



T.C.

ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM

DALI

**MÜLTECİ VE TÜRK YOĞUN BAKIM HASTALARININ
HASTALIK ALGISI VE KONFOR DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

GÖZDE AYAZ SAÇIM

Çankırı 2024

**MÜLTECİ VE TÜRK YOĞUN BAKIM HASTALARININ
HASTALIK ALGISI VE KONFOR DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Gözde AYAZ SAÇIM

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Özlem BULANTEKİN DÜZALAN

Çankırı 2024

KABUL VE ONAY

ÇAKÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 208210209 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi Gözde AYAZ SAÇİM, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı “Mülteci Ve Türk Yoğun Bakım Hastalarının Hastalık Algısı Ve Konfor Düzeylerinin Değerlendirilmesi” başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Savunma Tarihi:

24.01.2024

Tez Danışmanı : **Dr. Öğr. Üyesi Özlem BULANTEKİN DÜZALAN**
Çankırı Karatekin Üniversitesi **İmza**

Jüri Üyesi : **Doç. Dr. İlknur GÖL**
Çankırı Karatekin Üniversitesi **İmza**

Jüri Üyesi : **Dr. Öğr. Üyesi Sevda EFİL**
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi **İmza**

Yukarıdaki sonucu onaylıyorum

Doç. Dr. Nazan KAYTEZ

Enstitü Müdürü

ETİK BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Mülteci Ve Türk Yoğun Bakım Hastalarının Hastalık Algısı Ve Konfor Düzeylerinin Değerlendirilmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

İmza

24 Ocak 2024

Gözde AYAZ SAÇİM

ÖN SÖZ

Hemşirelik mesleğine sahada ve akademik alanda emek harcayan, yüksek lisans eğitimimin ve tez çalışmamın süresi boyunca yol gösteren, büyük katkıları olan tez danışmanım, sayın hocam **Dr. Öğr. Üyesi Özlem BULANTEKİN DÜZALAN**'a,

Tez sürecimde, istatistiklerin hazırlanmasında emeği geçen **Ahmet Gül** ve ekibine,

Hayatımın her anında beni yalnız bırakmayan, her kararında yanımda olan, beni destekleyen, beni bugünlere emek emek getiren, sevgilerini esirgemeyen, beni yücelten ve benden sabrını esirgemeyen canım babam **Abuzer AYZ**, canım annem **Selvi AYZ**, kardeşlerim **Zahide, İpek** ve **Yusuf**'a,

Yaşamımı paylaştığım, benden desteğini ve sabrını esirgemeyen, beni seven ve her zaman yanımda olan hayat arkadaşım **Engin SAÇİM**'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Gözde AYZ SAÇİM

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	iii
ETİK BEYANNAMESİ.....	iv
ÖN SÖZ	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR VE SEMBOLELER.....	viii
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
ÖZET.....	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Hemşirelik	3
2.1.1. Hemşireliğin tarihsel gelişimi	3
2.2. Yoğun Bakım Ünitesi.....	6
2.2.1. Yoğun bakım tarihçesi	7
2.2.2. Yoğun bakım hemşireliği	9
2.2.3. Yoğun bakım hemşireliğinin görev, yetki ve sorumlulukları.....	10
2.2.4. Yoğun bakım gerektiren durumlar	12
2.2.5. Yoğun bakım ünitelerinin sınıflandırılması	13
2.2.6. Yoğun bakım ünitesinin özellikleri	14
2.3. Kronik Hastalık	15
2.4. Hastalık Algısı.....	18
2.4.1. Hastalık algısının bileşenleri	19
2.4.2. Kronik hastalığı olan bireylerde hastalık algısı.....	20
2.5. Konfor	22
2.5.1. Konfor kuramı	24
2.5.2. Konfor düzeyleri ve boyutları	27
2.5.3. Kolcaba'nın konfor kuramını geliştirirken yararlandığı başlıca varsayımlar.....	29
2.5.4. Yoğun bakım ünitesinde konfor.....	29
2.5.5. Hemşirelik ve konfor.....	33
2.6. Göç	34
2.6.1. Göç türleri	34
2.6.2. Mülteci, sığınmacı ve göçmen kavramı tanımları	36
2.6.3. Geçici koruma statüsü tanımı.....	37
2.6.4. İkincil koruma tanıma	37
2.6.5. Türkiye'de göç	37

2.6.6. Göç ve sağlık.....	42
2.7. Kültür	44
2.7.1. Kültürün özellikleri	44
2.7.2. Kültür, sağlık, hastalık ve hemşirelik.....	45
3. MATERYAL VE YÖNTEM.....	47
3.1. Araştırmanın Tipi.....	47
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	47
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	47
3.4. Veri Toplama Yöntemi	47
3.5. Veri Toplama Araçları	48
3.5.1. Sosyodemografik özellikler ve bilgi tanılama formu.....	48
3.5.2. Kısa hastalık algısı ölçeği (KHAÖ)	48
3.5.3. Genel konfor ölçeği kısa formu (GKÖ-KF).....	49
3.6. Veri Analizi.....	49
4. BULGULAR.....	52
5. TARTIŞMA	70
5.1. KHAÖ ve GKÖ-KF Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Tartışması	70
5.2. Sosyodemografik Verilerle KHAÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Göre Analiz Bulgularının Tartışması.....	72
5.3. Sosyo-Demografik Verilerle GKÖ-KF Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Göre Analiz Bulgularının Tartışması.....	75
5.4. KHAÖ ve GKÖ-KF Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Korelasyon Analiz Bulgularının Tartışması.....	77
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	78
KAYNAKLAR	82
EKLER..	90
ÖZGEÇMİŞ.....	99

KISALTMALAR VE SEMBOLELER

ICN	: Uluslararası Hemşirelik Konseyi
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AACN	: Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Birliği
WFCCN	: Dünya Yoğun Bakım Hemşireleri Federasyonu
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
YBÜ	: Yoğun Bakım Ünitesi
EKG	: Elektrokardiyografi
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
BOH	: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
ANA	: Amerikan Hemşireler Derneği
BMMYK	: Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği
YUKK	: Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu'nda
UNHCR	: Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği
GKS	: Glaskow Koma Skalası
KHAÖ	: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği
GKÖ-KF	: Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
DM	: Diyabetes Mellitus
HT	: Hipertansiyon
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KY	: Kalp Yetersizliği

ÇİZELGELER LİSTESİ

Çizelge 2. 1. Hemşirelik İçin Rahatlığın Teknik Tanımlarının Anlamı.....	277
Çizelge 2. 2. Hasta Konforunun Dört Bağlamının Tanımları	288
Çizelge 2. 3. Kolcaba'nın Konfor Kuramının Toksonomik Yapısı	299
Çizelge 4. 1. Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	522
Çizelge 4. 2. Grupların Yaşa ve GKS'ye Göre Karşılaştırılması.....	555
Çizelge 4. 3. Yoğun Bakımda Yatan Türk ve Mülteci Hastaların KHAÖ, GKÖ-KF Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Göre Karşılaştırılması	566
Çizelge 4. 4. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre KHAÖ, GKÖ-KF ve Ölçek Alt boyutları Analiz Bulguları.....	588
Çizelge 4. 5. KHAÖ ve GKÖ-KF Arasındaki Korelasyon Analizi (n=240)	68

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2. 1. Demir Akciğer Makinesi Ve Ventilator (Kelly ve diğerleri, 2014).....	8
Şekil 2. 2. TÜİK Verilerine Göre 2021 ve 2022 Nedenlere Göre Ölüm Oranı (TÜİK, 2023)	177
Şekil 2. 3. WHO'nun 2019 Verilerine Göre Ölüm Nedenleri (WHO, 2019)	188
Şekil 2. 4. Türkiye'ye gelen ve Türkiye'den giden göçün cinsiyete göre dağılımı, 2021, 2022	399
Şekil 2. 5. Vatandaşlık ülkesine göre Türkiye'ye gelen ve Türkiye'den giden göçün en fazla olduğu ilk 5 ülke, 2022	40
Şekil 2. 6. Göç İdaresi Verilerine Göre Yıllara Göre Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyeliler (T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı Genel Müdürlüğü, 2023)	40
Şekil 2. 7. UNHCR 2020 Yıl Ortası İstatistik Raporu (UNHCR, 2020)	41
Şekil 2. 8. Göç İdaresi Başkanlığı 2022 Yılı Verilerine Göre Uluslararası Koruma Başvurusu (T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı Genel Müdürlüğü, 2023)	41
Şekil 2. 9. Göç İdaresi Başkanlığı 2022 Yılı Verilerine Göre Uluslararası Koruma Başvurusu Yapan Uyruklar (T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı Genel Müdürlüğü, 2023)	42

MÜLTECİ VE TÜRK YOĞUN BAKIM HASTALARININ HASTALIK ALGISI VE KONFOR DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

Ayaz Saçım, Gözde. Mülteci Ve Türk Yoğun Bakım Hastalarının Hastalık Algısı Ve Konfor Düzeylerinin Değerlendirilmesi, (Yüksek Lisans Tezi), Çankırı, 2024.

Yoğun bakımda yatan mülteci ve Türk kişilerin bulundukları duygusal durumla baş etmeleri, hastalığı kendi başlarına yönetmeleri, kontrol etmeleri, problemleri çözme becerileri, hastalık algıları değerlendirilmeli ve bu etkenlerin genel konfor düzeylerine etkileri araştırılmalıdır. Bu çalışmada yoğun bakım ünitelerinde yatan Türk ve mülteci hastaların hastalık algılarının ve konfor düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlandı. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan çalışmanın evrenini 240 yoğun bakım hastası oluşturdu. Veriler Sosyodemografik Özellikler ve Bilgi Tanılama Formu, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) ve Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu (GKÖ-KF) ile yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Verilerin analizinde ortalama, standart sapma, minimum-maximum, Spearman korelasyon, Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis H Testi analizi kullanıldı. KHAÖ toplam puan ortalaması $37,45 \pm 7,14$, GKÖ-KF toplam puan ortalaması $99,88 \pm 13,23$ olarak bulundu. KHAÖ toplam puanları ile GKÖ-KF toplam puanları arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki olduğu bulundu ($p < 0,05$, $r = -0,724$). Çalışmamızda KHAÖ toplam puanı arttıkça GKÖ toplam puanının azaldığı görüldü. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşireler ve sağlık ekibi tarafından Türk ve mülteci bireylere yönelik hastalık algısı ve konfor düzeylerini etkileyen faktörlerin daha kapsamlı değerlendirilmesi ve bilimsel çalışmaların artırılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, yoğun bakım, hastalık algısı, konfor, göç, mülteci, kültür.

