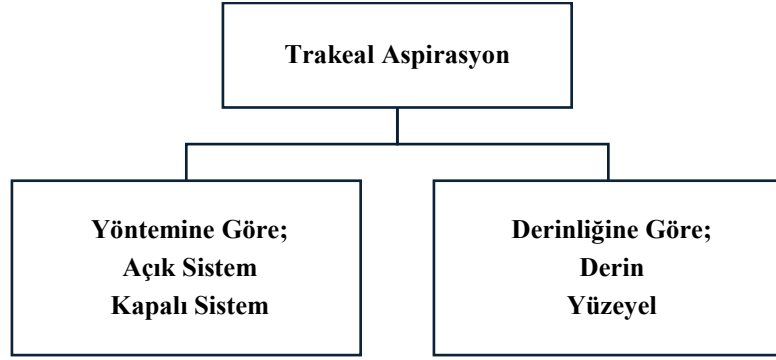
2.2. Trakeal Aspirasyon Uygulaması

Trakeal aspirasyon; hava yoluna yerleştirilen bir kateter aracılığıyla hava yolunda biriken pulmoner sekresyonların temizlenmesini sağlayan invaziv bir girişimdir (10, 62, 63). Trakeal aspirasyon uygulaması, hava yoluna trakeotomi tüpünün 1/3'ü çapında sert veya elastik bir aspirasyon kateteri yerleştirilerek uygulanmaktadır. Uygulama, merkezi sisteme bağlı duvar tipi bir aspirasyon ünitesi veya negatif basınç uygulayan taşınabilir bir aspiratör yardımıyla yapılmaktadır (64-66).

Trakeal aspirasyon uygulamasının temel amacı tedavi edici yönüyle tanımlanırken tanılama amacı ile de yapılabilmektedir. Sekresyonların solunum yolundan uzaklaştırılması ve hava yolu açıklığının sağlanmasıyla tedavi edici, trakeadan kültür örneği alınması yönüyle de tanılama amacını karşılamaktadır (66-68).

2.2.1. Trakeal Aspirasyonun Sınıflandırılması

Trakeal aspirasyon uygulaması yöntem ve derinlik olmak üzere iki farklı başlıkta sınıflandırılmaktadır. Yöntem seçimine göre; açık ve kapalı sistem trakeal aspirasyon olmak üzere iki farklı yöntem kullanılmaktadır (19). Bu yöntemler adlarını endotrakeal tüp parçalarının ve ventilatörün birbirinden ayrılmasından veya kapalı devre olarak korunmasından almaktadır. Açık aspirasyon yönteminde hastanın ventilatörden ayrılması gerekirken kapalı aspirasyon yönteminde aspirasyon kateteri ventilatörün ve ventilatör devresinin bir parçası halindedir (17). Derinliğine göre ise trakeal aspirasyon derin ve yüzeysel aspirasyon olarak ikiye ayrılmaktadır (69).



Şekil 1. Trakeal aspirasyon sınıflandırılması

2.2.1.1. Açık Sistem Trakeal Aspirasyon Yöntemi

Açık sistem trakeal aspirasyon yöntemi, sekresyonların etkili bir şekilde uzaklaştırılmasını sağlamak ve böylece atelettazi gelişimini önlemek amacıyla uygulanmaktadır. Bilinen ilk açık sistem aspirasyon kateterinin 27 cm uzunluğunda ve 3 mm çapında, ucu kıvrımlı metal bir malzemeden üretildiği bilinmektedir (70, 71). Bu kateterler; kullanım kolaylığı, esneklik ve hasta konforunu artırmak amacıyla farklı uzunluk ve çaplarda, polivinil klorür veya termo-duyarlı plastik malzemeler kullanılarak geliştirilmiştir. Bu malzemeler esneklik, şeffaflık ve biyoyumluluk açısından daha avantajlı olmakla birlikte dayanıklılığı ve sekresyon görünümünü artırmaktadır (72). Günümüzde yaygın olarak kullanılan aspirasyon kateterleri farklı yaş ve klinik durumlara göre 6 French ile 18 French arasında değişen çap seçenekleriyle karşımıza çıkmaktadır (15). Kateter uçları genellikle yuvarlatılmış ve yan delikli olarak tasarlanmakta, bu sayede trakeal mukozada travma riski en aza indirilerek sekresyonların etkili şekilde uzaklaştırılması sağlanmaktadır. Ayrıca bazı kateter modellerinde yer alan kıvrımlı uç (Coude) yapıları; özellikle sekresyonun lokalize olarak biriktiği bölgelerde etkili bir drenaj sağlamaktadır (73).

Literatürde genellikle “geleneksel yöntem” olarak tanımlanan ve klinik uygulamalarda yaygın olarak tercih edilen açık sistem trakeal aspirasyon yönteminde, hasta mekanik ventilatör desteği alıyorsa aspirasyon işlemi sırasında ventilatör devresinden ayrılmaktadır. Mekanik ventilatöre bağlı olmayan hastalarda ise aspirasyon, aspiratör sisteminin ucuna yerleştirilen steril ve tek kullanımlık bir kateter aracılığıyla doğrudan gerçekleştirilmektedir. İşlem tamamlandıktan sonra gerekirse hastanın mekanik ventilatör bağlantısı yeniden sağlanmaktadır (72, 74).

2.2.1.2. Kapalı Sistem Trakeal Aspirasyon Yöntemi

Kapalı sistem aspirasyon yönteminde hasta mekanik ventilasyondan ayrılmamakta ve üretici firma önerisine göre değişmekle birlikte 24-48 saat boyunca aynı kateterle çok defa aspire edilebilmektedir. Uygulama sırasında şeffaf koruyucu kılıfı içerisinde olan ve valf kısmı kapatılan kateter tüp içerisinde ileri geri hareket ettirilir, ilerletilir ve solunum yolundaki sekresyonlar aspire edilir (72, 73).

Kapalı sistem aspirasyon yönteminin; ventilatör devresinin sürekliliğini koruması, enfeksiyon riskini azaltması, uygulama sırasında daha az ağrıya neden olması, maliyetinin düşük olması gibi nedenlerle son yıllarda özellikle yoğun bakım ünitelerinde giderek daha yaygın bir biçimde tercih edilmektedir (75, 76). Ancak, kapalı sistem aspirasyon yöntemi geçici trakeotomiye sahip mekanik ventilatöre bağlı olmayan hastalarda kullanılamamakta ve bu hasta grubunda açık sistem aspirasyon yöntemi tercih edilmektedir (19).

Kapalı sistem aspirasyon yönteminin başlıca avantajları ve gerekçeleri; ventilatör devresinin sürekliliğinin sağlanması ile hipotansiyon, hipoksemi, kardiyak aritmi gibi aspirasyon komplikasyonlarının açık sistem aspirasyona göre daha az olması, kateterin 24-48 saat boyunca kullanılabilir olması ile, aspirasyon işlemi sırasında steril eldiven, maske ve gözlüğe gerek duyulmaması ve dolayısıyla maliyetin azalması, kateterin endotrakeal tüp içerisine giriş yapması ve tüpten ayrılmaması ile, ventilatör ilişkili pnömoni riskinin azalması ve bulaşıcı sekresyonların solunmasının önlenmesi olarak sıralanabilir (77).

2.2.1.3. Derin ve Yüzeyel Trakeal Aspirasyon

Aspirasyon kateterinin endotrakeal tüp boyunca ilerletilerek tüp sonuna gelindiğinde negatif basınçla üst solunum yollarının aspire edilmesi yüzeyel aspirasyon olarak adlandırılır. Kateterin bir dirençle karşılaşmaya kadar (karina) ilerletilip 1 cm geri çekilerek aspirasyon işleminin uygulanması ile de derin aspirasyon işlemi gerçekleştirilmiş olur. Derin ve yüzeyel aspirasyon hem açık sistem hem de kapalı sistem aspirasyon yöntemleriyle kullanılabilir (77, 78)

2.2.2. Trakeal Aspirasyon Endikasyonları

Trakeal aspirasyon, özellikle mekanik ventilasyon desteği alan hastalarda hava yolu açıklığını sürdürmek amacıyla sık kullanılan etkili bir girişim olmakla birlikte, uygun şekilde uygulanmadığında ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu nedenle,

mekanik ventilatöre bağı hastalarda aspirasyon gereksiniminin doğru belirlenmesi, hemşirelik bakımının kalitesi açısından kritik öneme sahiptir (19, 33, 73, 79, 80). Trakeal aspirasyon uygulama endikasyonları şu şekilde sıralanabilir (19, 63, 78, 81, 82);

- Biriken sekresyonlar nedeniyle yapay hava yolunun tıkanmaya başlaması / gözle görülür şekilde hava yolu açıklığının bozulması,
- Akut solunum sıkıntısı gelişen ve yeterli oksijenizasyonun sağlanamadığı klinik durumların ortaya çıkması,
- Mekanik ventilatör desteği alan hastalarda volüm-akış döngüsünde testere dişi benzeri grafiklerin görülmesi,
- Basınç kontrollü ventilasyon esnasında tidal volümde azalma veya volüm kontrollü ventilasyon sırasında artmış pik inspiratuvar basıncının ortaya çıkması,
- Oksijen satürasyonunun ve arteriyel kan gazı değerlerinin kötüleşmesi,
- Oskültasyon sırasında kaba solunum seslerinin duyulması ya da solunum seslerinin belirgin şekilde azalması,
- Hırıltılı solunum, siyanoz, huzursuzluk, artmış veya derin solunum (taşipne, hiperpne), ritim bozuklukları, kalp hızında artış ya da azalma (taşikardi/bradikardi), ve hipertansiyon varlığı,
- Hastanın etkili spontan öksürük refleksinin bulunmaması ile sekresyonların aktif olarak temizlenmesini engellemesi,
- Gastrik veya üst solunum yolu sekresyonlarının hava yoluna aspirasyonundan şüphelenilen durumların varlığı,
- Tanısal ya da laboratuvar testi amacıyla trakeal sekresyon örneği alınması gereken durumların varlığında uygulanmalıdır.

2.2.3. Açık Sistem Trakeal Aspirasyon Uygulaması İşlem Basamakları

Aspirasyon uygulamasına yönelik güncel kanıtlar incelendiğinde; Amerikan Respiratuvar Bakım Derneği (American Association of Respiratory Care, AARC) tarafından 2022 yılında yayımlanan ve önerilerin gücünü derecelendirmek amacıyla GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation) sistemi esas alınarak yapılandırılan *Endotrakeal Aspirasyon Klinik Uygulama Rehberi*’nde, aspirasyon uygulamalarına ilişkin; trakeal aspirasyon uygulamasının rutin olarak uygulanmaması gerektiği ve sadece gerektiğinde uygulanması (Kanıt Düzeyi 1C),

aspirasyon öncesi 30-60 saniye boyunca %100 oksijen verilmesinin oksijen satürasyonu değerinde düşmeleri önlediği (Kanıt Düzeyi 2B), olabildiğince kapalı sistem aspirasyon yönteminin tercih edilmesi gerektiği (Kanıt Düzeyi 2B), derin aspirasyon yerine yüzeysel aspirasyon tercih edilmesi gerektiği (Kanıt Düzeyi 2B), serum fizyolojik intilasyonunun rutin uygulanmaması gerektiği (Kanıt Düzeyi 2C), aspirasyon kateterinin yetişkinlerde endotrakeal tüp lümeninde %50'den, bebeklerde ise %70'ten daha az yer kaplaması gerektiği (Kanıt Düzeyi 2C), aspirasyon süresinin en fazla 15 saniye ile sınırlandırılması gerektiği (Kanıt Düzeyi 2C) önerilerine ulaşılmaktadır (19, 73). Bu araştırmanın örneklemini oluşturan tüm hastalara açık sistem aspirasyon işlemi uygulandığı için açık sistem aspirasyon uygulamasına yönelik işlem basamakları, bu rehberdeki öneriler ve konuya ilişkin diğer rehber (19) ve araştırma sonuçları (63, 73, 78, 83-85) doğrultusunda düzenlenerek aşağıda sunulmuştur.

Tablo 1. Açık sistem trakeal aspirasyon uygulaması işlem basamakları (Blakeman ve ark.'dan, 19; Şapulu Alakan'dan, 63; Yılmaz'dan, 73; Başer'den, 78; Bozan ve Güven'den, 83; Stacy'den, 84; Santos ve ark.'dan, 85)

Trakeal aspirasyon gereksinimini belirleme;
• Akciğer sesleri stetoskopi ile dinlenerek anormal solunum sesleri değerlendirilir. • Oksijen satürasyonu kontrol edilir. • Siyanoz gibi oksijen yetersizliğine işaret eden bulgular değerlendirilir. • Mekanik ventilatör basınç göstergeleri gözden geçirilir. • Endotrakeal tüp içinde sekresyon birikimi olup olmadığı incelenir. • Hastada huzursuzluk ve öksürük belirtileri gözlemlenir. • Kalp atım hızı izlenir.
Açık sistem trakeal aspirasyon işlemine hazırlık;
• Eller uygun şekilde temizlenir, eldiven ve gerekli kişisel koruyucu ekipmanlar giyilir. Sekresyonların sıçrama riski varsa önlük, maske, gözlük ve yüz siperliği takılır. • Açık sistem aspirasyon işlemi için gerekli ve uygun malzemeler hazırlanır ve hastanın yanına getirilir. Bu malzemeler: Steril eldiven, içerisinde steril böbrek küvet bulunan steril bohça, maske ve önlük, aspiratör cihazı, serum fizyolojik veya distile su (kateterin yıkanması için), steril aspirasyon kateteri (trakeotomi çapının %50'sini geçmeyecek ölçüde), steril bağlantı tüpü, steril örtü, tek kullanımlık temiz eldiven, stetoskop ve tıbbi atık kutusu/poşeti olarak sıralanabilir. • Hastanın kimliği, en az iki tanımlayıcı (örneğin adı-soyadı ve protokol numarası) kullanılarak doğrulanır. • Hasta mahremiyeti sağlanır. • Hastanın işlemi anlama düzeyi değerlendirilir ve aspirasyon gereksinimi bulunduğu, bu nedenle aspirasyon işlemi uygulanacağı açık ve anlaşılır bir şekilde açıklanır. İşlem sırasında hastanın bağımlı ve savunmasız hissettiği göz önünde bulundurularak güven verici bir yaklaşım sergilenir. • Hasta güvenliğini sağlamak amacıyla yatak frenleri kontrol edilir ve yatak bel seviyesinde ayarlanır. Ardından hemşirenin işlem yapacağı tarafın yatak kenarlıkları indirilir. • Hastaya rahat bir pozisyon verilir. Genellikle tercih edilen pozisyon semi-fowler ya da fowler pozisyonudur. • Özellikle hipoksemisi olan hastalarda aspirasyon öncesinde oksijen satürasyonunda düşüşü önlemek amacıyla 30-60 saniye süreyle %100 oksijen uygulanır.

Tablo 1. (Devam)

Açık sistem trakeal aspirasyon işlemi;

- Koruyucu su geçirmez örtü hastanın göğsünün üzerine yerleştirilir.
- Aspiratör cihazı çalıştırılır ve aspirasyon basıncı, güvenli sınırlar içinde olacak şekilde (100-150 mmHg) ayarlanır.
- Aspiratör hortumuyla distile su çekilerek aspiratör cihazının negatif basıncının yeterli ve çalışır durumda olup olmadığı kontrol edilir.
- Steril malzemeler için steril bohça açılarak steril alan hazır hale getirilir ve steril tek kullanımlık aspirasyon kateteri steril alana dikkatlice bırakılır.
- Steril alan içerisindeki steril böbrek küvete steriliteyi bozmayacak şekilde serum fizyolojik doldurulur.
- Mevcut eldivenler dikkatlice çıkarılır, el hijyeni sağlanır ve steril eldivenler giyilir.
- Aktif el ile sterilite korunacak şekilde aspirasyon kateteri dikkatlice kaldırılır. Aynı anda aktif olmayan el ile aspiratör hortumu/tüpü tutulur ve aspirasyon kateteri ile aspiratör hortumu/tüpü aseptik teknikle bağlanır. Kateterin kontaminasyonunu önlemek amacıyla aspirasyon kateteri steril aktif elin parmakları etrafına dikkatlice sarılır.
- Aspiratör baskın olmayan el ile açılır.
- Az miktarda steril solüsyon aspire edilerek sistemin ve aspirasyon ekipmanının düzgün çalışıp çalışmadığı kontrol edilir.
- Aktif el ile kontrol valfi açık konumdayken (emiş gücü kapalıyken) aspirasyon kateteri yapay hava yolunda nazik ancak hızlı bir şekilde ilerletilir. Aspirasyonla ilişkili komplikasyon riski taşımayan hastalarda kateter direnç hissedilene kadar (karınaya kadar) ilerletilir ve ardından yaklaşık 1 cm geri çekilerek uygun konuma getirilir.
- Oksijen saturasyonundaki düşüşleri en aza indirmek amacıyla her bir aspirasyon uygulamasının süresi 15 saniyeyi geçmeyecek şekilde sınırlandırılır.
- Aktif olmayan elin başparmağı kullanılarak aspirasyon kateterinin kontrol valfine bastırılır ve kateteri 10 ila 15 saniye içinde döndürülerek geri çekilirken aralıklı aspirasyon uygulanır.
- Hava yolunda sekresyon kaldıysa ve hasta işlemi tolere edebiliyorsa aspirasyon tekrarlanır. Sekresyonların tamamen temizlenebilmesi için işlem en fazla 3 kez uygulanabilir. Hastanın oksijenlenmesini desteklemek ve iyileşmesini sağlamak amacıyla art arda yapılan aspirasyonlar arasında 30–60 saniyelik bekleme süresi bırakılır.
- Kateter ve aspiratörün bağlantı hortumu steril serum fizyolojik (SF) ile sıvı berrak akana kadar temizlenir.
- Aspirasyon işlemi tamamlandıktan sonra hastaya 30–60 saniye boyunca %100 oksijen uygulanır.
- Aspirasyon cihazı kapatılır.
- Eldiven, içten dışa doğru çevrilerek çıkarılır ve kateter eldivenin içinde kalacak şekilde sarılır. Ardından diğer eldiven de aynı yöntemle çıkarılır ve her iki eldiven uygun şekilde tıbbi atık kutusuna atılır.

Trakeal aspirasyon işleminin etkinliğinin değerlendirilmesi;

- Akciğer sesleri stetoskopi dinlendiğinde, hırıltılı solunum seslerinin kaybolmuş olması,
- Oksijen saturasyonu pulse oksimetre ile ölçüldüğünde değerin %98 ve üzerinde olması,
- Mekanik ventilatörde, sekresyon birikimini gösteren alarmin bulunmaması.
- Bu göstergeler, hava yolunun yeterince temizlendiğini ve aspirasyon işleminin etkili olduğunu destekler.
- Hastanın nabız hızı, kan basıncı ve solunum sayısı değerlendirilir ve elde edilen veriler aspirasyon öncesi bulgularla karşılaştırılır.
- Hava yolundaki sekresyonlar; hacim, kıvam (yoğunluk) ve renk açısından değerlendirilir.
- Bir sonraki aspirasyon uygulaması için gerekli tüm malzemeler uygun şekilde düzenlenir ve hazır halde bırakılır.
- Kişisel koruyucu ekipmanlar çıkarılır, el hijyeni sağlanır.
- Hastaya rahat ve güvenli bir pozisyon verilir.
- Hastanın ağrısı uygun bir ağrı değerlendirme ölçeği kullanılarak değerlendirilir.
- İşlem kaydedilir.

2.2.4. Trakeal Aspirasyon ile İlişkili İstenmeyen Hasta Sonuçları

Trakeal aspirasyon sırasında birçok fizyolojik sistem etkilenmekte ve çeşitli istenmeyen hasta sonuçları ortaya çıkabilmektedir. İstenmeyen hasta sonuçlarının görülme sıklığı, kullanılan aspirasyon tekniğine (açık ya da kapalı sistem), uygulama sıklığına, aspirasyon basıncına, kateter çapına, uygulayıcı hemşirenin bilgi-beceri düzeyine ve hastanın bireysel özelliklerine bağlı olarak değişebilmektedir (73).

Aspirasyon uygulaması çoğu hastanın zihninde korkutucu ve rahatsız edici bir uygulama olarak yer edinmiştir (86). Uygulamayı hatırlayan hastalar ağrılı, stresli ve boğucu olduğunu ifade etmekte; taşikardi, baş dönmesi, solunum sıkıntısı, konfüzyon gibi aspirasyona ilişkin bazı sorunları deneyimlemektedir (87).

Aspirasyon uygulamasına bağlı olarak hastalarda ortaya çıkan komplikasyonlar hemodinamik veya mekanik olarak meydana gelebilir. Bu komplikasyonlar bazı hastalarda işlem sırasında ya da izleyen ilk 15 dakika içinde kısa sürede gözlemlenirken, bazı durumlarda tıbbi müdahale gerektiren ve aspirasyondan birkaç gün sonra ortaya çıkabilen geç dönem etkilerdir (73, 78). Literatürde trakeal aspirasyon işlemi ile ilişkili sıklıkla tanımlanan istenmeyen durumlar; solunum ve kardiyovasküler komplikasyonlar, enfeksiyon, trakeal mukoza hasarı, intrakranial basınç artışı, ağrı, anksiyete / korku olmak üzere ele alınmaktadır. (19, 35). Bu istenmeyen hasta durumlarının trakeal aspirasyon ile ilişkisi aşağıda ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

2.2.4.1. Solunum Sistemi ile İlişkili İstenmeyen Hasta Sonuçları

Aspirasyon işlemi esnasında, solunum yolundan sekresyonla birlikte bir miktar oksijenli havanın da aspire edilmesi sebebiyle hastalarda dispne ve hipoksemi görülebilmektedir (19, 88). Bununla birlikte, alt solunum yollarındaki havanın aspirasyon yoluyla uzaklaştırılması, fonksiyonel rezidüel kapasitenin azalmasına ve dolayısıyla atelettazinin gelişimine zemin hazırlayabilmektedir. Diskonneksiyon ve negatif basınç etkisiyle alveollerin kollabe olması söz konusu olabilir. Bu durum, bazı hastalarda bronkospazma ve solunum arrestine kadar ilerleyebilecek solunumsal komplikasyonlarına yol açabilir. Ayrıca, akciğerlerde biriken sekresyonların tidal volüm, gaz alışverişi ve solunum dinamikleri üzerindeki olumsuz etkisi bu sekresyonların hem konumuna hem de miktarına bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (77, 89-93).

2.2.4.2. Kardiyovasküler Sistem ile İlişkili İstenmeyen Hasta Sonuçları

Aspirasyon sırasında gelişen hipoksemi ve otonom sinir sisteminin refleks yanıtı sonucunda hastada taşikardi, bradikardi, hipotansiyon, hipertansiyon, çeşitli kardiyak aritmiler ve ileri düzeyde kardiyak arrest gibi hemodinamik komplikasyonlar ortaya çıkabilir (77, 89-93).

2.2.4.3. Enfeksiyon

Endotrakeal entübasyon ve aspirasyon uygulanan hastalarda, hava fizyolojik olarak burun yoluyla değil doğrudan trakea ve bronşlara iletiildiğinden havanın ısıtılması, nemlendirilmesi ve filtre edilmesi işlevleri devre dışı kalır. Bu durum, solunum yolu mukozasının kurummasına ve enfeksiyon riskinin artmasına neden olabilir. Ayrıca aspirasyon işleminin invaziv bir girişim olması, hastaların sistemik direncinin düşük olması, bağışıklık baskılayıcı ilaç kullanımı ve müköz membranların işlem sırasında zarar görmesi gibi etkenler de alt solunum yolu enfeksiyonlarının gelişimine zemin hazırlamaktadır (77, 89-93).

2.2.4.4. Trakeal Mukoza Hasarı

Aspirasyon kateterinin hava yolunda ilerletilmesi sırasında karşılaşılan direnç ve kesintisiz negatif basınç uygulanması, kateter ucunun trakeal mukozaya yapışmasına neden olabilir. Bu durum, siliyar hücrelerin hasar görmesine ve mukozal bütünlüğün bozulmasına yol açabilir. Endotrakeal aspirasyona bağlı olarak gelişen trakeal hasar; kateterin çapı, sertliği, uç yapısı, aspirasyonun uygulama sıklığı, kullanılan negatif basınç düzeyi ve işlemin travmatik şekilde gerçekleştirilmesi gibi birçok faktöre bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (94). Aspirasyon kateteri çapının belirlenmesinde trakeostomi veya endotrakeal tüp iç çapı ile kateter boyutu arasındaki oran önemli bir kriterdir. Amerikan Solunum Bakımı Derneği (AARC) kılavuzları, kateter çapının tüp iç çapının %50'sini geçmemesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu bağlamda kullanılan formül şu şekildedir: “Aspirasyon Kateteri Boyutu (Fr) = (ET/T-tüp çapı [mm] – 2) × 2”. Bu formül, uygun kateter boyutunun belirlenmesinde standart bir yaklaşım sunmakta ve kateter çapının tüp çapına oranla büyük seçilmesinin yol açabileceği komplikasyonları (örn. aşırı negatif basınç, mukozal travma, ağrı artışı) önlemeye yardımcı olmaktadır. Nitekim yapılan bir çalışmada kullanılan 14 Fr kateterin bazı tüp boyutları için %50 sınırını aştığı ve bu durumun hasta konforu ile güvenliğini olumsuz etkileyebileceği vurgulanmıştır (29).

2.2.4.5. İntrakraniyal Basıncı Artma

Trakeal aspirasyon işlemi sırasında arteriyel oksijen basıncında (PaO_2) azalma ve karbondioksit basıncında (PaCO_2) yükselme meydana gelebilir. Bu durum serebral vazodilatasyona neden olarak intrakraniyal basıncı artırabilir. Aynı zamanda, sempatik sinir sisteminin refleks aktivasyonu sonucunda kalp hızı ve arteriyel kan basıncında artış görülmesi, serebral perfüzyonun ve kan akımının artmasına neden olarak kranial basıncı daha da yükseltebilir (77, 89-93).

2.2.4.6. Ağrı

Ağrı, günümüzde “beşinci yaşam bulgusu” olarak kabul edilmekte ve kalp atım hızı, arteriyel kan basıncı, solunum sayısı ve vücut ısı ile düzenli olarak değerlendirilip kaydedilmesi önerilmektedir. Ağrı, trakeal aspirasyon uygulamasını deneyimleyen hastalar tarafından farklı ölçekler, ifadeler ve deneyimlerle tanımlanmıştır (29, 31-35). Yapılan çalışmaların sonuçları incelendiğinde; trakeal aspirasyon uygulamasının hastalar tarafından en ağrılı işlem olarak tanımlandığı ve yüksek düzeyde ağrıya neden olduğu görülmektedir (25-27, 95-102). Ek olarak, yoğun bakımda trakeal aspirasyon işlemine ilişkin ağrı yaşayan hastaların entübasyon tüpü nedeniyle bu ağrıyı sözlü olarak yeterince ifade edemedikleri görülmektedir (77, 89-93).

2.2.5. Trakeal Aspirasyon Uygulamasında Hemşirenin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Trakeal aspirasyon, hava yolu açıklığının sağlanması yönüyle hava yolu yönetiminin önemli bir bileşenidir ve hava yolu açıklığını sağlamakla görevli sağlık profesyonelleri için kazanılması elzem olan temel bir beceridir (68). Trakeal aspirasyon uygulamaları, yoğun bakım ünitesi, acil servis, kulak burun boğaz ve göğüs hastalıkları servisleri başta olmak üzere her türlü klinik uygulama alanında hemşirelerin sorumluluğundadır (18). Ülkemizde hemşirelik uygulamalarının yasal ve mesleki çerçevesini belirleyen yönetmelikte görev tanımları açıkça belirtilmiştir. Trakeal aspirasyon işlemi için, 8/3/2010 tarihli Resmî Gazete’de yayımlanan ve 19/04/2011 tarihinde güncellenerek yeniden yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği’nde hemşirelik kararı ile uygulanır şeklinde yer almaktadır (18). Ayrıca Hemşirelik Yönetmeliği’nde “Hemşire, bireyin sağlık bakım gereksinimlerini belirleyerek hekimin istemine uygun girişimleri uygular ve acil durumlarda hekime ulaşıncaya kadar yaşamı sürdürmeye yönelik müdahalelerde bulunur” ifadesi yer almaktadır. Bu kapsamda, hastanın hava yolunun

açıklığının sağlanması amacıyla yapılan aspirasyon işlemi, hemşirenin görev tanımı içerisinde yer almaktadır (18).

Trakeal aspirasyon uygulamasının hastaya en yüksek düzeyde fayda sağlaması, istenmeyen durumların önlenmesi ya da en aza indirilmesi amacıyla hemşirelerin güncel standartlara ve klinik rehberlerde belirtilen uygulama ilkelerine uygun hareket etmeleri, mesleki sorumlulukları kapsamında değerlendirilmektedir (18, 19, 74, 103, 104). Bu bağlamda, hemşireler aspirasyon öncesinde, sırasında ve sonrasında hastayı doğru tanılamalı, uygun risk ve gerçek hemşirelik tanımlarını belirleyerek bakımını planlamalı, uygulamalı ve değerlendirmelidir (105).

Trakeal aspirasyon işlemi hemşirelerin sıklıkla uyguladığı bir girişim olmanın yanında klinik ortamda bu işlemi deneyimleyen hastalar için oldukça zorlayıcı bir işlemdir. (27-30). İşleme bağlı fizyolojik etkilerin yanında aynı zamanda ağrı, anksiyete ve korku gibi tepkilere yol açarak hastanın psikososyal sağlığını da etkileyebilmektedir. (19, 35). Bu çerçevede trakeal aspirasyon uygulaması, yalnızca teknik bir beceri olarak değil, bireyselleştirilmiş ve bütüncül bir yaklaşımla yerine getirilmesi gereken bir bakım girişimi olarak ele alınmalıdır (19). Hemşirelik bakımının amacına ulaşmasında hasta birey-hemşire arasında kurulması beklenen güven ilişkisinin temelini bu bakım anlayışı oluşturmaktadır. Nitekim hem fizyolojik hem de duygusal gereksinimleri karşılanan hasta bireyin bakım sonuçlarının iyileştirilmesi, bakımdan memnuniyet duyması nitelikli bakımın göstergesi olarak kabul edilmektedir (106). Trakeal aspirasyon işlemine yönelik hemşirelik alanında yapılan çalışmaların çoğunlukla hemşirelerin trakeal aspirasyon uygulama becerilerine ve kanıta dayalı işlem basamaklarına uyumuna odaklandığı görülmektedir (73, 107, 108). Hasta bireylerin trakeal aspirasyon deneyimlerine yönelik çalışmaların sınırlı sayıda olduğu dikkati çekmektedir. Hasta bireyler ile yapılan çalışmaların büyük bir kısmının ise sedatif ilaç kullanımı nedeniyle deneyimlerini hatırlamayan veya kısıtlı şekilde ifade edebilen hastalarla yürütüldüğü görülmektedir (28, 36). Bilinci açık, konuşabilen hastalar ile yapılacak çalışmalar ile trakeal aspirasyon deneyimlerini açık bir şekilde ortaya çıkarılmasına gereksinim duyulmaktadır. Bu çalışmada ilk kez kulak burun boğaz servisinde yatan, bilinci açık hastaların trakeotomi ve trakeal aspirasyon deneyimleri nitel araştırma yaklaşımı ile açığa çıkarılarak derinlemesine ele alınabilmektedir. Söz konusu hasta grubunun, bilinci açık şekilde bu uygulamaya maruz kalması hem fiziksel hem de duygusal etkilerin daha net ortaya konulmasına imkân tanımaktadır. Dolayısıyla bu araştırma,

literatürde eksikliği hissedilen bilinci açık hastaların trakeotomi ve trakeal aspirasyon deneyimlerine odaklanarak, bu işlemin hasta bakımı ve hasta güvenliği açısından daha iyi anlaşılmasına katkı sağlamayı amaçlamaktadır.



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma, KBB servisinde yatan, bilinci açık, geçici trakeotomi ile trakeal aspirasyon işlemi uygulanan hasta bireylerin trakeotomi ve trakeal aspirasyon işlemine yönelik deneyimlerini derinlemesine betimlemek amacıyla Edmund Husserl'in (109) geliştirdiği tanımlayıcı fenomenolojik yaklaşım temel alınarak yürütülen nitel bir araştırmadır. Husserl'in fenomenolojisi, bireylerin yaşantılarını 'öz'üne (essence) ulaşmak amacıyla önyargılardan arındırarak betimlemeyi, yani deneyimleri katılımcıların bakış açısından doğrudan ve tarafsız bir şekilde ortaya koymayı hedefler (110).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, Karadeniz Teknik Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi) ile Bursa Uludağ Üniversitesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz (KBB) kliniklerinde yürütülmüştür.

Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi KBB Kliniği 43 yatak kapasiteli, Bursa Uludağ Üniversitesi Hastanesi KBB Kliniği 22 yatak kapasitelidir. Farabi Hastanesi KBB Kliniği'nde 19 hemşire, Bursa Uludağ Üniversitesi Hastanesi KBB Kliniği'nde 10 hemşire görev yapmaktadır. Kulak, burun ve boğaz cerrahisi alanında cerrahi girişim uygulanan hastaların bakım ve tedavi süreçlerinin yürütüldüğü bu birimlerde boğaz cerrahisi geçiren hastalara hekim istemi ile trakeotomiden derin trakeal aspirasyon işlemi uygulanmaktadır. Her iki klinikte de trakeal aspirasyon işlemi merkezi vakum sistemine bağlı duvar tipi aspiratör aracılığıyla ve açık aspirasyon tekniğiyle, ilgili klinik birimin protokollerine uygun olarak gerçekleştirilmektedir. İşlem öncesinde ve sonrasında hastalara buhar ve oksijen desteği sağlanmaktadır. Her iki kliniğin derin trakeal aspirasyon işlemi uygulama prosedürleri ve hemşirelik bakım süreçleri birbirine benzer özelliklere sahiptir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini; 25 Mayıs 2024–06 Temmuz 2025 tarihleri arasında, iki üniversite hastanesinin kulak burun boğaz servisinde yatan, geçici trakeotomisi olup trakeal aspirasyon işlemi uygulanan hastalar oluşturmaktadır. Nitel çalışmalarda temel amaç, belirli bir fenomeni anlamaya yönelik derinlemesine bilgi elde etmektir. Bu nedenle, daha zengin ve anlamlı verilere ulaşabilmek amacıyla genellikle amaçlı örnekleme

yöntemleri tercih edilmektedir (111). Dolayısıyla bu çalışmada örnekleme belirlemek için amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmış olup bu yöntemdeki temel anlayış, önceden belirlenmiş bir dizi ölçütü karşılayan kişilerin örnekleme alınmasıdır (112). Nitel araştırmalarda örnekleme büyüklüğünü önceden belirlemek tam olarak mümkün olmamakta ve örnekleme büyüklüğünü doyum noktası belirlemektedir. *“Araştırmacı, araştırma sorusunun yanıtı olabilecek kavramların ve süreçlerin tekrar etmeye başladığı aşamaya (doyum noktasına) ulaşana dek veri toplamaya devam eder”* (112) ilkesine bağlı kalınarak toplanan verilerde doyum noktasına ulaşılan kadar veri toplama süreci devam etmiştir. Bu doğrultuda araştırmacının örneklemini evrende yer alan, dahil edilme kriterlerine uyan 15 hasta oluşturmuştur. Görüşmeler sonucunda araştırma konusuna ilişkin kavramların tekrar etmeye başladığı yani veri doygunluğuna ulaşıldığı gözlemlenmiş ve araştırma sorularını yanıtlayacak düzeyde yeterli verinin elde edildiği kanaatine varılarak veri toplama süreci sonlandırılmıştır.

Araştırmaya Dahil Etme Kriterleri

Hastaların;

- Parsiyel larenjektomi veya kordektomi cerrahisi geçirmiş olması,
- Trakeal aspirasyon uygulamasını ilk kez bu yatış sürecinde deneyimlemiş olması,
- Dekanüle olması,
- Sözel iletişim kurabiliyor olması,
- 18 yaşın üzerinde olması,
- 65 yaş üstü hastalar için Mini Mental Test puanının 24 ve üzerinde olması,
- Mental veya psikiyatrik herhangi hastalığının olmaması,
- Türkçe biliyor olması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Hastaların;

- Total larenjektomi cerrahisi geçirmiş olması,
- Trakeal aspirasyon uygulamasını önceki yatışlarında deneyimlemiş olması,
- Trakeostomi kanülü ile taburculuğunun planlanması,
- Sözel iletişim kuramaması,

- 18 yaşın altında olması
- Mini Mental Test puanının 24' ün altında olması,
- Mental veya psikiyatrik herhangi bir hastalığının olması,
- Türkçe bilmemesi,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmaması.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında literatür doğrultusunda (10, 28, 36, 107, 108) araştırmacılar tarafından geliştirilen Hasta Bilgi Formu ve Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Formu kullanılmıştır.

3.4.1. Hasta Bilgi Formu

Hasta Bilgi Formu araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda (10, 107, 108) geliştirilmiş olup, birinci bölümünde yaş, cinsiyet, tıbbi tanısı gibi hastaların bireysel özellikleri, ikinci bölümünde trakeostomi kanülü çapı, aspirasyon kateteri numarası gibi aspirasyon işlemine yönelik bilgileri içeren sorulardan oluşmaktadır (Ek 1).

3.4.2. Yarı-yapılandırılmış Görüşme Formu

Yarı-yapılandırılmış Görüşme Formu (Ek 2), hastaların trakeal aspirasyon deneyimlerini belirlemek üzere hastalarla yapılan bireysel görüşmelerin yapılandırılmasında kullanılmıştır. Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda (28, 36) geliştirilen bu form, trakeal aspirasyon uygulaması konusunda klinik deneyimi olan ve aynı zamanda nitel araştırma türünde akademik çalışmaları olan yedi akademisyenden uzman görüşü alındıktan ve bir pilot görüşmeden sonra son halini almıştır (Ek 3). Form, hastaların bireysel deneyimlerini kendi ifadeleriyle aktarmalarına olanak sağlayacak şekilde toplam on açık uçlu sorudan oluşmaktadır. İçerik bakımından hem fiziksel hem de duygusal boyutları kapsamakta ve hastaların trakeotomi açılmasıyla ilişkili hislerini, aspirasyon işleminin ilk ve sonraki deneyimlerinde yaşanan değişiklikleri, işlem sırasında karşılaşılan zorlukları ve rahatlatıcı unsurları ayrıntılı biçimde sorgulamaktadır. Ayrıca, sağlık ekibi tarafından bilgilendirilme durumu ve hemşire-hasta iletişimi gibi bakım kalitesini doğrudan etkileyen süreçleri de değerlendirmektedir. Bunun yanı sıra, form aracılığıyla katılımcılardan yaşadıkları deneyimleri bir nesneye ya da bir şeye benzetmeleri istenmiş, metaforik anlatımlar aracılığıyla içsel anlamın ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Formun diğer bir yönü de aspirasyon işleminin artık uygulanmıyor olmasının hastada

yarattığı duygu ve etkilerin sorgulanmasıdır. Son olarak, hastalardan aspirasyon sırasında nelerin yapılması halinde kendilerini daha iyi hissedebileceklerine dair görüşleri alınmış, böylece beklentiler ve öneriler aracılığıyla bakım sürecine yönelik geliştirilmesi gereken noktalar açığa çıkarılmıştır. Bu bağlamda form, hastaların deneyimlerini duygusal, fiziksel, iletişim ve beklenti boyutlarıyla kapsayan, nitel veri elde etmeye yönelik bir araç niteliği taşımaktadır.

3.5. Pilot Çalışma

Yarı yapılandırılmış Görüşme Formu, uzman görüşleri doğrultusunda yeniden düzenlendikten sonra, araştırma planına uygun şekilde, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan bir hasta ile derinlemesine bireysel görüşme ile pilot çalışma yapılmıştır. Görüşmeler sonrasında elde edilen veriler, araştırmanın mevcut aşaması ve amacı doğrultusunda beklenen sonuçları değerlendirmek amacıyla incelenmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda, yöneltilen soruların istenilen etkiyi oluşturduğu ve araştırma amacına uygun nitelikte verilerin elde edildiği belirlenmiştir. Görüşme esnasında araştırmacı tarafından doğaçlama şeklinde yöneltilen açıklayıcı ek soruların, veri derinliğine önemli katkı sağladığı gözlemlenmiştir; bu durum pilot çalışma aracılığıyla fark edilmiştir. Bu nedenle sonraki görüşmelere, cevapların örneklendirilmesi (örneğin görüşme sırasında kullanılabilecek örnek metaforların hazırlanması) önceden planlanarak gidilmiş ve daha kapsamlı, derinlemesine veriler elde edilmiştir. Veri toplama araçları pilot görüşme doğrultusunda yeniden düzenlenerek son hali verilmiştir. Ayrıca, pilot görüşmede hastaların seslerini dinlendirme ihtiyacı nedeniyle uzun süreli görüşmelerden kaçınma eğiliminde olduklarını ortaya koymuştur. Bu doğrultuda, veri toplama sürecinde görüşmelere ara verilerek, görüşmelerin daha konforlu şekilde gerçekleştirilmesi sağlanmıştır. Pilot çalışmadan elde edilen veriler araştırmanın örnekleme dahil edilmemiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, etik kurul onayı ve kurum izinleri alındıktan sonra 25 Mayıs 2024 – 06 Temmuz 2025 tarihleri arasında derinlemesine görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Bu görüşme tekniğiyle fenomene (bu çalışma için trakeal aspirasyona) odaklanılarak katılımcıların fenomene ilişkin görüş ve deneyimlerinden veri elde edilmesi amaçlanmaktadır (110-112). Görüşmeler, parsiyel larenjektomi veya kordektomi ameliyatı sonrasında trakeotomi açılarak serviste izlenen hastalarla, dekanülasyon işlemleri

tamamlandıktan ve dolayısıyla hastalar sözel iletişim kurabilme yetilerini geri kazandıktan sonra 1.-3. gün aralığında, taburculuklarından hemen önce yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Dekanülasyon öncesinde sözel iletişim kuramayan bu hasta grubuyla görüşme yapılabilmesi için dekanülasyonun tamamlanmış olması bu çalışma açısından hastaların çalışmaya dahil edilmesinin ön koşulu olmuştur. Ayrıca 65 yaş üstü hastaların Mini Mental Test puanları hemşire bilgi sistemi üzerinden kontrol edilmiş, 24 puan ve üzerinde olan hastalar dahil edilmiştir. Araştırmacı, veri toplama sürecinde yarı yapılandırılmış görüşme formundaki soruları sırasıyla yöneltmiş, verilen yanıtları gerektiğinde tekrar ederek ya da soruları farklı şekillerde ifade ederek katılımcının anlatımını derinleştirmiştir. Anlaşılmayan noktalar katılımcıya alternatif ifadelerle sunularak açıklık kazandırılmıştır. Görüşmeler hastaların odasında (genellikle her odada bir hasta yatmaktadır), sessiz bir ortamda ve mümkün olduğu takdirde hasta yakınları dışarıya alınarak gerçekleştirilmiş olup molalar dışında her bir görüşme ortalama 30 dakika sürmüştür. Boğaz cerrahisi sonrası hastaların seslerini dinlendirmesi önerildiğinden hastalarla yapılan görüşmeler en az iki kez mola verilerek süreç hastaların konforuna uygun şekilde yürütülmüştür. Görüşme boyunca araştırmacı tarafından önemli gözlemler ve dikkat çeken ifadeler not edilmiştir.

Araştırmacı (ASB) aynı zamanda görüşmeci olarak çalışmada yer almış olup, 2 yıl kulak burun boğaz servisi hemşireliği yapmış, iyi iletişim becerilerine sahip, farklı nitel çalışmalarda araştırmacı olarak bulunan bir öğretim elemanıdır. Bununla birlikte, görüşmeleri gerçekleştiren araştırmacı (ASB) nitel araştırma kursuna katılarak bu alandaki yetkinliğini artırmaya yönelik faaliyetlerde bulunmuştur (Ek 4).

3.7. Verilerin Analizi

Araştırmada 15 hasta ile yapılan görüşmelerden elde edilen ses kayıtları araştırmacı tarafından birebir yazılı hale getirildikten sonra analiz süreci başlatılmıştır. Verilerin analizi MAXQDA Analytics Pro 2022 yazılımı ile, Braun ve Clarke (2)'ın tümevarımsal tematik analiz yöntemine göre yapılmıştır (113). MAXQDA programı, nitel ve karma yöntemli araştırmalarda veri analizi için geliştirilmiş, görsel destekli, nitel veri analizini destekleyen gelişmiş bir yazılımdır. Metin, ses, video ve görsel veriler üzerinde kodlama, tematik analiz, kategori oluşturma ve ilişkilendirme işlemlerini sistematik şekilde gerçekleştirmeye olanak sağlamaktadır (114). Bu program, tematik analiz sürecinin etkinliğini artırmak amacıyla, görüşmelerden elde edilen kayıtların kodlanması aşamasında kullanılmıştır.

Braun ve Clarke’ın altı aşamalı tematik analiz yaklaşımına göre veri analiz süreci aşağıdaki adımlarda gerçekleştirilmiştir.

Tematik analiz yöntemine göre her aşamada gerçekleştirilen uygulamalar (113, 115);

1. Verilerin Tanınması: Başlangıç aşamasında araştırmacı tarafından görüşmelerin ses kayıtları defalarca dinlenerek ve transkriptler okunarak ilk notlar alınmıştır.
2. Kodların Oluşturulması: Verilerin kodlanması, verilerin sınıflandırılmasını sağlaması ve araştırmacılar arasındaki iletişimi geliştirmesi nedeniyle tematik analizin önemli bir parçasıdır. Geçerliliğin sağlanması amacıyla tüm görüşme kayıtları iki araştırmacı (ASB, AÖ) tarafından güvenilirlik kriterlerine uygun olarak, herhangi bir yorum eklenmeden analiz edilmiştir. Aynı zamanda veriler MAXQDA programı tarafından kodlanmış, sonrasında araştırmacılar tarafından kontrol edilmiştir. Her koda ilişkin veriler bir araya getirilmiştir.
3. Temaların Aranması: Güvenirliği sağlamak için iki araştırmacı tarafından (ASB, AÖ) öncelikle kodlama kontrol edilerek benzer ve ilişkili kodlar sınıflandırılmıştır. Elde edilen kodlarla belli bir anlam örüntüsünü içerecek şekilde temalar oluşturulmuştur. Sonunda hangi verinin hangi koda ait olacağı konusunda fikir birliğine varılmış, daha sonra temalar ve alt temalar belirlenmiştir.
4. Temaların Gözden Geçirilmesi: Bu adımda birbiri ile çakışan temalar birleştirilmiş, kodların ortak söylediği temel anlam ile uyumlu olmayan zayıf temalar elenerek sadeleştirilmiş, ardından her tema için kodlanan içerik okunmuş ve kodların tutarlı olup olmadığı tekrar kontrol edilmiştir. Doğrulama için görüşme formu ve temaların son hali araştırmacılar dışındaki bir uzman tarafından değerlendirilmiştir.
5. Temaların Tanımlanması: Yazılan her tema yenilenmiş ve kesinleşmiştir. Temaların isimleri araştırmacıların vardığı görüş birliği doğrultusunda net bir şekilde belirlenmiştir.
6. Raporun Oluşturulması: Analiz sonrasında somut ve doğrudan alıntılarla çarpıcı ifadeler aktarılmış, ifadeler ve temalar birleştirilmiş, temalar ve alt temaların son hali raporlanmıştır (113, 115).

Nitel araştırmalarda bulguların güvenilirliği ve araştırma sürecinin şeffaflığı açısından, sonuçların raporlanmasında ‘‘Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research’’ (COREQ) standartların kullanılması önerilmektedir (116). Bu doğrultuda, mevcut çalışmada nitel veri toplama yöntemi olarak kullanılan bireysel görüşmelerin raporlanmasında, Tong ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilen ve  zden ve arkadaşları (2022) tarafından Türkçeye uyarlanan 32 maddelik COREQ kontrol listesi esas alınmıştır (117, 118) (Ek 5).

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik kurul onayı Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı’ndan 22/02/2024 tarihinde ve E-13562490-050.01.04-48072 sayılı yazı ile alınmıştır (Ek 6). Araştırmanın yürütüldüğü KT  Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi)’nden 05/04/2024 tarih ve E-13562490-50.01.04-48072 sayılı kurum izni alınmıştır (Ek 7). İlave bir kurum olarak araştırmanın yürütüldüğü Bursa Uludağ Üniversitesi Hastanesi’nden 20/01/2025 tarih ve E-73115338-819-168204 sayılı kurum izni alınmıştır (Ek 8). Çalışmaya dahil edilen hastalara araştırmanın amacı ve görüşmenin ses kayıt cihazı ile kaydedileceği konusunda bilgi verilmiş, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan yazılı olarak bilgilendirilmiş gönüllü onam formu ile sözlü olarak da ses kayıt cihazı ile onam alınmıştır. Her bir görüşme sona erdiğinde ses kaydı sonlandırılmış, tüm görüşme formları, onam belgeleri ve ses kayıtları her katılımcıya özel kodlarla etiketlenerek şifreli bilgisayarda araştırmacı tarafından güvenli biçimde yedeklenmiş ve arşivlenmiştir. Ayrıca transkripsiyon aşamasından sonra ses kayıtları imhasına yönelik katılımcılara bilgi verilmiştir.

3.9. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği

Guba ve Lincoln’ un inanılrlık, güvenilebilirlik, onaylanabilirlik ve aktarılabilirlik olarak tanımladığı dört inandırıcılık kriteri altın standart olarak kabul edilmektedir (119). Bu kriterlerden en az birinin karşılanması ile bulguların doğruluğu kontrol edilebilmektedir (110). Bu araştırmada Guba ve Lincoln 1982 (120)’ un dört ana başlığı baz alınarak Tablo 2’ deki yöntemler geçerlik ve güvenirlik içi kullanılmıştır.

Tablo 2. Araştırmanın inandırıcılığı için kullanılan yöntemler (Başkale H'den, 119)

Nitel Yaklaşım	Nitel Yaklaşım	Alınabilecek Tedbirler
İç Geçerlik	İnanırlık: Sonuçlar inandırıcı mı?	Uzun süreli etkileşim Araştırmacı önyargılarını azaltma (günlük tutma) Katılımcı teyidi Uzman İncelemesi Doğrudan alıntılarla destekleme
Dış Geçerlik	Aktarılabirlik: Sonuçlar diğer kişi ve durumlara aktarılabir mi?	Amaçlı örneklem Dahil etme/dışlama kriterleri Ortamın ayrıntılı tanıtımı Katılımcıların ayrıntılı tanıtımı
Güvenirlik	Güvenilebilirlik: Çalışma benzer koşullarda benzer katılımcılarla tekrarlandığında sonuçlar benzer mi?	Denetleme Literatür Araştırma yöntemlerinin ayrıntılı tanıtımı Başka bir araştırmacının süreç ve sonuçları incelemesi Kodlayıcılar arası karşılaştırmalar Kodlama ve tema oluşturma adımlarının kayıt altına alınması
Objektiflik	Onaylanabilirlik: Önyargılar azaltılarak objektiflik artırıldı mı?	Araştırmacı önyargılarının azaltma (günlük tutma) Transkripsiyonların saklanması

Nitel araştırmalarda araştırmacının önyargılarını farkedebilmesi ve kontrol edebilmesi için araştırmanın yürütüldüğü ortamda uzun süre bulunması önerilmektedir. İnanırlığı artıran bir yaklaşım olarak, araştırmacının çalışmayı yürüttüğü grubun kültürel özellikleri, dili ve görüşlerini derinlemesine anlamasına önemli katkı sağlar. Ayrıca veri toplama sürecine yeterli zaman ayrılması, araştırmacının çalışmaya katılan grubun kültürünü, dilini ve bakış açılarını daha derinlemesine kavrayarak anlamlı bir içgörü geliştirmesine katkı sağlar (121, 122). Araştırmacının (ASB), Kulak Burun Boğaz Servisinde 2 yıl hemşire olarak çalışmış olmasının inanırlığına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Katılımcılara çalışma bulgularının kendi düşüncelerini doğru yansıtır yansıtmadığını sormak katılımcı teyidi anlamına gelmektedir (119). Bu araştırmada, veri toplamanın hemen sonunda araştırmacının topladığı verileri özetleyerek katılımcıdan bunların doğruluğuna ilişkin düşüncelerini belirtmesi istenmiş olup böylece araştırmanın inanırlığına katkı sağlandığı düşünülmektedir.

Araştırmacının, çalışmanın planlamasından itibaren çalışma verilerinin raporlanması sürecine kadar günlük tutarak duygu ve düşüncelerini yansıtarak önyargılarının azaltması sağlanmıştır (Ek 9).

Nitel araştırma konusunda bilgi sahibi ve ilgili araştırma konusuna hâkim olan uzman kişilerin araştırmayı incelemesi istenerek uzman incelemesi sağlanmalıdır (123). Bu çalışmada araştırmacılar tarafından belirlenen tema ve alt temalar hemşirelik alanında doktora derecesine sahip, nitel araştırma deneyimi olan üç uzmana gönderilerek görüş ve önerileri alınmış ve araştırmanın bulgularına son hali verilmiştir.

Nitel araştırmalarda aktarılabilirliği kanıtlamak için örneklem seçiminin nasıl yapıldığı, katılımcıların özellikleri ve ortam açıkça belirtilmelidir (124). Bu araştırmada, hastaların trakeal aspirasyon deneyimlerini incelemek isteyen araştırmacı, geçici trakeotomi kanülü olan hastalar ile çalışmıştır. Çalışma için katılımcıların seçiminde önemli kriter geçici trakeotomi kanülüne sahip olunması ve dekanülasyon işleminin gerçekleşmiş olmasıdır. Bu nedenle örneklem yöntemi amaçlı örneklemedir. Örneklem seçiminde önceden ayrıntılı olarak belirlenen dahil etme / dışlama kriterleri dikkate alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler

Bu araştırma, trakeotomi sonrası aspirasyon deneyimlerini nitel olarak inceleyen özgün bir çalışma olmakla birlikte bazı sınırlılıklara sahiptir. Araştırmanın örneklemini yalnızca iki üniversite hastanesinin kulak burun boğaz servisinde yatan, bilinci açık ve görüşme yapabilecek durumda olan 15 hasta ile sınırlıdır. Bu nedenle bulgular, farklı merkezlerdeki hasta gruplarına doğrudan genellenemez. Aynı zamanda görüşmeler yalnızca hastaların öznel anlatılarına dayalıdır. Bu durum, elde edilen verilerin bireysel algı ve deneyimlerle sınırlı kalmasına neden olabilir. Araştırma hastaların taburculuk öncesi dönemdeki hasta bireylerle yürütüldüğü için uzun dönemli deneyimleri (örneğin taburculuk sonrası yaşam) kapsamamaktadır.

Çalışmanın yürütülmesi sürecinde bazı güçlüklerle de karşılaşılmıştır. Çalışmanın yürütüldüğü hasta grubunun belirli özelliklere sahip olması (trakeotomi sonrası aspirasyon deneyimi yaşayan ve dekanüle olan bireyler) beklendiği için katılımcı bulma süreci güçleşmiş, bu da veri toplama süresinin beklenenden daha uzun sürmesine yol açmıştır. Ayrıca trakeotomi sonrası bazı hastaların fiziksel yorgunlukları, seslerini etkili bir şekilde kullanamamaları ve ses istirahati nedeniyle görüşmelerin sürekliliğini sağlamak güç

olmuştur. Bu nedenle görüşmeler dinlenme molaları verilerek yapılmıştır. Katılımcıların bazıları aspirasyon deneyimlerini anlatırken duygusal olarak zorlanmış, özellikle korku ve kaygıya ilişkin bölümlerde ağlama ve sessiz kalma gibi durumlar yaşanmıştır. Bu durum araştırmacının görüşme sürecini zaman zaman hassasiyetle yönetmesini gerektirmiştir.



4. BULGULAR

Bu çalışmada 15 hasta ile yapılan bireysel derinlemesine görüşmelerden elde edilen bulgular, hastaların bireysel özellikleri ve trakeotomisi olan bilinci açık hastaların trakeal aspirasyon deneyimleri olmak üzere iki bölümde sunulmuştur.

Tablo 3’ te hastaların bireysel özellikleri ve aspirasyon işlemine ilişkin özellikler gösterilmiştir.

Tablo 3. Hastaların bireysel özellikleri (N=15)

Kategorik Değişkenler		Sayı(n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Erkek	11	73.3	
	Kadın	4	26.7	
Eğitim düzeyi	İlkokul	5	33.3	
	Ortaokul	8	53.3	
	Lise	2	13.3	
Meslek	Emekli	7	46.7	
	İşçi	1	6.7	
	Ev hanımı	3	20	
	Memur	1	6.7	
	Serbest meslek	1	6.7	
	Çiftçi	2	13.3	
Tıbbi Tanı	Larinks skuamoz hücreli karsinom	15	100	
Refakatçi varlığı	Yalnızca çocukları	6	40	
	Çocukları ve eşi	6	40	
	Yalnızca eşi	3	20	
Operasyon öyküsü*	Göz ameliyatı	1	6.7	
	Kalça protezi	1	6.7	
	Kolesistektomi	1	6.7	
	Mide ameliyatı	1	6.7	
Kronik hastalık varlığı*	Diyabetis mellitüs	4	26.7	
	Hipertansiyon	4	26.7	
	Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	2	13.3	
Kullanılan İlaçlar	Antihipertansif kullanımı	4	26.7	
	Antidiyabetik	6	40	
	Antikoagülan kullanımı	1	6.7	
	Statin kullanımı	3	20.0	
	Ağrı kesici türü	Partemol 1000 mg IV 3x1	15	100
	Contramal 100 mg IV 2x1 (LH)	13	86.7	
Sigara kullanma durumu	Evet	14	93.3	
	Hayır	1	6.7	
Sürekli Değişkenler		Sayı(n)	Ort±SS	Min–Max
Yaş		15	60.93±10.21	46–78
Yatış süresi (gün)		15	8.20±1.82	6–12

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Ort: Ortalama SS: Standart Sapma Min-Max: Minimum ve Maksimum Değer

Tablo 4. Trakeal aspirasyon işlemine yönelik bulgular

Kategorik Değişkenler		Sayı(n)	Yüzde (%)
Aspirasyon istemi	Trakeal aspirasyon (aritmalli serum fizyolojik ile) 6x1 (LH)	13	86.7
	Trakeal aspirasyon (LH)	2	13.3
Aspirasyon sırasında SF kullanımı	Fazla tıkalı olduğunda hemşire kararı ile	5	33.3
	Lüzum halinde	5	33.3
	Her aspirasyon öncesi	3	20.0
	Uygulanmıyor	2	13.3
Aspirasyon öncesi oksijen desteği	Aspirasyon öncesi buhar	2	13.3
	5 dakika %100 oksijen + buhar	13	86.7
Aspirasyon sonrası oksijen desteği	5 dakika %100 oksijen + buhar	15	100
Sürekli Değişkenler	Sayı(n)	Ort ± SS	Min–Max
Trakeostomi kanül çapı	15	7.73 ± 0.31	(7–8)
Aspirasyon kateter numarası	15	14 ± 0	(14–14)

Ort: Ortalama SS: Standart Sapma Min-Max: Minimum ve Maksimum Değer

Araştırmaya katılan hastaların bireysel ve hastalıkla ilişkili özelliklerinin dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının 60.93 ± 10.21 (min: 46, max: 78) yıl olduğu, %73.3'ünün erkek, %26.7'sinin kadın olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyleri açısından hastaların %53.3'ünün ortaokul mezunu ve %46.7'sinin emekli olduğu görülmüştür. Tüm hastaların tanısının larinks skuamoz hücreli karsinom tanılı olduğu ve hastanede yatış sürelerinin ortalama 8.20 ± 1.82 gün (min:6, max:12) olduğu tespit edilmiştir. Refakatçi olarak, hastaların %40'ının yalnızca çocukları, %40'ının çocukları ve eşi, %20'sinin ise yalnızca eşinin bulunduğu belirlenmiştir. Hastaların %26.7'sinin daha önce operasyon geçirdiği ve operasyon türlerinin göz, kalça protezi, kolesistektomi ve mide ameliyatı olduğu görülmüştür. Hastaların %60'ında kronik hastalık olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalık olarak diyabet mellitus (%26.7), hipertansiyon (%26.7) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (%13.3) yer almaktadır. Katılımcıların %26.7'sinin antihipertansif, %40'ının antidiyabetik, %6.7'sinin antikoagülan ve %20'sinin ise statin grubu ilaç kullandığı belirlenmiştir. Tüm hastaların (%100) Parasetamol 1000 mg IV 3x1 analjezik tedavisi aldığı, %86.7'sinin ise Contramal 100 mg IV 2x1 (LH) analjezik tedavisi aldığı tespit edilmiştir. Hastaların %93.3'ü sigara kullanmakta olup, ortalama kullanım süresi 26.46 ± 8.54 yıl (min:0, max:35) olarak bulunmuştur.

Trakeal aspirasyon işlemine yönelik bulgular Tablo 4'te gösterilmiştir. Trakeal aspirasyon işlemi (aritmalli serum fizyolojik ile) 6x1 (LH) uygulaması hastaların %86.7'sine, trakeal aspirasyon (LH) ise %13.3'üne uygulanmıştır. Trakeostomi kanül çapının ortalama 7.73 ± 0.31 mm (min: 7, max: 8) olduğu, tüm hastalarda 14 numara aspirasyon kateter olarak kullanıldığı belirlenmiştir. Aspirasyon işlemlerinde serum fizyolojinin “fazla tıkaç olduğunda hemşire kararı ile (%33.3)”, “lüzumu halinde (%33.3)” ve “her aspirasyon öncesi (%20)” kullanıldığı belirlenmiştir. Aspirasyon öncesi oksijen desteği olarak en çok kullanılan yöntemin 5 dakika boyunca %100 oksijen ve buhar (%86.7) uygulaması olduğu, aspirasyon sonrası oksijen desteği olarak ise hastaların %66.7'sine 5 dakika boyunca %100 oksijen + buhar verildiği saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5. Tema, alt tema ve kodlar

Tema	Alt tema	Kod
Trakeotomi ile İlişkili Yas Deneyimi	İnkâr	Panik ve şok Rüya olmasını dileme Trakeotomiye kapatma davranışı
		Konuşamamaya bağlı öfke Yeme içmenin kısıtlanması
		İyileşme karşılığında ödün verme
	Pazarlık	Sosyal izolasyon Ağlama Güçsüzlük Hissizlik İç sıkıntısı Ölme isteği
	Depresyon	Şükran duygusu Teslimiyet
	Kabullenme	
Trakeotominin Yaşam Kalitesine Etkisi	Fiziksel	Uykuya dalma ve sürdürme zorluğu Yeme içmenin kısıtlı olması
	Psikososyal	Sözel iletişim kuramama Hasta yakınlarının duygusal durumu Yazılı iletişim kuramama Dışlanma hissi Damgalanma
Trakeal Aspirasyon Deneyimi	Fiziksel Tepkiler	Ağrı Boğulma hissi Öksürük Rahatlatıcı etki Mide bulantısı ve kusma Öğürme hissi Gözlerin yaşarması Titreme Batma hissi Kan basıncının yükselmesi
	Duygusal Tepkiler	Korku Kaygı Çaresizlik Zihinsel bulanıklık

Tablo 5. (Devam)

Trakeotomi ve Trakeal Aspirasyon Deneyimine Katkıda Bulunan Faktörler	Metaforlar	Elektrik süpürgesi İtfaiye vidanjörü Boğazda bulaşık teli Bulanık suyu betonun kenarından çekmek Fırtına Kuyudan su çekme İğne batması Ölüm acısı Ciğerlerin patlaması Kedi tırmalaması
	Güçleştiriciler	Korku Bilgilendirme eksikliği Yoğun sekresyon varlığı Birden fazla bakım ekipmanının varlığı Utanma
	Kolaylaştırıcılar	Hemşirenin destekleyici yaklaşımı Aspirasyon işlemini destekleyici/kolaylaştırıcı girişimler Yeni sürece uyum sağlama Alternatif iletişim yollarını kullanma Dua etme Sosyal destek Mizah
	Fiziksel Deneyimler	Solunumun rahatlaması Uyku kalitesinin artması Beslenmenin düzene girmesi
	Duygusal Deneyimler	Kurtulmuşluk hissi Mutluluk Yeniden doğmuş hissi Sözlü iletişim kurmanın rahatlığı Bakım hizmetlerinden duyulan memnuniyet
Öneriler	Aspirasyon İşleminde Kullanılan Araçlar ve Yöntemler	Aspirasyon hortumunun ağrısı önleyecek yapıda üretilmesi Buhar uygulamasının ergonomik hale getirilmesi
	Etkili İletişim ve Güven İlişkisi Kurma	Yeterli bilgilendirme Etkili iletişim

Trakeotomisi olan bilinci açık hastaların trakeotomi ve trakeal aspirasyon deneyimlerine ilişkin yapılan görüşmelerden elde edilen tema, alt tema ve kodlar Tablo 5’te gösterilmiştir. Trakeotomisi olan bilinci açık hastaların trakeotomi ve trakeal aspirasyon deneyimleri “Trakeotomi ile İlişkili Yas Deneyimi”, “Trakeotominin Yaşam Kalitesine Etkisi”, “Trakeal Aspirasyon Deneyimi”, “Trakeotomi ve Trakeal Aspirasyon Deneyimine Katkıda Bulunan Faktörler”, “Dekanülasyon ile İyileşme Süreci Deneyimleri” ve “Öneriler” olmak üzere altı tema altında toplanmıştır.

4.1. Trakeotomi ile İlişkili Yas Deneyimi

Trakeotomi ile ilişkili yas deneyimi teması “inkâr”, “öfke”, “pazarlık”, “depresyon” ve “kabullenme” olmak üzere beş alt temaya ayrılmıştır. Bu beş alt tema, literatürde yas sürecine ilişkin tanımlanan evrelerle büyük ölçüde örtüşmektedir (125).

4.1.1. İnkâr

Trakeotomi sonrası deneyimlerin ilk aşamalarında bazı hastaların durumu kabullenmekte zorlandıkları ve yaşadıklarını inkâr etme eğiliminde oldukları görülmüştür. Bu süreçte bireyler, yaşadıklarının gerçek olmasını reddetme veya görünür izlerini gizleme davranışlarıyla tepki vermişlerdir.

İnkâr sürecinde katılımcıların yaşadıkları ilk tepkilerden biri *panik ve şok* olmuştur. Bu evrede bireyler, trakeotomi gerçeğini kabullenmekte zorlanmış, nefes alma, ses çıkaramama ve geleceğe ilişkin belirsizlikler karşısında yoğun bir kaygı ve inkârla iç içe geçen bir endişe yaşamışlardır. Katılımcılar bu durumu şu şekilde ifade etmişlerdir:

“Uyandığımda boğazımda bir yanma ve baskı hissettim. Elimi götürdüğümde orada bir açıklık olduğunu fark ettim, tam anlayamadım ama içime bir endişe düştü (Katılımcı 9).”

“Önce boğazımdaki yabancı his nedeniyle ellerimle boğazımı yokladım. Nefes alabiliyor muyum, tıkanıyor muyum, orada ne var diye anlamaya çalıştım. Sonra konuşmaya çalıştım, sesimin çıkmadığını anlayınca bir panik oldum (Katılımcı 8).”

“Ameliyattan geldiğimde odada panik vardı. Herkes konuşuyor, hemşireler eşime bir şeyler anlatıyor ama benimle ilgilenen yoktu. Ben sus pus kaldım. Elimi boğazıma götürdüm, bandajın altında bir açıklık vardı. ‘Ben ne oldum böyle?’ dedim içimden. Konuşmak istedim, dudaklarım kıpırdadı ama ses çıkmadı. O an içimde büyük bir sıkışma hissettim. Sanki biri dünyayla bağımı koparmış gibiydi. (Katılımcı 7)”

Ayrıca trakeotomi sonrası ne olduğunu tam olarak kavrayamamak ve sesin kaybolması gibi beklenmedik duyuşal değişimler, katılımcılarda yoğun bir belirsizlik duygusu yaratmış, bu da ani bir panik ve şok tepkisinin ortaya çıkmasına neden olmuştur:

“Boğazımda ne var? Neden sesim çıkmıyor?” diye düşündüm. Konuşmaya çalıştım ama sesim gelmeyince daha çok panikledim. O an yaşadığım şey çok garipti... kendi sesimi duyamamak (Katılımcı 9).”