AN EVALUATION OF THE ILLNESS PERCEPTIONS AND COMFORT LEVELS OF REFUGEE AND TURKISH INTENSIVE CARE PATIENTS

ABSTRACT

Ayaz Saçım, Gözde. An Evaluation Of The Illness Perceptions And Comfort Levels Of Refugee And Turkish Intensive Care Patients, (Master Thesis), Çankırı, 2024.

An evaluation is needed of how refugee and Turkish patients in intensive care cope with the emotional situation, how they manage the illness on their own, their problem-solving skills and their perceptions of illness, and research is needed into the effects of these factors on general comfort levels. The aim of this study was to evaluate the perceptions of illness and the comfort levels of Turkish and refugee patients in intensive care units. The population of this descriptive and cross-sectional study was 240 intensive care patients. Data collection was by face-to-face interview using a Sociodemographic Characteristics and Information Identification Form, the Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ) and the General Comfort Questionnaire Short Form (GCQ-SF). Means, standard deviation, maximum-minimum, Spearman correlation, the Mann-Whitney U test and Kruskal Wallance H test analysis were used in the analysis of data. The total IPQ score mean was found to be 37.45 ± 7.14 , and that of the GCQ was 99.88 ± 13.23 . A strong negative correlation was found between the total scores of the IPQ and the GCQ ($p < 0.05$, $r = -0.724$). It was seen in the study that as the total IPQ score increased, the total GCQ score fell. In line with these results, it is recommended that the factors affecting illness perception and comfort levels in Turkish and refugee individuals be more comprehensively evaluated by nurses and the health team, and that scientific studies be increased.

Keywords: Nurse, intensive care, illness perception, comfort, migration, refugee, culture.

1. GİRİŞ

Hastalığın varlığı geniş anlamda birey için birçok olgunun, hayatın, kişiliğin ve var oluşun krizidir. Kişiyi bedenen, ruhen ve sosyal olarak yorar ve zorlanmalarına sebep olur. Hastalık her bireyde farklı algılarla yaşanmaktadır. Kişinin yaşadığı deneyimlerle, edindiği bilgilerle, farklı inanışlarla ve değerlerle birey hastalığını açıklamaya çalışır (Gündüz & Karabulutlu, 2016).

Hastalık algısı hastalık tanısını alan bireylerin bu durumla ilgili inançları, algıları ne şekilde algıladıkları ve nasıl ifade ettiklerini açıklayan, hastalığın bilişsel görünümü olan kavramdır (Yıldız, 2018).

Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa algılarını etkileyen etkenler vardır. Bunlar hastalığı yorumlama şekilleri, hastalığa karşı yükledikleri anlam, hastalık sürecinde gelişme ve bu süreçteki deneyimler, bilgiler, baş etme mekanizmaları gibi örnekler sıralanabilir. Hasta bireylerin hastalıklarına karşı algılarının pozitif olarak değişimin olması, hastalık sürecinde kendi kendilerine kontrollerin yapılması, duygusal anlamda başa çıkmaları, stresin üstesinden gelmeleri önemlidir (Ayyıldız, 2016).

Konfor yaşamı kolaylaştırmak için görülen rahatlaktır. Konfor kavramı hemşirelik mesleğinde; hastanın, toplumun ve ailenin konforlu bir yaşam için ihtiyaçların tanınması, bu ihtiyaçlara göre önlemlerin alınması, konforun sağlanmasından önceki ve sonraki durumun değerlendirilmesi gibi süreçlerinden oluşmaktadır. Konfor kuramında hemşireler bireyin yaşadığı rahatsızlıklara karşı konfor düzeyini belirlemekte ve konforu artırıcı hemşirelik girişimleriyle kişinin anksiyetesini azaltmaya, yaşam kalitesini arttırmaya yardımcı olarak konforlu hayatı sağlamaya destek olurlar (Yücel, 2011).

Hastalar yoğun bakım ünitelerine çeşitli nedenlerden dolayı yatmaktadır. Kişiler gözlem, post-op yakın izlem, solunum yetmezliği, böbrek yetmezliği, travmalar, kalp durması, solunumun durması, sepsis, kanamalar, enfeksiyon, nörolojik rahatsızlıklar, organ yetmezliği, kalp yetersizliği gibi birçok nedenle yoğun bakım

unitelerinde bulunmaktadır. Bunlarla birlikte hastanın konforunu bozacak birçok neden bulunmaktadır. Bunlardan bazıları; teknolojik araçların kullanımı, yoğun bakımın ortamı, tedavi yöntemleri, uygulanan bakımlar hastanın fiziksel ve psikolojik olarak konfor düzeyini olumsuz olarak etkilemektedir. Bu noktada hemşirenin amacı hastanın ihtiyaçlarının karşılanması için bakımını sağlamak ve kişinin bağımsız olarak hayatına devam etmesine yardımcı olmaktır (Terzi, 2014).

Yoğun bakım unitelerinde konforun sağlanması hastalıktan, stresli durumlardan kurtulma, huzurun sağlanması, ihtiyaçların üstesinden gelme yani pozitif sonuç olarak görülebilir. Yoğun bakım unitelerinde konforun düzeyini etkileyecek olan fiziksel, psikospritu el, çevresel ve sosyokültürel olarak değerlendirilmelidir (Terzi, 2014).

Dünyada işsizlik, i  savaşlar, etnik çatışmalar, i  olanakları, daha iyi yaşam standartları gibi nedenlerle coğrafı hareketlilik yani g   konusudur. Bu g   hareketliliği farklı kültürlere sahip bireylerin oluşturduğu birçok kültürü içinde barındıran nüfus yapıları ortaya çıkmaktadır (Demiral, 2021). Kültürün her bireyde farklı olması hastalık algılarında ve konfor ve konfor düzeylerinde de farklılık gösterir.

Kronik hastalığı olan bireylerin bulundukları duygusal durumla ba  etmeleri, hastalığı kendi ba larına yönetmeleri, kontrol etmeleri, problemleri çözmek için becerilerini geli tirmeleriyle hastalık algıları ve genel konfor düzeyleri değerlendirilmelidir.

Yoğun bakım unitelerinde yatan, farklı kültürlere sahip hastaların hastalık algısı ve konfor düzeyleri araştırılmalıdır. Bu amaçla bu araştırmanın yapılması planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hemşirelik

Hemşirelik bireyin, ailenin ve toplumun var olan ve olabilecek fizyolojik, psiko-sosyal ihtiyaçların bilgili, becerili, insancıl ve bütüncül bir bakış açısıyla sağlanmasını amaçlayan uygulamalı bir meslektir. Hemşireliğin doğasında topluma hizmet edilmesi, bireyin sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi, hastaya bakım verme ve refah düzeyini yükseltmek vardır (Sarı, 2019).

Türk Hemşireler Derneği'ne göre hemşirelik ‘‘bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik; hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmeti yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu; bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini’’ (Türk Hemşireler Derneği [THD], 2019).

Türk Dil Kurumu'na göre hemşire kavramı hastanın bakımını sağlayan, değerlendiren, denetleyen ve düzenleyen, doktorlar tarafından acil durumların dışında yazılarak verilen tedavileri uygulayan yetkili sağlık çalışanıdır. Hemşirelik kavramı ise hemşirenin yerine getirdiği iş olarak kabul edilir (BAYKARA, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü hemşireliği her yaştaki hastanın, sakat kişinin, bedensel ve toplumsal ihtiyaçlarına göre her yerde ve her bölgede hizmet veren, kişilere, ailelere ve topluma sağlığın geliştirilmesi, korunması ve sürdürülmesi için destek olan, bakanlık tarafından tescillenen ya da denkliği sağlanmış olan yabancı okullardan mezun ve Türk olan meslek sahiplerine hemşire denilmektedir (Tozak, 2014).

Florence Nightingale hemşirelik kavramını 1860 yılında ‘‘hastayı iyileştirmek için hastanın çevresini düzenleme ve iyileştirme eylemi’’ olarak tanımlamıştır (Ökdem, Abbasoğlu, & Doğan, 2000).

2.1.1. Hemşireliğin tarihsel gelişimi

Hemşireliğin tarihi eski dönemlere dayanmaktadır. İlkçağlarda hemşirelik anne ve sağaltım rolünde olduğu ve hemşireliğin bir uğraş olmadığı görülmektedir. Önemli rolü olan kadınların hasta bakımı Antik Yunan'a dayandığını ortaya koymuştur (Ökdem ve diğerleri, 2000). Hemşirelik tarihinde hasta bireylere bakım sağlayan şifacı

kadınlar göze çarpmaktadır. Kadınların aile üyelerinde oluşan sağlık ihtiyaçları sebebiyle bakım verme rolleri giderek artmıştır (Çamlıca & Kartal, 2021). Eski dönemlerden bulunan kalıntılarda tıp, hemşirelik, rahip ya da rahibenin uygulamaları gibi kanıtlara rastlanmaktadır (Ökdem ve diğerleri, 2000). İlkçağlarda hekimlerin sağlık alanında kullandıkları sihir ve büyü Hippocrates ile birlikte yerini bilimselliğe bırakmıştır (Tozak, 2014).

Tarih bilimi araştırmacılarına göre orta çağda hemşirelik Hristiyan toplumunda çoğunlukla rahibelerin görev almasıyla önemli gelişmeler sağlanmıştır. Rahibeler birçok alanda sağlık hizmeti sağlayarak giyime, bakıma ihtiyacı olanlara gereksinimlerini ve bakımı sağlamış, aç olanları doyurmuş, ruhsal açıdan bireyleri desteklemişler ve evde bakım hizmeti vermişlerdir. Bu dönemde Protestanlıkla birlikte din devriminin olduğu ülkelerde tüm hastaneler kapatılmış ve hemşirelik mesleği bitme noktasına gelmiştir (Yüksel , Eroğlu, & Özarslan, 2018).

Yeniçağda kolera, veba, çiçek, kızıl gibi bulaşıcı salgın hastalıkların artması ve ölümlerin görülmesiyle bakım ve hizmetin gerekliliği ön plana çıkmıştır. Bu dönemde açılan hastanelerin ortamı havasız, bakımsız, kirli ve yatan hastalar kimsesiz ve fakir insanlardı. Görevlendirilen kişiler ise mahkumlar, yaşlılar, fahişelerden oluşmaktaydı. Hastalara kötü muameleler yapılmakta ve hasta bakımları kötü durumdaydı. Fransız olan St. Vincent de Paul (papaz) 1633'te Hayırsever Hemşireler örgütünü kurarak hemşireliğe ilk adımlar atılmıştır. 16. ve 18. yüzyıllar arası hemşirelik için karanlık dönem olarak bilinmektedir. 1840 yılında Elizabeth Fry hemşirelik okulu kurarak bu karanlık döneme ışık olmuştur (Alkan, 2019).