“Başta büyük bir şaşkınlık ve korku yaşadım. ‘Nefesim neden buradan geliyor?’, ‘Neden konuşamıyorum?’ gibi sorular geldi aklıma. Boğazımda bir boşluk hissi, garip bir sızı vardı. Sonraları ‘Artık böyle mi yaşayacağım?’, ‘İyileşecek miyim?’ gibi sorular oluşmaya başladı bende (Katılımcı 8).

Katılımcılardan biri, yaşadığı durumu gerçeklikten uzaklaştırarak bir *rüya olmasını* dilediklerini şu sözlerle ifade etmiştir:

“O an içimden inşallah bir rüyadır demiştim. Rüya olsun, gerçek olmasın istemişim. Çünkü psikolojik olarak bu duruma hiç hazır değildim (Katılımcı 14).”

“Sanki boğazımdaki açıklık gerçek değilmiş gibi gelmişti, rüya gibi (Katılımcı 1).”

Bir diğer katılımcı ise *trakeotomi açıklığını gizlemeye çalışarak inkâr davranışını* şöyle dile getirmiştir:

“Mahcup hissetmişim. Bir sürü insan beni ziyarete geldi, böyle gördü. İlk günlerde üstümü örterdim, boğazımdaki o deliği kimse görmesin diye (Katılımcı 7).”

4.1.2. Öfke

Kübler-Ross’un yas modelinde ikinci evre olarak tanımlanan öfke, trakeotomisi olan hastalarının trakeotomiye dair deneyimlerinde de belirgin şekilde görülmüştür. İletişim kuramamak ve temel gereksinimlerde kısıtlanma yaşamak, bireylerde öfke duygusuna yol açmıştır. Bu alt tema kapsamında *“konuşamamaya bağlı öfke”* ve *“yeme içmenin kısıtlanması”* kodları ortaya çıkmıştır.

Hastaların kendilerini sözel olarak ifade edememesi zamanla öfkeye neden olmuştur. Katılımcılardan biri yaşadığı güçlüğü şu şekilde dile getirmiştir:

“Sinirden elim ayağım titriyordu. Sanki görünmez oluyordum. İnsanı en çok anlatamamak yoruyormuş. Artık sinirleniyordum, beni anlamayanlara kumanda fırlatıyordum (Katılımcı 3).”

Benzer şekilde bir başka katılımcı da iletişim kuramadığında içine kapanmakla birlikte kendini ifade edemediğinde öfkesinin arttığını belirtmiştir:

“Bazen durgunluk, bazen asabiyet. Kendimle çok baş başa kaldım, biraz içe döndüm ve durgunlaştım. Biri beni anlamadığında ya da kendimi anlatamadığımda da asabileştim (Katılımcı 8).”

İşaret dili aracılığıyla iletişim kurmaya çalışan bir hasta ise sağlık personelinin bu dili bilmemesinin öfkesini artırdığını şöyle aktarmıştır:

“Ben aslında işaret dili biliyorum, benim kızım engelli öğrencilerin öğretmeni. Kızımdan öğrenmiştim. Burada baktım konuşamıyorum hemşirelerle işaret diliyle konuşmaya çalıştım. Her bir hemşire ya da doktor geldiğinde işaret diliyle bir şeyler anlatmaya başladım, hiçbiri anlamayınca çok kızırıyordum ve sinirleniyordum. İnsanın kendisini açıklayamaması ne korkunç bir şeymiş (Katılımcı 10).”

Öfke yalnızca iletişim kaybına bağlı değil aynı zamanda yeme ve içme gibi temel gereksinimlerin karşılanamamasıyla da ilişkili olmuştur. Katılımcılardan biri bu deneyimi şöyle ifade etmiştir:

“Altı-yedi gündür bir şey içtiğim bir şey yediğim yok. Burnumdan mama verdiler hep. Bir bardak çay içemedim, o çok zorladı beni. Zaten sesini de çıkaramıyorsun, anlamıyorlar seni. İyice sinirlendim, darlandım. (Katılımcı 7)”

4.1.3. Pazarlık

Kübler-Ross'un yas süreci modelinde inkâr ve öfke evresinin ardından gelen bir diğer aşama pazarlıktır. Trakeotomili hastaların deneyimlerinde de benzer biçimde, boğazlarındaki açıklığın kapanması veya kanülün çıkarılması için içsel bir pazarlık sürecine girdikleri, iyileşme karşılığında ödün vermeye hazır bir süreç geçirdikleri

görülmüştür. Katılımcılardan biri yaşadığı durumu atlatmaya yönelik içsel temennilerini şu sözlerle dile getirmiştir:

“İçimden ‘şu günleri atlatayım, başka hiçbir şey istemem’ diyordum. (Katılımcı 11)”

“Bir daha sigara içmeyeceğim, yeter ki bu kanülden kurtulayım’ diye düşündüm. (Katılımcı 15)”

4.1.4. Depresyon

Kübler-Ross’un yas modelinde pazarlık evresinin ardından gelen depresyon süreci, trakeotomili hastaların deneyimlerinde de belirgin şekilde görülmüştür. Hastaların bu dönemde yoğun duygusal çöküntü, çaresizlik ve yaşamdan kopma eğilimleri yaşadıkları görülmüştür. Trakeotomiye bağlı yaşanan kısıtlılıkların yanı sıra iletişim ve sosyal ilişkilerdeki zorluklar depresif belirtilerin artmasına yol açmıştır. Bu alt tema kapsamında “ağlama, hissizlik, sosyal izolasyon, iç sıkıntısı, güçsüzlük ve ölme isteği” kodları belirlenmiştir.

Depresyonun önemli boyutlarından biri *sosyal izolasyon* olmuştur. Hastalar, iletişim yetersizliği, utanma duygusu ve kendini saklama isteği nedeniyle çevreleriyle ilişkilerinde kısıtlanma yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcılar bu durumu şu sözlerle dile getirmiştir:

“Çok konuşmadık. Onlar (hemşireler) işlerini yaptı, ben de çok bir şey sormadım. Zaten hastanedeyken biraz içime kapandım. Fazla bir diyalog olmadı. (Katılımcı 12)”

“Evet, konuşmak zordu. Zaten açıklık varken konuşma olmuyor pek. O yüzden kendimi çok ifade edemedim. Bir şey demek istesen bile anlatamıyorsun, sıkılıyorsun ama sonra kabulleniyorsun. İçine kapanıyorsun biraz. (Katılımcı 12)”

“İlk zamanlar çok kötüydüm. Herkese, hayata küsmüş gibiydim. (Katılımcı 3)”

Sosyal izolasyonun diğer bir nedeni de hastaların yaşadıkları utanma ve toplumdan kaçınma duygusu olmuştur:

“Herkesten utandım. Ağladım. (Katılımcı 1)”

“Utandım, herkesten utandım. (Katılımcı 3)”

“Korkuttu beni ya (yüzünü ekşiterek). Daha toplumun içine çıkamam dedim. Çünkü konuşamıyordum, boğazımda açıklık vardı, değişik bakacaklar sandım. Hep kendimi saklamak istedim. Topluma giremem, evden çıkamam, sabahdan akşama kadar evde otururum diye düşündüm. Öyle hissettim yani. (Katılımcı 3)”

Depresyonun en sık görülen belirtilerinden biri *ağlama* olmuştur. Hastalar, yaşadıkları zorlu süreç karşısında sık sık gözyaşlarına boğulduklarını ve duygularını ağlayarak ifade ettiklerini belirtmişlerdir. Katılımcılar yaşadıkları duygusal yoğunluğu şu sözlerle ifade getirmiştir:

“Herkesten utandım. Ağladım (Katılımcı 1).”

“(Bir süre durdu, gözleri doldu) Aklıma geldiğinde ağlıyorum (Katılımcı 2).”

“Ağladım, ağladım, çok ağladım (Katılımcı 5).”

Trakeotomili hastaların depresyon sürecinde yaşadıkları bir diğer belirgin duygu *güçsüzlük* olmuştur. Daha önce güçlü, bağımsız ve aktif bir birey olduğunu belirten hastalar trakeotomi sonrası yaşadıkları fiziksel kısıtlılıklar, iletişim engelleri ve bağımlılık düzeylerindeki artış nedeniyle kendilerini çaresiz ve güçsüz hissettiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcılardan biri bu değişimi şu sözlerle dile getirmiştir:

“Kendime acıdım biraz. Böyle olacağımı hiç düşünmemiştim. Güçlüydüm ya ben, o halimi görmek çok üzdü. (Katılımcı 1)”

“Kendimi çaresiz hissettim. O anlarda iletişim kuramamak, sadece oturup yapılmasını beklemek bana zayıf hissettirdi. (Katılımcı 9)”

Bir başka katılımcı ise hem annelik rolü hem de görünür fiziksel değişiklikler nedeniyle kendini güçlü hissedemediğini ve bu durumun kendisini derinden etkilediğini şu ifadeyle aktarmıştır:

“Nedense o an çevremdekilere hislerimi çok hissettirmemeye çalıştım. Artık böyle mi yaşayacağım endişesiyle o deliğin kapatılacağı günü bekledim hep. Bir anne olarak çocuklarımın hayatlarında o şekilde var olmak istemedim. Kendimi güçlü hissedemedim, beni güçsüz görsünler istemedim. (Katılımcı 11)”

Bununla birlikte bir katılımcı duygusal donukluk ve kayıtsızlık yaşayarak *hissizlik* durumunu şu şekilde ifade etmiştir:

“ Ne yaşadığımı anlamıyordum. Hiçbir şey hissetmedim. (Katılımcı 5).”

Trakeotomili hastaların depresif deneyimlerinin bir duygusu da *iç sıkıntısı* olmuştur. Konuşamamanın yarattığı psikolojik baskı, bireylerde derin bir içsel huzursuzluk ve sıkışma hissine yol açmıştır. Hastalar, kendilerini ifade edememekten kaynaklı bu içsel baskıyı şu şekilde dile getirmişlerdir:

“Konuşamamak psikolojik olarak ağır geldi. İçimde bir sıkışma oldu. Sanki biri sizi susturmuş ama derdinizi anlatmanız lazım. (Katılımcı 9)”

Trakeotomi sonrası yaşanan zorlukların ve yoğun depresif duyguların bazı hastalarda yaşamdan vazgeçme ve *ölmeyi isteme* düşüncelerine kadar ilerlediği görülmüştür. Katılımcılardan biri yaşadığı bu ağır ruhsal yükü şu şekilde aktarmıştır:

“Kendimi pencereden aşağıya atmak istedim. (Katılımcı 3)”

4.1.5. Kabullenme

Kübler-Ross’un yas sürecinde son aşama olarak tanımlanan kabullenme, trakeotomiye sahip hastaların deneyimlerinde de gözlenmiştir. Hastalar, başlangıçta yaşadıkları korku, endişe ve direnç duygularının ardından durumu içselleştirmiş, yaşamlarının bir parçası olarak görmeye başlamışlardır. Bu alt temada *“şükran duygusu”* ve *“teslimiyet”* kodları yer almaktadır. Bazı hastalar teknoloji ve tıbbın sunduğu olanaklar sayesinde yaşadıkları bu deneyime minnettarlık duymuşlardır. Bir katılımcı bu hissini şu sözlerle ifade etmiştir:

“Yani değişik şeyler hissettim. Normalde burnundan nefes alırken bir anda oradan almaya başlıyorsun. Teknolojinin ne kadar geliştiğini hissettim. Teknoloji Allah’tan sonra her şeye kadırmış dedim. (Katılımcı 4)”

Bir diğer katılımcı ise süreci dini bir teslimiyetle karşıladığını, başlangıçta korku duysa da inancından güç aldığını şu şekilde dile getirmiştir:

“Ne yapayım ki, yapacak bir şey yok, Allahtan gelen her şeyin başımızın üstünde yeri var. Biraz korktum ama sonra Allah’tan cesaret istedim. Ondan sonra da bir şeyden korkmadım, ameliyatımı oldum sonra da bu seviyeye geldim. (Katılımcı 2)”

4.2. Trakeotominin Yaşam Kalitesine Etkisi

Trakeotomi, bireylerin yaşam kalitesini yalnızca fizyolojik düzeyde değil, aynı zamanda sosyal ve psikolojik boyutlarda da derinden etkileyen bir girişimdir. Katılımcıların ifadeleri, bu sürecin gündelik yaşam aktivitelerinden sosyal ilişkilerine kadar çok yönlü zorluklara yol açtığını göstermektedir. Özellikle uykuya dalma ve sürdürmede yaşanan güçlükler ile yeme-içme süreçlerindeki kısıtlılıklar, bireylerin fiziksel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemiştir. Bunun yanında hasta yakınlarının duygusal tepkileri, iletişim kuramama (sözel ya da yazılı) ve sosyal etkileşimlerde yaşanan güçlükler, psikososyal yaşam kalitesinde belirgin sınırlılıklar yaratmıştır. Dolayısıyla bu tema “fiziksel etkiler” ve “psikososyal etkiler” olmak üzere iki alt tema altında toplanmıştır.

4.2.1. Fiziksel Etkiler

Trakeotomi, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini doğrudan etkileyen çeşitli fiziksel sınırlılıklara yol açmaktadır. Katılımcıların bir kısmı trakeotomiye bağlı aspirasyon ihtiyacının özellikle geceleri artması nedeniyle *uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede zorluk* yaşadıklarını ifade etmiştir. Trakeotomi nedeniyle boğazda sekresyon birikmesi, gece saatlerinde yapılan aspirasyon girişimleri ve uyandırılma zorunluluğu, uyku bütünlüğünü bozmuş ve bu durum hem fiziksel hem de psikolojik yorgunluğu artırmıştır. Hastalar bu deneyimlerini şu şekillerde ifade etmişlerdir:

“Özellikle geceleri daha fazla tıkanıyordum. Uykuya dalmak zor oluyordu. (Katılımcı 1)”

“Tabii uyuyamıyordum ki onu temizlemeseler. Uyku uyuyamıyordum. (Katılımcı 3)”

“Sanırım birkaç kez gece yapılıncı istemedim. Uykudan uyanmak istemiyor insan. Biraz bozuluyorsun ama sonra ne yapacaksın, yapmaları lazım işte. Zaten mecbur. (Katılımcı 12)”

“Özellikle gece geldiklerinde çok zoruma gidiyordu. Tam uykudasın, biri seni uyandırıp hortumla boğazına giriyor. Hem de sesin çıkmıyor ki ‘tamam dur’ diyesin. (Katılımcı 7)”

Katılımcılar, trakeotomi sürecinde yeme içmenin kısıtlanmasının yaşam kalitelerini ciddi şekilde olumsuz etkilediğini dile getirmiştir. Nazogastrik sonda ile verilen beslenme solüsyonları fiziksel beslenme ihtiyacını karşılasa da ağızdan beslenememek hastalar için hem psikolojik hem de sosyal bir yoksunluk oluşturmuştur. Katılımcılar özellikle çay ve su gibi basit içecekleri tüketememeyi büyük bir eksiklik olarak vurgulamış, bu durumun moral kaybına ve huzursuzluğa neden olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca kilo kaybı ve doyumsuzluk bu kısıtlılığın somut sonuçları arasında yer almıştır. Katılımcılar bu deneyimlerini şu şekilde aktarmıştır:

“Bir bardak çay içirmediler bana ya. Bir bardak çay. 6-7 gündür bir çay içtiğim bir şey yediğim yok. Burnumdan mama verdiler hep. Bir bardak çay içemedim o çok zorladı beni. (Katılımcı 3)”

“O neydi öyle? Sadece mama veriyorlardı bana, tartıldım, 6 kilo vermişim, 6 kilo. Şimdi çok şükür her şeyi yiyebiliyorum. (Katılımcı 3)”

“Günlerce ağzıma tek lokma koyamadım, insan yemek yemeyince daha çok hasta hissediyor. (Katılımcı 11)”

4.2.2. Psikososyal Etkiler

Katılımcılar, trakeotomi sonrasında yaşadıkları en önemli güçlüklerden birinin sözel iletişim kuramamak olduğunu ifade etmişlerdir. İhtiyaçlarını ve duygularını doğrudan aktaramamak hastalarda çaresizlik ve zayıflık hislerini beraberinde getirmiştir. Katılımcılar bu durumu şu şekilde dile getirmiştir:

“Bazen bir şey söylemek istiyordum, önce çocuklarıma elle, kolla ya da yazarak anlatırdım onlar hemşireye söylerdi. Ama tek başımayysam hiçbir şey anlatmazdım. (Katılımcı 2)”

“Kendimi çaresiz hissettim. O anlarda iletişim kuramamak, sadece oturup yapılmasını beklemek beni zayıf hissettirdi. (Katılımcı 9)”

Bu ifadeler, konuşamamanın katılımcılar için aynı zamanda çaresizlik kaynağına dönüştüğünü göstermektedir.

“İnsanı en çok anlatamamak yoruyormuş. (Katılımcı 3)”

“Biri beni anlamadığında ya da kendimi anlatamadığımda biraz içe döndüm. (Katılımcı 8)”

“Refleks olarak hemşire ya da doktoru çağırmak istedim. Elimle işaret etmeye çalıştım. Ne olduğunu sormak, öğrenmek istedim ama tabii konuşamayınca hepsi içimde kaldı. (Katılımcı 9)”

“İnsanın kendisini açıklayamaması ne korkunç bir şeymiş. (Katılımcı 10)”

Trakeotomi süreci yalnızca hastayı değil hasta yakınlarını da derinden etkilemektedir. Katılımcıların ifadeleri, yakınlarının yaşadığı üzüntü, gözyaşı ve duygusal yükün kendileri üzerinde de ek bir baskı yarattığını ortaya koymaktadır. Katılımcılar yakınlarının duygusal durumunun kendileri üzerindeki etkilerini şu sözlerle açıklamıştır:

“Zor tabii kızım. Şu küçük odada neler yaşadık. Kızlarım, eşim beni böyle gördükçe çok üzüldüler. Ben onları öyle üzgün gördükçe daha çok üzüldüm. Oturduk kaç defa ağladık, onlar da ağladı, ben de ağladım. Ağladıkça daha kötü oldum, ağlayınca tıkanıyor insan (güldü). (Katılımcı 3)”

“Yanımda kızım kalıyordu, o da bana çaktırmamaya çalışıyordu ama benden gizli ağlıyordu, ben anlıyordum. Onu o şekilde görmek de bana çok dokunuyordu. (Katılımcı 11)”

Katılımcıların ifadeleri trakeotomi sonrası yazılı iletişim yönteminin her zaman etkili bir çözüm olmadığını ortaya koymuştur. Yazılı iletişimin hem bireysel sınırlılıklar (okuma-yazma bilmemek, el titremesi, motor güçlükler) hem de sürecin dinamikleri (zaman kısıtı, aciliyet) nedeniyle hastaların iletişim ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz

kaldığı görülmüştür. Bu nedenle hastalar çoğu zaman kendilerini ifade etmekte zorlanmış, kimi zaman tamamen sessiz kalmayı tercih etmişlerdir. Katılımcılar yazılı iletişim kuramamanın süreci zorlaştırdığını şu sözlerle aktarmıştır:

“Bazen anlamıyorlardı, bazen ben anlatamıyordum, öyle duruyordum. Ne yapabilirdim, okuma yazmam da yok ki, bizi hiç okula göndermedi babam, bazı kardeşlerimi okuttu, bizi göndermedi. (Katılımcı 6)”

“İlk başlarda sadece ellerimle anlattım. Sonra defter verdiler, yazmaya başladım ama her şeyi yazmak zor. Hem zaman yok hem ellerim titriyor. (Katılımcı 7)”

Bazı katılımcılar ise aspirasyon süreci ve sonrasında yaşadıkları sessizlik, iletişim kuramama ve çaresizlik nedeniyle kendilerini çevrelerinden ayrı ve dışlanmış hissettiklerini dile getirmiştir:

“Gece uyuyamaz o anları düşünürdüm. (Katılımcı 11)”

“Oldu tabii. Çünkü konuşamıyorsun, anlatamıyorsun, hareket edemiyorsun. Herkes bir şey yapıyor, ama sen sessizsin. Biraz dışlanmış gibi. (Katılımcı 12)”

Trakeotomiye bağlı görünüm değişiklikleri ve iletişim güçlükleri, bazı katılımcılarda toplum içinde farklı algılanma ve dışlanma kaygısını tetikleyerek damgalanma duygusuna yol açmıştır. Katılımcılar bu duygularını şu şekilde ifade etmiştir:

“Korkuttu beni ya (yüzünü ekşiterek). Daha toplumun içine çıkamam dedim. (Katılımcı 3)”

“Çünkü konuşamıyordum, boğazımda hortum vardı, değişik bakacaklar sandım. Kendimi saklamak istedim hep. Topluma giremem, evden çıkamam, evde sabahdan akşama kadar otururum diye düşündüm. (Katılımcı 11)”

4.3. Trakeal Aspirasyon Deneyimi

Hastalar aspirasyon deneyimleri süresince hem fiziksel tepkiler hem de duygusal tepkiler göstermişlerdir. Bunun yanı sıra, bazı katılımcılar yaşadıkları deneyimi daha anlaşılır kılmak için metaforlara başvurmuş ve aspirasyon sürecini günlük yaşamdan nesnelere veya olaylara benzeterek tanımlamışlardır. Alt temalar olarak belirlenen “fiziksel

tepkiler”, “duygusal tepkiler” ve “metaforlar” trakeal aspirasyonun hasta deneyiminde farklı açılardan nasıl algılandığını ortaya koymaktadır.

4.3.1. Fiziksel Tepkiler

Fiziksel tepkiler alt temasında ağrı, kan basıncının yükselmesi, mide bulantısı ve kusma, öğürme hissi, batma hissi, boğulma hissi, gözlerin yaşarması, öksürük ve titreme kodları yer almaktadır. Bu deneyimler, trakeal aspirasyon işleminin hastalarda çok yönlü fizyolojik yanıtları tetiklediğini göstermektedir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu, aspirasyon işlemi sırasında yoğun bir *ağrı* deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Bu ağrı, bazı ifadelerde “acı” olarak da dile getirilmiş ve işlemin en zorlayıcı yönlerinden biri olarak tanımlanmıştır. Katılımcılar, kateterin trakeadan ilerlemesiyle birlikte bu acının dayanılmaz bir hale geldiğini ve kimi zaman istemsiz tepkilere yol açtığını aktarmışlardır. Katılımcıların ifadeleri aspirasyon sırasında hissettikleri ağrının şiddetini ve bu deneyimin nasıl yaşandığını çarpıcı bir şekilde ortaya koymaktadır. Katılımcılar aspirasyon işlemini çoğunlukla keskin, yakıcı ve derin bir acı olarak tanımlamış ve bu acı, işlemin en zorlayıcı yönlerinden biri olarak öne çıkmıştır.

“Çok acı çektim. Delici, yakıcı, içten yakan bir şey. Sanki her nefeste biri içeride cam kırıkları gezdiriyor gibiydi. (Katılımcı 1)”

“Akşamüstü geldi bir hemşire. İşaret etti boğazıma. “Temizlik yapacağım” dedi... Ne yapacağını tam anlamadım ama başımı salladım. Sonra bir hortum çıkardı... içime doğru soktu. İçim parçalanıyor dedim. (Katılımcı 7)”

“Yani o hortum içime girdiğinde çok acıyordu, o acı zorladı beni hep. (Katılımcı 1)”

“Oooo hem de ne acı (gözlerini iyice açarak ve elini sallayarak). (Katılımcı 2)”

“Korktum ve tabii acıdı. (Bir an sessizlik oldu) Evet çok acıdı (Katılımcı 3)”

“Zorlandım tabii nefes alamıyordum (yüzü düştü). Sokuyorlar midene kadar, orada acıyor, çekiyor, balgam gelmiyor, orada kalıyor. Sonra tekrar sokup çıkarıyorlar, sokup çıkarıyorlar... (Katılımcı 2)”

Ağrının şiddeti bazı katılımcılarda istemsiz motor tepkilere yol açmış, bireyler acıyı durdurmak için refleksif olarak hemşirelerin ellerini itme, yatakta doğrulma ya da kaçma davranışları sergilemişlerdir.

“Hortum sokuyorlardı ya (aspirasyondan bahsediyor) o dayanılmaz bir ağrı yapıyordu, hatta bir kere hemşirenin koluna vurdum (üzülerek), ittim. O kadar ağırlı bir şey. Hemşirelerin işi de zor. (Katılımcı 4)”

“O hortum derine indiği zaman ben ayaklanmaya başlıyordum, hemşirelerin ellerini itiyordum, yatakta zıplıyordum. Öyle bir acıyordu ki kalkıp gidesim geliyordu. (Katılımcı 3)”

“O kadar canım yandı ki hemşireye kızdım, sonra da ona haksızlık ettiğimi düşündüm. (Katılımcı 15)”

Katılımcıların büyük bir kısmı aspirasyon işlemi sırasında yoğun bir boğulma hissi yaşadıklarını ifade etmiştir. Kateterin trakeadan ilerletilmesi, aritmelli serum fizyolojik verilmesi ve balgamın geç temizlenmesi gibi durumlar nefessiz kalma ve hava yollarının tamamen tıkanmış hissinin tetiklemiştir. Katılımcılar bu deneyimlerini şu şekillerde ifade etmiştir:

“Su sıkıyorlarken ve hortumu sokuyorlarken boğulmaktan çok korktum ilk sıkıntılarımda. Bende zaten astım var, temizlerlerken nefesim kesilir boğulurum diye korkuyordum, beni çok sıkıştırdı. (Katılımcı 6)”

“Nefessiz kaldım, öksürdüm. (Katılımcı 3)”

“O ilk anı hiç unutamıyorum. Resmen içimdeki nefesi alıp götürdü. Boğulacak gibi oldum. (Katılımcı 7)”

“İlk temizleme işleminden önce sadece senin boğazını temizleyeceğiz dediler ama bana onu yaparken boğulacağımı söylemediler. (Katılımcı 2)”

“Devam ederse boğulurum sandım. (Katılımcı 11)”

“Evet, korkutuyordu, acıtıyordu ama eğer temizlemeselerdi o tıkanıklık boğulma hissi daha kötü. İlk tıkanıldığında ve nefes alma kapasitemin yarıya düştüğünü hissettiğimde daha fazla korktum. Artık hep böyle mi kalacak, dolu dolu nefes alamayacak mıyım diye düşündüm. (Katılımcı 10)”

“Boğulma hissi oldu, bir iki defa, müdahale ettiler. (Katılımcı 1).”

Katılımcılardan biri balgamın hava yolunda fazla birikmesinin tıkanma hissini belirgin şekilde artırdığını ve daha yoğun bir boğulma duygusuna yol açtığını ifade etmiştir.

“Balgam iyice biriktikten sonra son anda beni tıkadığında hemşireden boğazımı temizlemesini istediğim zamanlarda işlem daha zor acılı oluyordu, nefessiz kalıyordum. (Katılımcı 8)”

Katılımcıların büyük çoğunluğu aspirasyon işlemi sırasında veya sonrasında öksürük refleksinin uyarıldığını ifade etmiştir. Kateterin trakeadan ilerletilmesi, boğazda oluşturduğu baskı ve balgamın hareketi öksürüğü tetikleyen en önemli faktörler arasında yer almıştır. Öksürük kimi zaman nefessiz kalma ve boğulma hissiyle birleşmiş kimi zaman ise balgamın uzaklaştırılmasıyla rahatlama hissi yaratmıştır. Katılımcılar öksürük koduna dair kendilerini şu şekilde ifade etmiştir:

“İşlem yapılırken çok fazla öksürmek istedim, çok öksürdüm. (Katılımcı 3)”

“Boğazımda batma hissi vardı. O yüzden öksürmek istedim. (Katılımcı 9)”

“Ben öksürdüm, ben öksürdükçe gelen balgamları çektiler. (Katılımcı 8)”

“Öksürük çok oluyordu, bir kere çok öksürdüm Geçen akşamlarda çok öksürdüm, balgam atamadım, boğuluyordum. (Katılımcı 1)”

“Öksürmek istiyordum ama işlem sırasında kendimi engelliyordum kendimi. Sonraki işlemlerde ilk zamanlara göre daha az öksürüyordum. Sanırım alışkanlık oluştu. (Katılımcı 9)”

Aspirasyon işlemi her ne kadar yoğun ağrı ve boğulma hissi ile ilişkilendirilse de katılımcıların önemli bir kısmı işlemin ardından *rahatlama* hissettiklerini dile getirmiştir. Katılımcılar balgamın temizlenmesiyle birlikte nefes almanın kolaylaştığını, göğüste hissedilen baskının azaldığını ve bunun moral verici bir etki yarattığını ifade etmişlerdir. Bu durum, aspirasyonun kısa süreli olumsuzluklarının ötesinde, hastaların yaşam kalitesine olumlu katkı sağladığını göstermektedir.

“Aspirasyondan sonra çok rahatlardım, rahat nefes aldım. (Katılımcı 2)”

“Rahatlık hissettim, onu yaptıktan sonra rahatlıyorsun. (Katılımcı 4)”

“İşlem bittiğinde büyük bir rahatlama geldi. Sanki içerisi temizlenmiş gibiydi. Derin bir nefes aldım, bu da moral verdi. (Katılımcı 9)”

“Evet rahatlıyordum. Yarabbi şükür diyordum. Yapmadıkları zaman, balgam biriktiği zaman bir hırıltı oluyordu bende, o hırıltının sesinden yanımda kızım uyuyamıyordu. Sonra çok şükür geçiyordu. (Katılımcı 6)”

“Bir kere çok öksürdüm. Bir hemşire geldi boğazımı temizledi. Çok rahatladım, çok şükür. (Katılımcı 1)”

Aspirasyon işlemi sırasında hastaların bir kısmı *mide bulantısı ve kusma* şikâyeti yaşadıklarını şu ifadelerle belirtmişlerdir:

“Korktum ve tabii acıdı. (Bir an sessizlik oldu) Evet çok acıdı. Nefessiz kaldım, öksürdüm. Bunaldım, bazen midem bulandı, öğürdüm (Katılımcı 3).”