İlk zamanlarda toplumun ihtiyaçlarını karşılama, yardıma ihtiyacı olan bireylere ve hastalara bakım verme amacı olan hemşirelik, teknolojinin zamanla gelişmesi bakım, inanç ve uygulamaların değişmesiyle hasta bakımına katkısı artarak devam etmekteydi (Ökdem ve diğerleri, 2000). Yakınçağda sanayi devriminden dolayı sosyal değişikliklerle birlikte hemşirelikte gelişmeler yaşanmıştır. 19. Yüzyılda kurulan Modern Dekones örgütü ile dekonesler yetiştirilmiş ve hemşirelik daha da güçlenmeye başlamıştır (Alkan, 2019). Modern hemşirelik 1850 ve 1860'lı yıllarda Florence Nightingale'nin toplumda ve hastanelerde ölüm oranlarının fazla görülmesiyle bunlara neden olan uygulamaları incelemek ve değiştirmek amacıyla verileri incelemesiyle başlamıştır (Karabulut , Gürçayır, & Yaman Aktaş, 2019). Bu

bilimsel yaklaşımı ile bilinen Florence Nightingale Kırım Savaşı'nda görev alarak, buradaki ölüm, hastalık ve bunlara neden olan faktörlerin verilerini toplamıştır. Hemşireliğin ilk kuramcısı olarak bilinen Nightingale, savaş yıllarından sonra 1860 yılında St. Thomas Hastanesi'nde ilk hemşirelik okulunu kurmuştur. Hemşirelik üzerine birçok kitabı olan Florence Nightingale 1910 yılında Londra'da vefat ederek, bilimsel ve disiplinli yaklaşımlarıyla, hemşireliğe öncülük etmiştir (Alkan, 2019).

ICN (International Council of Nurses) (Uluslararası Hemşirelik Konseyi), 1899'da Avrupa'da kurulmuştur. Sağlıkta en geniş örgütlenme olarak bilinmektedir (Alkan, 2019). Hemşirelik mesleğinin gelişmesi, bilgi birikimin geliştirilmesi, hemşirelik bakımının öneminin vurgulanması, sağlık politikalarının geliştirilmesi ve dünyada hemşireliğin saygın, etkili ve yeterli olmasını sağlamak için çalışmalar yapmaktadır (Karabulut ve diğerleri, 2019). ABD'de Minnesota Üniversitesi'nde 1905 yılında üniversite düzeyinde ilk kez hemşirelik eğitimi verilmiştir. Doktora düzeyinde eğitim, ilk kez Columbia Üniversitesi Teachers College tarafından eğitimcilerle eğitim için derece verilmiştir (Karabulut ve diğerleri, 2019).

Ülkemizde modern hemşirelik Dr. Besim Ömer Akalın'la başlamıştır. Dr. Besim Akalın 1907 yılında Londra'daki Uluslararası Kızılhaç Konferansı'nda Florence Nightingale ile tanışarak onun hemşirelik hakkındaki bilgi birikimine ve hemşirelikteki etkinliğine hayran kalmıştır. Türkiye'de hemşireliğin eksikliğini ve önemli yere sahip olduğunu fark eden Dr. Besim Akalın "Gönüllü Hasta Bakıcılık" kursunu 1907 yılında açmıştır (Çamlıca & Kartal, 2021). Böylelikle 1912 yılında hemşirelikte ilk formal eğitime başlanmıştır. Hemşirelik bakımının evrenselliğini, Çanakkale Savaşı'nda sadece Türk askerlerine değil, yabancı askerlere de hemşirelik bakımı veren, profesyonel eğitim almış Safiye Hüseyin Elbi göstermiştir (Tozak, 2014).

Cumhuriyet döneminde hemşirelik mesleği hızla ilerleme kaydetmiştir. Amiral Bristol Hastanesi, 1920 yılında Türkiye'de açılarak Hasta Bakıcılık Dershanesi kurulmuştur (Çamlıca & Kartal, 2021). Cumhuriyet döneminde ilk hemşirelik okulu olan Kızılay Özel Hemşirelik Lisesi 1925 yılında açılmıştır. Bu okuldan sonra Türkiye'de birçok hemşirelik okulları açılmıştır. Türkiye'de ilk lisans düzeyinde eğitim 1955'te Ege Üniversitesi'nde verilmiştir. İlk lisansüstü eğitim 1968 yılında Hacettepe Hemşirelik Yüksekokulu'nda, doktora eğitimi ise 1972 yılında Hacettepe

Üniversitesi'nde verilmiştir (Alkan, 2019). Ülkemizde 1933 yılında hemşire bireyler tarafından kurulmuş olan Türk Hastabakıcılar Cemiyeti ilk mesleki örgütlenmeyi temsil eder. 1943'te ise adı Türk Hemşireler Derneği olarak değişmiştir (Tozak, 2014).

2.2. Yoğun Bakım Ünitesi

Yoğun bakım, işlevini kısmen ya da tamamen yitirmiş organ veya sistemlerin nedenlerinin izlenmesi, tanı konulması, tedavilerinin uygulanması, bu organların veya sistemlerin yerinin geçici olarak doldurulması için uygulanan yöntemlerin olduğu alandır (Elçelik, 2021).

Sağlık Bakanlığı'nın 2008 yılında yayınladığı genelgeye göre yoğun bakım ünitesi, 'Bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, yerleşim biçimi ve multidisipliner hasta bakımı açısından ayrıcalık taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, 24 saat yaşamsal göstergelerin gözlemi ve hasta tedavisinin yapıldığı kliniklerdir' şeklinde tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı [SB], 2008).

Hastalığın yaşattığı stres, baskı, tedavi süreci ile ilgili bilgi yetersizliği, gelir kaybı ile birlikte artan sorumlulukla birlikte bireyin kriz yaşamasına sebep olabilmekte, bireyin hayatı travmatik hale gelebilmektedir. Bu durum yoğun bakım ile stres düzeyini arttırmaktadır (Avcı, 2017). Ani bir durumla yoğun bakıma alınan hasta bireyler bilmedikleri bir durum, bilmedikleri bir yer ve hazırlıksız oldukları için yoğun bakım süreci stresli ve zor dönem olarak başlar (Palaz, 2020). Yoğun bakımda tedavi alan hasta bireyler burada geçirdikleri zaman zarfında kötü tecrübe ve duygular yaşamaktadırlar. Bunlar; korku, yalnızlık, ağrı, uyku bozukluğu, iletişim eksikliği ve izolasyondur (Palaz, 2020).

Riskli alanlar olan yoğun bakım üniteleri acil durumlara sahip olan hastaların yattığı, vital bulguların kısa zamanda normale dönmesini ve hastalık nedenlerini ortadan kaldırmayı amaçlayan, tedaviye uygun özel araç ve gereçleri barındıran birimlerdir (Biberoğlu, 2003).

Yoğun bakım ünitelerinin üç temel görevi mevcuttur:

- Hastaya temel yaşam desteği sağlamak (ventilatör tedavisi, entübasyon gibi...)

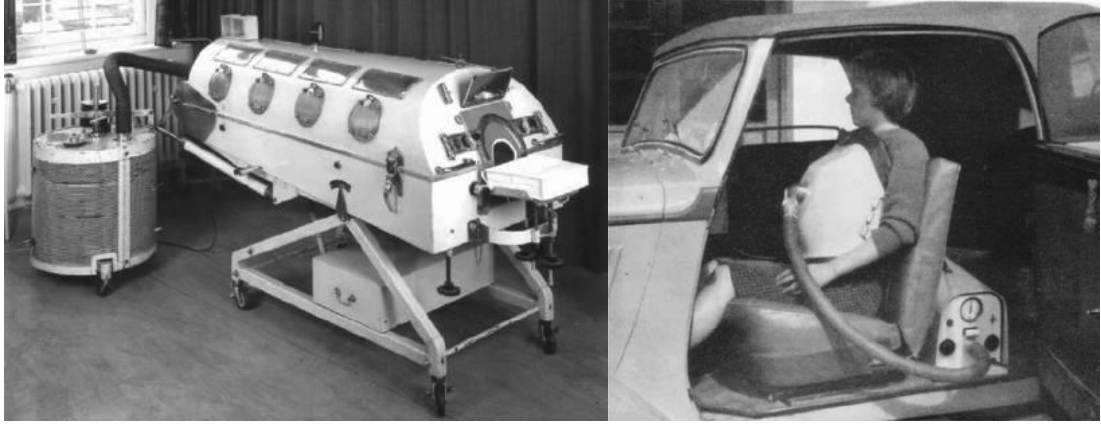
- Hastayı temel yaşam desteğinden ayırarak kendi hayatını sürdürebilmesini sağlamak,
- Hastanın yaşam kalitesinin artırılmasını ve bağımsız şekilde hayatını sürdürmesini sağlamak (Güven, 2006).

2.2.1. Yoğun bakım tarihçesi

Modern hemşireliğin öncüsü olan Florence Nightingale, 1854 yılında Kırım Savaşı'nda durumu kritik olan yaralı askerlere yoğun bakımı sağlamak için özel ekip ve alan oluşturmuştur. Burada deneyimli olan hemşirelerin hastaları yakından izlenmesi ile önemli başarılar elde edilmiştir. Bu alanlar yoğun bakım ünitelerinin öncülü olarak kabul edilir (Elçelik, 2021).

Beyin cerrahisi hastaları için 1923 yılında Baltimore'de John Hopkins Hastanesi'nde post-op iyileşme üniteleri kurulmuştur. 1926 yılında beyin cerrahi doktoru Walter Dandy üç yataklı dünyanın ilk yoğun bakım ünitesini kurmuştur (Chowdhury & Duggal, 2017). İkinci dünya savaşıyla birlikte daha çok ihtiyacı karşılamak için 1947 yılında New Orleans'ta Ochsner Kliniği'nde pnömonektomi ve özofagogastrektomi gibi ameliyatlardan sonra bakımı sağlamak için iyileşme ünitesi açıldı. Bunun gibi iyileşme ünitelerinin açılması günümüz yoğun bakımların alt yapısını oluşturmaktadır (Luce & White, 2009).