“Bir de hep kusacakmış gibi hissederdim, hemşireleri uyarırdım aspirasyon yaptıklarında ‘dikkatli ol kusabilirim’ diye (güldü). (Katılımcı 5)”

“Bunaldım, bazen midem bulandı, öğürdüm. (Katılımcı 3)”

Katılımcılardan bazıları aspirasyon işlemi sırasında fiziksel tepkilerden biri olarak *öğürme hissini* dile getirmiştir:

“Benim çok öğürmem geliyordu. Çok öğürüyordum. (Katılımcı6)”

“Bunaldım, bazen midem bulandı, öğürdüm. (Katılımcı 3)”

“Çubuk ilk boğazıma değdiğinde çok öğürdüm. (Katılımcı 11)”

Aspirasyon işlemi sırasında katılımcıların bir kısmı istemsiz olarak *gözlerinin yaşardığını* ifade etmiştir. Kateterin boğazdan geçişiyle tetiklenen öğürme ve boğulma hissi, gözyaşı refleksini artırmış ve işlemin rahatsız edici doğasını pekiştirmiştir. Katılımcılar, gözlerinin yaşarmasını şu ifadelerle dile getirmiştir:

“Hemşire hanımın kolunu tuttum, ittim. Yapmasını istemedim, gözlerim doldu. (Katılımcı 11)”

“Ağzımı açamadım, ses çıkaramadım. Gözlerim yaşardı. Boğulacak gibi oldum. (Katılımcı 7)”

Bazı katılımcılar aspirasyon işlemi sırasında bedenlerinde istemsiz olarak *titreme* geliştiğini ifade etmiştir. Bu durum, yalnızca işlemin yarattığı yoğun fiziksel rahatsızlığın değil, aynı zamanda eşlik eden korku ve kaygının da bir yansıması olarak değerlendirilmiştir. Katılımcılar, titreme bulgusunu şu sözlerle ifade etmişlerdir:

“İşlem başladığında istemsizce vücudum titremeye başlıyordu. (Katılımcı 15)”

“Kaç kere dedim ki bu kadar ağır geçeceğini bilseydim bu ameliyatı olmazdım. O hortumu boğazıma sokup temizlediklerinde titriyordum. (Katılımcı 4)”

Katılımcıların bazıları, trakeotomi bölgesinde hissettikleri fiziksel rahatsızlığı özellikle *batma hissi* ile tanımlamıştır:

“Boğazımda batma hissi vardı. Hafif bir baskı. Sanki bir şey içeride dolaşıyor gibiydi. (Katılımcı 9)”

Bazı katılımcılar, aspirasyon işlemi sırasında yaşadıkları yoğun stres ve gerginliğin fizyolojik olarak *kan basınçlarının yükselmesine* yol açtığını ifade etmişlerdir:

“Bu işlem yüzünden burada stresten tansiyonum çok yükseldi. (Katılımcı 2)”

4.3.2. Duygusal Tepkiler

Trakeal aspirasyon deneyimi, katılımcılar açısından yoğun duygusal tepkiler içeren bir süreç olarak da tanımlanmıştır. Katılımcıların anlatımları işlemin yarattığı kaygı, korku, çaresizlik ve yetersizlik hislerinin ön plana çıktığını, kimi zaman ise balgamın uzaklaştırılmasıyla birlikte geçici bir rahatlama duygusunun ortaya çıktığını göstermektedir. Bunun yanında işlem sırasında yaşanan zorlanmaların zihinsel bulanıklık ve algısal karmaşa ile birleştiği de ifade edilmiştir. Bu alt tema kapsamında ortaya çıkan başlıca kodlar kaygı, korku, çaresizlik, yetersizlik, rahatlatıcı etki ve zihinsel bulanıklık olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların çoğu aspirasyon deneyimini en yoğun şekilde tanımlayan duygulardan birinin *korku* olduğunu ifade etmişlerdir. Korku, çoğunlukla boğulma riski, ağrı beklentisi, bilinmezlik, yaralara zarar verme ihtimali ve işlemin tekrar edici doğası ile ilişkilendirilmiştir. İlk deneyimlerde duyulan korkunun daha belirgin olduğu ancak süreç ilerledikçe de tam olarak kaybolmadığı, her işlemde yeniden ortaya çıktığı görülmüştür. Korku, katılımcılar tarafından şu şekillerde ifade edilmiştir:

“İlk başta tabii ki korktum. Daha önce hiç böyle bir şey yaşamamıştım, ilk defa başıma böyle bir şey geliyordu. Acıyacak mı, bana zarar verecek mi? Sonuçta yeni ameliyat olmuştum ve boğazımda ameliyat yaraları vardı. Boğazımdaki o yaralara zarar verir mi gibi düşünceler beni korkuttu ya da o hortum o yaralarımaya değerse çok acır diye korktum. (Katılımcı 10)”

“Yani... alışmak mı denir bilmiyorum. Beden alışıyor belki ama kalp her seferinde aynı korkuyu yaşıyor. (Katılımcı 7)”

“(Gülerek) ben çok korkuyordum, korktuğum için istemiyordum. Hemşireler kendileri hırıltı seslerini duyup gelip yapıyorlardı. (Katılımcı 6)”

“Hem şükür hem korku. Şükrediyorum çünkü o hortum yok artık ama korkuyorum da... ya yine başlarsa? Bir daha o hissi yaşamak istemiyorum. (Katılımcı 7)”

Bazı katılımcılar için ani tıkanma, nefesin tamamen kesilmesi hissi sarsıcı deneyimler yaşatmakla birlikte yoğun bir korku hissine neden olmuştur:

“(Gözlerini iyice açarak) Bir balgam geldi boğazıma, boğuluyorum, nefes alamıyorum. Yanımda kimse yok, kolumda da serum var. Salona doğru (hemşire deskine doğru) koştum hemşire hanıma. (Hıçkırma hıçkırma ağladı, bir müddet sessizlik oldu) Sağ olsun. (Hıçkırmaya devam etti) Çok korktum. İşte hemşire geldi, nefes almamı sağladı. (Katılımcı 2)”

Katılımcıların ifadeleri ne yapılacağını bilmemeye bağlı bilinmezliğin süreci yoğun bir korku duygusuna dönüştürdüğünü göstermektedir:

“Ben çok korkuyordum, özellikle ilk defalarında boğulurum diye çok korkuyordum. (Katılımcı 6)”

“Beklenmedik bir şeyle karşılaşınca insan ister istemez korkuyor. (Katılımcı 9)”

Katılımcılar aspirasyon işlemi öncesinde ve sırasında *kaygı* yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu kaygı hem işlemin bilinmezliğinden hem de daha önce yaşanmış ağrı ve rahatsızlıkların yeniden tekrarlanacağı endişesinden kaynaklanmıştır. Katılımcılar, işlemi beklerken sürekli bir gerginlik içinde olduklarını ve bu durumun günlük yaşam ritimlerini dahi etkilediğini şu şekilde ifade etmişlerdir:

“Acaba bu hep böyle mi olacak, canım daha fazla yanar mı diye düşündüm. (Katılımcı 9)”

“Tedirgin oldum. Kendimi güvensiz hissettim. (Katılımcı 15)”

“Boğazıma sıvı (aritmali serum fizyolojik) sıkıldı ve ardından hortum sokuldu. Bu benim için ilk defa karşılaştığım yeni bir şeydi. Ne olacağını bilmediğim için panikledim. (Katılımcı 9)”

“Stres yapıyordu, evet. Yine gelecekler boğazımı temizleyecekler diye stres oluyordum. (Katılımcı 3)”

Katılımcıların deneyimlerinde dile getirdikleri bir diğer duygu da *çaresizlik* olmuştur. Aspirasyon işlemi sırasında kontrolün tamamen sağlık profesyoneline olması hastaların sürece aktif olarak katılamamaları, kendilerini güçsüz ve edilgen hissetmelerine yol açmıştır. Bu durum, yalnızca fiziksel bir müdahale olarak değil, aynı zamanda psikolojik bir yük olarak da tanımlanmıştır. Daha önce kendini güçlü ve bağımsız olarak tanımlayan bireyler, balgamı çıkaramama ve bir başkasının yardımıyla nefes alabilme durumunu kendi yeterliliklerini kaybetmek olarak yorumlamış ve bu duygularını şu şekillerde ifade etmiştir:

“Kendimi çaresiz hissettim. Sadece oturup yapılmasını beklemek beni zayıf hissettirdi. (Katılımcı 9)”

“Kendime acıdım biraz. Böyle olacağımı hiç düşünmemiştim. Güçlüydüm ya ben, o halimi görmek çok üzdü. (Katılımcı 1)”

“Bir anne olarak çocuklarımla hayatlarında bu şekilde var olmak istemedim. Kendimi güçlü hissedemedim. (Katılımcı 11)”

“Ben niye kendi balgamımı çıkarıp atamayacak hale geldim diye düşündüm, üzüldüm. Benim balgamımı neden bir başkası, gencecik bir kız temizliyor diye düşündüm, üzüldüm. (Katılımcı 8)”

Bazı katılımcılar aspirasyon işlemi sırasında *zihinsel bir karmaşa* yaşadıklarını ve o anki deneyimlerini tam olarak hatırlayamadıklarını ifade etmiştir. Ameliyat sonrası dönemin belirsizlikleri, iyileşme süreciyle ilgili kaygılar ve mevcut ruhsal durum, aspirasyon deneyiminin zihinsel bulanıklık ile iç içe geçmesine neden olmuştur. Katılımcılar bu duygularını şu şekilde ifade etmiştir:

“(Aspirasyon) İlk yapıldığında çok kendimde değildim, o yüzden çok hatırlayamıyorum. Aklım çok karıştı, aklımda bin tane soru vardı... (Katılımcı 8)”

“İşlem yapılırken ne olduğunu tam kavrayamadım, o an kafamda binbir düşünce vardı. (Katılımcı 15)”

4.3.3. Metaforlar

Katılımcılar trakeal aspirasyon deneyimlerini açıklarken kullanmalarını istediğimiz bir diğer yöntem yaşadıklarını bir metafor üzerinden tanımlamaları olmuştur. Bu benzetmeler, işlemin fiziksel hislerini, duygusal yoğunluğunu ve zihinsel çağrışımlarını daha güçlü ve somut bir biçimde ortaya koymuştur. Kullanılan metaforlar, kimi zaman aspirasyonun işlevsel yapısına (elektrik süpürgesi, itfaiye vidanjörü, kuyudan su çekme, bulanık suyu betonun kenarından çekmek), kimi zaman fiziksel hissiyatına (boğazda bulaşık teli, iğne batması, kedi tırmalaması), kimi zaman da duyuşal-psikolojik etkilerine (fırtına, ölüm acısı, ciğerlerin patlaması) işaret etmiştir. Katılımcılar metaforik yaklaşımları aşağıda sırlanmıştır:

Trakeal Aspirasyonun İşlevsel Yapısına Yönelik Metaforlar

Elektrik Süpürgesi: Katılımcıların en çok kullandığı metafor olmuştur. Üç hasta, aspirasyon işlemini boğazın içini süpürerek temizleyen bir makineye benzetmiş, bu süreçte “çekilme”, “vakum” ve “zorlayıcı temizlik” hislerini vurgulamıştır.

“Elektrik süpürgesi gibi aynı. Balgamı çekiyor. Ben biraz duygularımı ifade etmekte zorlanıyorum (güldü). (Katılımcı 5)”

“Evet evet, aynı elektrik süpürgesi gibi fıışt diye çekiyor. (Katılımcı 6)”

“(Bir süre düşündü). Beni boğmaya çalışan bir elektrik süpürgesi. Elektrik süpürgesi nasıl ki hüüp diye içine tüm havayı çekiyor, bu da aynı öyle, hem de bunu ciğerlerimin dibinde yapıyor. (Katılımcı 13)”

İtfaiye Vidanjörü: Bir katılımcı aspirasyon işlemini, itfaiyenin tıkalı yerleri açmak için kullandığı vidanjörlere benzetmiştir. Bu metafor işlemin kaba, sert ve aynı zamanda sarsıcı doğasını yansıtmaktadır. Katılımcı aspirasyonun güçlü bir basınç ve çekiş hissi yarattığını ve bu yönüyle hem rahatlatıcı hem de rahatsız edici bir deneyim oluşturduğunu ifade etmiştir.

“(Bir süre düşündü) Şey gibi... itfaiyenin o vidanjörleri oluyor ya, tıkalı yerleri açmak için hortumla çekerler... işte öyle bir his. Boğazımın içine hortum giriyor, bastırıyor, çekiyor... tıkalı yer açılıyor ama seni de sarsıyor. O kadar güçlü ki bir yandan rahatlatıyor ama bir yandan da rahatsız ediyor. (Katılımcı 12)”

Kuyudan Su Çekme: Bir katılımcı aspirasyon deneyimini derin bir kuyudan su çekmeye benzetmiştir. Bu metafor, işlemin boğazın derinliklerinden mukusun çıkarılmasını görsel ve somut bir şekilde ifade etmektedir. Katılımcı aspirasyonu küçük bir çengelin boğaza takılarak hızla çekilmesine benzetmiş ve aynı zamanda ip sallanarak kuyunun dibinden su çekme eylemine paralel bir şekilde mukusun derinlerden çekilip alınmasını tasvir etmiştir. Bu benzetme, aspirasyonun hem mekanik hem de zahmetli yönünü ortaya koymaktadır.

“(Birkaç dakika düşündü) ... sanki küçük bir çengel var, boğazının içine takıyorlar, sonra da hızla çekiyorlar. Ya da derin bir kuyudan su çekmek gibi... ipi salıyorlar, dipten balgamı çekip alıyorlar. (Katılımcı 7)”

Bulanık Suyu Betonun Kenarından Çekmek: Bir katılımcı aspirasyon deneyimini göl kenarında birikmiş bulanık suyu betonun kenarından çekmeye benzetmiştir. Bu metafor, işlemin hem temizleyici yönünü hem de eşlik eden yaralayıcı ve zorlayıcı etkilerini ortaya koymaktadır. Katılımcı, boğazındaki mukusun temizlenmesini bulanık suyun çekilmesine benzetmiş ancak bu sürecin aynı zamanda otların (yaraların) arasında yapıldığını yani acı ve rahatsızlıkla birlikte gerçekleştiğini ifade etmiştir. Ayrıca işlemi

yapan malzemenin “yumuşak olması” gerektiğini vurgulayarak, kullanılan ekipmanın deneyim üzerindeki belirleyici rolüne dikkat çekmiştir.

“Bulanık suyu gölün kenarından, betonun kenarından almak gibi. Ama orada otlar da var, yani yara da var. Ama yine de temizleyeceksin orayı, öyle bir şey. Yeter ki temizlediğin çubuk yumuşak olsun. (Katılımcı 10)”

Trakeal Aspirasyonun Fiziksel Hissiyatına Yönelik Metaforlar

Boğazda Bulaşık Teli: Bir katılımcı aspirasyon deneyimini boğazına bulaşık teli sürtüyormuş gibi hissettiğini ifade etmiştir. Bu benzetme, işlemin yarattığı tahriş, sertlik ve rahatsız edici hissini somutlaştırmaktadır. Katılımcı aspirasyonun boğazında keskin ve rahatsız edici bir etki bıraktığını ve bu nedenle deneyimi adeta kaba bir temizlik aracının sert sürtünmesine benzettiğini belirtmiştir.

“Belki şöyle diyebilirim... Sanki boğazımın içine bulaşık teli sokuyorlar gibi. Hani bulaşık teline benzer şeylerle sert bir yeri ovmaya çalışırsın ya, onun gibi sert ve rahatsız edici bir şey. Hem tahriş ediyor gibi hem de insanı gıcık yapıyor. (Katılımcı 14)”

Kedi Tırmalaması: Bir katılımcı aspirasyon deneyimini kedi tırmalamasına benzetmiştir. Bu metafor, işlemin yarattığı keskin, çizici ve rahatsız edici acıyı betimlemektedir. Katılımcı, aspirasyon sırasında boğazında hissettiği yanma ve tahrişi kedinin tırmalarken bıraktığı iz ve acıya benzeterek ifade etmiştir. Bu benzetme aspirasyonun hastalarda bıraktığı duyuşal izlenimlerin ne kadar somut ve günlük yaşamdan çağrışımlarla aktarıldığını göstermektedir.

“Şöyle acı yapıyor kızım, sanki kedi cımcıklar gibi (kedi tırmalaması). (Katılımcı 1)”

İğne Batması: Bir katılımcı aspirasyon işlemini iğne batmasına benzetmiştir. Bu metafor işlemin yarattığı ani, keskin ve kısa süreli acıyı ifade etmektedir. Katılımcı bu hissi aynı zamanda bir ısırığa da benzeterek deneyimin küçük ama rahatsız edici bir acı uyandırdığını vurgulamıştır. Bu durum aspirasyonun bazı hastalar için süregelen bir ağrıdan çok, ani ve batıcı bir duyum olarak algılandığını göstermektedir.

“Bir ısırık gibi hafif. Bir şey ısıırıyormuş gibi, iğne batıyor gibi. (Katılımcı 6)”

Ciğerlerin Patlaması: Bir katılımcı aspirasyon deneyimini ciğerlerinin patlamasına benzetmiştir. Bu metafor işlemin yarattığı şiddetli acı, korku ve kanla birlikte yaşanan kaygıyı yansıtmaktadır. Katılımcı balgamin yoğunluğu ve zaman zaman gelen kan nedeniyle akciğerlerinin zarar gördüğünü ve patladığını düşündüğünü ifade etmiştir. Bu anlatım aspirasyonun bazı hastalarda ciddi bir endişe ve ölüm korkusu ile ilişkilendiğini de göstermektedir.

“Ben de diyordum ki acaba ciğerlerim mi patladı. Sanki akciğerlerim patladı gibi hissediyordum. Ben tamam ameliyat oldum da bu balgamlar nasıl orada bu kadar birikti, bazen kan gelirdi, o kanlar nasıl nereden geldi? O acıyla herhalde ciğerlerim patladı diye düşünürdüm. (Katılımcı 2)”

Trakeal Aspirasyonun Duyusal-Psikolojik Etkilerine Yönelik Metaforlar

Fırtına: Bir katılımcı aspirasyonu boğazına hortumla sokulan bir fırtına olarak tanımlamıştır. Bu metafor işlemin yarattığı şiddetli sarsıntı, nefes kesilmesi ve kontrol kaybı hislerini yansıtmaktadır. Katılımcı aspirasyon sırasında yaşadığı zorlayıcı deneyimi fırtınanın şiddetine benzetirken işlemin bitişiyile birlikte gelen rahatlamayı da “fırtına sonrası huzur” olarak dile getirmiştir. Böylece, aspirasyon hem yoğun bir yıkım hem de ardından gelen bir rahatlama duygusunu aynı anda barındıran ikili bir deneyim olarak ortaya çıkmıştır.

“Boğazımdan içeriye hortumla bir fırtına sokuyorlar gibiydi. Nefesimi keserdi. Ama bittikten sonra da fırtına sonrası gibi bir rahatlama oluyordu. (Katılımcı 8)”

Ölüm Acısı: Bir katılımcı aspirasyon deneyimini doğrudan ölüm acısına benzetmiştir. Bu metafor işlemin yarattığı nefes darlığı, boğulma hissi ve ölüm korkusunu güçlü bir şekilde ortaya koymaktadır. Katılımcı aspirasyon sırasında nefes alamadığını, boğulduğunu ve bu nedenle öleceğini düşündüğünü ifade etmiştir. Bu dramatik benzetme, aspirasyonun bazı hastalarda varoluşsal düzeyde tehdit edici bir deneyim olarak yaşandığını göstermektedir.

“Ölüm acısına. Nefes alamıyorsun, boğuluyorsun artık öleceğim sanıyorsun. (Katılımcı 3)”

4.4. Trakeotomi ve Trakeal Aspirasyon Deneyimine Katkıda Bulunan Faktörler

Katılımcılar trakeotomi ve trakeal aspirasyon işlemini deneyimlerken bu deneyime etki eden çeşitli dışsal ve içsel faktörleri dile getirmişlerdir. Bu faktörler trakeotominin ve işlemin nasıl algılandığında, hastanın yaşadığı zorluklarda ya da rahatlama düzeylerinde belirleyici olmuştur. Bu doğrultuda etki eden faktörler “Güçleştiriler” ve “Kolaylaştırıcılar” olarak iki alt temaya ayrılmıştır.

4.4.1. Güçleştiriciler

Katılımcıların ifadeleri trakeotomi ve trakeal aspirasyon deneyiminin çevresel koşullar, fiziksel kısıtlılıklar ve psikososyal faktörlerden de etkilendiğini göstermektedir. Bu bağlamda bazı faktörler hastaların deneyimini belirgin şekilde güçleştirmiştir. Yoğun sekresyon varlığı, birden fazla bakım ekipmanının varlığı, uykuya dalma ve sürdürme zorluğu, yeme içmenin kısıtlı olması, korku, hasta yakınlarının duygusal durumu, sözel iletişim kuramaması, yazılı iletişim kuramaması, bilgilendirme eksikliği, damgalanma, dışlanma hissi, utanma ve gizlenme isteği trakeotomi ve aspirasyon sürecini daha zor hale getiren kodlar olarak öne çıkmıştır.

Katılımcıların ifadeleri, trakeal aspirasyonun yalnızca fiziksel değil psikolojik açıdan da “beklenti anksiyetesi” yarattığını göstermektedir. İşlem öncesinde hissettikleri *korku* ve bu korkuya bağlı gelişen stres ön plana çıkmaktadır. Katılımcılar, bu duygularını şu sözlerle ifade etmişlerdir:

“Tabii insan artık tiksiniyor, hemşirelerin geleceği zamanı anladığımda stres oluyordum hep. Ama mecbur yaptırım gerektiğini de biliyordum. (Katılımcı 1)”

“Stres yapıyordu evet. Yine gelecekler boğazımı temizleyecekler diye stres oluyordum. (Katılımcı 3)”

“Genelde sabahları. Geceleri biraz daha rahattım, ama sabah saat 10 gibi hep geliyorlardı, o saati beklerken çok stres olurdum. (Katılımcı 3)”

“Beden alışıyor belki ama kalp her seferinde aynı korkuyu yaşıyor. Her gün dört kez geldiler. Saatine kadar ezberledim. Hemşireler gelmeden bile içim daralıyordu. (Katılımcı 7)”

Katılımcılar, trakeotomi ve aspirasyon sürecinde yaşadıkları güçlüklerden birinin de *yeterli bilgilendirilmemek* olduğunu belirtmişlerdir. Özellikle ameliyat öncesinde ve sonrasında yapılacak işlemler hakkında detaylı açıklama yapılmaması, hastalarda panik, kaygı ve belirsizlik duygularını artırmıştır. Bilgilendirmenin sınırlı kalması, sürece yönelik hazırlık yapmalarını engellemiş ve iletişim güçlükleri de bu durumu pekiştirmiştir. Katılımcılar yeterli bilgilendirilmeme deneyimlerini şu sözlerle dile getirmiştir:

“Ameliyattan önce tabii boğazımı deleceklerini söylediler ama ameliyattan sonra tıkanacaksın boğazını temizleyeceğiz demediler. Temizleme işlemini yapmadan hemen önce boğazını temizleyeceğiz dediler. (Katılımcı 2)”

“Evet, ilk defa karşılaştığım için panik yapmış olabilirim. Nasıl bir işlem olacağını önceden detaylı anlatsalardı belki de çok panik olmazdım. İşlem yaparken bana ne yaptıklarını açıkladılar, nefes al nefes ver falan dediler. O zaman söyledikleri rahatlatı beni. (Katılımcı 13)”

“Sonradan adını söylediler o deliğin, aklımda kalmadı. Geçici olduğunu duyunca biraz rahatladım. (Katılımcı 9)”

Bazı katılımcılar, trakeal aspirasyon sonrasında boğazlarının kısa sürede yeniden dolduğunu ifade etmişlerdir. *Yoğun sekresyon varlığı*, aspirasyonun etkisinin geçici kalmasına neden olmuş ve hastalarda sürekli tekrarlayan bir temizlik ihtiyacı doğurmuştur. Katılımcılar bu durumu şu şekillerde ifade etmişlerdir:

“Aspirasyondan sonra boğazım bazen hemen doluyordu. (Katılımcı 1)”

“Ne kadar çekilse de balgam yine birikiyordu, rahatlama kısa sürüyordu. (Katılımcı 14)”

Katılımcılardan bazıları aspirasyon deneyimlerinin eş zamanlı kullanılan farklı bakım ekipmanlarının yarattığı yükten de etkilendiğini dile getirmiştir. Nazogastrik tüp, trakeotomi kanülü, üriner kateter, dren gibi *birden fazla bakım ekipmanının aynı anda*

bulunması hastaların bedenlerini yabancı cisimlerle çevrili hissetmelerine neden olmuş ve belirsizlik hissini artırmıştır. Katılımcılar bu durumu şu şekilde ifade etmiştir:

“Ameliyatım çok ağır geçti, ona dikkat etmeye hiç vaktim olmadı yani ben de anlamadım. Burnumda bu (burnundaki NG’yi göstererek), boğazımda bu (boğazında trakeotomi pansumanını göstererek), burada bu (boğazındaki dreni göstererek), buramda bu (üriner kateterini göstererek). Her yerimde bir şey vardı çıktığımda. Ne düşüneceğimi ben de bilemedim yani. (Katılımcı 4)”

“Her tarafımda bir hortum vardı, hangisine dikkat edeceğimi şaşıırıyordum. (Katılımcı 15)”

Bazı katılımcılar, aspirasyon işlemi sırasında hemşirelerin yüz ifadeleri ve tutumlarının kendilerinde *utanma hissi* oluşturduğunu belirtmiştir. Özellikle hemşirenin yüzünü ekşitmesi, mesafeli davranması ya da balgama iğrenerek bakması, hastaların kendi durumlarını kusur veya yük gibi algılamalarına neden olmuştur. Katılımcılar, bu durumu şu şekilde ifade etmiştir:

“Üstlerine balgam sıçrar diye iki metre öteden kollarını uzatıp yapmaya çalışırlardı. Bu bana o kadar kötü hissettiriyordu ki. Ben bilerek mi böyle oldum? Ben ister miydim balgamımı size temizletmek? Ne gerek var yüzünü ekşitmenin? (Katılımcı 11)”

“Hemşirelerin de balgama iğrenerek bakmasını önermem. (Katılımcı 10)”

4.4.2. Kolaylaştırıcılar

Katılımcıların ifadelerine göre trakeotomi ve trakeal aspirasyon sürecinde yaşanan fiziksel ve duygusal zorlukların daha kolay tolere edilmesini sağlayan çeşitli unsurlar bulunmaktadır. Hemşirenin destekleyici yaklaşımı, aspirasyon işlemini destekleyici/kolaylaştırıcı girişimler, yeni sürece uyum sağlama, alternatif iletişim yollarının sağlanması ve sosyal destek faktörleri hastaların sürece uyumunu artıran önemli kodlar olarak belirlenmiştir. Bunun yanı sıra bireysel baş etme yöntemleri olarak dua etme ve mizahın kullanılması da deneyimi kolaylaştırıcı diğer kodlar olarak belirlenmiştir. Bu bulgular hem profesyonel bakım yaklaşımlarının hem de bireysel/sosyal baş etme

stratejilerinin, hastaların aspirasyon sürecindeki yaşantılarını olumlu yönde şekillendirdiğini göstermektedir.

Katılımcılar, hemşirelerin işlem sırasında sergiledikleri destekleyici tutum ve iletişim biçimlerinin aspirasyon deneyimini daha katlanabilir ve güven verici hale getirdiğini ifade etmiştir. Özellikle göz teması kurulması, sakin ve açıklayıcı bir şekilde iletişim kurulması, hastanın yorgunluğunun fark edilerek ona göre davranılması ve duygusal ihtiyaçlarının gözetilmesi, süreci kolaylaştırıcı unsurlar olarak öne çıkmıştır. Hastalar *hemşirelerin destekleyici yaklaşımlarının etkisini* ifade etmişlerdir.

Katılımcıların önemli bir kısmı, hemşirenin işlem öncesi veya işlem sırasında kurduğu göz teması, nazik davranış ve yumuşak iletişimin kendilerini daha güvende ve sakin hissettirdiğini şu ifadelerle belirtmiştir:

“En çok da işlem öncesi benimle göz teması kurulunca, kendimi daha emniyette hissediyordum. Sanki o hortum daha nazik giriyor, hemşirenin benim canımı yakmamak için çaba sarf ettiğini hissediyordum. (Katılımcı 7)”

“Yavaş ve özenli olan hemşireler beni rahatlatıyordu. Kendimi daha rahat ve güvende hissediyordum. Özellikle benimle gözleriyle de olsa iletişim kurmaya çalışanlar ve benden gözümlle elimle kolumla da olsa cevap bekleyenler ona göre devam edenler bana iyi hissettirdi. (Katılımcı 9)”

“Göz teması... inan kızım, o bile yetiyor bazen. “Ben buradayım” demek o. Bazısı hiçbir şey demeden giriyor çıkıyor, o zaman kendini makineye benzetiyorsun. Ama göz göze gelen, kaşını kaldırıp “hazır mısın?” diyen hemşire, insanın ruhuna iyi geliyor. (Katılımcı 7)”

“Göz teması kurmaları ve işlem sırasında nazik davranmaları. Bunlar bana değer verildiğini hissettirdi. (Katılımcı 9)”

Hemşirenin işlem öncesi ve sırasında hastayı bilgilendirmesi, yapılacakları açıklaması ve süreci adım adım aktarması, katılımcıların kontrol hissini artırmış ve korkularını azaltmıştır.

“Bir hemşire işlemden önce kısa bir açıklama yaptı, o an kendimi güvende hissettim. (Katılımcı 9)”

"Hemşirenin bu işlemi anlatması çok çok önemli, bana anlattılar. (Katılımcı 8)"

"İşlem yapılırken de açıklama yapmaya devam ettiklerinde mesela "nefesini tut, derin nefes al, az kaldı, bitti, aşağıda biraz daha kaldı son kez yapacağım biraz dinlen" dediklerinde hastanın psikolojisine göre hareket ettiklerine inandım ben. Ben daha önce de ameliyatlar geçirdim, böyle şeyler az da olsa var bilincimde. En önemli şey hastanın psikolojisine göre uyumlu hareket etmek. Sakinleştirmek, bir sözle bir gözle. (Katılımcı 10)"

Bazı katılımcılar hemşirelerin empatik, sabırlı ve duygusal destek içeren tutumlarının kendilerini değerli hissettirdiğini, psikolojik yüklerini azalttığını ve işlemi daha katlanabilir hâle getirdiğini ifade etmiştir:

"Hemşirenin benim yorulduğumu hissedip 'biraz dinlen ben beş on dakika sonra tekrar gelip bakarım' demesi bana iyi hissettiriyordu. Dediği gibi on dakika sonra gelip tekrar deniyordu. Ben de daha huzurlu oluyordum işlem sırasında. (Katılımcı 10)"

"Benim duygusal yönümü onlar da fark etti sanıyorum ki. Bana hep sakın tane tane konuştular, her şeyi anlattılar. Benim boğazımı temizlerlerken ister istemez gözlerim doluyordu. Kızım beni öyle görmesin diye, kızımı hep dışarıya alırlardı, sonra boğazımı temizlerlerdi. Bu benim de çok hoşuma gidiyordu. (Katılımcı 11)"

"Hemşirelik mesleğiniz çok kutsal bir meslek. Çok zor bir meslek seçmişsiniz ama çok da kutsal. Güler yüzlü hemşireler geldikçe ben daha da iyi oldum. (Katılımcı 4)"

"Anlayışlı ve sabırlı bir yaklaşım. O an çok hassas hissediyorsun, biri seni anladığında bu yük azalıyor. (Katılımcı 9)"

Katılımcılar, hemşirelerin yalnız olmadıklarını hissettiren, duygusal ihtiyaçlarını fark eden ve psikolojik olarak destekleyici bir iletişim kurduklarında kendilerini daha güvende, anlaşılmış ve rahatlamış hissettiklerini belirtmiştir.

“Bir erkek hemşire vardı, benimle sohbet ederdi, gözümün içine bakardı hep. Ne zaman o gelse içim rahat ederdi. (Katılımcı 7)”

“Ben bir şey söylemeden hemşirelerin beni anlamaları, duygularımı önemsemeleri de beni çok duygulandırdı (gülerek). (Katılımcı 11)”

“Sanırım fark etti çünkü bana gülümsedi ve 'Biz buradayız, yalnız değilsiniz' dedi. İçim biraz rahatladı. (Katılımcı 8)”

“Hemşireler her gün her geldiklerinde beni açmaya çalıştılar. Aspirasyon işlemi hakkında hiç konuşmazdık ama ruh halimin kötü olduğunun onlar da farkındalardı. Benim için bir şeyler yapmak istediklerini görüyordum. Benimle aynı şeyleri yaşamış daha kötü durumlarda olan hastaları bana anlatırlardı, sonra buradan sağlıklı bir şekilde çıktıklarını anlatırlardı. Onlar beni topladılar. (Katılımcı 3)”

Katılımcılar, aspirasyon işlemi öncesinde ve sonrasında uygulanan bazı girişimlerin süreci kolaylaştırdığını, ağrı ve rahatsızlığı azalttığını, nefes almayı kolaylaştırdığını ifade etmiştir. Özellikle aritmali serum fizyolojik uygulanması, işlemin yavaş ve özenli yapılması, buhar ve oksijen desteği sağlanması gibi uygulamalar, hastaların işlem sırasında ve sonrasında daha rahat hissetmelerine katkıda bulunmuştur. Katılımcılar, *aspirasyon işlemini kolaylaştıran girişimleri* ve etkilerini ifade etmişlerdir.

İşlem öncesi ve sırasında uygulanan nemlendirme, buhar ve serum fizyolojik kullanımının balgamı yumuşattığını, nefes almayı kolaylaştırdığını ve işlemden kaynaklanan rahatsızlığı belirgin şekilde azalttığını şu sözlerle ifade etmişlerdir:

“Su sıkıyorlardı (aritmali serum fizyolojik) sıkıyorlardı. Onu sıktıklarında rahatlıyorsun, nefes alıyorsun. (Katılımcı 1)”

“Su sıkıldılar ilaç bastılar (aritmali serum fizyolojik), ondan sonra mideme kadar soktular, o zaman çok ağrı hissetmedim. (Katılımcı 2)”

“Buhar veriyorlardı en azından içimi nemlendiriyordu, çok kurumuyordu. (Katılımcı 2)”

“İşlemden sonra hem oksijen hem buhar yapıyordum. Temizlendikten sonra temizlenemeyen balgam kalmışsa buharla oksijenle o kalan balgamlar yumuşuyordu. Ben de öksürerek atabiliyordum böylece. Özellikle buhar su

içme isteğini de gideriyordu. O zamanlar bana denizi bile içebilirim gibi geliyordu (Güldü). (Katılımcı 10)”

“Evet, önce su sıkıyorlardı. Balgam sökücü ilaçlar veriyorlardı. Etki ediyordu. (Katılımcı 4)”

Birçok katılımcı, aspirasyonun yavaş ve özenli bir şekilde yapılmasının acıyı azalttığını, ani ve hızlı hareketlerin ise hem ağrıyı hem de boğulma hissini artırdığını belirtmiştir:

“Yavaş yapıldığında daha az acı hissediyordum. (Katılımcı 1)”

“Yavaş yavaş yapın diye de uyardım. Sağ olsunlar yavaş yaptılar. (Katılımcı 5)”

“Yavaş yavaş yapıldığında daha az acıyordu. Bazen derinde içerideyken orada çok fazla kaldıklarında artık boğulacağım diyordum, korkuyordum. (Katılımcı 8)”

Bazı katılımcılar, işlemin birden başlamaması; önce oksijen verilmesi, nemlendirici uygulanması veya adım adım ilerlenmesinin kendilerini daha hazır, daha kontrollü ve daha az gergin hissettirdiğini ifade etmiştir:

“İşlemden önce oksijen verdiler, serumdan (aritmali serum fizyolojik) verdiler, sonra o işlemi yaptılar. Daha rahat oldu. (Katılımcı 11)”

“Şöyle ilk önce ilaçlı suyu (aritmali serum fizyolojik) ben derin nefes alırken içime püskürtüyorlardı, sonra işte şu hortumu eline alıyordu, yavaş yavaş ilerletip çekiyordu. Bana o esnada ‘rahat nefes al’ diyorlardı. Rahat nefes almaya çalışıyordum, o zaman o kadar rahatsız etmiyordu. (Katılımcı 12)”

“Önce buhar yaptık sonra ben öksürdüm kuvvetlice, hemşire sırtıma vurdu, ben biraz o şekilde balgam atabildim. (Katılımcı 10)”

Yeni sürece uyum sağlama kodu altında katılımcıların ifadeleri, aspirasyon sürecine zamanla hem fiziksel hem de psikolojik açıdan uyum sağlandığını göstermektedir. İlk zamanlarda yoğun öksürük, ağrı ve panik yaşanırken işlemin rahatlatıcı etkisinin öğrenilmesi ve aspirasyonun zamanında yapılmasının öneminin fark edilmesiyle birlikte

sürece karşı daha olumlu bir bakış gelişmiştir. Tekrarlayan uygulamalar sayesinde katılımcılar hem fiziksel olarak işleme alıştıklarını hem de psikolojik olarak daha hazırlıklı hissettiklerini belirtmiştir. Böylelikle başlangıçta şiddetli ağrıya ve korkuya neden olan işlem, zamanla daha tolere edilebilir hale gelmiştir. Katılımcılar yeni sürece nasıl uyum sağladıklarını ifade etmişlerdir.