1952 yılında Kopenhag'da çocuk felci salgını ile 316 hastanın solunum kasının işlevlerini kaybetmesi sonucu bireylerde solunum yetersizliği ortaya çıkmıştır. Kopenhag'ın bulaşıcı hastalıklar hastanesi olan Blegham Hastanesi'nde bulunan bir adet solunum tankının bu salgın için tamamen yetersizdi. Bu yetersizlik başhekim Prof. Lassen bir çözüm nedeniyle Kopenhag anestezi uzmanı Dr. Bjorn Ibsen'e danışmıştır. Ibsen 12 yaşındaki bir kız çocuğuna trakeostomi açarak buraya bir lastik kaflı tüp yerleştirdi. Lastik bir torba ile manuel olarak pozitif basınçlı ventilasyon tekniği uygulamıştır. Bu başarı ile çocuk felci salgınının ölüm oranı yaklaşık %80 den %40'a düşmüştür (Kelly, Fong, Hirsch, & Nolan, 2014).



Şekil 2. 1. Demir Akciğer Makinesi Ve Ventilator (Kelly ve diğerleri, 2014).

Yoğun bakım üniteleri 19. yüzyılda İngiltere’de yapılan ameliyatlardan sonrası ayılma odalarıydı (Güven, 2006). 1940 yıllarında W. Kolff ilk hemodiyaliz cihazını başarılı bir şekilde heparin ve selofan kullanarak yapmıştır. İlk defibrilatörü 1956 yılında Paul Zoll kalbin tekrar çalışması için geliştirmiştir (Çelikel, 2001). 1960’lı yıllarda koroner bakım ünitesi, kardiyopulmoner resüsitasyon, eksternal defibrilasyon yapılması, kardiyak monitörizasyon uygulamaları yapılmış, protokoller geliştirilmiştir. Bu birimler eğitim almış hemşirelerin hastaları daha iyi gözlenebilmesi, izleyebilmesi ve tedavi edebilmesi için kurulmuştur (Katz, ve diğerleri, 2016). Oxford, Baltimor ve Toronto üniversitelerinde ilk solunum cihazlı yoğun bakım üniteleri 1960’lardan sonra açılmıştır (Sarsılmaz, 2011). 1964’te İngiltere’de yoğun bakım amaçlı ilk ünite inşa edilmiştir. 1969’da AACN (Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Birliği) “yeni geliştirilen yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin eğitime yardımcı olmak” için kurulması önem taşımaktadır (Elçelik, 2021).

Ülkemizde yoğun bakım ile ilgili gelişmeler Avrupa’yla beraber başlamıştır. Paris’te anestezi kursu alan Dr. Cemalettin Öner, Türkiye’ye döndükten sonra anestezi ile birlikte yoğun bakım çalışmalarına başlamıştır. 1959’da ilk dört yataklı reanimasyon kliniğini Haydarpaşa Numune Hastanesi’nde kurmuştur (Sarsılmaz, 2011). Bu başarısıyla Cemalettin Öner İstanbul Tıp Fakültesi’nin ilk reanimasyon servisini kurmuştur (Akpir, 2002). Danimarka’da yoğun bakım eğitimleri alan, benzer çalışmaları Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’nde reanimasyon servisi açarak yapan Sadi Sun’dur. İstanbul Tıp Fakültesi’nde 12 yataklı reanimasyon servisini, 1975’te Dr. İsmail Tuncer kurmuştur (Sarsılmaz, 2011). Şevket Kaya’nın İstanbul İlk Yardım Hastanesi’nde kurduğu reanimasyon servisleri ülke için önem arz etmektedir (Akpir,

2002). Bu gelişmelerin devamında birçok tıp fakültelerinde yoğun bakım üniteleri kurulmuştur.

2.2.2. Yoğun bakım hemşireliği

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın Resmi Gazetesi'ndeki yayına göre yoğun bakım hemşiresi, "karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastaların tanılamasını yapmak, hastaları sürekli izlemek, kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulamak, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu hemşiredir" şeklinde tanımlamıştır (Sağlık Bakanlığı [SB], 2011).

WFCCN'e (Dünya Yoğun Bakım Hemşireleri Federasyonu) göre yoğun bakım hemşireliği, yaşam fonksiyonlarının bozulması sonucu sağlığın geliştirilmesini sağlamak için durumu kritikleşmiş olan veya yaşamın son evresinde bakıma ve ağrı yönetimine ihtiyacı olan hastalara özel tedavi, hemşirelik bakımı yapan özel dal hemşireliğidir (Kıraner & Terzi , 2020)

Fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak kişinin sağlığını iyileştirmek, sağlığının dengesini ve korunmasını sağlamak, bireyin bakım ihtiyacını karşılamak ve yaşam süresini arttırmak yoğun bakım hemşiresinin amaçları arasındadır (Sarsılmaz, 2011).

Sağlık alt yapısının önemli parçasını oluşturan hemşireler için riskli alan olan yoğun bakım üniteleri diğer birimlerden ayrı özellikli alanlardır (Mısırlı, 2019). Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin, donanımları ve bilgi düzeyleri daha kapsamlı, sorumluluk sahibi olması, ayrıntılı gözlem yeteneğine sahip olması, hastanın durumunda ve hayati bulgularında oluşabilecek değişiklikleri fark etmesi ve not alması, acil durumları yönetebilme yeteneğine sahip olması, acil durumlarda atik davranması, teknolojik aletleri kullanabilme yeteneği, değişikliklere açık ve değişim ajanı olabilmesi, bilgiye her zaman açık ve bilgiye doyumsuz olması, yoğun bakım ortamına psikolojik olarak hazır olması beklenir (Elçelik, 2021). Yoğun bakım hemşirelerinin aynı zamanda motivasyonlarının yüksek olması hasta bakımı için önemlidir. Sağlıktaki yenilikleri yakından takip etmesi gereken yoğun bakım hemşireleri lisansüstü ve doktora eğitimlerine, kongrelere, sempozyumlara, kurslara katılarak, yayınlanan makaleleri dergileri takip ederek gelişimlerine katkıda bulunurlar (Kavaklı, Uzun , & Arslan, 2009).

2.2.3. Yoğun bakım hemşireliğinin görev, yetki ve sorumlulukları

Yoğun bakım hemşiresi, hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

Hemşirelik bakımı:

- a) Yoğun bakım enfeksiyonlarının gelişiminin önlenmesi için gerekli önlemlerin alınmasını sağlar.
- b) Hasta değerlendirmesinde kurumun benimsediği skorlama sistemleri ve skalaları uygular ve değerlendirir.
- c) Hastaların monitorizasyonu sağlar. Monitorizasyonda non-invazif monitörizasyon tekniklerini kullanır. Kardiyak ritmi izler, acil durumlarda gerekli ekip ile iletişim kurar.
- ç) Sıvı-elektrolit ve asit baz dengesine yönelik mevcut ve olası sorunların dikkate alınarak uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir.
- d) Hastaların solunuma ilişkin sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlar, uygular, değerlendirir, ventilatördeki hastaya bakım verir.
- e) Aspirasyon, oksijen tedavisi, vücut pozisyonları, genel vücut bakımı, postural drenaj, aseptik uygulamalar (sonda/kateter bakımı vb.) gibi temel girişimsel uygulamalara yönelik uygun hemşirelik aktivitelerini planlar, uygular ve değerlendirir.
- f) Bası yaraları, risk faktörleri, prognoz üzerindeki etkilerinin değerlendirilerek gelişiminin önlenmesi için uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar, oluşması halinde uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir.
- g) Hastalarda kontraktür oluşumunu önleyici girişimleri planlar ve uygular.
- ğ) Hastalarda emboli oluşumunu önleyici girişimleri bilir, hekimle birlikte gerekli planlamayı yapar ve uygular.
- h) Nörolojik hastalıkları olan (Anevrizma, KİBAS, SVO vb.) ve bilinci kapalı olan (intrakraniyal kanama vb.) hastaların izlemini ve uygun pozisyon verilmesini sağlar, nörolojik değerlendirmelerini yapar.
- ı) Kurum politika ve talimatları doğrultusunda, intravenöz sıvı infüzyonunu ve kan/kan ürünleri transfüzyonu işlemlerini başlatır, takip eder, kaydeder; olası sorun ya da komplikasyonlar ortaya çıkar ise durumu hekime bildirir ve kurumda benimsenmiş standartlara göre gerekli girişimleri uygular.
- i) Pace makerli hastayı izler, bakımını bilir ve uygular.
- j) İntra aortik balon pompası yerleştirilmiş hastayı izler, bakımını bilir ve uygular.

k) Hastaların beslenme gereksinimlerini belirler (enteral ve parenteral beslenme), gereksinimlerine göre hemşirelik bakımını planlar ve uygular, beslenmede kullanılan cihazların sterilizasyonunun devamlılığını sağlar.

l) Yoğun bakım hastaları ile hasta yakınlarının psikososyal problemlerine uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar (SB, 2011).

Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma:

a) Hastadan topladığı verileri ve hastanın genel durumundaki değişiklikleri değerlendirir, kaydeder, normalden sapmaları hekime bildirir.

b) Diğer sağlık personelleri ile beraber hasta vizitine katılır, hastanın tedavi ve bakım planının oluşturulmasına katkıda bulunur.

c) Hekim tarafından gerçekleştirilen invazif tanı ve tedavi girişimlerine katılır; bu girişimler için hastayı hazırlar, işlem sırasında destek olur, işlem sonrasında hastayı izler.

ç) Hastanın laboratuvar tetkikleri için kan, idrar, sıvı ve doku örneklerini toplar; laboratuvara gönderir, değerlendirir ve hastanın hekimine bilgi verir.

d) Her yaş grubuna özgü uygulanması gereken ilaç çeşitlerini, farklı dozlarını ve olabilecek yan etkilerini bilir; ilaç uygulamaları ve ilaç güvenliği ilkelerine bağlı olarak, hekim istemine göre hastaya enteral, parenteral ve haricen verilecek ilaçları verir; uygulanan ilaç ve tedavilerin etki ve yan etkilerini, hastanın tedavi ve bakıma verdiği yanıtları gözler, kaydeder ve gerektiğinde ilgililere rapor eder.

e) Acil ilaçları, tıbbi malzeme ve cihazları kullanıma hazır bulundurur.

f) Kardiyak ritmi izler, yorumlar, öldürücü ritimleri tanır ve gerekli acil girişimleri bilir.

g) Konsültasyonun yapılmasını takip eder; katılır.