Bazı katılımcılar için aspirasyon sırasında yaşanan boğulma ve tıkanma anları, hemşirelerin zamanında ve etkili müdahalesiyle hızlı bir rahatlamaya dönüşmüş ve bu durum hem güven hissini güçlendirmiş hem de işlemi daha kabul edilebilir kılmıştır:

“Çok öksürdüm bir kere. Senin gibi bir kız geldi boğazımı temizledi. Çok rahatladım çok şükür. (Katılımcı 1)”

“Bir kere işte resmen balgam boğuyordu beni, boğulacağım sandım gerçekten. Hemen hemşireleri çağırdık... Hemşire boğazımı temizleyip beni kurtardı. O an gözlerim doldu, o hemşirenin ellerini öptüm. (Katılımcı 1)”

“Şunu fark etmiştim bir zaman sonra artık balgam çok birikmeden önce alındığında işlem daha kolay oluyor... Balgam daha seni tıkamadan az balgam da olsa onun temizlenmesini istemek gerekiyormuş. (Katılımcı 8)”

“Bunun neden gerekli olduğunu bana çok iyi açıkladı doktor... Daha fazla birikmeden temizlersek biriktiğinde temizlediğimiz kadar zorlanmazsın dediler. Ben de öyle ikna oldum. İçim rahat güvendim, yaptılar. (Katılımcı 10)”

Birçok katılımcı, aspirasyon işlemini başlangıçta yoğun acı, korku ve tıkanma hissiyle deneyimlese de zamanla işlemin tekrar edilmesiyle ne olacağını öngörmeyi öğrenmiş ve böylece hem panik düzeyi azalmış hem de işleme yönelik tolerans artmıştır:

“Sonrakiler daha rahat geçti, alıştım. Sonrakiler iyiydi. (Katılımcı 3)”

“Aslında boğazımı ilk temizlediklerinde hiç temizlemelerini istemiyordum... Birkaç uygulamadan sonra artık ben yaptırmak istedim. (Katılımcı 5)”

“Sonrakilere psikolojik olarak daha çok alıştım, ilk seferkiler kadar rahatsız etmedi beni balgamımın başkası tarafından temizleniyor olması. (Katılımcı 8)”

“Zamanla o paniğin azaldığını fark ettim. Artık bunun geçici bir şey olduğunu biliyordum. (Katılımcı 9)”

“Gün geçtikçe daha az acımaya başladı... Bildiğin yerden gelmesi daha rahat hissettirdi. (Katılımcı 10)”

Konuşma yetisinin kaybolduğu trakeotomi sürecinde katılımcılar kendilerini ifade edebilmek için farklı alternatif iletişim yöntemlerine başvurdıklarını aktarmıştır. El hareketleri, yazı, dudak okuma, telefonla mesajlaşma ve ses çıkarma gibi yollar iletişim kurmayı ve ihtiyaçlarını karşılamayı kolaylaştırmıştır. Bu yöntemler hem sağlık ekibiyle hem de yakın çevreyle iletişimin sürdürülmesine yardımcı olmuştur. Katılımcılar kullandıkları *alternatif iletişim yollarını* aktarmışlardır.

Katılımcıların önemli bir kısmı, konuşamadıkları dönemde temel iletişim aracı olarak beden dili ve jest-mimikleri kullanmış, el hareketleri, işaret etme ve ses çıkarma gibi yollarla ihtiyaçlarını ifade etmeye çalışmışlardır:

“Burada yattığım süre boyunca hiç konuşamadım. Kendimi el hareketlerimle anlattım hep. (Katılımcı 1)”

“(Gülerek elini kolunu oynattı) Ellerimle anlattım kendimi. (Katılımcı 5)”

“İlk başlarda el kol hareketleriyle anlatmaya çalıştım kendimi... Daha fazla sinirlenmemek için yakınlarımla telefonla mesajlaşarak konuşmaya başladım. Öyle daha iyi oldu. (Katılımcı 11)”

“Bir tek büyük oğlum dudak hareketlerimden ne dediğimi çözebiliyordu o yüzden hep onu yanımda tuttum (güldü). (Katılımcı 15)”

Konuşamadığı için yakınlarıyla kendine özgü iletişim yöntemleri geliştiren katılımcılar da olmuştur:

“Ağzımla ‘çıkçıkçık’ diye ses çıkarırdım... O sesi çıkardığımda yakınım bana bakardı. Artık neye ihtiyacım varsa işaretle gösterirdim. Boğazımı gösterirdim mesela balgam doldu diye hemşireleri çağırırdı. Gece yatarken de bir şey olursa ‘çıkçıkçık’ diye ses çıkarırdım, duyup kalkardı. (Katılımcı 13)”

Bazı katılımcılar ise ifade güçlüğüne aşmak için yazılı iletişime yönelmiş; defter, kâğıt ve telefon mesajlaşmasını kullanarak ihtiyaçlarını ve duygularını aktarmaya çalışmışlardır.

“Yakınlarıma da yazı yazarak kendimi anlatmaya çalıştım. (Katılımcı 1)”

“Ooo tabii, defterim var. Neler neler yazdım o deftere... Doktorlar buradayken hızlıca yazıp soramazdım, sonradan deftere yazar çocuklarıma doktora bunu sorun derdim. Ya da bana şunu alın bana bunu getirin. Hep yazardım. (Katılımcı 2)”

“Hep yazarak konuştum onunla, kâğıt kâğıt yazdım. Ya da telefonla mesajlaştık (güldü). (Katılımcı 4)”

Bazı katılımcılar için trakeotomi ve aspirasyon sürecinde yaşanan zorluklarla baş etmenin en önemli yollarından biri *dua etmek* olmuştur. Dua etmek, katılımcılara hem içsel bir güç hem de sabır kaynağı sağlayarak işlemin yarattığı acı ve çaresizlik duygularını hafifletmiştir. Konuşma yetilerinin kısıtlı olduğu ve kendilerini ifade edemedikleri anlarda yalnızca Allah’a seslenebildiklerini belirtmişlerdir:

“Sesimi bir tek Allah’a duyurabiliyordum onu hissettim. Allah’tan sabır istedim. Beni de böyle test ediyor onu anladım. Sabır istedim Allah’ım bana yardım et diye yalvardım, dualar ettim. Sürekli Allah’la konuştum çünkü sesimi bir tek o duyabiliyordu. (Katılımcı 3)”

“Evet, sanki o an Allah’la konuştuğumda içimde biri ‘dayan geçecek’ diyordu. Allah’a konuşurken bile gözlerim doluyordu. Allah kimseye göstermesin. (Katılımcı 5)”

Katılımcılar, aspirasyon sürecinde ailelerinden gördükleri *sosyal desteğin* kendilerini güçlü kıldığını ifade etmiştir. Sağlanan bu sosyal destek hastalara yalnız olmadıklarını hissettirmiş ve sürecin zorluklarıyla baş etmelerini kolaylaştırmıştır.

“Eşim zaten beni bu süreçte hiç bırakmadı. Çocuklar o kadar ‘sen dinlen bugün biz kalalım’ dedi, o yok dedi, hiç bırakmadı beni. (Katılımcı 4)”

“Çocuklarım sırayla başımda beklediler, o bana büyük güç verdi. (Katılımcı 15)”

Bazı katılımcılar, trakeotominin ve aspirasyon işleminin yarattığı gerginlik ve zorlayıcı etkilerle baş etmek için *mizahı* kullandıklarını ifade etmiştir. Hemşirelerin yönlendirmeleri sırasında ortaya çıkan esprili durumlar, işlemin stresini azaltmış ve sürece daha hafif bir anlam kazandırmıştır.

“Ya işte şu hortumla temizliyorlardı. Hanıma diyorlardı ki bazen arkasına vur. Hanım da ondan istifade ederek beni baya bir dövmeye başladı (gülerek). (Katılımcı 4)”

4.5. Dekanülasyon ile İyileşme Süreci Deneyimleri

Katılımcılar, trakeostomi kanülünün çıkarılmasının (dekanülasyon) hem fiziksel hem de duygusal açıdan iyileşme sürecinde önemli bir dönüm noktası olduğunu ifade etmiştir. Dekanülasyonun ardından bireyler, solunumun kolaylaşması, öksürük ve ağrının azalması, beslenmenin normalleşmesi gibi fiziksel değişiklikleri dile getirmiştir. Bunun yanı sıra konuşabilme, özgürlük hissi, mutluluk ve yeniden doğmuş gibi hissetme gibi duygusal deneyimler de öne çıkmıştır. Bu bağlamda tema, iki alt tema altında ele alınmıştır: “Fiziksel Deneyimler” ve “Duygusal Deneyimler”.

4.5.1. Fiziksel Deneyimler

Dekanülasyon sonrası solunumun kolaylaşması, uyku düzeninin iyileşmesi ve beslenmenin normale dönmesi gibi çeşitli fiziksel iyileşmelerin öne çıktığı görülmüştür. Bu deneyimler, iyileşme sürecinin hem günlük yaşam aktivitelerine hem de genel sağlık durumuna olumlu yansımıştır.

Katılımcılar, kanülün çıkarılmasıyla birlikte daha derin ve rahat nefes alabildiklerini, *solunumun rahatladığını* bu durumun da genel sağlıklarına olumlu katkı sağladığını dile getirmiştir:

“Nefes alıp vermede sorun yaşamadığım için daha özgür hissettiriyor. (Katılımcı 9)”

“Dün kapattılar çok şükür. Artık yavaş yavaş da olsa konuşabiliyorum, burnumdan nefes alıyorum, yemek yemeye başladım, boğazımı artık temizlemiyorlar. (Katılımcı 14)”

Dekanülasyon sonrası katılımcılar, özellikle gece uykularında ve **uyku kalitelerinde** belirgin bir iyileşme yaşadıklarını belirtmiştir. Kanül nedeniyle sık sık uykusu bölünen, balgam birikimi ve nefes darlığı yaşayan hastalar dekanülasyon sonrası kesintisiz ve daha rahat uyuyabildiklerini ifade etmiştir:

“Çok mutluyum kendimi çok iyi hissediyorum. Boğazımın temizlenmesinden kurtuldum, geceleri balgamin boğazımı tıkamasından dolayı uyuyamıyordum, rahat nefes alamıyordum. Boğazımdaki delik kapatıldı eskisi gibi ağzımdan nefes alabiliyorum. Hepsi için şükürler olsun. (Katılımcı 11)”

“Artık kafamı yastığa koyduğumda korkmadan uyuyabiliyorum. (Katılımcı 14)”

Katılımcılar, dekanülasyon sonrasında *beslenme alışkanlıklarının normale dönmesinin* iyileşme sürecine en büyük katkılardan biri olduğunu vurgulamıştır. Nazogastrik sonda nedeniyle uzun süre yalnızca beslenme solüsyonları ile beslenmek zorunda kalan hastalar, tekrar ağızdan beslenmeye başlamayı hem fiziksel iyileşmenin hem de yaşam kalitesinin önemli bir göstergesi olarak değerlendirmiştir. Katılımcılar bu durumu şu şekillerde ifade etmiştir:

“Sonra en çok da burnumdaki hortumu (NG sonda) çıkardıklarında kendime geldim. Birkaç gün önce. Yemek yemeye başladım. O neydi öyle sadece mama veriyorlardı bana, tartıldım 6 kilo vermişim, 6 kilo. Şimdi çok şükür her şeyi yiyebiliyorum. (Katılımcı 3)”

“Yemeğimi yiyorum, kendimi daha normal hissediyorum. Bu işlemin bitmiş olması çok büyük bir rahatlama. (Katılımcı 14)”

“Mama yerine yemek yemek bana yeniden normal olduğumu hissettirdi. (Katılımcı 9)”

“Bir bardak çay içmenin kıymetini anladım. (Katılımcı 7)”

4.5.2. Duygusal Deneyimler

Dekanülasyon sonrası katılımcılar fiziksel iyileşme ile yoğun bir duygusal dönüşüm de yaşamışlardır. Kanülün çıkarılması bireylerde “kurtulmuşluk” ve “yeniden doğmuş”

hislerini tetiklemiş, mutluluk, özgürlük ve normal yaşama yeniden katılma duygularını beraberinde getirmiştir. Bunun yanı sıra yeniden konuşabilmenin sağladığı rahatlık hem sosyal etkileşimleri hem de özgüveni artırmıştır. Ayrıca, bakım sürecinde sağlık çalışanlarının duyarlılığı ve ilgisi de katılımcılarda memnun hissettirmiştir. Bu bağlamda duygusal deneyimler beş kod altında ele alınmıştır: Kurtulmuşluk hissi, mutluluk, yeniden doğmuş hissi, sözlü iletişim kurmanın rahatlığı, bakım hizmetlerinden duyulan memnuniyet.

Dekanülasyon sonrası katılımcıların en sık dile getirdiği duygulardan biri *kurtulmuşluk hissi* olmuştur. Özellikle aspirasyon işleminin sona ermesi ve boğazda kanül bulunmamasının verdiği özgürlük, bireylerde büyük bir rahatlama yaratmıştır. Katılımcılar kurtulmuşluk hislerini şu şekillerde ifade etmiştir:

“Artık bu temizleme işleminin bana yapılmayacak olması çok güzel bir şey, anlatılamaz, çok rahatladım. (Katılımcı 1)”

“Şimdi rahatladım, kurtuldum diye düşünüyorum. (Katılımcı 4)”

“Kurtuldum (gülerek). Hepsinden Allah razı olsun. (Katılımcı 6)”

“Kurtulmuş gibi hissediyorum. (Katılımcı 7)”

Dekanülasyon sonrası katılımcılar yoğun bir *mutluluk* duygusu yaşadıklarını dile getirmiştir. Kanülün çıkarılması duygusal bir rahatlama ve huzur kaynağı olarak ifade edilmiştir:

“Çok güzel, çok güzel. Çok mutluyum Allah’a çok şükür. (Katılımcı 3)”

“Şu an çok daha huzurluyum. (Katılımcı 9)”

“İyileştiğimi gösteriyor. O zor zamanların geride kalması moral veriyor. (Katılımcı 9)”

“Boğazım hâlâ hassas ama o hortum gelmeyecek diye huzurluyum. (Katılımcı 7)”

Dekanülasyon sonrası bazı katılımcılar yaşadıkları değişimi hayata yeniden başlama, *yeniden doğma* duygusu olarak tanımlamıştır. Yeniden rahat nefes alabilmek, bireylerde şükür ve yeni bir yaşam başlangıcı hissini uyandırmıştır. Katılımcılar yeniden doğma hislerini şu şekillerde aktarmıştır:

“Her nefesime şükrediyorum artık. Yeniden doğmuş gibiyim. (Katılımcı 7)”

“Şöyle, insan dünyaya yeni gelmiş gibi oluyor. İnsanın hayatı nefes almak. (Katılımcı 13)”

Hastalar dekanülasyon sonrasında *yeniden konuşabilmenin*, seslerini duyurabilmenin ve sosyal ilişkilerini sözlü iletişim üzerinden sürdürebilmenin kendileri için rahatlama ve mutluluk kaynağı olduğunu ifade etmişlerdir. Konuşma yetisinin geri kazanılması aynı zamanda sevdikleriyle bağlarını güçlendiren, gündelik yaşama katılımı artıran ve özgüvenlerini destekleyen bir unsur olarak dile getirilmiştir. Katılımcılar yaşadıkları duyguları şöyle ifade etmiştir:

“Sanki altı gündür susturulmuşum da şimdi sesim geri gelmiş. Konuşmak, gülmek, yutkunmak... Hepsi şükür sebebi oldu. Dışarı çıkınca ilk işim torunlarıma bağırıp çağırmak olacak (güldü). Gülmeye, konuşmaya, istediğim gibi nefes almaya ihtiyacım var. (Katılımcı 7)”

“Şimdi çok rahatım ya oh be dünya varmış diyorum. Boğazımı kapattıklarında ve ilk konuştuğumda doktorumun ellerini öptüm. (Katılımcı 10)”

Katılımcılar dekanülasyon sürecinde aldıkları *bakım hizmetlerinden memnuniyetlerini* de dile getirmişlerdir. Hemşirelerin ve hekimlerin sürekli ilgilenmesi, hastaların ihtiyaçlarını gözetmeleri ve olabildiğince acı yaşamamaları için çaba göstermeleri hastalarda minnettarlık duygusu yaratmıştır. Sağlık çalışanlarının duyarlılığı ve destekleyici yaklaşımları hastaların hem güven duygusunu artırmış hem de iyileşme sürecine olumlu katkı sağlamıştır.

“Evet, Allah razı olsun çok iyi hizmet ettiler bana burada. Hep duacıyım hep. Gerekeni hep yaptılar burada çok sağ olsunlar. (Katılımcı 2)”

“Bir sıkıntın var mı isteğin var mı diye hep sordular. (Katılımcı 2)”

“Hemşireler zaten ellerinden geldiğince en az acı çekmemiz için uğraşıyorlar. Ben onların gözlerinden bunu görüyordum. Hakları ödenmeyecek kişilersiniz siz. Geliyorsunuz bakıyorsunuz soruyorsunuz ilgileniyorsunuz. (Katılımcı 10)”

4.6. Öneriler

Hastaların trakeotomi ve aspirasyon deneyimlerinin ardından paylaştıkları görüşler yalnızca yaşadıkları fiziksel ve duygusal süreçlerle sınırlı kalmamış, aynı zamanda bakımın kalitesini artırmaya yönelik öneriler de içermiştir. Katılımcılar, hem uygulama sırasında kullanılan araç ve yöntemlerin iyileştirilmesine hem de hemşire-hasta iletişiminin güçlendirilmesine ilişkin önemli noktalar vurgulamışlardır. Bu öneriler, hemşirelik bakımına yönelik hasta merkezli bir bakış açısı geliştirilmesine katkı sağlamakta ve uygulamaların hastaların gereksinimlerine daha uygun hale getirilmesine olanak tanımaktadır. Bu tema kapsamında iki alt tema belirlenmiştir: “Aspirasyon İşleminde Kullanılan Araçlar ve Yöntemler” ve “Etkili İletişim ve Güven İlişkisi Kurma”.

4.6.1. Aspirasyon İşleminde Kullanılan Araçlar ve Yöntemler

Katılımcılar, *aspirasyon işlemi sırasında kullanılan araçların ve yöntemlerin*, deneyimlerini doğrudan etkilediğini vurgulamışlardır. İşlemin hastalar için daha konforlu ve daha az travmatik hale gelebilmesi adına bazı teknik iyileştirmeler önerilmiştir. Bu doğrultuda, aspirasyon kateterlerinin yapısının ağrıya sebep olmayacak şekilde daha uygun materyallerden üretilmesi gerektiği dile getirilmiştir. Kateterin daha esnek, nazik ve hastanın hava yolu mukozasını tahriş etmeyecek yapıda tasarlanması gerektiği ifade edilmiştir. Bir diğer öneri ise işlem sırasında sıklıkla kullanılan buhar uygulamalarının daha ergonomik hale getirilmesidir. Katılımcılar, buhar uygulamalarının nefes almayı kolaylaştırıcı etkisini olumlu bulmakla birlikte, kullanılan cihazların ve uygulama yöntemlerinin hastaya daha fazla rahatlık sağlayacak şekilde geliştirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Bu alt temada öne çıkan kodlar aspirasyon hortumunun yapısının ağrıyı önleyecek yapıda üretilmesi ve buhar uygulamasının ergonomik hale getirilmesidir.

"Gerçekten bu kadar rahatsız edici olmasına gerek var mıydı diye sordum kendime, nasıl geliştirilebilir diye düşündüm. O hortumun plastik yapısı farklı şekilde üretilebilirdi. Belki plastiğe benzer olabilir, biraz sert olması gerekiyordur, ama özellikle uç kısmı yani boğaza ilk temas eden kısmı kesinlikle bu kadar sert olmamalı. Sadece o en uç kısmı daha yumuşak ve boğazıma değdiğinde rahatsız etmeyecek şekilde olsa yeter. Örneğin bebeklerin emzikleri nasıl ki yumuşak o şekilde bir başlangıcı olmalı o plastiğin. çünkü asıl acıyı o ucu sana değdiği an hissediyorsun, onu sağa

sola çevirip her yere sürüyorlar. Onun sürmesi seni rahatsız ediyor. (Katılımcı 10)"

"Çok gerekli bir işlem bunu yaptırmaya mecburuz ama çok da zor. 2025 yılında daha az acıtan malzemeler bir şeyler belki de çoktan bulunmalıydı. (Katılımcı 11)"

"Buhar uygulamasını hep yap diyorlardı ama ben çok yapmadım. Oksijen gelen hortumu boğazımda sürekli tutmak istemedim. Buhar yaparken hep oksijeni sürekli tutmak gerekiyor boğazındaki deliğe, buna keşke bir çözüm bulsalar. (Katılımcı 13)"

4.6.2. Etkili İletişim ve Güven İlişkisi Kurma

Katılımcılar, aspirasyon işlemi sırasında hemşire ve sağlık çalışanlarının iletişim biçiminin de deneyimlerini doğrudan etkilediğini vurgulamışlardır. Hastaların çoğu, işlem öncesinde ve sırasında yapılacak uygulamalar hakkında yeterli düzeyde bilgilendirilmenin kaygılarını azalttığını ve daha kolay uyum sağladıklarını belirtmiştir. Yeterli bilgilendirmenin yapılmadığı durumlarda ise belirsizlik nedeniyle panik ve korku yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Ayrıca, hemşirelerin işlem süresince kurdukları iletişimin niteliği, hastaların güven duygusunu pekiştiren en önemli unsurlardan biri olarak öne çıkmıştır. Etkili iletişim; sakin bir ses tonu, açıklayıcı ifadeler, göz teması ve işlem boyunca hastayı destekleyici tutumlarla kendini göstermiştir. Bu alt temada öne çıkan kodlar *yeterli bilgilendirme ve etkili iletişimdir*. Katılımcılar bu konudaki deneyimlerini ve önerilerini aşağıdaki ifadelerle açıklamışlardır.

Katılımcılar, aspirasyon ve trakeotomi süreçleriyle ilgili yeterli açıklama yapılmamasının belirsizlik, hazırlıksızlık ve yoğun korku yarattığını vurgulamıştır:

"Sadece “boğazından nefes alacaksın” dediler. E biz de tamam dedik. Ama bu hortum işi, konuşamamak... bunlar başka bir şeymiş. İnsan yaşayınca anlıyor ne olduğunu. (Katılımcı 7)"

"İşlem öncesi yapılacaklar bana detaylı olarak anlatılsaydı ya da işlemin sırasını bilseydim belki daha az korkardım. (Katılımcı 7)"

"Keşke öncesinde bana ne yapılacağını anlatsalardı. 'Şu işlemi yapacağız, bu yüzden şöyle bir şey hissedebilirsin' deselerdi kendimi daha hazırlıklı hissederdim. (Katılımcı 9)"

"Aspirasyon işlemi sırasında kesinlikle ön bilgi verilmesi önemli. (Katılımcı 9)"

"'Şu anda şunu yapıyoruz, şu anda şöyle hissedebilirsiniz, bundan sonra şunu yapacağım' gibi şeyler demeleri bile çok şey fark ettirirdi. (Katılımcı 9)"

"Bir de temizlemeden önce göz teması kurulsaydı hazır olup olmadığım sorulsaydı beni çok rahatlatırdı. (Katılımcı 7)"

Katılımcılar, sağlık ekibinin iletişim biçimi ve yaklaşımındaki farklılıkların kendilerini ya rahatlatan ya da yalnız hissettiren bir etki yarattığını belirtmiştir:

"Bazen bir şey söylemek istiyordum, önce çocuklarıma el kolla ya da yazarak anlatırdım onlar hemşireye söylerdi. Ama tek başımaydım bir şey anlatmazdım hiç. Yazınca dedim ya yazıma gelip bakıyor, okuyor, tamam geçmiş olsun deyip gidiyorlar. Dün beni ameliyat eden hoca geldi. Yediklerimi ona gösterdim, artık boğazımdakileri al benden dedim. O da espri olsun diye onları sana hediye ettim dedi, bana cevap verip şaka yapınca mutlu oldum (güldü). (Katılımcı 2)"

"İlk başlarda sadece ellerimle anlattım. Sonra defter verdiler, yazmaya başladım ama her şeyi yazmak zor. Hem zaman yok hem ellerim titriyor. Bir erkek hemşire vardı, çok dikkatliydi. Gözümün içine bakardı hep. Ne zaman o gelse içim rahat ederdi. Ama bazıları işlemi çabucak yapıp çıkardı, yüzüme bile bakmazdı. (Katılımcı 7)"

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, KBB servisinde yatan ve geçici trakeotomisi olan bilinci açık hastaların trakeotomi ve trakeal aspirasyon deneyimlerini betimlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen altı ana tema ve 16 alt tema literatür doğrultusunda diğer araştırma sonuçları ile karşılaştırılarak sırasıyla tartışılmıştır. Çalışmanın temel odak noktası her ne kadar trakeal aspirasyon deneyimi olsa da bulgular trakeotomiye sahip olma deneyimi ile ilişkili zorlukları da ortaya koymaktadır. Bu nedenle bazı temalar doğrudan trakeal aspirasyon deneyimlerini betimlerken bazıları trakeotomiye sahip olma deneyimlerini, trakeotomi/trakeal aspirasyon uygulamasını güçleştiren/kolaylaştıran faktörleri ve dekanülasyon sürecinin hissettirdiklerini betimlemektedir. Bu yönüyle çalışma, trakeotomiye sahip hasta grubunun daha bütüncül bir hemşirelik bakımı alabilmesine katkı sağlamaktadır. Bu hasta grubu geçirdikleri boğaz cerrahisi sonrası trakeotomi ile tanışmakta ve birtakım zorluklar yaşamaktadır. Çalışmanın ilk teması olan “trakeotomi ile ilişkili yas deneyimi” teması bu zorlukları açığa çıkarmıştır.

5.1. Trakeotomi ile İlişkili Yas Deneyimi

Hastalar geçirdikleri parsiyel larenjektomi veya kordektomi ameliyatları sonrası trakeotomi işlemini ilk kez bu yatışlarında deneyimlemişlerdir ve bu deneyimler hastaların duygu ve düşüncelerini yoğun bir şekilde etkilemiştir. Bu doğrultuda hastalara yöneltilen açık uçlu ve açıklayıcı ek sorular sonucunda elde edilen yanıtlar ile ilk tema “trakeotomi ile ilişkili yas deneyimi” olarak belirlenmiştir. Bu temanın alt temaları olarak ise “inkâr”, “öfke”, “pazarlık”, “depresyon” ve “kabullenme” alt temaları şekillenmiştir. Bu alt temaların Kübler-Ross’un tanımladığı yas süreci evreleri ile büyük ölçüde örtüştüğü görülmektedir. Kübler-Ross yas modeline göre bireyler kayıp ya da önemli bir değişim yaşadıklarında inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme evrelerinden geçmektedirler (125).

5.1.1. İnkâr

Bu çalışmada hastaların trakeotomiyi ilk deneyimledikleri anlarda inkâr tepkileri ortaya çıkmıştır. Bu aşamada hastalar ilk olarak panik ve şok tepkileri sergilemiş, yaşadıklarının rüya olmasını dilemiş ve trakeotomiyi gizleme davranışlarında bulunmuşlardır. Bu tepkiler Kübler-Ross’un yas modeli kapsamında tanımlanan ilk evre olan inkâr tepkisiyle de uyumludur (125). Literatürde de benzer şekilde, beden bütünlüğünde meydana gelen kayıpların bireylerde inkâr ile karşılandığı görülmektedir.

Tyner ve Freysteinson'un 2023 yılında yaptıkları mastektomi sonrası ayna deneyimlerini ele alan derlemesinde çalışmaya katılan kadınların önemli bir kısmının kendilerini aynada görmeye hazırlıksız yakalandıkları, şok yaşadıkları ve bu nedenle aynadan kaçınma davranışında bulundukları belirtilmektedir (126). Salafia ve Adamsons'un 2025 yılında yapılan çalışmasında da meme kanseri sonrası kadınların yaşadığı kayıpların çoğu zaman çözümlenemeyen ve ertelenmiş bir yas biçiminde deneyimlendiği, bunun da ilk aşamada inkâr ile kendini gösterebildiği vurgulanmıştır (127). Benzer şekilde, 2024 yılında McAlearney ve arkadaşlarının uzamış COVID-19 tanılı hastalarla yaptığı çalışmada da bireylerin kayıplarını ilk aşamada "bu geçici bir şey" düşüncesiyle inkâr etmeye çalıştıkları literatüre sunulmuştur (128). Gershfeld-Litvin'in mastektomi sonrası yas deneyimlerini incelediği çalışmada da bazı kadınların kaybı inkâr ederek rekonstrüksiyonu bir tür "kayıbı yok sayma" aracı gibi değerlendirdikleri belirtilmiştir (129). Kayıp sonrası inkâr aşamasında, hastaların trakeotomilerini kapatma ve gizleme eğilimleri, mastektomi sonrası hastaların hemen rekonstrüksiyonu tercih etmelerine benzer bir davranış örüntüsü sergilemektedir. Bu araştırmanın bulguları ve diğer çalışmalar, bireylerin bedensel ya da yaşamsal kayıplara ilk tepkilerinde sıklıkla inkâr davranışları geliştirdikleri bilgisini destekler nitelikteydi.

5.1.2. Öfke

İnkâr aşaması sonrası hastaların yaşadığı öfke duygusu, yas sürecinin doğal bir evresi olarak ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmada öfke, özellikle iletişim ve yeme içmenin kısıtlanmasından kaynaklanmaktadır. Katılımcıların konuşamama deneyimi yoğun bir çaresizlik hissine yol açmış ve bu durum hem sağlık profesyonellerine hem de içinde bulundukları koşullara karşı öfke geliştirmelerine neden olmuştur. Trakeotomili hastalarda konuşamama ve yeme-içme kısıtlılığına bağlı öfke gelişimi hem Maslow'un Temel Gereksinimler Hiyerarşisi hem de Roper-Logan-Tierney' in Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli ile uyumludur. Maslow'a göre beslenme, iletişim ve solunum gibi fizyolojik gereksinimlerin karşılanamaması bireyde huzursuzluk, kaygı ve öfke gibi yoğun duygusal tepkilere yol açar (130). Benzer şekilde Roper-Logan-Tierney Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli' nde "beslenme" ve "iletişim" bireyin günlük yaşamda bağımsızlığını sürdürebilmesi için temel aktiviteler arasında yer almakta olup bu alanlarda bağımlı hâle gelmek kişide kontrol kaybı ve öfke oluşturabilmektedir (131). Bu çalışmada da temel gereksinimlerde yaşanan bağımlılık ve kısıtlılık hastaların öfkesinin

başlıca nedenleri olarak öne çıkmıştır. Tolotti ve arkadaşlarının yoğun bakım ünitesinde yatan trakeostomili hastaların iletişim deneyimleri üzerine yapmış oldukları bir kapsam derlemesinde iletişim kuramamanın getirdiği engeller nedeniyle hastaların sıklıkla öfke, hayal kırıklığı ve yalnızlık yaşadığı belirtilmiştir (106). Ertürk ve arkadaşlarının parsiyel larenjektomi geçiren trakeotomili hastaların iletişim deneyimlerini iyileştirmek amacıyla yaptığı başka bir çalışmada da hastaların yaşadığı konuşma yetersizliği hem kendi ihtiyaçlarını ifade etmede hem de çevreleriyle sağlıklı iletişim kurmada ciddi bir engel oluşturmakta, zamanla öfke duygusunu besleyen bir unsur olarak ele alınmaktadır (132). Diğer bir öfke kaynağı ise yeme-içme kısıtlılığıdır. Katılımcılar, ağız yoluyla beslenememek, uzun süre açlık hissetmek veya enteral beslenmeye mecbur bırakılmak gibi deneyimlerini yoğun öfke ile tanımlamışlardır. Benzer şekilde, amputasyon veya mastektomi gibi beden bütünlüğünü etkileyen durumlarda da bireylerin günlük işlevlerindeki kayıplara bağlı öfke geliştirdiği bildirilmiştir (133, 134). Yeme-içmenin sınırlandırılması yalnızca fizyolojik bir ihtiyaçtan mahrum kalmak değil, aynı zamanda bireyin normal yaşam akışının bozulması anlamına geldiği için öfke ve hayal kırıklığıyla ilişkilendirilmektedir. Sonuç olarak, konuşamama ve yeme-içmenin kısıtlanması trakeotomili hastalarda öfkenin en temel iki kaynağı olarak öne çıkmaktadır. Bu öfke, yas sürecinin inkâr evresinden sonra gelişen karşı koyma ve kabullenmeyi reddetme tepkilerinin bir yansıması olarak değerlendirilebilir. İletişim engelleri ve günlük işlevlerin kısıtlanması hem bireyin psikolojik uyum sürecini zorlaştırmakta hem de sağlık ekibi ile olan etkileşimi güçleştirmektedir (106, 132-134). Bu nedenle hemşirelik bakımında, hastaların öfke kaynağını anlamaya yönelik iletişim stratejilerinin geliştirilmesi ve temel gereksinimlerin karşılanmasında destekleyici girişimlerin planlanması önemlidir.