ğ) Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlar. Arrest durumunda mavi kod çağrısı yapar. Kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteği uygulamalarına katılır (oksijen verme, solunum desteği, kalp masajı, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması gibi). Eğer o an üniteye hekim yok ve (geçerlilik süresi dolmamış) ileri yaşam desteği sertifikası var ise temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarını başlatır, kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon ve acil senkronize kardiyoversiyon uygular. Vakaları rapor eder.

h) Acil durumlarda hekimle iş birliği sağlayarak ve kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteğinin uygulanmasını sağlar ve uygun hemşirelik aktivitelerini yerine getirir (SB, 2011).

2.2.4. Yoğun bakım gerektiren durumlar

Günümüzde yoğun bakım ünitelerine yatacak olan hastaların doğru seçimi oldukça önemlidir (Akpır, 2002). Öncelikli olarak sağlık sorunu yaşayan, yaşamsal bulguları normal olmayan, tedaviye ve bakıma ihtiyacı olan hastaların yatışı yapılmalıdır (Mısırlı, 2019). Yoğun bakıma kabul edilen hastalarda teşhis, yaş, hastalığın şiddeti, düzeyi ve prognozu, tedaviye alınacak yanıt, eşlik eden hastalık, uygun tedavinin varlığı, son kardiyopulmoner arrest, beklenen yaşam kalitesi, hastanın istekleri gibi kriterler dikkate alınmalıdır (Smith & Nielsen, 1999).

Amerikan Yoğun Bakım Derneği'ne (Society of Critical Care Medicine) göre, yoğun bakımda yatan hastalar şu özellikleri taşımaktadır: “Fizyolojik olarak fonksiyonları dalgalanma gösteren, hayatta kalmayı sağlamak için doktor, hemşire arasında kurulan uyumla yürütülecek bir tedaviye, bu tedavinin dalgalanmalar göstermeden uygulanmasına, özellikle ayrıntılara yönelik özene gereksinim duyan, fizyolojik yetersizlik nedeni ile risk altında bulunan ve beklenmeyen olayları önleyebilmek ve yoğun bakım ekibi tarafından anında müdahale olanağı sağlayabilmek için sürekli monitorizasyon gerektiren hastalar yoğun bakım hastalarıdır”. Avrupa Yoğun Bakım Derneği (European Society of Intensive Care Medicine) ise yoğun bakımdaki hastaların şu özellikleri taşıdığını belirtmiştir: “Akut hastalık, cerrahi girişim veya diğer bir yoğun tedavi nedeni ile bir veya birden fazla vital fonksiyonun tehdit altında olduğu durumlarda sürekli monitorizasyon gerektiren hastalar ile kardiyovasküler, serebral, solunumsal, renal, metabolik gibi nedenler ile vital fonksiyonlardan herhangi birinin fonksiyon yetersizliği içerisine düştüğü hastalar ve tedavisi mümkün olmadığı bilinen bir hastalığın terminal safhasında bulunan ve normal servise kabulü amaca uygun düşmeyen hastalar yoğun bakım hastalarını oluşturur” (Akpır, 2002).

Hastaların yoğun bakıma yatma nedenlerinin %30'unu medikal, %21'ini cerrahi, %25'ini pediatrik, geri kalanını renal rahatsızlıklar, zehirlenmeler ve daha birçok nedenler oluşturmaktadır (Beğer, 2004).

Yoğun bakımın endikasyonları şu şekildedir:

- Solunum yetersizliği
- Kardiyovasküler yetersizlik
- Akut böbrek yetmezliği
- Akut metabolik bozukluklar
- Travmalar
- Yanıklar
- Derin komalar
- Gastrointestinal kanamalar
- Postoperatif komplikasyonlar
- Kanama-pıhtılaşma bozuklukları
- Su elektrolit ve asit-baz dengesizliği
- Zehirlenmeler
- Yenidoğan ve pediatrik aciller
- Tetanoz
- Eklampsi
- Reanimasyondan sonraki durumlar (Hatipoğlu, 2002)

2.2.5. Yoğun bakım ünitelerinin sınıflandırılması

Yoğun bakım üniteleri; hastanın genel durumuna göre, sağlık çalışanlarına göre, yoğun bakımın donanımına ve işlevine göre sınıflandırılmaktadır. Yoğun bakım ünitelerine bakıldığında;

- Dahiliye YBÜ
- Cerrahi YBÜ
- Nöroloji YBÜ
- Koroner YBÜ
- Kardiyovasküler Cerrahi YBÜ
- Genel YBÜ
- Çocuk YBÜ
- Yenidoğan YBÜ

- Anestezi ve Reanimasyon YBÜ olarak ünitelere ayrılmaktadır (Erdoğan, 2019).

Hizmet düzeylerine göre yoğun bakım üniteleri 3'e ayrılmaktadır:

Birinci basamak yoğun bakım ünitesi

Organ yetmezliği gelişmemiş, oksijen gereksinimi olmayan, kan ve mayi desteği yapılan, kan basıncı, ateş, nabız, EKG, ritim takiplerinin yapıldığı, yakın izlem gerektiren hastalar bu üniteye yatarlar. Burada 24 saatlik doktor gözetimi olmamakla birlikte, tüm gün yoğun bakım uzmanı da olmamaktadır (Gözüküçük, 2021).

İkinci basamak yoğun bakım ünitesi

Solunumsal desteğe ihtiyacı olan, organ yetmezliği gibi sebeplerle destek tedavi gereksinimi olan, ileri monitörizasyon takibi gerektiren hastalar bu basamakta yatarlar. Bu üniteye uzman doktorlar bulunmakta fakat 24 saat doktor gözetimi yoktur (Gözüküçük, 2021).

Üçüncü basamak yoğun bakım ünitesi

Altta yatan hastalığın özelliklerine göre ölüm oranlarının fazla olduğu, seyri iyi olmayan, çoklu organ yetmezliği gelişmiş, tedavilerinin ve takiplerinin yapıldığı, birden çok destek tedavi alınan ünitelerdir. 24 saat yoğun bakım uzmanları tarafından hizmet verilir (Gözüküçük, 2021).

2.2.6. Yoğun bakım ünitesinin özellikleri

Yoğun bakım ünitelerinin ortamı hastalar açısından yüksek düzeyde fayda sağlamalıdır. Sağlık çalışanlarının görevlerini daha elverişli yapabilmeleri için yoğun bakım ünitelerinin nitelikli özellikler taşıması gerekmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde, ekibin donanımlı ve istekli olması, gerekli olan uygun malzemelerin bulunması gerekir. Yoğun bakım yer açısından hastaları rahat bir şekilde gözlemlemek, izolasyon ve enfeksiyon açısından standartlarının uygun olması gerekmektedir (Şahin, 2018). Yoğun bakım üniteleri gürültünün ve yoğunluğun az olduğu, ameliyathanelere, acil servise ve asansörlere yakın olan yerlerde olmalıdır (Mısırlı, 2019). Gereksinime göre yoğun bakım ünitelerinin yatak sayısı en az 4, en fazla 12 olmalıdır (Akdeniz & Ünlü , 2004). Hasta için ayrılan alan ortalama 25 m²

olmalıdır. Hasta alanlarının birbirinden ayrılmış, cam paneller içinde olması daha idealdir. Hasta ile hemşireler arasındaki mesafe uzun olmamalı ve hemşirelerin hastaları görebileceği görüş mesafesi olmalıdır. Böylece hemşirelik mesleğinin verimlilik ve güvenirlilik değerleri de artar. Yoğun bakımda personel sayısının yeterli olması mesleki yükün azaltılması açısından önemlidir (Şahin, 2018).

Çalışan personeller için odaların, tedavi hazırlama alanları için bölümler, temiz ve enfekte olmuş malzemeler için bölümler olmalıdır. Temiz yoğun bakımlarda her iki yatağa bir lavabo, izole odalarında da bir lavabo bulunmalıdır (Mısırlı, 2019). Yoğun bakım yataklarının başında iki tane oksijen hava girişi, ventilatör, yeterli priz, aydınlatma, maske sistemi, aspirasyon mekanizması (vakum) gibi sistemlerin olması gerekmektedir. Yoğun bakımın sıcaklığı 22°C - 24°C , nem oranı ise %30 - %60 arasında olmalıdır. Hastaların yer, zaman, kişi oryantasyonu için takvim ve saatin bulunması önemlidir (Mısırlı, 2019).

2.3. Kronik Hastalık

Günlük yaşamımızda sanayinin ve kentleşmenin hızla değişmesi, yaşlı nüfusun giderek artması ile birlikte kronik hastalıkların görülmesi kaçınılmaz olmaktadır. Kronik hastalıklar; yavaş seyreden, tam olarak tedavi edilemeyen, kalıcı hasarlara neden olabilen, oluşmasına sosyoekonomik, sosyokültürel, genetiğin ve kişinin kendisinin etken olduğu, genellikle enfeksiyonun neden olmadığı, bireyin yaşamını etkileyen hastalıklardır (Ünsal, Demir, Çoban Özkan, & Gürol Arslan, 2011).

Kronik hastalık WHO'ya (Dünya Sağlık Örgütü) göre uzun süren, yavaş ilerleyen kalıcılığı olan, giderek fazla hasara sebebiyet veren, uzun süren bu dönemde rehabilite edici durum, bakım, gözlem ve koruma gerektiren rahatsızlıklar olarak açıklamaktadır (Acar A. E., 2011).

Kronik hastalık 3 aşamadan oluşmaktadır:

- Kriz Aşaması
- Kronik Aşama
- Terminal Aşama

Kriz aşaması tanının belirlenmesi, belirtilerin görülmesi, tedavi planının düzenlenmesi, baş etme çabası, hastalığa uyum sağlama çalışmalarını içerir. Kronik

aşama tanının konulması ile kişinin hayatının sonu, yani terminal döneme kadar olan aşamadır. Üçüncü aşama olan terminal aşama ölümün gerçekleşeceği aşamadır (Acar A. E., 2011).

Kan basıncının yüksek olması, kolesterolün yüksek olması, obezite, sigara kullanımı, alkol kullanımı, inaktivite, dengesiz beslenme gibi nedenler kronik hastalığın oluşmasına sebep olmaktadır (Erbaş, 2021). Birçok nedene bağlı olarak oluşabilen kronik hastalıklarda başka bir kronik hastalığın varlığı diğerinin iyileşmesini engelleyebilir. Bireylerde birden çok kronik hastalıklar meydana gelebilir ve diğerini alevlendirebilir (Yıldırım, 2002).