5.1.3. Pazarlık

Pazarlık evresi, Kübler-Ross'un yas modeli içinde inkâr ve öfke evrelerinden sonra gelen ve bireyin iyileşme ya da kaybın etkilerini hafifletme karşılığında bir tür "ödün verme" ya da "anlaşma yapma" çabası olarak tanımlanmaktadır. Trakeotomi sonrası hastaların "iyileşme karşılığında ödün verme" şeklindeki içsel pazarlıkları kayıp yaşayan diğer hasta deneyimlerinde dolaylı olarak görülmektedir. Örneğin Herring ve arkadaşlarının mastektomi sonrası kadın hastalarla yaptıkları nitel çalışmada klasik anlamda pazarlık bulgusu görülmemekle birlikte bazı kadınlar iyileşme ve hayatta kalma karşılığında beden bütünlüklerinden ödün vermeyi kabullenmişlerdir. Bu durum, kaybın

kabulünü kolaylaştırmak amacıyla yapılan bir tür içsel anlaşma olarak pazarlık evresinin dolaylı yansıması içerisinde değerlendirilebilir (134). Bunun yanı sıra, Gershfeld ve Litvin'in yürüttüğü, mastektomi sonrası kadınların deneyimlerini inceleyen bir başka çalışmada da pazarlık evresini çağrıştıran önemli bulgulara rastlanmaktadır (129). Katılımcılar mastektomiye çoğunlukla yaşamla eşdeğer bir kazanım olarak görmüş, göğüslerini "hayatta kalabilmek için verilmiş bir ödün" şeklinde anlamlandırmışlardır. Bir katılımcı bu durumu şu sözlerle ifade etmiştir: *"Tamam, bu benim sağlığım için feda. Göğsümü veriyorum ama hayatımı geri alıyorum. O gün bir şey kaybettim ama karşılığında hayatımı kazandım"* (129). Bununla birlikte, McAlearney ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada uzamış COVID-19 hastalarının deneyimlerinde pazarlık evresine özgü bulgulara rastlanmıştır (128). Katılımcıların bir kısmı iyileşme umudunu canlı tutmak için kendi kendileriyle pazarlığa girdiklerini ifade etmiştir. Örneğin, bazı hastalar *"bir hafta içinde iyileşeceğim"* ya da *"pulmonoloğa gidince düzeleceğim"* diyerek sağlık durumlarının düzelmesi için içsel beklentiler geliştirmiştir. Diğer yandan, bazı katılımcılar eski yaşam tarzlarına dönmenin mümkün olmayacağını kabul ederek mesleki ve finansal hedeflerinden vazgeçmiş ve bu ödün verme sonucunda göğüs ağrısı gibi semptomlarının hafıflediğini belirtmiştir. Bu bulgular, uzamış COVID hastalarının iyileşme karşılığında ödün vermeye gönüllü olduklarını ve bu süreçte umutlarını sürdürmeye çalıştıklarını göstermektedir (128). Bu yaklaşım, Kübler-Ross'un tanımladığı pazarlık evresinde görülen "bir şeyden vazgeçme karşılığında iyileşme umudu" ile doğrudan örtüşmektedir (133). Dolayısıyla trakeotomili hastaların kanülün çıkarılması ya da boğazındaki açıklığın kapanması için içsel pazarlıklara yönelmeleri, mastektomi sonrası kadınların sağlığı için göğüslerinden vazgeçmeleri, COVID-19 tanılı bireylerin içsel beklenti ve deneyimleriyle benzerlik göstermektedir. Her iki durumda da bireyler, yaşamın devamı ve iyileşme umudu uğruna değerli bir şeyden vazgeçmeyi kabullenmektedirler. Bu durum, pazarlık evresinin temelinde yatan psikolojik dinamiğin sağlık kayıplarında farklı biçimlerde ortaya çıktığını göstermektedir. Buna karşın, Ohenewa ve arkadaşlarının 2025 yılında yaptıkları kayıp deneyimini ele aldığı bir başka çalışmada ise ampute hastaların ve bakım vericilerin deneyimleri incelenmiş ancak Kübler-Ross'un yas modelinde tanımlanan pazarlık evresine özgü "iyileşme karşılığında ödün verme" türü bulgulara rastlanmamıştır. Bulgular daha çok fantom uzuv hissi, iş kaybı, sosyal izolasyon, bakım yükü, ekonomik zorluklar, stres ve dini başa çıkma stratejileri etrafında toplanmıştır (133). Dolayısıyla bu çalışmada pazarlık evresine rastlanmaması, hem kültürel-dini çerçeveden kaynaklanan

teslimiyet ve dua odaklı başa çıkma eğilimi hem de amputasyonun geri döndürülemez niteliği ile açıklanabilir. Benzer şekilde Rodrigues ve arkadaşlarının 2025 yılında amputasyon sonrası taburculuk aşamasında hastalarla görüşmeler yaptıkları çalışmada da pazarlık evresine ilişkin doğrudan bulgu yoktur (135). Sonuç olarak, “iyileşme karşılığında ödün verme” kodu trakeotomili hastaların yas sürecinde pazarlık evresini yansıtmaktadır. Literatürde mastektomi ve kronik hastalık deneyimlerinde görülen benzer bulgular, bu evrede hastaların iyileşme umudu karşılığında bazı davranışlarından, alışkanlıklarından ya da beden bütünlüklerinden vazgeçmeye gönüllü olduklarını ortaya koymaktadır. Ampute hastalara yapılan çalışmalarda ise pazarlık evresine ait bir bulguya rastlanmaması amputasyonun geri döndürülemez bir kayıp olmasıyla ilişkilendirilmiştir.

5.1.4. Depresyon

Trakeotomi sonrası hastaların yaşadığı depresyon, yas sürecinin en belirgin evrelerinden biri olarak belirlenmiştir. Bu süreçte hastalar sosyal izolasyon, ağlama, güçsüzlük, hissizlik, iç sıkıntısı ve hatta ölme isteği duygularını ifade etmişlerdir. Bulgular, literatürde yer alan diğer kayıp deneyimleri ile paralellik göstermektedir. Herring ve arkadaşlarının mastektomi sonrası kadınların kendilerini ilk kez gördüklerindeki deneyimlerini inceledikleri çalışmada, katılımcıların beden imajındaki bozulmaya bağlı özsaygı ve sosyal ilişkiler konusunda endişe yaşadıkları, bu durumun da yoğun üzüntü, ağlama krizleri, sosyal izolasyon ve depresyon belirtileriyle ifade edildiği belirtilmiştir (134). Bu depresif belirtiler yalnızca bedensel kayıptan değil aynı zamanda kimlik, kadınlık ve sosyal rollerin zedelenmesinden kaynaklanmaktadır. Benzer şekilde, belirsiz kayıp yaşayan bireylerde de hissizlik, umutsuzluk ve sosyal geri çekilme gibi depresyon belirtileri ortaya çıkmaktadır (127). Trakeotomili hastalarda görülen ağlama, hissizlik, sosyal izolasyon ve ölme isteği gibi depresyon belirtileri de bu literatürle benzerlik göstermektedir. Hastaların amputasyon deneyimleri üzerine yapılan çalışmalarda da benzer bulgular gözlenmiştir. Ohenewa ve arkadaşlarının 2024 yılında ampute hastalar ile yapmış oldukları fenomenolojik çalışmada beden imajında bozulma, sosyal izolasyon, ağlama, kendini değersiz hissetme gibi depresyonla ilişkili birçok belirti gözlemlenmiştir (133). Bazı ampute hastalar yaşadıkları travma sonrası ölmeyi tercih edecek kadar umutsuzluk hissettiklerini belirtmiştir. Ek olarak, Rodrigues ve arkadaşlarının 2025 yılında diz üstü veya diz altı amputasyon geçirmiş bireyler ile yapmış oldukları nitel çalışmada da hastalar, kaybın ardından güçsüzlük, sosyal izolasyon, yaşamdan zevk alamama ve ölüm

isteği gibi ağır depresif belirtiler yaşamışlardır (135). Trakeotomili hastalarda da güçsüzlük, sosyal izolasyon, hissizlik ve ölme isteği gibi depresyon belirtilerinin gözlemlenmesi, bu deneyimlerin amputasyon literatüründeki bulgularla benzerlik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, COVID-19 sonrası uzun süreli sağlık kaybı yaşayan bireylerde de depresyon sıklıkla görülmektedir. Bu kişilerde belirsiz kaybın etkisiyle ümitsizlik, depresif duygular ve sosyal izolasyon yaşandığı bildirilmiştir (128). Bu durum, trakeotomili hastaların deneyimlediği depresyon kodlarının da “belirsizlik” ve “kontrol kaybı” ile yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Son olarak Tolotti ve arkadaşlarının 2023 yılında yapmış oldukları trakeostomili hastaların iletişim deneyimlerini inceleyen kapsamlı derlemesinde ise konuşamamanın aynı zamanda kimlik ve kontrol kaybı olarak algılandığı vurgulanmıştır (106). Bu iletişim engelleri, hastalarda öfke, çaresizlik, yalnızlık, sosyal izolasyon ve depresyon gibi ağır duygulara yol açmaktadır. Hatta bazı hastalar, iletişim kuramadıkları için intihar düşüncelerinden bahsetmişlerdir. Bu bulgu, ölme isteği kodunu doğrudan desteklemektedir. Depresyon alt teması altında ortaya çıkan belirtiler mastektomi, amputasyon, belirsiz kayıp ve trakeostomiye ilişkin literatürle büyük ölçüde örtüşmektedir. Özellikle sosyal izolasyon, ağlama, güçsüzlük, hissizlik, iç sıkıntısı ve ölme isteği gibi tepkiler bireyin yaşadığı kaybın psikolojik bir yansımasıdır. Hemşirelik bakımında bu depresif bulguların fark edilmesi, psikososyal destek sağlanması ve iletişim engellerinin azaltılması hastaların uyum sürecinde kritik rol oynamaktadır.

5.1.5. Kabullenme

Kabullenme evresi, Kübler-Ross’un yas modeli içinde bireylerin kaybı tümüyle içselleştirip yaşamlarına yeni bir dengeyle devam etme çabalarını temsil eder (125). Bu süreçte şükran duygusu ve teslimiyet ön plana çıkmaktadır. Amputasyon deneyimlerini inceleyen Ohenewa ve arkadaşlarının 2025 yılında yaptıkları çalışmada, ampute bireylerin ve bakım verenlerin yaşadığı yoğun stres ve zorluklara rağmen dini başa çıkma yöntemlerine başvurdukları, Tanrı’ya sığınarak yaşama devam etme yönünde bir teslimiyet geliştirdikleri belirtilmiştir (133). Benzer şekilde, uzun süreli COVID-19 tanılı hastaların deneyimlerini ele alan McAlearney ve arkadaşlarının 2024 yılında yapmış oldukları çalışmada bazı hastaların sürekli belirsizlik ve kısıtlılıklara rağmen süreci kabul ederek eski yaşam tarzlarının yerine daha sade ve sürdürülebilir bir yaşam biçimine yöneldikleri görülmüştür (128). Bu noktada, kabullenme ile “şu an hâlâ hayatta olduğum için

şükrediyorum” yaklaşımı dikkat çekmiştir. Mastektomi sonrası kadınların deneyimlerini inceleyen Gershfeld-Litvin ise kaybın ardından kadınların bir kısmının yaşamlarına yönelik anlamı yeniden inşa ettiklerini ve hayatta kalabilmiş olmayı ön plana çıkararak şükran duygusunu ifade ettiklerini vurgulamaktadır (129). Bu durum, bedensel kaybın olumsuz etkilerini hafifletirken kabullenmeyi kolaylaştırıcı bir rol üstlenmektedir. Farklı sağlık kayıplarını inceleyen bu çalışmalar kabullenme evresinde bireylerin genellikle şükran duygusu ile yaşama devam etme ve teslimiyet aracılığıyla kaybı anlamlandırma eğiliminde olduklarını göstermektedir. Bu bulgular, trakeotomili hastaların da benzer şekilde yaşadıkları kaybı teslimiyetle kabullendikleri, dini inançların kabullenmeyi kolaylaştırıcı bir işlev üstlendiği ve bireylerin kayıplarını şükranla anlamlandırmalarına zemin hazırladığı söylenebilir. Hemşirelik bakımının spiritüel gereksinimleri dikkate alacak şekilde planlanması gerekliliği yönünde yorumlanabilir.

5.2. Trakeotominin Yaşam Kalitesine Etkisi

Trakeotominin yaşam kalitesine etkileri, katılımcıların ifadeleri doğrultusunda fizyolojik ve psikososyal boyutlarda ortaya çıkmıştır. Katılımcıların özellikle uykuya dalma ve sürdürmede güçlükler yaşadıkları, beslenmede kısıtlılıklar ile karşılaştıkları, ayrıca iletişim sorunları ve sosyal etkileşimde zorluklar yaşadıkları görülmüştür. Bu nedenle tema, “fizyolojik etkiler” ve “psikososyal etkiler” olmak üzere iki alt tema altında ele alınmıştır.

5.2.1. Fiziksel Etkiler

Bu çalışmada katılımcılar, trakeotominin fizyolojik etkileri kapsamında özellikle uyku düzeninde bozulma ve beslenmede kısıtlılıklar yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Uykuya dalma ve sürdürmede yaşanan güçlükler ile oral alım sürecinde karşılaşılan engeller, yaşam kalitesini doğrudan olumsuz etkilemiştir. Bu bulgu, trakeotominin temel günlük yaşam aktiviteleri üzerinde de belirgin bir yük yarattığını göstermektedir. Ancak Blecha ve arkadaşlarının prospektif kohort çalışmasında, akut solunum sıkıntısı sendromu tanımlı yoğun bakım hastalarında trakeotomi ile yaşam kalitesi arasında uzun dönemli bir ilişki saptanmamış, trakeotominin ne fiziksel ne de mental yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı gösterilmiştir (136). Dolayısıyla, literatürde trakeotominin fizyolojik işlevler üzerinden uyku ve beslenmeyi dolaylı biçimde kolaylaştırabileceği ileri sürülse de bu çalışmanın bulguları trakeotominin uyku ve beslenme gibi temel fizyolojik süreçlerde olumsuz deneyimlere yol açtığını ortaya koymaktadır. Bu farklılık klinik bağlamın, hasta

grubunun özelliklerinin ve bireysel deneyimlerin yaşam kalitesi üzerine etkilerinin çeşitliliğini vurgulamaktadır. Uyku sorunları ve oral alımın engellenmesi ruhsal ve sosyal doyumlarını azaltmaktadır. Bu nedenle hemşirelik bakımında uyku düzenini korumaya yönelik girişimler ile beslenmeye yönelik problemleri destekleyecek uygulamalar, trakeotomi sonrası yaşam kalitesinin artırılması açısından kritik öneme sahiptir.

5.2.2. Psikososyal Etkiler

Trakeotomi fizyolojik sınırlılıkların yanında aynı zamanda bireylerin psikososyal yaşamlarını da derinden etkilemektedir. Çalışmada katılımcılar, trakeotomi deneyimlerinin özellikle iletişim güçlükleri, damgalanma ve dışlanma hissi gibi duygusal tepkilere yol açtığını ifade etmiştir. Bu bulgular, trakeotominin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin biyolojik boyutlarla sınırlı olmadığını, psikososyal faktörlerin de süreci şekillendiren belirleyici unsurlar arasında yer aldığını göstermektedir.

Sözel ve yazılı iletişim kuramama hastaların bakım sürecinde kendilerini ifade etmelerini güçleştiren önemli bir faktördür. Bu durum aynı zamanda hasta yakınlarının duygusal yükünü de artırmaktadır. Emery ve arkadaşları 2023 yılında multipl skleroz tanılı hastalarda öz-kavram değişimini anlamak amacıyla yaptıkları nitel çalışmada iletişim engelleri ve günlük yaşamda yaşanan zorlukların bireylerin benlik algısını değiştirdiğini ve öz-kavramda kayıp hissine yol açtığını ortaya koymuşlardır (137). Bu sonuç, bizim çalışmamızda da gözlemlendiği üzere trakeotomiye bağlı iletişim güçlüklerinin hastaların psikososyal uyumunu da derinden etkilediğini göstermektedir.

Tolotti ve arkadaşları tarafından 2023 yılında yapılan bir kapsayıcı derleme çalışmasında ise yoğun bakımda trakeostomili hastaların hemşirelerle iletişim deneyimleri incelenmiş ve sesin yokluğu hastalarda çaresizlik, öfke, görünmezlik ve kimlik kaybı gibi yoğun duygusal tepkilerle ilişkilendirilmiştir (106). Trakeostomi nedeniyle konuşma yetisini kaybeden bireyler, kendilerini sosyal çevrelerinden dışlanmış, duygularını ifade edemez ve anlaşılmaz bir konumda hissetmişlerdir. Bu durum, bireyin özsaygısını ve sosyal bağlarını zedeleyerek psikolojik yükü artırmıştır. Sözel iletişimin kaybı, bireyin kendini ifade etme hakkının elinden alınması olarak algılanmış ve bu da bir “sessizleşme” sürecine neden olmuştur. Çalışmada ayrıca iletişim engellerinin, hastaların psikolojik yükünü ağırlaştırarak bakım sürecine katılımlarını kısıtladığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgular, iletişim yetersizliğinin etkileriyle dışlanma hissini destekler niteliktedir ve trakeotomi deneyiminin etkilediği faktörlerden biri olarak ortaya çıkmasıyla örtüşmektedir.

Katılımcıların trakeotomiye sahip olmaları, damgalanma ve dışlanma hislerini de etkilemektedir. O'Donnell ve Habenicht kronik hastalığı olan bireylerde damgalanma ile hastalık öz-kavramı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada damgalamanın öz-kavramı olumsuz etkilediğini ve özellikle içselleştirilen damgalamanın kişinin yaşam doyumunu ve iyileşme motivasyonunu azalttığını ortaya koymuşlardır (138). Bu çalışmada hastalık öz-kavramı (*illness self-consept*) “Bireyin kronik hastalığını benliğinin ne kadar merkezi bir parçası olarak gördüğü, hastalığın yaşam alanlarını ne ölçüde etkilediği ve bireyin hastalığıyla ne kadar meşgul olduğu” şeklinde tanımlanmıştır. Benzer şekilde O'Connor ve arkadaşları yeme bozukluğu olan bireylerin damgalanma deneyimlerini ele almak amacıyla yürüttükleri sistematik derlemede damgalamanın psikolojik iyi oluşu zedelediğini ve yardım arayışını engellediğini sonucuna ulaşmıştır (139). Bu sonuçlar, bizim çalışmamızdaki katılımcı ifadeleriyle de paralellik göstererek damgalanma ve dışlanma hissinin psikolojik uyum üzerinde de derin etkiler yarattığını göstermektedir.

Hasta yakınlarının yaşadığı kaygı, üzüntü ve çaresizlik, hastaların deneyimini daha da güçleştiren bir dış faktör olarak ortaya çıkmaktadır. Yakın ilişkilerde yaşanan bu duygusal yük hem hasta hem de aile açısından uyumu zorlaştırmaktadır. Wright ve Kiropoulos multipl skleroz tanıılı hastalarda yakın ilişkilerin niteliği ile öz-kavram arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada destekleyici ve kaliteli ilişkilerin ruhsal uyumu kolaylaştırdığını ve bireyin benlik algısını olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşmışlardır (140).

Özetle, bu bulgular trakeotomi sürecinde psikososyal etkilerin hastaların deneyimini en az fizyolojik sorunlar kadar zorlaştırdığını ortaya koymaktadır. Sözel ve yazılı iletişim kuramama, bireylerin kendini ifade etme hakkını kısıtlayarak çaresizlik duygusunu artırırken, damgalanma ve dışlanma korkusu sosyal izolasyonu derinleştirmektedir. Ayrıca hasta yakınlarının yaşadığı kaygı ve üzüntü, sürecin duygusal yükünü hem birey hem de aile açısından ağırlaştırmaktadır. Literatürle uyumlu olarak, elde edilen bulgular hemşirelik bakımında iletişim desteği, sosyal katılımı güçlendirme ve aile danışmanlığı gibi psikososyal girişimlerin de önceliklendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

5.3. Trakeal Aspirasyon Deneyimi

Trakeal aspirasyon, trakeotomiye/trakeostomiye sahip hastaların yaşamlarının ayrılmaz bir parçası haline gelen ve hemşirelik bakımında sıkça uygulanan ve hastalar tarafından en ağırlı bulunan girişimlerden biridir (25-30). Bu çalışmada trakeal aspirasyon uygulaması hastalar açısından yoğun bir duysal ve duygusal deneyim olarak tanımlanmıştır. Katılımcıların ifadeleri, aspirasyonun bedensel rahatsızlık, ağrı, boğulma hissi ve nefes darlığı gibi fiziksel tepkilerin yanı sıra korku, kaygı, çaresizlik ve öfke gibi güçlü duygusal yanıtları da beraberinde getirdiğini ortaya koymuştur. Bununla birlikte hastalardan yaşadıklarını tanımlamak için metaforlar kullanarak deneyimlerini daha somut ve anlaşılır hale getirmeleri istenmiştir. Bu doğrultuda trakeal aspirasyon deneyimleri teması, “fiziksel tepkiler”, duygusal tepkiler” ve “metaforlar” alt temalarıyla şekil almıştır. “Metaforlar” alt teması “fiziksel tepkiler” ve “duygusal tepkiler” alt temaları içerisinde tartışmaya dahil edilmiştir.

5.3.1. Fiziksel Tepkiler

Bu çalışmada katılımcılar trakeal aspirasyon sırasında ağrı, batma ve boğulma hissi, öksürük, rahatlatıcı etki, mide bulantısı ve kusma, öğürme hissi, gözlerin yaşarması, titreme, batma hissi ve kan basıncında yükselme gibi çeşitli fiziksel tepkiler tarif etmişlerdir. Literatür incelendiğinde, benzer bulgular farklı hasta gruplarında da gözlenmiş ve aspirasyonun en ağırlı girişimlerden biri olduğu vurgulanmıştır. Nitekim Özsaban ve arkadaşları tarafından yürütülen prospektif gözlemsel bir çalışmada, endotrakeal aspirasyon sırasında ağrı puanlarının anlamlı düzeyde arttığı ve bu ağrının yaş, solunum hastalıkları, sedasyon durumu, aspirasyon basıncı ve tüp çapı gibi faktörlerden etkilendiği bildirilmiştir (29). Çalışmaya 105 hasta ve toplam 210 aspirasyon işlemi dahil edilmiş ve CPOT (Critical-Care Pain Observation Tool) ile ölçülen ağrı skorlarının aspirasyon öncesine göre işlem sırasında belirgin şekilde yükseldiği (ortalama 1.24’ten 3.07’ye) ve işlem sonrasında dahi yüksek seyretmeye devam ettiği saptanmıştır (29). Benzer şekilde, Ebrahimian ve arkadaşları tarafından 112 travmatik beyin hasarı olan hasta ile yürütülen randomize kontrollü çalışmada açık ve kapalı sistem aspirasyon yöntemlerinin her ikisinin de ağrıya ve fizyolojik parametrelerde değişime yol açtığı ancak kapalı sistem aspirasyonun daha düşük ağrı skorları ve daha olumlu fizyolojik yanıtlar sağladığı bulunmuştur (141). Khayer ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde her iki yöntemin ağrıya neden olduğu ancak açık sistem aspirasyonda ağrı artışının daha

belirgin olduğu rapor edilmiştir (142). Aktaş ve Yılmaz’ın çalışmasında ise aspirasyon, pozisyon değiştirme gibi diğer girişimlere kıyasla en yüksek ağrıya yol açan işlem olarak öne çıkmıştır (95). Bizim çalışmamızda ise bu ağrı deneyimi katılımcılar tarafından çarpıcı metaforlarla açıklanmıştır. Katılımcılar, aspirasyonu “boğazda bulaşık teli sürtülmesi”, “kedi tırmalaması” ve “iğne batması” gibi benzetmelerle ifade etmiş ve böylece literatürde sayısal skorlarla gösterilen ağrı, hastaların anlatılarında keskin ve gündelik yaşamdan alınan imgelerle somutlaştırılmıştır.

Ağrıya eşlik eden hemodinamik değişiklikler de literatürde sıklıkla rapor edilmiştir. Kostekli, Çelik ve Keskin’in nöroşirürji yoğun bakım hastalarıyla yaptığı çalışmada derin aspirasyon uygulanan hastalarda sistolik ve diyastolik kan basıncı ile kalp hızında belirgin artış gözlenmiş, yüzeysel aspirasyonda ise bu değişikliklerin daha az olduğu bildirilmiştir (33). Bu araştırmada katılımcıların aspirasyon sırasında kan basınçlarının yükseldiğini ifade etmeleri bu bulgularla paralellik göstermektedir.

Öksürük, aspirasyon sırasında yaygın bir fizyolojik tepki olarak literatürde de vurgulanmıştır. Sánchez-García ve arkadaşları açık aspirasyonun öksürük ve ajitasyonu artırdığını ve buna karşılık mekanik insüflasyon-ekssüflasyon yönteminin öksürük ve ağrı düzeylerini anlamlı şekilde azalttığını raporlamıştır (143). Jurth ve arkadaşları ise aspirasyon sırasında davranışsal ağrı tepkilerinin öksürük ve ajitasyonla birlikte gözlemlendiğini belirtmiştir (26). Bu çalışmada ise bu fizyolojik tepkiler hastalar tarafından metaforik bir dil ile “elektrik süpürgesi”, “itfaiye vidanjörü” ve “kuyudan su çekme” gibi imgelerle tanımlanmıştır. Bu benzetmeler, aspirasyonun yalnızca öksürük ve ajitasyonla sınırlı bir fizyolojik tepki olmadığını, aynı zamanda “çekilme”, “vakum” ve “zorlayıcı temizlik” hisleriyle özdeşleştirildiğini ortaya koymaktadır.

Buna karşın, bu araştırmada saptanan mide bulantısı ve kusma, öğürme, batma ve boğulma hissi, gözlerin yaşarması ve titreme bulguları mevcut nicel araştırmalarda doğrudan rapor edilmemiştir. Literatürde bu bulgular yerine daha çok ağrı skorları, hemodinamik değişiklikler, ajitasyon ve öksürük gibi nesnel ölçütler değerlendirilmiştir (29, 35, 142). Ancak çalışmada bu deneyimler aynı zamanda metaforik düzeyde de aktarılmıştır. Örneğin bir katılımcı aspirasyonu “bulanık suyu beton kenarından çekmek” metaforuyla tanımlamış ve bu ifadeyle işlemin hem temizleyici hem de yaralayıcı yönünü gözler önüne serilmiştir. Sonuç olarak, literatürde ağrı ve fizyolojik değişimlerle tanımlanan aspirasyon deneyimlerine metaforik ve duyusal bir boyut kazandırmaktadır. Bu

yönüyle hastaların algısal ve sembolik dünyalarını da görünür kılarak ve aspirasyonun çok boyutlu doğasını ortaya koyarak literatüre özgün bir katkı sağlamaktadır.

5.3.2. Duygusal Tepkiler

Trakeal aspirasyon deneyimi, katılımcılar açısından fiziksel tepkilerin yanı sıra yoğun duygusal tepkiler içeren bir süreç olarak ortaya çıkmıştır. Katılımcıların anlatımları, işlemin özellikle kaygı, korku, çaresizlik ve yetersizlik duygularını tetiklediğini göstermektedir. Bununla birlikte, işlem sırasında yaşanan zorlukların zihinsel bulanıklık ve algısal karmaşa ile birleştiği de dile getirilmiştir. Bu alt tema kapsamında kaygı, korku, çaresizlik ve zihinsel bulanıklık gibi temel kodlar olarak belirlenmiştir. Katılımcıların deneyimlerinde özellikle kaygı ve korku dikkat çekici şekilde öne çıkmıştır. İşlemin bilinmezliği, daha önce yaşanan ağrı ve rahatsızlıkların yeniden tekrarlanacağı endişesi, boğulma riski ve boğazdaki yaralara zarar verme korkusu, katılımcıların ifadelerinde yoğun olarak yer almıştır. Bu duyguların, işlemin tekrarlayıcı doğası nedeniyle her aspirasyonda yeniden ortaya çıktığı görülmüştür. Ayrıca, katılımcılar aspirasyon sırasında kendilerini çaresiz ve yetersiz hissettiklerini; bağımsızlıklarını kaybettiklerini ve bir başkasının yardımıyla nefes almak zorunda kalmanın onları derinden etkilediğini dile getirmişlerdir. Katılımcıların metaforlara verdikleri yanıtlar bu temadaki duygu ve düşünceleri de desteklemektedir. İşlem “fırtına” olarak tanımlanmış, nefes kesilmesi ve kontrol kaybı bu metafor üzerinden aktarılmış; işlemin bitişi ise “fırtına sonrası huzur” ile ifade edilmiştir. Bir diğer katılımcı aspirasyonu “ölüm acısı” olarak betimlemiş, nefes alamama ve boğulma hissini ölüm korkusuyla ilişkilendirmiştir. Bu metaforlar, aspirasyonun hastalar açısından varoluşsal ve sembolik bir tehdit olarak da deneyimlendiğini göstermektedir. Literatürde trakeal aspirasyon uygulamasının hasta perspektifinden nasıl deneyimlendiğini ortaya koyan sadece iki nitel araştırmaya rastlanmıştır. Gilder tarafından 2022 yılında yürütülen bir çalışmada planlı kısa süreli mekanik ventilasyon uygulanan kardiyak cerrahi hastalarının deneyimleri incelenmiş ve katılımcıların yarısı sadece entübasyon tüpünü hatırlarken hiçbiri aspirasyon işlemini hatırlamamıştır (36). Tüpün varlığı “rahatsız edici” olarak tanımlanırken, ekstübasyon “garip” ve “tuhaf” bir deneyim olarak aktarılmış fakat ağrılı bulunmamıştır. Bu araştırmada ise trakeotomisi olan hastalarının büyük çoğunluğu aspirasyon deneyimini ayrıntılı biçimde hatırlamış ve işlemi çoğunlukla ağrı, rahatsızlık, kaygı ve çaresizlik duyguları ile ilişkilendirmiştir. Bulgular, Gilder’in çalışmasından farklı olarak aspirasyonun hastalar

üzerinde silinmez izler bırakabildiğini ve özellikle trakeotomi sürecinin doğrudan farkındalıkla yaşanması nedeniyle bellekte daha güçlü şekilde yer edebildiğini göstermektedir (36). Nitekim Gilder’ın çalışmasında görüşmeler hastalar yoğun bakımdan çıktıktan sonra gerçekleştirilmiştir (36). Oysa bizim araştırmamızda görüşmeler tamamen bilinci açık, günlük aktivitelerini sürdürebilen ve serviste takip edilen trakeotomi hastaları ile belleğin tazeliğini koruduğu dönemde gerçekleştirilmiştir. Literatürde bu konuda yapılan az sayıdaki çalışmadan bir diğeri de 2023 yılında yapılan Kurt ve Nazik’in araştırmasıdır (28). Kalp cerrahisi geçiren hastaların yoğun bakım ünitesindeki ağrı deneyimlerini derinlemesine incelemek amacıyla yürütülen bu çalışma, bir üniversite hastanesinin kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde sekiz hasta ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar 18 yaş ve üzeri olmak, bilincin açık olması ve en az 24 saat yoğun bakımda kalmış olmak gibi ölçütlere göre seçilmiştir. Araştırmada, aspirasyon işlemi sırasında yaşanan ağrıya ilişkin oldukça çarpıcı ifadeler rapor edilmiştir. Nitekim hastalardan üçü, aspirasyon sırasında hissettikleri ağrıyı “göğüs bölgesinde kimyasal madde ile yanma”, “kızgın yağ ile yanma” ve “sıcak ütü ile yanma” şeklinde tanımlamıştır. Bir diğer katılımcı ise, *“Boğazımdan içeriye giren hortumun balgamları çektiği sırada hayatımda daha önce hiç bu kadar ağrı duymadığımı fark ettim”* ifadesiyle aspirasyonun yoğun ve unutulmaz ağrı boyutunu vurgulamıştır. Bu bağlamda, çalışmamızda boğaz cerrahisi sonrası kısa süreli trakeotomiyle serviste takip edilen, bilinci açık ve günde altı kez aspirasyona maruz kalan hastaların deneyimlerini ayrıntılı şekilde aktarmaları literatür için son derece özgün ve değerli bir katkı sunmaktadır. Bulgularımız, trakeal aspirasyonun hemşirelik bakımında teknik vir girişim olmasının yanında yoğun duygusal ve psikososyal boyutları olan bir deneyim olduğunu göstermekte ve bu yönüyle hem hemşirelik bakımına hem de hemşirelik eğitimine önemli katkılar sağlamaktadır. Bu çalışmanın bulguları aynı zamanda trakeal aspirasyonun hasta açısından ciddi fizyolojik ve duygusal yükler doğurduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, hemşirelerin aspirasyon işlemini mümkün olduğunca kısa sürede, uygun teknikle ve gereksiz tekrarları önleyerek gerçekleştirmesinin önemini vurgulamaktadır.

5.4. Trakeotomi ve Trakeal Aspirasyon Deneyimine Katkı Sağlayan Faktörler

Trakeotomi ve trakeal aspirasyon hastalar için hem fizyolojik hem de psikososyal açıdan zorlayıcı bir girişimdir. Bu çalışmada elde edilen bulgular aspirasyon deneyiminin yalnızca işlemin kendisinden değil, aynı zamanda sürece katkıda bulunan çeşitli

etkenlerden etkilendiğini ortaya koymuştur. Katılımcıların ifadeleri incelendiğinde bazı faktörlerin süreci daha da güçleştirdiği, bazılarının ise bu deneyimi kolaylaştırıcı bir rol üstlendiği görülmüştür. Bu doğrultuda tema altında iki temel alt tema belirlenmiştir: “Güçleştiriciler” ve “Kolaylaştırıcılar.” Güçleştiriciler hastaların trakeotomi ve aspirasyon sürecinde yaşadığı fiziksel, psikolojik ve sosyal zorlukları temsil ederken kolaylaştırıcılar, hastaların bu sürece uyumunu artıran, baş etme mekanizmalarını güçlendiren ve hemşirelik bakımının etkinliğini destekleyen faktörleri ifade etmektedir. Bu iki alt tema, trakeotomi ve trakeal aspirasyon deneyiminin çok boyutlu doğasını anlamak açısından önemlidir. Aşağıda, önce güçleştirici faktörler ardından kolaylaştırıcı faktörler literatür ışığında tartışılmıştır.

5.4.1. Güçleştiriciler

Bu alt tema trakeotomi ve trakeal aspirasyon deneyimini olumsuz yönde etkileyen çok boyutlu güçlükleri içermektedir. Katılımcılar korku, bilgilendirme eksikliği, yoğun sekresyon, birden fazla bakım ekipmanı ile yaşama ve utanma duygularını güçleştirici faktörler arasında tanımlamıştır. Bu faktörlerden bazıları literatürde trakeal aspirasyon uygulamasıyla doğrudan ilişkilendirilmemiştir. Ancak, farklı hasta gruplarında benzer kavramlar güçleştirici faktör olarak değerlendirilmiştir. Yoğun sekresyon varlığı ve birden fazla bakım ekipmanına bağımlı olma bu çalışmada trakeal aspirasyon deneyimini güçleştiren başlıca faktörler arasında yer almıştır. Ancak literatürdeki bulgular bu konuda farklılık gösterebilmektedir. Nitekim Özsaban ve arkadaşlarının yoğun bakım ünitesinde gerçekleştirdikleri prospektif gözlemsel araştırmada aspirasyonun en ağırlı girişimlerden biri olduğu belirtilmiş fakat deneyimi etkileyen faktörler arasında yaş, solunum hastalıkları, sedasyon durumu, aspirasyon basıncı ve tüp çapı öne çıkmıştır (29). Bu yönüyle söz konusu çalışma daha çok fizyolojik ve teknik değişkenlerin aspirasyon sırasında yaşanan ağrı ve rahatsızlığı belirlediğini ortaya koyarken, bu çalışmada ise sekresyon yoğunluğu, bakım ekipmanı fazlalığı ve utanma gibi günlük yaşam ve psikososyal boyutların ön plana çıktığı görülmektedir. Dolayısıyla literatürdeki sonuçlar ile bizim bulgularımız arasında yöntem ve bağlam farklılıklarından kaynaklanan bir ayrışma mevcuttur. Bu farklılık aspirasyon deneyiminin biyolojik-fizyolojik parametrelerin yanında bireyin sosyal ve psikolojik koşullarıyla birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Kronik hastalıkların seyrinde benzer şekilde kaygı ve korku tepkilerinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Nitekim Kiropoulos ve arkadaşları multipl skleroz tanılı hastalarda öz-kavram, hastalığı kabullenme ve depresyon ile anksiyete arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada benlik algısının bozulmasının depresyon ve anksiyete semptomlarıyla yakından ilişkili olduğu ve bu durumun hastaların ruhsal uyumunu zorlaştırdığı sonucuna ulaşmıştır (144). Bu çalışmada öz-kavram (*self-consept*) “Öz kavram, bireyin kimliği, uyum düzeyi, sosyal becerileri ve statüsü, kendini gerçekleştirme, fiziksel özellikleri, ahlaki değerleri ve buna bağlı özsaygı düzeyine ilişkin algısıdır. “şeklinde tanımlanmıştır. Bu bulgular, bizim çalışmamızda da görüldüğü üzere trakeotomi ve aspirasyon deneyimiyle ortaya çıkan korkunun yalnızca geçici bir sıkıntı olmadığını, bireyin psikolojik uyum sürecini derinden etkileyen bir yük oluşturduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, “Güçleştiriciler” alt teması, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla trakeotomi ve aspirasyon deneyimini ağırlaştıran faktörleri kapsamaktadır. Literatür, bu bulguları destekleyerek yoğun sekresyon, yeterli bilgilendirilmeme, korku ve utanma gibi faktörlerin hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde azalttığını ortaya koymaktadır. Bu nedenle hemşirelik bakımında bilgilendirme, iletişim desteği ve psikososyal danışmanlık gibi bütüncül yaklaşımların önemini ortaya koymaktadır.

5.4.2. Kolaylaştırıcılar

Çalışmamızda trakeotomi ve trakeal aspirasyon deneyimini kolaylaştıran unsurların hemşirenin destekleyici yaklaşımı, işlemi kolaylaştırıcı bakım girişimleri, yeni sürece uyum, alternatif iletişim yolları, sosyal destek ve bireysel baş etme (dua, mizah) olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular iletişim ve psikososyal destek boyutlarının da hasta deneyimlerini etkilediğini göstermektedir. Tolotti ve arkadaşları tarafından, yoğun bakımda trakeostomili hastaların hemşirelerle iletişim deneyimlerini tanımlamak amacıyla, yayınlanan kapsayıcı derlemede etkili hemşire–hasta iletişiminin hastada rahatlama, güven ve dikkate alınma duygusunu artırdığı, iletişimi iyileştiren stratejilerin bakımın temel bir bileşeni olarak ele alınması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (106). Ayrıca hemşireler için iletişimin kurumsal düzeyde önceliklendirilmesi ve eğitimle desteklenmesi önerilmiştir. Bu sonuçlar çalışmamızda göz teması, sakin–açıklayıcı dil ve duygusal farkındalığın süreci “güven verici” kıldığına ilişkin katılımcı anlatımlarıyla örtüşmektedir. Aynı zamanda Tolotti ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada yazı, dudak okuma, jest-mimikler, göz kırpmaya, ses çıkarma ve iletişim tahtaları gibi alternatif iletişim yöntemlerinin hemşire-

hasta iletişimini kolaylaştırıcı rol oynadığı sonucuna ulaşılmıştır (106). Bu bulgu, bizim çalışmamızda katılımcıların deftere yazma, telefonla mesajlaşma, el kol hareketleri veya dudak okuma gibi yollarla kendilerini ifade etmelerinin süreci kolaylaştırıcı olduğunu vurgulayan ifadeleriyle örtüşmektedir. Ek olarak Ertürk ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, trakeotomili parsiyel larenjektomili hastaların yaşadığı iletişim sorununa çözüm bulmak amacıyla görsel bir iletişim rehberi geliştirilmiş ve rehberin kendini ifade etmeyi kolaylaştırdığı, kaygıyı azalttığı ve hasta yakınları /sağlık ekibiyle iletişimi güçlendirdiği sonucuna ulaşılmıştır (132). Katılımcılarımızın yazma, jest-mimik ve mesajlaşma gibi yöntemleri kullanarak rahatlama deneyimleri bu kanıtla tutarlıdır. Dolayısıyla, çalışmamızın bulguları ile literatürdeki sonuçlar arasında güçlü bir örtüşme olduğu söylenebilir.

Aspirasyon öncesi ve sonrası verilen preoksijenasyon ile uygun teknik/süre uygulamalarının fizyolojik stres yanıtını azalttığına dair kanıtlara dayalı kılavuz önerileri mevcuttur. Nitekim, American Association for Respiratory Care ve çalışma grubu tarafından hazırlanan klinik uygulama rehberinde yapay havayolu aspirasyonuna ilişkin güncel kanıtlar doğrultusunda aspirasyon öncesi preoksijenasyonun önerildiği ve normal salin (SF) uygulamasının genel olarak kaçınılması gerektiği belirtilmiş, kateter boyutu, negatif basınç ve süre için güvenlik sınırları ayrıntılandırılmıştır (19). Bu öneriler, katılımcıların “yavaş ve özenli aspirasyon”, “oksijen ve buhar desteği” ile rahatlamaya ilişkin bildirimlerini açıklar niteliktedir. Katılımcılarımızın bir bölümü serum fizyolojik instilasyonunun rahatlatıcı olduğuna ilişkin öznel yarar bildirmiştir. Ancak Kalender ve Tosun tarafından yapılan bir derlemede rutin serum fizyolojik instilasyonunun yararını destekleyen yeterli kanıt bulunmadığı, oksijen satürasyonu düşüşü, hemodinamik değişiklikler, enfeksiyon ve bronkokonstrüksiyon gibi olumsuz etkilerin raporlandığı saptanmış, bu nedenle serum fizyolojik intilasyonunun seçici ve dikkatli kullanılması gerektiği vurgulanmıştır (145). Bu bulgu, hastaların rahatlama hislerinin kanıta dayalı güvenlik önlemleriyle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Uzun ve arkadaşları tarafından yapılan bir meta-analizde hemşireler tarafından yürütülen psikososyal/psikoterapötik müdahalelerin bireylerde anksiyete ve depresyonu anlamlı biçimde azalttığı, yaşam kalitesini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (146). Bu bulgu, hemşirenin terapötik rolünün, katılımcılarımızın dua ve mizahla tarif ettiği rahatlamayı klinik olarak desteklediğini göstermektedir. Ayrıca Willett ve Willett tarafından yapılan bir

çalışmada trajedi ortasında mizahın acıyla baş etmede anlık rahatlama ve ortak anlam üretimi sağlayabildiği ileri sürülmüştür (147). Katılımcılarımızın işlemin gerginliğini hafifleten esprili anlara ilişkin anlatıları bu çerçeveye örtüşmektedir.

Sonuç olarak, literatürde iletişim odaklı destekleyici hemşirelik (106), kanıta dayalı teknik adımlar ve serum fizyolojik intilasyonunun rutin kullanımından kaçınma (19, 145), alternatif iletişim araçlarının yapılandırılmış kullanımı (132), psikososyal müdahalelerin etkinliği (146) ve mizahın dönüştürücü işlevi (147) yönündeki kanıtlar, çalışmamızda tanımladığımız kolaylaştırıcı kodların biyopsikososyal bir bütünlük içinde etkili olduğunu göstermektedir.

5.5. Dekanülasyon ile İyileşme Süreci Deneyimleri

Trakeotomi kanülünün çıkarılması hastalar açısından tıbbi bir prosedür olmasının yanı sıra iyileşme sürecinin dönüm noktası niteliğinde bir deneyimdir. Dekanülasyon, bireylerin hem fiziksel hem de duygusal iyileşme sürecinde önemli değişimlere yol açmakta, yaşam kalitesi, günlük aktiviteler ve öz bakım becerileri üzerinde doğrudan etkiler göstermektedir. Bu süreçte, kanülün çıkarılmasıyla birlikte nefes alma, konuşma ve yutma gibi temel işlevlerde belirgin farklılıklar yaşanmakta, aynı zamanda bireylerde iyileşmeye yönelik umut, özgürleşme hissi ve yeniden hayata katılım duyguları ön plana çıkmaktadır. Bu tema altında, katılımcıların “fiziksel deneyimleri” ve “duygusal deneyimleri” olmak üzere iki alt boyut ele alınmış ve iyileşme sürecine dair bütüncül bir bakış sunulmaya çalışılmıştır.

5.5.1. Fiziksel Deneyimler

Dekanülasyon süreci, trakeostomiye bağlı fiziksel kısıtlılıkların azalması ve yaşam kalitesinin artması açısından kritik bir dönüm noktasıdır. Literatür, bu dönemin özellikle solunum, uyku ve beslenme gibi temel fizyolojik işlevlerde iyileşme ile karakterize olduğunu göstermektedir. Trakeostomi tüpünün çıkarılmasıyla birlikte solunum yollarındaki mekanik engel ortadan kalkmakta, bu da hastaların daha rahat nefes alabilmesine katkı sağlamaktadır. Nitekim, Mah ve arkadaşlarının çalışmasında, multidisipliner trakeostomi bakım paketinin uygulanması sonrasında hastaların önemli bir kısmında başarılı dekanülasyon sağlandığı ve bunun solunumsal fonksiyonlarda belirgin iyileşme ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (148). Benzer şekilde, Pillai ve arkadaşları da 2025 yılında yaptıkları çalışmada edinsel beyin hasarı geçiren hastalarda dekanülasyon süresinin kısılmasının özellikle öksürük gücü ve oksijen bağımlılığının azalması ile ilişkili olduğunu

vurgulamaktadır (149). Bu bulgular, dekanülasyonun doğrudan solunum konforunu artırdığına işaret etmektedir.

Dekanülasyon sonrasında hastaların uyku kalitesinde de iyileşmeler gözlenmektedir. Trakeotomi varlığı ve trakeal aspirasyon ağrı, sekresyon birikimi ve hava yolu tahrişine bağlı olarak uyku bölünmelerine neden olurken, tüpün çıkarılmasıyla bu sorunların azaldığı görülmektedir. Nitekim torakotomi sonrası hastalarda yapılan bir çalışmada, postoperatif ağrı ve invaziv girişimlerin uyku düzenini ciddi şekilde bozduğu, fakat iyileşme sürecinde uyku kalitesinin belirgin olarak düzeldiği bildirilmiştir (150). Bu durum, dekanülasyon sonrası hastaların uyku sürekliliğinin artması ve gündüz uykululuk halinin azalması ile açıklanabilir.

Trakeostomi, yutma fonksiyonlarını olumsuz etkileyebilmekte ve aspirasyon riskini artırabilmektedir. Mah ve arkadaşlarının çalışmasında, post-trakeostomi bakım paketinin uygulanmasıyla birlikte hastaların ağızdan beslenmeye geçiş oranlarında anlamlı bir artış olduğu belirtilmiştir (148). Yutma fonksiyonundaki bu iyileşme, beslenmenin daha düzenli ve güvenli bir şekilde sürdürülebilmesine olanak sağlamaktadır. Ayrıca bu bulgu, dekanülasyonun gastrointestinal sistem açısından da olumlu etkiler yarattığını göstermektedir.

Özetle, literatür bulguları ışığında dekanülasyon sonrası fiziksel deneyimler solunumun rahatlaması, uyku kalitesinin artması ve beslenmenin düzene girmesi başlıkları altında belirgin iyileşmelerle karakterizedir. Bu iyileşmeler hem hasta konforunu hem de rehabilitasyon sürecini hızlandırmakta, multidisipliner yaklaşımların önemini vurgulamaktadır.

5.5.2. Duygusal Deneyimler

Dekanülasyon süreci, hastaların aynı zamanda duygusal açıdan da dönüştürücü bir deneyim yaşamalarına neden olmaktadır. Literatürde bu dönemin özellikle mutluluk, kurtulmuşluk, yeniden doğma, sözlü iletişim kurmanın rahatlığı ve hemşire memnuniyeti gibi kodlarla açıklanabilecek yoğun duygular içerdiği görülmektedir.

Trakeostomi tüpünün çıkarılması, hastalar için hem fiziksel hem de psikolojik anlamda büyük bir rahatlama kaynağıdır. Tolotti ve arkadaşlarının çalışmasında, tüpün çıkarılmasının hastalarda “özgürleşme” ve “yeniden doğma” hissi yarattığı, bu sürecin mutluluk ve kurtulmuşluk duygularıyla iç içe geçtiği vurgulanmaktadır (106). Özellikle

uzun süre trakeostomiyle yaşıyan hastalarda, tüpün çıkarılması bir tür zincirlerin kırılması ve normal hayata yeniden adım atma biçiminde tanımlanmıştır. Konuşma yetisinin geri kazanılması hastalar açısından yalnızca iletişim kolaylığı değil, aynı zamanda kimliğin ve sosyal kabulün yeniden inşası anlamına gelmektedir. Çalışmada, hastaların yeniden konuşabilmenin verdiği memnuniyetle kendilerini daha “normal” ve sosyal olarak kabul edilmiş hissettikleri belirtilmiştir. Bu bulgu, sözlü iletişim kurabilmenin psikososyal uyum açısından ne kadar kritik olduğunu göstermektedir.

Dekanülasyon, hastaların bağımsızlıklarını yeniden kazandıkları ve kendilerini tekrar “birey” gibi hissettikleri bir dönüm noktasıdır. Bu kazanım, özellikle aile içi rollerin yeniden yapılandırılmasına ve sosyal ilişkilerin güçlenmesine katkı sağlamaktadır. Tolotti ve arkadaşları bu süreçte hemşirelerin iletişim becerilerinin ve destekleyici yaklaşımının hasta memnuniyetini doğrudan etkilediğini belirtmektedir (106). Hastaların, hemşirelerin sabırlı ve anlayışlı iletişim çabaları sayesinde daha güvenli ve huzurlu bir şekilde bu süreci atlattıkları görülmektedir.

Özetle, dekanülasyon sonrası duygusal deneyimler mutluluk, kurtulmuşluk, yeniden doğma, sözlü iletişim kurmanın rahatlığı ve hemşire memnuniyeti ile karakterizedir. Bu nedenle hemşirelik bakımında aynı zamanda duygusal destek ve güven verici iletişim de ön planda tutulmalı, hastaların bu önemli geçiş dönemini daha sağlıklı yaşamaları için gerekli ortam sağlanmalıdır.

5.6. Öneriler

Bu çalışmada katılımcıların aynı zamanda bakımın niteliğini artırmaya yönelik önerilerini de paylaştıkları görülmektedir. Bulgular “Aspirasyon İşleminde Kullanılan Araçlar ve Yöntemler” ile “Etkili İletişim ve Güven İlişkisi Kurma” olmak üzere iki alt tema etrafında şekillenmiştir. Literatür de bu hasta merkezli önerilerin hemşirelik bakımının kalitesine yönelik önemli katkılar sağlayabileceğini desteklemektedir.

5.6.1. Aspirasyon İşleminde Kullanılan Araçlar ve Yöntemler

Katılımcılar aspirasyon kateterlerinin sert yapısının mukozada tahrişe, ağrıya ve işlem sırasında rahatsızlığa neden olduğunu vurgulamışlardır. Bu doğrultuda uç kısmı daha yumuşak, esnek ve tahriş etmeyecek materyallerden üretilmiş kateterlere duyulan ihtiyacı dile getirmişlerdir. Literatürde de aspirasyon sırasında kullanılan araçların hasta konforu ve güvenliği üzerinde doğrudan etkili olduğu belirtilmektedir. Amerikan Solunum Bakımı

Derneği'nin güncel klinik uygulama rehberinde, aspirasyon kateterlerinin trakeal tüp lümeninin yarısından küçük çapta olması gerektiği ve basıncın da travmayı önleyecek düzeyde tutulmasının önerildiği vurgulanmıştır (19). Bu yaklaşım, kateter yapısının ve teknik özelliklerinin hasta deneyimi açısından önemini desteklemektedir.

Buhar uygulamalarına ilişkin öneriler de dikkat çekicidir. Katılımcılar, mevcut cihazların ergonomik olmadığını ve sürekli oksijen kanülünün tutulması gerekliliğinin zorluk yarattığını belirtmişlerdir. Bu nedenle, sekresyonların mobilizasyonu için daha uygun ve kanıta dayalı yöntemlerin geliştirilmesi, hasta konforunu artıracak yenilikçi uygulamalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

5.6.2. Etkili İletişim ve Güven İlişkisi Kurma

Katılımcılar işlem öncesinde ve sırasında yeterli bilgilendirmenin yapılmamasının kaygı ve panik yarattığını, açıklayıcı iletişimin ise güven duygusunu artırdığını ifade etmişlerdir. Bu bulgu, Tolotti ve arkadaşlarının derlemesinde trakeostomili hastaların hemşirelerle iletişim deneyimlerinde öne çıkan sonuçlarla örtüşmektedir (106). Çalışmada, etkili iletişim kurulamayan hastaların kendilerini görünmez, kimliksiz ve çaresiz hissettikleri, buna karşın bilgilendirildiklerinde ve anlaşılabilirliklerinde rahatlama, güven ve aidiyet duygusu yaşadıkları rapor edilmiştir. AARC rehberi de (19) aspirasyon uygulamalarında ön bilgilendirmenin ve hasta güvenliğinin sağlanmasının temel ilkeler arasında yer aldığını vurgulamaktadır. Bu açıdan bakıldığında, katılımcıların önerileri yalnızca bireysel deneyimlere değil, aynı zamanda uluslararası standartlarla da paraleldir.

Özetle hastaların önerileri hem kullanılan araçların daha konforlu ve güvenli hale getirilmesine hem de hemşire-hasta iletişiminin güçlendirilmesine yöneliktir. Literatürdeki kanıtlar, kateter tasarımının, sekresyon yönetiminde kullanılan yöntemlerin ve iletişim biçimlerinin hasta deneyimini doğrudan etkilediğini göstermektedir. Bu nedenle, hemşirelik bakımında hasta önerilerinin dikkate alınması, kanıta dayalı uygulamaların geliştirilmesi ve iletişim temelli güven ilişkisinin güçlendirilmesi kritik öneme sahiptir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu nitel araştırmada, Kulak Burun Boğaz servisinde yatan ve geçici trakeotomisi olan bilinci açık hastaların trakeotomi ve trakeal aspirasyon deneyimleri bütüncül bir bakışla incelenmiş ve her iki girişimin de hastalar üzerinde kapsamlı fiziksel, duygusal ve psikososyal etkiler oluşturduğu belirlenmiştir. Araştırmanın sonuçları, trakeotominin hastalar tarafından yalnızca fizyolojik bir prosedür olarak değil, yaşamın akışını değiştiren, beden algısını etkileyen ve bağımsızlığı sınırlayan çok yönlü bir deneyim olarak algılandığını göstermiştir. Hastaların trakeotomiye uyum sürecinde inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme aşamalarını içeren yas benzeri duygusal tepkiler yaşadıkları ve iletişim kurma güçlüğü, sekresyon yönetiminde zorlanma, konuşamama, dış görünüşte meydana gelen değişikliklerin bu süreci daha da zorlaştırdığı görülmüştür. Bunun yanı sıra, trakeal aspirasyon işlemi sırasında hastaların yoğun ağrı, boğulma hissi, nefes darlığı ve kaygı yaşadıkları, işlemin fiziksel rahatsızlıkla birlikte ciddi bir psikolojik yük de oluşturduğu belirlenmiştir. Hemşirenin iletişim şekli, işlem öncesi bilgilendirme düzeyi, hastanın gereksinimlerinin dikkate alınması ve profesyonel yaklaşımı deneyimi kolaylaştırırken; aceleci tutum, yetersiz açıklama ve ağrı yönetiminin ihmal edilmesi hastaların işlem algısını olumsuz etkilemiştir. Hastaların dekanülasyon sürecini umut, rahatlama ve özgürleşme duyguları ile ilişkilendirdikleri ve trakeotominin kapanmasını yaşam kalitesine yeniden dönüş olarak gördükleri anlaşılmıştır.

Bu bulgular, trakeotomi ve trakeal aspirasyon uygulanan hastalara yönelik hemşirelik bakımının yalnızca teknik girişimlerden ibaret olmadığını; etkili iletişim, empati, psikososyal değerlendirme ve bütüncül bakım anlayışının zorunlu olduğunu ortaya koymaktadır. Hemşirelerin işlem öncesi ve sırasında hastaya durumu anlayabileceği şekilde açıklama yapması, iletişimde güçlük yaşayan trakeotomili hastalar için alternatif iletişim yöntemleri kullanması ve hastanın anksiyete ile belirsizlik duygusunu azaltacak destekleyici yaklaşımlar sergilemesi önem taşımaktadır. Aspirasyon işleminin kanıta dayalı rehberlere uygun biçimde gerçekleştirilmesi, işlem süresinin sınırlı tutulması, oksijenlenmenin izlenmesi ve ağrıya yönelik değerlendirmelerin ihmal edilmemesi hastaların güvenliğini ve konforunu artırmaktadır. Trakeotomiye bağlı beden imgesi değişikliği, bağımlılık hissi ve sosyal geri çekilme gibi sorunlar yaşayan hastalara psikolojik destek sağlanması ve gerektiğinde profesyonel danışmanlık hizmetlerine yönlendirilmesi önerilmektedir.

Trakeal aspirasyon uygulamasının hemşirelik öğrencileri ve klinik hemşireleri için hasta merkezli bakımın kritik bir bileşeni olarak ele alınması, klinik rehberlerin hasta deneyimlerini de dikkate alacak şekilde güncellenmesi ve hemşirelerin iletişim becerilerini güçlendirmeye yönelik hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi gerekmektedir. Gelecekte yapılacak araştırmalarda farklı klinik ortamlarda ve farklı hasta gruplarıyla (örneğin yoğun bakım, pediatri, onkoloji) daha geniş örneklemeler kullanılarak trakeotomi ve aspirasyon deneyimlerinin incelenmesi, psikososyal etkilerin daha kapsamlı değerlendirilmesi ve bu alanda nitel çalışmaların artırılması önem taşımaktadır. Ayrıca hemşire-hasta iletişiminin bakım sonuçlarına etkisini değerlendiren müdahale çalışmalarına ve aspirasyon sırasında kullanılan kateterlerin tasarımına yönelik yenilikçi uygulamaları ele alan araştırmalara ihtiyaç vardır. Bulgular, hemşirelik bakımının bütüncül, bireyselleştirilmiş ve kanıta dayalı bir yaklaşımla sürdürülmesinin, hastaların fiziksel ve psikososyal iyilik halinin desteklenmesine katkı sağlayacağını göstermektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Bhutta BS, Al-Abbasi B (2022). Physiology, Respiratory Rate. StatPearls, StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).
2. Hall JE, Hall ME (2021). Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology. Guyton ve Hall Tıbbi Fizyoloji. 14th ed. Çeviren: Yeğen BÇ, Alican İ, Solakoğlu Z, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Sti., İstanbul.
3. Potter PA, Perry AG (2009). Fundamentals of Nursing. Yedinci baskı. Mosby Elsevier, St. Louis; Pages: 908–964.
4. John RE (2004). Airway management. Crit Care Nurs 24(2): 93–96.
5. Sert H, Olgun N, Eti Aslan F (2022). Solunum Sistemi. Karadakovan A, Eti Aslan F (Eds.), Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Altıncı baskı. Akademisyen Kitabevi, Ankara: 343-362.
6. Kozier B, Erb G (2008). Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice. 6. baskı. Prentice-Hall Health-Multi-Media, New Jersey; Sayfa: 1357–1395.
7. Akça AY (2011). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Nobel Kitabevi Adana; Sayfa: 551–556.
8. Goldenberg D, Ari EG, Golz A, Danino J, Netzer A, Joachims HZ (2000). Tracheotomy complications: a retrospective study of 1130 cases. Otolaryngol Head Neck Surg 123: 495–500.
9. Gür H, Bal KK, Demir İ, İsmi O, Sagün A, Vayisoğlu Y, Görür K, Özcan C, Ünal M (2023). Üst hava yolu yönetiminde trakeotomi sonuçları. KBB Uygulamaları 11(2): 56–60.
10. Seyman ÇÇ, Çelik SŞ (2019). Trakeostomili hastalarda yaşam kalitesi ve hemşirelik bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 6(1): 59–64.
11. Cortegiani A, Russotto V, Gregoretti C (2016). Indication and Timing. Servillo G, Pelosi P (Eds.), Percutaneous Tracheostomy in Critically III Patients. Springer International Publishing, Switzerland: 129-139.

12. Jotic AD, Milovanovic JP, Trivic AS, Folic MM, Krejovic-Trivic SB, Radin ZZ, Milicic BR (2021). Predictors of complications occurrence associated with emergency surgical tracheotomy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 164(2): 346–352.
13. Mao X, Zhou Y, Chen Q, Zhang Y (2024). Clinical management and nursing care for patients with tracheostomy following traumatic brain injury. *Frontiers in Neurology*, 15:1455926.
14. Afhami S, Esmailpour N, Rezaei P, Kabirian S (2019). Comparison of a closed with an open endotracheal suction: a systematic review. *Int J Pharm Res* 11(4): 263–271.
15. Çevik K (2021). Solunum Sistemi, Kara Kaşıkçı M, Akın E (Eds.), Temel Hemşirelik: Esaslar, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. İkinci baskı. İstanbul Tıp Kitabevleri, İstanbul; Sayfa: 598-623.
16. Yılmaz İ, Özden D, Arslan GG (2023). Yoğun bakımda uygulanan endotrakeal aspirasyon işlem basamaklarının aspirasyon komplikasyonlarına etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 7(1): 100–115.
17. Niel-Weise BS, Snoeren PJ, Van Den Broek PJ (2007). Policies for endotracheal suctioning of patients receiving mechanical ventilation: a systematic review of randomized controlled trials. *Infect Control Hosp Epidemiol* 28(5): 531–536.
18. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. T.C. Resmî Gazete, 27910, 2011.
19. Blakeman TC, Scott JB, Yoder MA, Capellari E, Strickland SL (2022). AARC clinical practice guidelines: artificial airway suctioning. *Respir Care* 67(2): 258–271.
20. Maggiore SM, Lellouche F, Pignataro C, Girou E, Maitre B, Richard J-CM, et al. (2013). Decreasing the adverse effects of endotracheal suctioning during mechanical ventilation by changing practice. *Respir Care* 58(10): 1588–1597.
21. Lesmana H (2019). Effectiveness of suctioning and factors affecting; a systematic review. *Caring Indones J Nurs Sci* 1(2): 77–85.
22. Sole ML, Bennett M, Ashworth S (2015). Clinical indicators for endotracheal suctioning in adult patients receiving mechanical ventilation. *Am J Crit Care* 24(4): 318–324.

23. Berman A, Snyder SJ, Frandsen G (2016). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. 10.th ed. Pearson Education, New Jersey.
24. Yilmaz İ (2017). Açık ve kapalı sistem endotrakeal aspirasyon yöntemlerinin aspirasyon sıklığı ve sekresyon miktarına etkisi. Doktora tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
25. Ashkenazy S, Weissman C, Ganz FD (2024). Measuring pain or discomfort during routine nursing care in lightly sedated mechanically ventilated intensive care patients: a prospective preliminary cohort study. *Heart Lung* 67: 169–175.
26. Jurth C, Zimmermann V, Schaaf L, Lezius F, Bublitz VK, Lichtner G, von Dincklage F (2022). Investigation of Behavioural Pain Scale, Critical Care Pain Observation Tool, nociceptive flexion reflex and pupillary dilatation reflex as predictors of behavioural reactions to nociceptive procedures in critically ill patients unable to self-report pain. *Eur J Pain* 26(10): 2074–2082.
27. Erden S, Artiklar T, Tura İ, Türkmen A (2022). Assessment of procedural pain in patients with COVID-19 in the intensive care unit. *Pain Manag Nurs* 23(5): 596–601.
28. Kurt E, Nazik E (2023). Kalp cerrahisi geçiren hastaların yoğun bakımdaki ağrı deneyimleri: nitel bir çalışma. *Uluborlu Mesleki Bilimler Dergisi* 6(2): 1–11.
29. Özsaban A, Cura ŞÜ, Coşkun EY, Kibar D (2023). Investigation of pain associated with endotracheal aspiration and affecting factors in an intensive care setting: a prospective observational study. *Aust Crit Care* 36(5): 687–694.
30. Voeltzel J, Garnier O, Prades A, Carr J, De Jong A, Molinari N, Chanques G (2024). Assessing pain in paralyzed critically ill patients receiving neuromuscular blocking agents: a monocenter prospective cohort. *Anaesth Crit Care Pain Med* 43(6): 101384.
31. Dastdadeh R, Ebadi A, Vahedian-Azimi A (2016). Comparison of the effect of open and closed endotracheal suctioning methods on pain and agitation in medical ICU patients: a clinical trial. *Anesth Pain Med* 6(5): e38340.
32. Gulsoy Z, Kol IO (2024). The effect of endotracheal suctioning on pain in conscious adult patients in intensive care unit. *Dimens Crit Care Nurs* 43(2): 72–79.

33. Kostekli S, Celik S, Keskin E (2022). Effect of deep and superficial endotracheal suctioning on hemodynamic parameters and pain in neurosurgical intensive care patients. *Marmara Med J* 35(2): 237–243.
34. Ruan QW, Khomapak M, Sangchan H (2022). Inter-professional-compassionate pain management during endotracheal suctioning: a valuable lesson from a Chinese surgical intensive care unit. *Front Nurs* 9(1): 19–27.
35. Ruan Q, Li C, Qiu M, Wan L, Sun T (2024). Effects of natural sound therapy on pain and agitation induced by endotracheal suctioning: a real-world study. *Am J Crit Care* 33(4): 299–303.
36. Gilder E, Jull A, Slark J, Parke RL (2022). Patient's experiences of endotracheal tubes and suction following cardiac surgery. *Nurs Crit Care* 27(2): 187–194.
37. Çelik S (2014). Erişkin Yoğun Bakım Hastalarında Temel Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı. Birinci baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara; Sayfa: 49-64.
38. Akça Ay F (2016). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Altıncı baskı. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara; Sayfa: 136-159.
39. Akgül S, Öztekin D, Akyolcu N (2001). Hemşirelerin endotrakeal aspirasyonda serum fizyolojik uygulamasına ilişkin bilgi durumları. *Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi* 12(47): 46–55.
40. Özyılmaz E (2014). Solunum yetmezliği. *Çukurova Medical Journal* 39(3): 428–442.
41. Seker SE (2014). Maslow'un ihtiyaçlar piramiti. *Yönetim Bilişim Sistemleri Ansiklopedisi* 1(1): 43–45.
42. Ocakçı AF, Ecevit Alpar Ş (2015). Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri. Birinci baskı. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul; Sayfa: 65-83.
43. Velioğlu P (2012). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. *Akademi Basınevi*, Ankara; Sayfa: 63-76.
44. Ahtisham Y, Jacoline S (2015). Integrating nursing theory and process into practice: Virginia's Henderson need theory. *Int J Caring Sci* 8(2): 443–450.

45. Çoban N, Gezginci E, Göktaş S (2019). Amputasyon bakımında Abdellah'ın modelinin kullanımı: olgu sunumu. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi 1(3): 249–256.
46. Ünsal A (2017). Hemşireliğin dört temel kavramı: insan, çevre, sağlık ve hastalık, hemşirelik. Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 1(1): 11–25.
47. Holland K (2021). Roper-Logan-Tierney modelinin uygulamada kullanılması (Çev. Ed. Acaroğlu R, Şendir M, Kaya H). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
48. Peate I, Nair M (2014). Hemşirelik Öğrencileri İçin Anatomi ve Fizyolojinin Temelleri. Çeviri Editörleri: Prof. Dr. Deniz Erbaş, Prof. Dr. Tuncay Veysel Peker. Palme Yayıncılık, Ankara; Sayfa: 1–600. ISBN: 9786053552482.
49. Yıldırım N (2017). Solunum sistemi klinik fizyolojisi. Toraks Cerrahisi Bülteni 10(1): 1–8.
50. Robb PJ (1985). Failure of intubation in acute inflammatory airway obstruction in childhood. J Laryngol Otol 99: 993–998.
51. Demiralay A (2010). Trakeotomi bakımında hemşirelerin bilgi düzeyinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
52. Dere H, Suat T, Özcan İ, Koç C, Özdem C (1995). Trakeotomi. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2(4): 19–28.
53. Gillespie MB, Eisele DW (1999). Outcomes of emergency surgical airway procedures in a hospital-wide setting. Laryngoscope 109: 1766–1769.
54. Goldenberg D, Golz A, Netzer A (2002). Tracheotomy: changing indications and a review of 1,130 cases. J Otolaryngol 31: 211–215.
55. Kerr AG (Ed.) (1987). Scott-Brown's Otolaryngology. 5th ed. Butterworths, London; Sayfa: 1608.
56. Costa L, Matos R, Júlio S, Vales F, Santos M (2016). Urgent tracheostomy: four-year experience in a tertiary hospital. World J Emerg Med 7(3): 227–230.