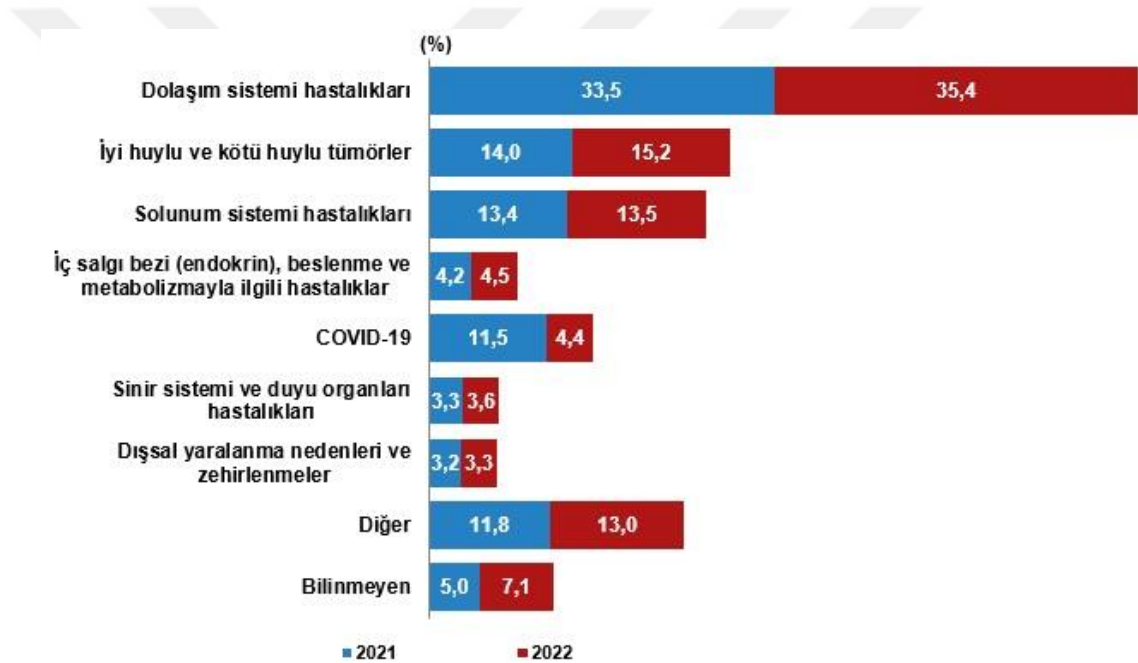
Kronik hastalıklar kişinin yaşam kalitesinde azalmalara sebep olmakta ve fiziksel, sosyal açıdan engellilik oluşturabilmektedir (Erbaş, 2021). Kronik hastalıklar, kişinin yaşamına uyumunu değiştiren, tedavi, ilaç, beden imajında bozulma, ağrı, sosyal ilişkide bozulma gibi faktörlerin sebebi ile bireyler strese girebilmektedirler (Özdemir & Taşçı, 2013). Kronik hastalıkların bazısı bireylerin işlevinde, yapısında kısmen ya da kalıcı değişikliklere neden olabilmektedir. Bunun yanı sıra bireylerin yeteneklerinde de azalmalar görülebilmektedir. Bireyi biyopsikososyal yönden etkileyen kronik hastalıklar nedeniyle hastaneye yatan hastalara yeterli bilgilendirmenin yapılması, kullanacağı ilacın sayısı ve ne şekilde kullanacağını açıklanması, beslenmesinin hastalığına göre düzenlenmesi, hemşirenin bireyi dinlemesi ve sorunlara birlikte çözüm aranması, hemşire gerekirse diyetisyen, fizyoterapist, psikiyatrist, sosyal hizmetler gibi kaynaklara yönlendirerek onlara destek olmalıdır. Kronik hastalığıyla uyumlu olan kişiler toplumda, mesleğinde, ailesinde de uyumu sağlamaya çalışır ve yaşam kalitesini geliştirebilirler. Hemşire bireyin uyum sağlamasına yardımcı olmalı, aynı zamanda kronik hastalığın kontrolünü, kronik hastalığın bireyin yaşamına getirdiği engelleri ve bu engellerin kontrolünün nasıl yapılacağını, hastaya ve hasta yakınına öz bakımın önemini belirtilmesini, kronik hastalığın getirdiği ağrı ile baş etme yollarını, sağlık sistemi kaynaklarını nasıl kullanmaları gerektiği ile ilgilenmek hemşirenin destekleri arasındadır (Yıldırım, 2002).

Uzamış dönemi olan, bulaşıcılığı olmayan, bulaşıcı nedeninin olmadığı, çözülemeyen, genellikle kesin tedavinin sağlanamadığı, kronik haller BOH (Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar) olarak adlandırılmaktadır. Yeryüzünün en büyük katili dedikleri

“bulaşıcı olmayan” ifadesi yerine “sosyal olarak bulaşan” ifadesi kullanılmasını önerenler Allen ve Feigl’dir (Allen & Feigl, 2017).

Sağlıkta dünyanın en önemli problemi, hastalıkların ve ölümlerin nedeni bulaşıcı olmayan hastalıklardır. 21. Yüzyılın halk sağlığı probleminin büyük kısmını oluşturan BOH’ların %48’ini kalp damar hastalıkları, %21’ini kanserler, %12’sini kronik solunum hastalıkları, %3,5’ini diyabet oluşturmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], 2017).

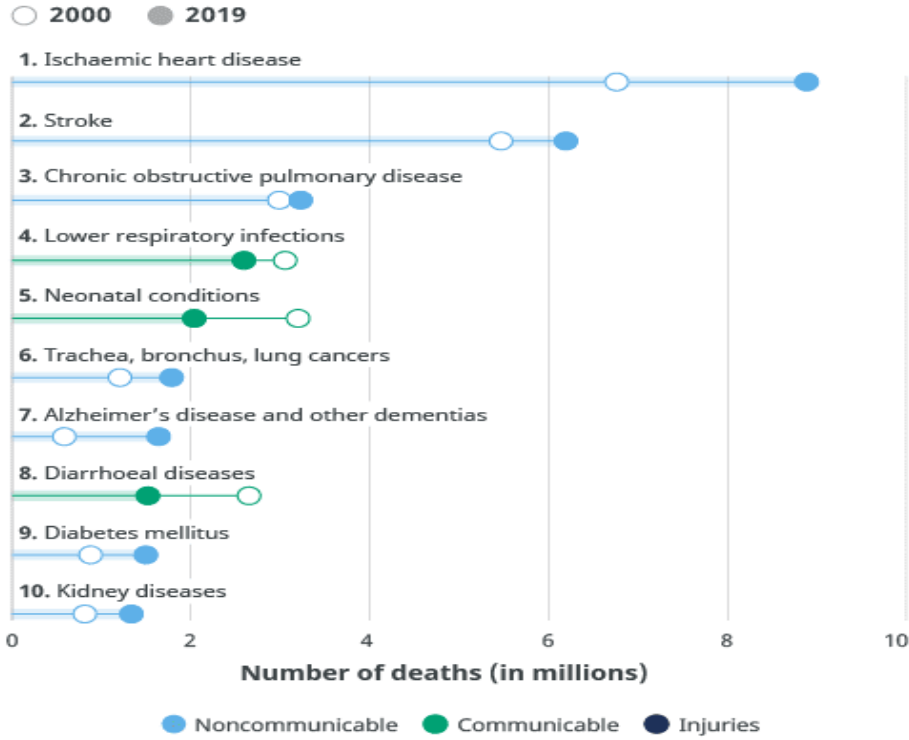
TÜİK’in yayınladığı 2022 verilerinde %35,4 ile dolaşım sistemi hastalıkları, %15,2 ile iyi ve kötü huylu tümörler, %13,5 ile solunum sistemi hastalıkları nedenlere göre ölüm oranını oluşturmuştur (TÜİK, 2023).



Şekil 2. 2. TÜİK Verilerine Göre 2021 ve 2022 Nedenlere Göre Ölüm Oranı (TÜİK, 2023).

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2019 yılı verilerinde küresel ölüm nedenlerine bakıldığında %74’ünü bulaşıcı olmayan hastalıklar oluşturmaktadır. İlk sırada ölümlerin %16’sını iskemik kalp hastalığı, %11’ini inme, %6’sını kronik obstrüktif akciğer hastalığı oluşturmaktadır (World Health Organization [WHO], 2019).

Leading causes of death globally



Source: WHO Global Health Estimates.

Şekil 2. 3. WHO'nun 2019 Verilerine Göre Ölüm Nedenleri (WHO, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü 2008-2013 eylem planını kronik hastalıkların önüne geçmek ve kontrol altında tutmak için oluşturmuştur. Bu plan kapsamında kalp damar hastalıkları, diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve malignite toplumun sağlığını tehdit eden dört kronik hastalığa dikkat çekmiştir (Erbaş, 2021).

2.4. Hastalık Algısı

Hastalık algısı, kişinin hastalığının durumunu, bilişsel olarak görünümünü, yani hastalık için ona yüklediği anlamı ifade eder (Karadağ & Akkuş, 2020).

Bir bireye hastalık tanısı konulduğu vakit, aklında bu durumla ve kendisi ile ilgili bir inanç görüşü geliştirir (Petrie & Weinman, 2006). Hastalığın yavaş ya da bir anda olması, hastalığın oluşma şekli, belirtinin süreci, hastalık hakkında bilgi düzeyi gibi etmenler bireylerin hastalığa olan tepkisini etkilemektedir (Berber, 2014). Bu durumda gösterilen davranışlar hastalığı yönetmek için önemlidir. Her birey aynı tür hastalığa yakalansa da aynı tepkileri göstermemektedir (Kara, 2019). Hasta bireyler

yaşadıkları deneyimlerle, inançlarla, değerlerle, ihtiyaçlarla ve bilgiler ile birlikte hastalıklarını ifade etmeyi denerler (Kocaman, M. Özkan, Armay, & S. Özkan, 2007).

Akut ya da kronik hastalığı olan bireyler karşılaştıkları problemleri anlamak, yaşam kalitelerini geliştirmek ve sorunlarla baş etmek için birtakım modeller geliştirmektedirler (Karagülle, 2019). Leventhal ve arkadaşlarının geliştirdiği self regulatory (kendini denetleme, kendini düzenleme (Karagülle, 2019), kendini ayarlama modeli (Ciddi, 2010)) sağlıkla ilgili hal ve hareketlerin, sonuçların hasta bireyin inançları tarafından etkilendiğini savunmaktadır. Hastalık algısı, bireyin hastalığa vereceği tepki, hastalığın ne kadar süreceği, hastalığa neyin neden olduğu, verilen ruhsal tepkiyi, hastalığın nedenleri, hastalığın tedavisi ve süresi, bireyin hastalığı kontrol etme mekanizması gibi inançları da kapsamaktadır (Kara, 2019).

Hastalığa verilen bilişsel ve duygusal tepkiler içsel ve dışsal uyaranlar olarak bireyi etkilemektedir. İçsel uyaranlar belirtilerin nasıl oluştuğu ve yaşandığı, dışsal uyaranlar ise bir tanıdığının hastalanmasını görmek gibi örneklendirilebilir. Bireyler hastalığa karşı görülen bu uyaranlara, tehditlere karşı baş etme stratejisi geliştirirler. Sağlık çalışanları, sosyal medya, sosyal ortam ve çevredeki kişilerin deneyimleri doğrultusunda elde edilen bilgilerle modelin oluşmasında rol oynar. Hastalığı algılama modelinde birey hastalığı kimlik, zaman, neden, sonuç ve kontrol edilebilirlik alanında değerlendirir (Ciddi, 2010).

2.4.1. Hastalık algısının bileşenleri

Hastalık algısı bileşenleri beş bileşenden oluşmaktadır:

- Hastalığın Kimliği
- Hastalığın Nedenleri
- Hastalığın Süresi
- Hastalığın Kontrol ve Tedavi Edilebilirliği
- Hastalığın Sonuçları

Hastalığın kimliği: Hastalık tanısı alan bireyler zamanla oluşan belirtiler hakkında bazı inanışlar oluştururlar (Demir, 2021). Birey yaygın olarak görülen ve semptomları bilinen hastalıklarla karşılaştığında bilgi sahibi olabilirken, bilmediği başka hastalıklarla karşılaştığında bu duruma belirsizliği olan düşünceler eşlik eder. Bu durumda önemli görülen nokta semptomlara olan bakış açıları, tedaviyi düzenleyen

ve uygulayan personelin bakış açılarından farklı olabilmekte ve hastalık haricinde bile yanlış yorumlarda bulunabilirler. Kimliğin alt boyutunda bulunan belirtiler, kişi tarafından ne kadar fazla algılandıkça psikolojik, fiziksel, sosyal iyilik hali ve sağlık alanları o kadar olumsuz etkilenmektedir (Öztepe, 2017).

Hastalığın nedenleri: Hastalık tanısı alan bireyler zaman içerisinde hastalığın nedenleri hakkında bazı düşüncelere kapılırlar. Bu düşünceler hastalığa neden olan psikososyal ve fiziksel faktörleri kapsamaktadır. Hastalığın kontrolü ve tedavi süreci açısından bu düşünceler değişimler açısından önemlidir. Bireyin kendini suçlaması psikolojik olarak sağlığı olumsuz yönden etkilemektedir (Karagülle, 2019).

Hastalığın süresi: Hastalığın akut ya da kronik hastalık olması bireyin ilaç kullanımını ve tedaviye uyumunu etkilemektedir. Akut hastalığa sahip birey kronik hastalığa sahip bireye göre ilaç kullanımı ve tedaviye uygunluk daha az veya hiç olmamaktadır (Demir, 2021).

Hastalığın kontrol ve tedavi edilebilirliği: Bireyin hastalık hakkındaki bireysel kontrolü, sahip olduğu hastalığı kontrol altına almak için kişisel yetenekleri ve tedavi etkinliği, hastalığın yönetimi için sahip olduğu inanışları yansıtır. Bu durum bireyin hastalığa kişisel yatkınlığının nasıl olduğunu ve tedavi kontrolünü ne kadar iyi yapabildiğini içermektedir (Kara, 2019).

Hastalığın sonuçları: Bu bileşen bireyin hastalığının ya da var olan durumunun yaşamı üzerine ekonomik, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak etkilerinin değerlendirilmesini içermektedir (Kara, 2019).

2.4.2. Kronik hastalığı olan bireylerde hastalık algısı

Sağlığın iyilik halinden hastalık haline geçmesi, gelişen bu değişikliklerle bireylerin hazırlıklı olmadığı bir dönem ve durumla karşılaşması demektir. Bu durum bireyin fiziksel durumunu, ruhsal durumunu, beden imajını, çevre ilişkilerini ve bireyin işlevlerini etkilemektedir. Hastalığın sıklığı, şiddeti, süresi ve aşamaları bireyden bireye farklıdır. Hastalık anksiyete, vücut organlarının ve bölümlerinin zarar göreceği kaygısı, suçluluk hissi, bağımsızlığının elinden gideceği korkusu, umutsuzluk, anksiyete, yas, depresyon, yorgunluk, güçsüzlük, öfke, kaygı, yalnızlık gibi bireyde tepkiler meydana gelir (Gündüz, Tip II Diyabetes Mellituslu Hastalarda Hastalık Algısı, Psikososyal Uyum Ve Glisemik Kontrolün Değerlendirilmesi, 2014).

Kronik hastalığın teşhisi ile birlikte bireyde şok, acı verici olayla yüzleşme, geri çekilme aşamaları görülmektedir. Şok aşamasında birey ‘‘Sakat mı kalacağım?’’, ‘‘Acı çekecek miyim?’’, ‘‘Neler olacak?’’ gibi sorularla düşüncelere kapılır. Bu dönemde bireye her şey normalmiş gibi görünür ve içindeki durumun farkında değilmiş gibi davranarak inanmama ve anksiyete durumundadır. Acı verici olayla yüzleşme aşamasında bireyde düşünceler dağınık, üzüntü, çaresizlik gibi duygular yaşanmaktadır. Birey hastalığın yönetimi için problem çözme, akıl yürütme, plan yapma gibi girişimlerde zorlanmaktadır. Hasta bireyler bu durumu değiştiremeyeceğini düşünüp yadsıma durumuna girerek uyumsuz tepki haline girerler. Geri çekilme aşamasında reddetme eğilimi vardır. Hasta birey problemin varlığını veya doğruluğunu reddeder. Fakat bu durum uzun sürmez, gerçekliğin ön plana çıktığını hisseder. Birey hastalığı hakkında araştırmalar yaparak, başka kaynaklardan görüş alarak ilk adımı atar. Hasta bireyin durumuna uyum sağlama, problem çözme ve gerçeklerle bağlantı kurma aşamasıdır. Her bireyin bu aşamalarda aynı tepkileri verdiğini söylemek güçtür, bireyler doğası gereği farklı tepkiler vererek bu durumu yaşamaktadır (Gündüz, Tip II Diyabetes Mellituslu Hastalarda Hastalık Algısı, Psikososyal Uyum Ve Glisemik Kontrolün Değerlendirilmesi, 2014).

Kronik hastalık tanısı alan bireyde, hastalık algısıyla gelişen inanç ve beklentilerle birlikte bireyin hastalığının yönetiminde nasıl davranacağı şekillenir. Bireyin düşünce ifadeleri ve algıları kişinin hastalığa vereceği psikolojik cevabı tedaviye uyumu etkilemektedir. Bireyin tedaviye olan uyumu, uzun zamanlı bakım ve tedavi süreci gerektiren kronik hastalıklarda, tedavinin başarı oranını ve hastalığın gidişatını etkilemektedir. Tedavi sürecinin sağlıklı bir şekilde ilerleyebilmesi ve hastalığın kontrol altına alınması için bireyin tedaviye uyumu önemlidir. Hasta bireyin, tedaviye uyum sağlaması için hastalığının ne olduğunu, hastalığına ne şekilde ve nasıl tepki gösterdiğini, hastalığından ne anlam çıkardığını ve nasıl anladığını tespit etmek önemli noktalardır. Bu noktada hemşirenin hastasına bakım verirken gerekli olan bilgi ve güveni sağlaması ile hasta bireyin hayatında oluşan sınırlılıklarla baş etmesinde yardımcı bulunarak hastalık algısının düzeyi arttırılmalıdır. Hastalık algısı düzeyinin artmasıyla bireyin tedaviye uyumu kolaylaşır ve hastalıkta meydana gelebilecek olumsuz sonuçların an az seviyeye indirilmesi sağlanır (Karagülle, 2019).

Başlıca stresör kaynaklarından biri olan kronik hastalıklar, bireyde beden imajında bozulma, yaşam tarzında bozulma ve toplumda rol değişikliklerine neden olabilmektedir. Kronik hastalığın yönetimi fizyolojik sorunlarla birlikte psikososyal sorunların yönetimini de ele almaktadır (Özdemir & Taşçı, 2013). Kronik hastalığı olan bireylerde tedavi sürecinde üzüntü, öfke, stres, ölüm korkusu, sinirlilik, günlük yaşam aktivitelerinde azalma veya başkasına bağımlı olma korkusu, statü kaybı, rol kaybı, sosyalleşmede azalma veya hiç olmama gibi psikososyal sorunlar ortaya çıkmaktadır. Birey, hastalığı ceza olarak görür ve bunu hak edip etmediğini sorgulayarak, kendini suçlayarak bazı inançlar geliştirirler. Bu durum bireyin pasif kalmasına, tedavi sürecinin olumsuz ilerlemesine, iyileşme çabası göstermemesine, öfke patlamaları yaşamasına neden olmaktadır. Bu süreçte klinik anlamda sağlık personeli hasta ile en çok vakit geçiren meslek grubudur (Karagülle, 2019).

Hasta bireyin hastalık algısının değerlendirilmesi önemli olmasına rağmen bireyin hastalık ve belirtileri doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanları tarafından nadiren sorgulanmakta ve bazı hastalar hastalıkları hakkındaki görüşlerini belirtmek istememektedir. Hasta bireylerin, hastalık algılarının sorgulanması ile kişisel olarak hastalıklarının kontrol altına alması, bilgi düzeylerinin artması, hastanede kalış süreleri azalarak yaşam kaliteleri artacaktır. Yaşam kalitelerinin artması için hastalıklarının yönetiminde davranışsal becerilerinin geliştirilmesi, yaygınlaştırılması ile hastalara umut verici yol olmaktadır. Kronik hastalığı olan bireylerin, hastalık kontrolü açısından katılımlarının sağlanmasıyla hastalık algı düzeyleri belirlenerek hemşirelik bakım sürecinde yer almalıdır (Kara, 2019). Hasta ile en çok vakit geçiren meslek grubu olan hemşireler hastayı iyi tanıyarak, tedavi sürecinde yol gösteren olarak, bilgi eksikliğini gidererek, hastalığı ile ilgili gerekli becerileri hastaya kazandırarak destek olmalıdır (Karagülle, 2019).