57. Sagiv D, Nachalon Y, Mansour J, Glikson E, Alon EE, Yakirevitch A (2018). Awake tracheostomy: indications, complications and outcome. *World J Surg* 42(9): 2792–2799.
58. Pereira L, Lumley C (2018). Percutaneous Tracheostomy Indications and Surgical Technique. Farias TP (Ed.), *Tracheostomy*. Springer International Publishing, Cham, Switzerland, Sayfa: 77-91.
59. Lorente L, Blot S, Rello J (2007). Ventilatör ilişkili pnömoniye önleyici tedbirler. *Eur Respir J* 30: 1193–1207.
60. Özden D, Taş Z, Yıldız M (2009). Hemşirelerin açık ve kapalı sistem aspirasyon yönteminde serum fizyolojik uygulama durumlarının ve nedenlerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 3: 18–29.
61. Maggiore SM (2006). Endotracheal suctioning, ventilator-associated pneumonia, and costs: open or closed issue. *Intensive Care Med* 32: 485–487.
62. Salem MR (2001). Verification of endotracheal tube position. *Anesthesiol Clin North Am* 19(4): 813–839.
63. Şapulu Alakan Y (2024). Trakeostomili hastaların bakım vericilerine trakeal aspirasyon uygulamasının öğretilmesinde simülasyon maketi ve mobil uygulamanın etkinliğinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa.
64. Coombs M, Dyos J, Waters D, Nesbitt I, Mallett J, Albarran J, Richardson A (2013). Interventions for respiratory system: assessment, monitoring and interventions for the respiratory system. Mallett J, Albarran J, Richardson A (Eds.). *Critical Care Manual of Clinical Procedures and Competencies*. John Wiley & Sons, Incorporated Chichester, Pages: 64-105.
65. Salomé GM, Rosa GCM, da Rosa JI (2022). Validação do aplicativo móvel Aspraqueal para aspiração. *Rev Enferm Contemp* 11(1): e3982. doi:10.17267/2317-3378rec. 2022.e3982
66. Tavangar H, Javadi M, Sobhanian S, Jahromi FF (2017). The effect of the duration of pre-oxygenation before endotracheal suction on hemodynamic symptoms. *Glob J Health Sci* 9(2): 127–133.

67. Gholamzadeh S, Rahnema S, Javadi M, Haqnegahdar A, Zeighami B (2008). Examination of the effect of lidocaine on intracranial pressure during endotracheal suctioning in severe head-injured patients. *Eur J Anaesthesiol*, Shiraz, Iran, 25(Suppl 44): 31.
68. Sinha V, Semien G, Fitzgerald BM (2023). Surgical airway suctioning. [online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448077/>. [13 Eylül 2025].
69. Abbasinia M, Irajpour A, Babaii A, Shamali M, Vahdatnezhad J (2014). Comparison the effects of shallow and deep endotracheal tube suctioning on respiratory rate, arterial blood oxygen saturation and number of suctioning in patients hospitalized in the intensive care unit: a randomized controlled trial. *J Caring Sci* 3(3): 157–164.
70. Ferreira A, Silvino ZR, Christovam B, Lima D (2013). Endotracheal suctioning in intensive care unit: an integrative review. *J Nurs* 7(7): 4910–4917.
71. Yılmaz İ, Özden D, Gürol Arslan G (2017). Trakeostomi ve aspirasyonun zaman içindeki yolculuğu. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist* 25(1): 28–35.
72. Çıkrık T, Göçmen Baykara Z, Özgün Ç (2023). Açık sistem endotrakeal aspirasyona yönelik klinik öneriler. *Akademik Sosyal Hizmet Dergisi (ASHD)* 21(2): 40–47.
73. Yılmaz İ (2021). Açık ve kapalı sistem endotrakeal aspirasyon yöntemlerinin aspirasyon sıklığı ve sekresyon miktarına etkisi. Doktora tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
74. Özden D, Görgülü RS (2015). Effects of open and closed suction systems on the haemodynamic parameters in cardiac surgery patients. *Nurs Crit Care* 20(3): 118–125.
75. Branson RD (2007). Secretion management in the mechanically ventilated patient. *Respir Care* 52(10): 1328–1347.
76. Moghimian M, Nematollahi M, Mahdavi A, Hajibabae F (2023). Comparison of the effect of open and closed endotracheal suctioning methods on pain: a randomized clinical trial. *Iran J Nurs Midwifery Res* 28(2): 139–144.

77. Sırık Ö (2013). Hemşirelerin açık ya da kapalı sistem aspirasyon konusundaki görüşlerinin belirlenmesi, kapalı sistem aspirasyonu seçmede verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
78. Başer Y (2023). Yoğun bakım hemşirelerinin endotrakeal aspirasyon uygulamaları ve etkileyen faktörler: İstanbul Avrupa Yakası kamu hastaneleri örneği. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
79. Akbaş Ş (2021). Yoğun bakım hastalarına uygulanan müzik terapinin endotrakeal aspirasyon sırasındaki ağrı üzerine etkisinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
80. Chen W, Shuang H, Xiaoli L, Nina W, Jungiang Z, Peng L, Kaixia C, Jiale HF (2021). Intensive care nurses' knowledge and practice of evidence-based recommendations for endotracheal suctioning: a multisite cross-sectional study in Changsha, China. BMC Nurs 20(1): 1–12.
81. Pinto HJ, D'silva F, Sanil TS (2020). Knowledge and practices of endotracheal suctioning among nursing professionals: a systematic review. Indian J Crit Care Med 24(1): 23–32.
82. Süha KB (2020). Endotrakeal aspirasyon becerisini geliştirmede hemşirelik öğrencilerine uygulanan yüksek gerçekli simülasyon eğitiminin klinik karar verme ve klinik uygulamaya etkisi. Doktora tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
83. Bozan S, ŞD (2020). Evaluation of knowledge and behavior of nurses working in intensive care units for endotracheal aspiration application. J Surg Med 4(4): 296–300.
84. Stacy KM (2020). Endotracheal tube and tracheostomy tube suctioning – CE. Elsevier Clinical Skills.
85. Santos CD, Nascimento ERP, Hermida PMV, Silva TGD, Galetto SGS, Silva NJC, Salum NC (2020). Good nursing practices towards patients on invasive mechanical ventilation in hospital emergency. Esc Anna Nery Rev Enferm 24(1): e20190141.

86. Sabuncu N, Akça Ay F (2010). Klinik Beceriler: Sağlığın Değerlendirilmesi, Hasta Bakım ve Takibi. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul; Sayfa: 460–467.
87. Leur JP, Zwaveling JH, Loef BG, Schans CP (2003). Endotracheal suctioning versus minimally invasive airway suctioning in intubated patients: a prospective randomised controlled trial. *Intensive Care Med* 29: 426–432.
88. Misirlioglu ED, Yıldız S, Aygin D (2021). The effects of endotracheal suctioning on hemodynamic parameters and tissue oxygenation in pediatric intensive care unit. *J Pediatr Nurs* 59: e18–e24.
89. Altıntaş S (2016). Nöroşirurji yoğun bakım hastalarında uygulanan derin ve yüzeysel endotrakeal aspirasyonun hemodinamik parametreler ve ağrı üzerine etkileri. Yüksek lisans tezi, Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.
90. Demir F (2003). Kapalı sistem aspirasyonlarından önce ve sonra hastalara %100 oksijen vermenin hipokseminin önlenmesi üzerine olan etkisinin incelenmesi. Doktora tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
91. Er F (2017). Yoğun bakım hemşirelerinin açık endotrakeal aspirasyon uygulamalarının izlenmesi ve hata odaklı kısa süreli bilgilendirmenin uygulamaya etkisinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
92. Gülsoy Z (2017). Yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilatöre bağlı bilinçli ve bilinçsiz hastalarda farklı yöntemlerle uygulanan kapalı sistem aspirasyonun aspirasyon etkinliği, kardiopulmoner göstergeler, hastanın aspirasyon sonrasında yaşadığı duygular ve ağrı üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
93. Ntoumenopoulos G, McLuckie A (2009). Managing secretions in the ventilated patients: the role of humidification, suction, physiotherapy, mucolytics and airway adjuncts. İçinde: *Respiratory Disease and Its Management*. Springer, London; Pages: 127-133.
94. Turan S, Ayık İ, Yamak B, Yavuz S, Bektaş Ş, Yağar S, Erdemli Ö (2012). Endotrakeal aspirasyona bağlı olarak gelişen trakeal yaralanma. *Türk Anestezi ve Reanimasyon Dergisi* 40(1): 40–46.

95. Aktas S, Yilmaz M (2020). Determination of procedural pain intensity: adult intensive care unit survey. *Int J Caring Sci* 13(1): 497–506.
96. Ayasrah S (2016). Care-related pain in critically ill mechanically ventilated patients. *Anaesth Intensive Care* 44(4): 458–465.
97. Bernard C, Delmas V, Duflos C, Molinari N, Garnier O, Chalard K, Chanques G (2019). Assessing pain in critically ill brain-injured patients: a psychometric comparison of 3 pain scales and videopupillometry. *Pain* 160(11): 2535–2543.
98. Chen HJ, Chen YM (2015). Pain assessment: validation of the physiologic indicators in the ventilated adult patient. *Pain Manag Nurs* 16(2): 105–111.
99. Eti Aslan F, Badir A, Karadağ Arlı S, Çakmakçı H (2010). Patients' experience of pain after cardiac surgery. *Contemp Nurse* 34(1): 48–54.
100. Khanna P, Pandey RK, Chandralekha C, Sharma A, Pangasa N (2018). Comparison between critical-care pain observation tool and physiologic indicators for pain assessment in the critically ill, mechanically ventilated adult patients. *Saudi J Anaesth* 12(3): 384–388.
101. Ito Y, Teruya K, Kubota H, Yorozu T, Nakajima E (2017). Factors affecting pain assessment scores in patients on mechanical ventilation. *Intensive Crit Care Nurs* 42: 75–79.
102. Rahu MA, Grap MJ, Ferguson P, Joseph P, Sherman S, Elswick RK Jr (2015). Validity and sensitivity of 6 pain scales in critically ill, intubated adults. *Am J Crit Care* 24(6): 514–523.
103. Hu J, Yu L, Jiang L, Yuan W, Bian W, Yang Y, Zhang Q (2019). Developing a guideline for endotracheal suctioning of adults with artificial airways in the perianesthesia setting in China. *J Perianesth Nurs* 34(1): 160–168.
104. Özden D, Görgülü RS (2012). Development of standard practice guidelines for open and closed system suctioning. *J Clin Nurs* 21(9–10): 1327–1338.
105. Sole ML, Penoyer DA, Bennett M, Bertrand J, Talbert S (2011). Oropharyngeal secretion volume in intubated patients: the importance of oral suctioning. *Am J Crit Care* 20(6): e141–e145.

106. Tolotti A, Cadorin L, Bonetti L, Valcarenghi D, Pagnucci N (2023). Communication experiences of tracheostomy patients with nurses in the ICU: a scoping review. *J Clin Nurs* 32(13–14): 2361–2370.
107. Bozan S, Güven ŞD, Ceyhan Ö (2019). Nevşehir Devlet Hastanesindeki yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin aspirasyon uygulamasına yönelik bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi Yüksek lisans tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Nevşehir.
108. Köse G, Kozluk G, Şirin KT, Boyacı A (2021). Beyin cerrahisi hemşirelerinin endotrakeal aspirasyon uygulamasının değerlendirilmesi: kanıta dayalı uygulama önerilerine ne kadar uyuyoruz? *Acıbadem Univ Sağlık Bilimleri Derg* 12(2): 385–391.
109. Husserl E (1931). *Ideas: general introduction to pure phenomenology* (Trans. Gibson WRB). Macmillan, New York.
110. Creswell JW, Poth CN (2018). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. SAGE Publications, Thousand Oaks, CA.
111. Kümbetoğlu B (2019). *Sosyolojide ve antropolojide niteliksel yöntem ve araştırma*. Altıncı baskı. Bağlam Yayıncılık, İstanbul.
112. Yıldırım A, Şimşek H (2006). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. Altıncı baskı. Seçkin Yayınevi, Ankara.
113. Braun V, Clarke V (2012). Thematic analysis. In: Cooper H, Camic PM, Long DL, Panter AT, Rindskopf D, Sher KJ (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2: research designs: quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological*, American Psychological Association, Washington DC, Pages: 57-71.
114. Kuckartz U, Rädiker S (2019). *Analyzing qualitative data with MAXQDA: text, audio and video*. Springer, New York, ABD.
115. Byrne D (2021). A worked example of Braun and Clarke’s approach to reflexive thematic analysis. *Qual Quant* 56: 1391–1412.

116. Gökdemir F, Dolgun G (2020). Writing material & method section in qualitative, quantitative, systematic review, meta-analysis and meta-synthesis studies. *Arch Health Sci Res* 7(2): 189–195.
117. Tong A, Sainsbury P, Craig J (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 19(6): 349–357.
118. Özden SA, Tekindal M, Gedik TE, Ferman ERİM, Ahmet EGE, Tekindal MA (2022). Nitel araştırmaların rapor edilmesi: COREQ kontrol listesinin Türkçe uyarlaması. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi* (35): 522–529.
119. Başkale H (2016). Nitel araştırmalarda geçerlik, güvenirlik ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 9(1): 23–28.
120. Guba EG, Lincoln YS (1982). Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. *Educ Commun Technol J* 30(4): 233–252.
121. Houser J (2015). *Nursing Research: Reading, Using and Creating Evidence*. 3rd ed. Jones & Bartlett Learning, Burlington, MA.
122. Streubert HJ, Carpenter DR (2011). *Qualitative Research in Nursing*. 5th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
123. Creswell JW (2003). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
124. Sharts-Hopko NC (2002). Assessing rigor in qualitative research. *J Assoc Nurses AIDS Care* 13(4): 84–86.
125. Kübler-Ross E, Kessler D (2014). *On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss*. Scribner, New York.
126. Tyner TE, Freysteinson WM (2023). The mirror viewing experience of women undergoing a mastectomy: an integrative review. *J Adv Nurs* 79(6): 2081–2097.
127. Salafia C, Adamsons K (2025). Quality of life in breast cancer survivors: an ambiguous loss perspective. *J Fam Theory Rev* 17(1): 1–16.

128. McAlearney AS, Eiterman LP, Mayers E, Eramo JL, MacEwan SR (2024). A journey through grief: experiences of loss among patients with long COVID. *J Patient Exp* 11: 1–6.
129. Gershfeld-Litvin A (2021). Women’s experiences following mastectomy: loss, grief, and meaning-reconstruction. *Illness Crisis Loss* 29(3): 187–204.
130. Maslow AH (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396.
131. Holland K, Jenkins J, Solomon J, Whittam S (eds) (2019). Roper–Logan–Tierney modelinin uygulamada kullanılması. Çev. eds: Acaroğlu R, Şendir M, Kaya H. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
132. Ertürk Yavuz, M., & Gürsoy, A. (2017). Larenjektomiden sonra hasta iletişimi: Görsel iletişim rehberi kullanılan pilot çalışma. *Başkent University Journal of Health Sciences*, 4(1), 28–42.
133. Ohenewa E, Yendork JS, Amponsah B, Owusu-Ansah FE (2025). "After cutting it, things have never remained the same": a qualitative study of the perspectives of amputees and their caregivers. *Health Expect* 28(3): e70148.
134. Herring B, Paraskeva N, Tollow P, Harcourt D (2019). Women’s initial experiences of their appearance after mastectomy and/or breast reconstruction: a qualitative study. *Psychooncology* 28(10): 2076–2082.
135. Rodrigues D, Carvalho L, Pinto C (2025). Lower-limb amputees and family caregivers: challenges, needs, and strategies for empowerment—a qualitative study. *Nurs Rep* 15(5): 166.
136. Blecha S, Brandl M, Zeman F, Dodoo-Schittko F, Brandstetter S, Karagiannidis C, Bein T, Apfelbacher C (2020). Tracheostomy in patients with acute respiratory distress syndrome is not related to quality of life, symptoms of psychiatric disorders or return-to-work: The prospective DACAPO cohort study. *Annals of Intensive Care* 10(1): 52.

137. Emery H, Padgett C, Ownsworth T, & Honan CA (2023). "Oh it's changed, it's changed 10-fold": Understanding the experience of self-concept change from the perspectives of people with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation* 45(20): 3262–3271.
138. O'Donnell AT, Habenicht AE (2022). Stigma is associated with illness self-concept in individuals with concealable chronic illnesses. *British Journal of Health Psychology* 27(1): 136–158.
139. O'Connor C, McNamara N, O'Hara L, McNicholas M, McNicholas F (2019). How do people with eating disorders experience the stigma associated with their condition? A mixed-methods systematic review. *Journal of Mental Health* 30(4): 454–469.
140. Wright TM, Kiropoulos A (2017). Intimate relationship quality, self-concept and illness acceptance in those with multiple sclerosis. *Psychology, Health & Medicine* 22(2): 212–226.
141. Ebrahimian A, Tourdeh M, Paknazar F, Davari H (2020). The effect of the open and closed system suction on pain severity and physiological indicators in mechanically ventilated patients with traumatic brain injury: a randomised controlled trial. *Turk J Anaesthesiol Reanim* 48(3): 202–207.
142. Khayer F, Ghafari S, Saghaei M, Yazdannik A, Atashi V (2020). Effects of open and closed tracheal suctioning on pain in mechanically ventilated patients. *Iran J Nurs Midwifery Res* 25(6): 426–430.
143. Sánchez-García M, Álvarez-González M, Domingo-Marín S, del Pino-Ramírez Á, Martínez-Sagasti F, González-Arenas P, Cardenal-Sánchez C, Velasco-López E, Núñez-Reiz A (2024). Comparison of mechanical insufflation-exsufflation and hypertonic saline and hyaluronic acid with conventional open catheter suctioning in intubated patients. *Respir Care* 69(5): 575–585.
144. Kiropoulos L, Ward N, Rozenblat V (2021). Self-concept, illness acceptance and depressive and anxiety symptoms in people with multiple sclerosis. *Journal of Health Psychology* 26(8): 1197–1206.

145. Kalender N, Tosun N (2015). Endotrakeal aspirasyon öncesinde tartışmalı bir uygulama: Serum fizyolojik kullanımı gerekli mi? Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 82–89.
146. Uzun S, Emirza EG, Güler KG (2025). The efficacy of nurse-delivered psychosocial and psychotherapeutic interventions for individuals with mental health issues: a meta-analysis of randomised controlled trials. Scand J Caring Sci 39(1): e70036.
147. Willett C, Willett J (2020). The comic in the midst of tragedy's grief with Tig Notaro, Hannah Gadsby, and others. J Aesthet Art Crit 78(4): 535–548.
148. Mah JW, Staff II, Fisher SR, Butler KL (2017). Improving decannulation and swallowing function: a comprehensive, multidisciplinary approach to post-tracheostomy care. Respir Care 62(2): 137–143.
149. Pillai IN, Chandini NC, Joseph S, Athani B, Prasad DJ (2025). Decannulation patterns and predictors in acquired brain injury: a retrospective study. Int J Rehabil Res 48(3): 143–148.
150. Temel Aksu N, Erdoğan A (2017). Evaluation of sleep quality in patients with lung resection. J Turkish Sleep Med 4(2): 35–42.



EKLER

Ek 1. Hasta Bilgi Formu

1. Yaş:
2. Cinsiyet: Erkek () Kadın ()
3. Eğitim Durumu: İlkokul () Ortaokul () Lise () Ön Lisans () Lisans () Lisansüstü ()
4. Çalışma durumu: Çalışıyorum () Mesleğiniz..... Çalışmıyorum ()
5. Tıbbi Tanı:
6. Serviste yatış süresi:
7. Operasyonun tarihi.....
8. Refakatçi varlığı: Evet (), Yakınlık Derecesi..... Hayır ()
8. Daha önce herhangi bir operasyon geçirdiğiniz mi: Evet (), açıklayınız: Hayır ()
9. Kronik hastalığınız var mı: Evet (), açıklayınız: Hayır ()
10. Sürekli kullandığınız ilaçlar (ilaç adı/doz/süre): Evet(), açıklayınız: Hayır ()
11. Ağrı kesici / sedatif etkili ilaç kullanımı var mı: Evet (), (ilaç adı, doz, miktar) Hayır ()
12. Sigara kullanım öyküsü: Var () Kullanım sıklığı ve süresi..... Yok ()
13. Alkol kullanım öyküsü: Var () Kullanım sıklığı ve süresi..... Yok ()
14. Aspirasyon istemi:
15. Trakeostomi kanülü çapı:
16. Aspirasyon kateteri numarası:
17. Aspirasyon sırasında serum fizyolojik / aritmali serum fizyolojik uygulanma durumu:
18. Aspirasyon öncesi oksijen desteği alma durumu:
19. Aspirasyon sonrası oksijen desteği alma durumu:

Ek 2. Yarı-yapılandırılmış Görüşme Formu

Sorular	
1.	Trakeotomi açılması size ne hissettirdi?
2.	Size aspirasyon işlemi uygulanmadan önce hemşireler/sağlık ekibi üyeleri tarafından bilgi verildi mi? ‘Evet’ ise ne anlatıldı?
3.	İlk kez aspirasyon işlemi uygulandığındaki deneyimlerinizden bahseder misiniz, size neler hissettirdi?
4.	Sonraki aspirasyon işlemleri uygulandığındaki deneyimlerinizden bahseder misiniz, size neler hissettirdi? İlk aspirasyon deneyimlerinizden farklı mıydı?
5.	Trakeal aspirasyon uygulaması sırasında yaşadığınız zorluklar nelerdi? Bu zorlukları açıklayabilir misiniz?
6.	Trakeal aspirasyon uygulaması sırasında ne yapıldığında/ yaptığınızda sizi rahatlatıyordu (örneğin buhar uygulaması ve aritmali serum fizyolojik kullanımı)? Aspirasyon işlemi sizi rahatlatıyor muydu?
7.	Trakeal aspirasyon uygulaması sırasında işlemi yapan sağlık personeli ile iletişiminiz nasıldı? Anlatabilir misiniz?
8.	Geriye dönüp baktığınızda aspirasyon işlemi uygulamasını bir nesneye/bir şeye benzetmeniz gerekirse sizce neye benzer? (<i>Metafor</i>)
9.	Aspirasyon işleminin şu anda uygulanmıyor olması size ne hissettiriyor?
10.	Aspirasyon işlemi sırasında sizce ne yapılırsa kendinizi daha iyi hissederdiniz?

Ek 5. COREQ Kontrol Listesi

Madde Numarası	Alan	Madde	Çalışmadaki Durum
1	Araştırma ekibi ve refleksivite	Görüşmeyi/odak grubunu kim yönetti?	Tüm görüşmeler araştırmacı (ASB) tarafından yürütülmüştür.
2	Araştırma ekibi ve refleksivite	Araştırmacının akademik ve mesleki yeterliliği (credential)?	Yüksek lisans öğrencisi, Hemşirelik Esasları ABD.
3	Araştırma ekibi ve refleksivite	Araştırmacının mesleği/pozisyonu?	Araştırma Görevlisi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları ABD.
4	Araştırma ekibi ve refleksivite	Cinsiyeti?	Kadın.
5	Araştırma ekibi ve refleksivite	Deneyim & eğitim düzeyi?	Araştırmacı farklı nicel ve nitel çalışmalarda yer almış, özellikle nitel araştırma becerilerini geliştirmek için nitel araştırma kursuna katılmış, ayrıca verilerin toplandığı KBB servisinde 2 yıl aktif hemşirelik yapmıştır.
6	Araştırma ekibi ve refleksivite	Çalışma başlamadan önce katılımcılarla ilişki kurulmuş mu?	Araştırmacı, veri toplanan serviste daha önce hemşirelik yapmış olduğu için çalışma ortamına ve hasta bakım süreçlerine aşinaydı ancak katılımcılarla doğrudan bir kişisel ilişkisi yoktu.
7	Araştırma ekibi ve refleksivite	Katılımcılar araştırmacıyı ne kadar tanıyordu?	Katılımcılar araştırmacıyı yalnızca görüşme sürecinde tanıdı. Önceden kişisel tanışıklık yoktu.
8	Araştırma ekibi ve refleksivite	Görüşmecinin özellikleri: önyargılar, varsayımlar, ilgisi vs.?	Araştırmacı hemşirelik alanında deneyim sahibi olduğu için aspirasyonun hastalar için zorlayıcı bir işlem olabileceğine dair ön bilgisi vardı; bu nedenle önyargılardan arınmak amacıyla araştırma günlüğü tutularak katılımcıların deneyimleri olduğu gibi yansıtılmaya çalışıldı.
9	Çalışma tasarımı	Hangi metodolojik yönelim benimsendi? (fenomenoloji, grounded theory vb.)?	Tanımlayıcı fenomenolojik yaklaşım (Husserl, 1931) esas alındı.
10	Çalışma tasarımı	Katılımcılar nasıl seçildi? (örneklem, yöntem vb.)?	Amaçlı örnekleme yöntemi ile KBB servisinde yatan, bilinci açık, geçici trakeotomi ile aspirasyon uygulanan 15 hasta seçildi.
11	Çalışma tasarımı	Katılımcılara ulaşma yöntemi (telefon, yüz yüze vb.)?	Serviste yatan uygun hastalar doktor ve hemşireler aracılığıyla belirlendi ve araştırmacıya bildirildi. Araştırmacı tarafından yüz yüze derinlemesine görüşme tekniğiyle görüşmeler sağlandı.
12	Çalışma tasarımı	Örneklem büyüklüğü?	15 hasta.
13	Çalışma tasarımı	Katılmayanlar / reddedenler var mı, nedenleri?	Yok.
14	Çalışma tasarımı	Veri toplama ortamı neresi?	Hastaların yataklı servis odalarında, mahremiyet sağlanarak gerçekleştirildi.
15	Çalışma tasarımı	Görüşme sırasında başka kişiler var mıydı?	Hayır. Görüşmeler yalnızca araştırmacı ve katılımcı arasında yapıldı.

Ek 5. (Devam)

16	Çalışma tasarımı	Örneklem özellikleri (demografi vb.)?	Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve klinik özellikleri tanımlayıcı istatistiklerle sunuldu.
17	Çalışma tasarımı	Görüşme formu / rehberi var mı, pilot uygulama yapıldı mı?	Yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanıldı ve bir pilot uygulama yapıldı.
18	Çalışma tasarımı	Tekrar görüşme yapıldı mı?	Hayır, her katılımcıyla tek görüşme gerçekleştirildi.
19	Çalışma tasarımı	Görüşmeler ses/görüntü ile kaydedildi mi?	Görüşmeler ses kaydı ile kayıt altına alındı.
20	Çalışma tasarımı	Alan notları alındı mı?	Evet, görüşme sırasında ve sonrasında araştırmacı tarafından alan notları tutuldu.
21	Çalışma tasarımı	Görüşmelerin süresi?	25–35 dakika arasında değişti.
22	Çalışma tasarımı	Veri doygunluğu (saturation) değerlendirildi mi?	13. görüşmeden sonra veri tekrarları başladı; 15. görüşmede veri doygunluğuna ulaşıldı.
23	Çalışma tasarımı	Transcript'ler (görüşme yazıları) katılımcılarla paylaşıldı mı?	Hayır, ancak görüşme özetleri görüşmelerin hemen sonrasında katılımcılarla teyit edildi.
24	Veri analizi ve bulgular	Kaç analizci kodladı veriyi?	Veriler araştırmacı (ASB) tarafından kodlandı, ikinci bir uzman (danışman, AÖ) ile kodlama uyumu kontrol edildi.
25	Veri analizi ve bulgular	Kod ağacı (coding tree) açıklandı mı?	Evet, temalar, alt temalar ve kodlar tezde şematik olarak sunuldu.
26	Veri analizi ve bulgular	Temalar veriden mi türetildi yoksa önceden belirlenmiş miydi?	Verilerden tümevarımcı (inductive) yöntemle temalar oluşturuldu.
27	Veri analizi ve bulgular	Hangi yazılım kullanıldı (MAXQDA, NVivo vb.)?	MAXQDA 2022 yazılımı kullanıldı.
28	Veri analizi ve bulgular	Katılımcı doğrulaması yapıldı mı (member checking)?	Katılımcılara görüşme özetleri iletilerek içerik doğrulaması sağlandı.
29	Veri analizi ve bulgular	Katılımcı alıntıları tema ve bulguları desteklemek için sunuldu mu?	Evet, bulgular kısmında doğrudan katılımcı alıntılarına yer verildi.
30	Veri analizi ve bulgular	Veriler ile bulgular arasında tutarlılık var mı?	Evet, bulgular doğrudan alıntılarla desteklenerek sunuldu.
31	Veri analizi ve bulgular	Ana temalar açıkça sunuldu mu?	Evet, altı ana tema ve 16 alt tema bulgular bölümünde sunuldu.
32	Veri analizi ve bulgular	Minor / farklı vaka temalarına da yer verildi mi?	Evet, farklı deneyimler de temalara dahil edilerek çeşitlilik sağlandı.

Ek 6. (Devam)



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Trakeotomisi Olan Bilinci Açık Hastaların Trakeal Aspirasyon Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2024/24
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Aysel ÖZSABAN
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRMACILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Yüksek Lisans Öğrencisi Aleyna SEMİZ
	DESTEKLEYİCİ	Yok
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	Yok
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	YÜKSEK LİSANS TEZİ ☒ DOKTORA TEZİ ☐ BİLİMSEL ARAŞTIRMA/PROJE ☐ BAP PROJESİ ☐ TÜBİTAK PROJESİ ☐ KURUMSAL ARAŞTIRMA ☐ BİTİRME PROJESİ ☐ DİĞER (LÜTFEN BELİRTİNİZ) ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	DİĞER	☐		

Ek 9. Araştırmacı Günlüğünden Bir Kesit

Tarih: 07.07.2024

Yer: * Üniversitesi Hastanesi – Hasta Odası

Katılımcı Kodu: K*

Araştırma Süreci Notları:

Bugün **** katılımcı ile görüşme yaptım. Katılımcı, ilk başta çekingen davranırsa da yaklaşık 10 dakika sonra rahatladı ve deneyimlerini daha açık paylaştı. Ses kaydının alınmasına olumlu yaklaştı. Görüşme yaklaşık 35 dakika sürdü.

Duygularım ve Yansımalarım:

Başlangıçta katılımcının kısa cevaplar vermesi beni biraz kaygılandırdı. Katılımcının kısa ve “evet/hayır” cevaplarıyla yarı yapılandırılmış görüşme formundaki tüm sorular yaklaşık 10 dakika içerisinde neredeyse bitti. Sorularımın fazla yönlendirici olup olmadığını dikkate alarak soruları farklı şekillerde yeniden sormaya başladım. Katılımcı zamanla daha detaylı yanıtlar vermeye başlayınca rahatladım. Görüşme sırasında kendi önyargılarımı fark ettim: Katılımcının yaşına bağlı olarak daha az iletişime geçebileceğimizi varsaymışım. Bu önyargımı not alarak sonraki görüşmelerde daha dikkatli olmam gerektiğini fark ettim.

İleriye Yönelik Notlar:

- Görüşmelerin başında daha uzun bir “ısınma süreci” bırakmalıyım.
- Soruları olabildiğince açık uçlu ve nötr sormalıyım.
- Soruları farklı şekillerde yeniden sormaya kendimi alıştırmalıyım.
- Kendi varsayımlarımın sürece yansımaması için görüşme öncesi kısa bir zihinsel hazırlık yapmalıyım.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Aleyna SEMİZ BÜYÜKALTAY
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi :
Telefon (İş) :
E-Posta :
Yazışma Adresi (İş) :

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi	2021
Lise	Rize Anadolu Öğretmen Lisesi	2017

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre
1. Araştırma Görevlisi	Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi	2024-
2. Hemşire	KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi)	2022-2024

YABANCI DİL

İngilizce-B2 Seviye

UZMANLIK ALANI

Hemşirelik, Hemşirelik Esasları

YAYINLAR

1. Aksoy F, Bayram ŞB, Demirsoy Y, Yalçın Ç, Büyükalay AS (2025). The Effect of Mentor-Assisted Teaching on Nursing Students' Knowledge Levels and Awareness of Phlebitis. Journal Of Education And Research In Nursing, 22(1): 1-7.

2. Kurt Yeter, Özkan Çiğdem Gamze, Yalçın Çiğdem, Semiz Büyükcaltay Aleyna, Atalar Sümeyye, Büyükcaltay Ayvaz, Öztürk Havva. The Effect of Peer-Supported Mobile Orientation on Nursing Students' Clinical Stress and Sense of Belonging: An Experimental Study. BMC Nursing. 2025;11(24):1391. doi:10.1186/s12912-025-04043-3.

BİLDİRİLER

1. Yalçın Ç, Büyükcaltay AS, Atalar S, Büyükcaltay A (2020). The Effect Of Peer Support Given With Mobile Orientation Application To The Nursing Students During Clinical Internships Upon Clinical Stress And Belongingness. II. Uluslararası İnovatif Hemşirelik Kongresi, I. İnovatif Hemşirelik Öğrencileri Sempozyumu, Dijital Kongre, 23-24 Ekim 2020, 110.
2. Dalcalı BK, Özşaban A, Melikoğlu SE, Büyükcaltay AS (2024). Hemşirelerde Ahlakî Cesaret ve Meslekî Değerler Arasındaki İlişki: Hemşirelerin Bireysel ve İş Yaşamı Özelliklerinin Düzenleyici Etkisi. 3. Uluslararası 7. Ulusal Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi, 22-25 Ekim 2024, İzmir, 180.
3. Büyükcaltay AS, Dalcalı BK. Hemşirelik öğrencilerinin akademik öz yeterlikleri ile klinik karar verme, özgüven ve anksiyeteleri arasındaki ilişki. IV. Uluslararası VI. Ulusal Hemşirelik Tarihi Kongresi; 26-28 Kasım 2025; İzmir, Türkiye. Bildiri No: SB-098.

ÖDÜLLER / TEŞVİKLER/ BURSLAR

1. Mansiyon Ödülü. Yalçın Ç, Büyükcaltay AS, Atalar S, Büyükcaltay A (2020). The Effect Of Peer Support Given With Mobile Orientation Application To The Nursing Students During Clinical Internships Upon Clinical Stress And Belongingness. II. Uluslararası İnovatif Hemşirelik Kongresi, I. İnovatif Hemşirelik Öğrencileri Sempozyumu, İnovasyon Proje Yarışması, 23-24 Ekim 2020, 110.