2.5. Konfor

Konfor hemşirelik tarihi açısından çağdaş öneme sahip bir terimdir. Nightingale zamanından süre gelen, hemşirelik bakımının önemli bir hedefi ve sonucudur (Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Fransızca kökenli olan konfor kelimesi günlük yaşamı kolaylaştıran rahatlık olarak tanımlanmaktadır (Yücel, Kolcaba'nın Konfor Kuramı, 2011). Oxford İngilizce

Sözlüğü'nde "bedensel ihtiyaçların karşılanması", "ağrı ve sıkıntıdan sıyrılarak fiziksel ve maddi iyi olma hali", "ruhsal ızdırıp ve sıkıntıdan kurtulma ve destek alma", "teselli etme, yatıştırma", "cesaretlendirme, güçlendirme ve yardım etme" olarak tanımlanmaktadır (Terzi, 2014). Hemşireliğin literatürüne bakıldığında konfor; tecrübe, dinamik olan sürecin boyutları, umut, yaşam kalitesi, ağrı kontrolünün sağlanması, karar verme, hemşirelik girişimi ve rahatlatma olarak yer almaktadır (Zengin N. , 2010).

Kolcaba konforu çeşitli anlamlarda ele almıştır. İlk anlam rahatlık ve huzur ile tatmin olma halidir. İkinci anlamda rahatlık acı, keder, sıkıntı ve benzerleri gibi durumlarda bireyi zorlayan koşulların yokluğu anlamındadır. Üçüncü anlamı ise rahatsızlıkların yokluğunu, rahatsızlıklardan yüksek derece kurtulmayı ve şiddetli rahatsızlıklardan geçici olmasından ziyade kalıcı rahatlamadır. Dördüncü anlam her faktörün hayatı kolaylaştırmaya, zevkli hale getirmeye çalışmaktır. Beş ve altıncı anlamda konfor Latice "confortare" kelimesi "güçlendirmek" anlamına gelmektedir (Kolcaba & Kolcaba, An Analysis Of The Concept Of Comfort, 1991). Konfor Kolcaba için "bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım, huzur sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psiko-spritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde kompleks yapıya sahip beklenen bir sonuç" tur (Yücel, Kolcaba'nın Konfor Kuramı, 2011).

Konfor ve hasta konforu kişiye özgü, bütüncül ve karmaşık kavramlardır. Hemşirelikte hasta konforunun sağlanması için konfor gereksinimleri önem arz etmektedir (Yücel, Kolcaba'nın Konfor Kuramı, 2011).

Harmer (1926) hemşirelik bakımının rahatlık atmosferini sağlamak olduğunu, hastaların kişisel bakımlarının toplumsal olarak dinlenmeye, konfora, fiziksel ve zihinsel olarak rahatlığa dikkat çekmiştir. Goodnow (1935) The Technique of Nursing kitabında "Hemşire her zaman hastasını rahat ettirme yeteneğine göre değerlendirilir. Hemşirenin sorumluluğu fiziksel bakımla bitmez, rahatlık hem fiziksel hem zihinseldir." diye yazmıştır. Bu örneklerde rahatlığın pozitif olduğunu ve hemşire yardımıyla sağlanacağı, bir önceki durumdan, şartlardan iyileşmeyi gösterir (Dowd, 2017).

2.5.1. Konfor kuramı

ANA (Amerikan Hemşireler Derneği), bireyin ölüme kadar olan yaşamının onurlu ve rahat bir şekilde sürdürülmesini vurgulamıştır. Konforun gelişmesi, konfor ihtiyaçlarının karşılanacağı ve önceden yaşanan konforların tekrarlanacağı bilinciyle gelişir. Hasta bireyin rahatlık gereksinimlerinin karşılanacağı beklentisinin boyutu zihinsel rahatlamayı sağlamaktadır.

Konfor teorisinin merkezinde bütünsel insan bütüncülüğü vardır (Kolcaba K. , 2001). Hemşirelik uygulamalarının bir amacı da genel olarak hastanın rahat bir durumda olmasına yardımcı olmaktır. Rahatlığın bazı hemşirelik teorilerinde önemli yeri vardır (Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Konfor teorisi ağrı veya yorgunluk teorisinden daha geniş kapsamlıdır. Konfor teorisi, içindeki teorik terimlerin uzantıları, psikolojik olarak diğer gerçeklerle etkileşime girdikçe ağrı ve kaygı fenomenlerini belirtir. Bu nedenle konfor teorisi olumlu bileşenlere sahiptir (Kolcaba K. Y., 1994).

1994 yılında Kolcaba, Konfor Teorisi ile ilgili ilk makaleyi yayınlamıştır. 2003 yılında teorinin geliştirilmesi, test edilmesi, uygulanması ile ilgili Kolcaba geniş çaplı bir kitap yayınlamıştır. Konfor Teorisi radyasyon tedavisi gören, erken evrede olan meme kanseri kadınlarda, idrar kaçırma sıklığı olan bireylerde ve yaşam sonu dönemde olan hasta popülasyonlarında test edilerek desteklenmiştir (Yücel, 2011).

Bu teori hemşirelik uygulamaları ve araştırmaları için, sınırlı sayıda kavram ve önerme içermesi, soyutlama düzeyinin düşük olması nedeniyle orta seviyede bir teoridir. Teori üç adımda kullanılmaktadır.

- Konforun tanımını ve kökenini anlamak
- Teoride bulunan kavramlar arasındaki önermeleri anlamak
- Genel kavramları, problemleri sırayla incelemek ve ilişkilendirmek (Kolcaba & Dimarco, 2005).

Kolcaba konfor kuramının aşamalarını en üst kısımda bulunan holizm, sonraki kısımda bulunan insan gereksinimleri, bir sonraki kısımda bulunan Murray'ın İnsanda Baskı Kuramı, son aşamayı ise Orlando, Henderson ve Paterson kuramcılarının geliştirdiği üç orta düzey kuramlarından yararlanılarak ele alınmıştır. Kolcaba bu dört kavramla birlikte konfor kuramını ve alt kavramlarını geliştirmiştir (Yücel, 2011).

Holizm (Bütünlük) kavramı

Kolcaba, holizm kavramı ile kişinin bütüncül olarak fiziksel durumuyla, kendi içinde olduğu mental, emosyonel ve spiritüel yaşantısı olduğunu ve hayatlarının devam etmesi için çevresel ve sosyal karmaşık durumlar içinde olduğunu, bu etkileri algılayarak içe ve dışa dönük tepki verdiklerini kabul etmektedir. Bütüncül yanıt, bölümler halinde olan yanıt ve etkilerinin değerlendirilmesinden daha değerlidir (Yücel, 2011).

İnsan gereksinimleri

Kolcaba, kişinin temel gereksinimleri için beklentilerin sağlanması için kültürel ve bireysellik özellikleri kapsamında bütüncül bakımın sürdürülmesinin önemine dikkat çekmiştir (Yücel, 2011).

İnsanda baskı

İnsanda Baskı Kuramı, Murray ve ark. (1939) tarafından geliştirilen konfor kuramının üçüncü görüşüdür. Bireyde baskıyı meydana getiren uyaranlar, alfa ve beta baskılarıdır. Zorlayıcı (negatif güçler), kolaylaştırıcı (pozitif güçler) ve etkileşim halinde olan güçlerden oluşan alfa baskısıdır. Alfa baskılarının birey tarafından toplam etkisinin algılanması ise beta baskısıdır. Bireyin yaptığı öz değerlendirmede, olumlu algı diğer durumların da olumlu sonuçlanacağı beklentisini arttırmaktadır. Bu beklentiye ise üniter yön denilmektedir. Önceki deneyimlerden sonucun olumlu veya olumsuz olabileceği tahmin edilmektedir (Yücel, 2011).

Alfa baskısına neden olan negatif güçleri Kolcaba; sağlıkta bakım gerektiren ihtiyaçlar, pozitif güçleri; hemşirelikte girişim gerektiren uygulamalar, etkileşen güçleri etkileyen değişkenler, beta baskısını ise sağlık bakımı gerektiren ortamlarda hastanın konforunu sağlayacak sağlık bakımı gereksinimleri ve bunun için gerekli olan hemşirelik girişiminin algılanması olarak anlamlandırmıştır. Konfor algısının artması kişinin gerginliğinin azalması, yaşam aktivitelerini sağlamak için güç toplaması, davranışlarını olumlu yönde etkilemesi beklenir. Kolcaba bunu bireyin sağlığını geliştirmesi için sergilediği davranışlara hasta bireyin genel uyumu olarak adlandırmıştır (Yücel, 2011).

Scholtfeldt (1975) ilk kez sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar kavramını kullanarak içsel, dışsal davranışlar ve huzurlu yaşam sonu olarak kavramsallaştırmıştır. Kolcaba konfor ile sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar arasında bir ilişki olduğunu savunmuştur. Sağlığı geliştirmeye yönelik davranışların bazıları bireyin hastanede kalış süresinin azalttığını, iyileşme hızını arttırdığını ve hasta memnuniyetini arttırdığını ifade etmiştir. İçsel davranışlar iyileşmeyi, bağışıklık sistemi, hücre ve organsal düzeydeyken, dışsal davranışlar rehabilitasyon, öz bakım, sağlıkla alakalı gözlenebilir davranışlardır. Huzurlu lm, hasta ve yakınlarının desteklenmesi, bireydeki çatışmaların çözümlenmesi olarak açıklanmıştır (Yücel, 2011). Schlotfeldt (1981) hemşireliğin odak noktasının hastalara sağlık, rahatlık, fonksiyon ve kendini gerçekleştirme konusunda yardımcı olmak olduğunu belirtmiştir. Richeson ve Huch (1988) rahatlığın hemşireliğin sağlık hizmetlerine önemli katkısı olduğunu savunmuşlardır. Morse (1992) hemşireliğin amacının rahatlığı teşvik etmek olduğunu belirtmiştir. Gropper (1992) hemşirelerin konforu teşvik ederek sağlığı geliştirdiğini savunmuştur (Kolcaba K. Y., 1994).

Kolcaba, Murray'ın (1939) 20. yüzyılda geliştirdiği kuramsal yapının 21. yüzyılda üzerinde durulan ve kuramsal sonuçlar açıklanamadığı için konfor kuramını tekrar değerlendirmiş, kurama bütünlük kavramını eklemiştir. Kuramsal bütünlük Kolcaba'ya göre; tam, güvenilir, dürüst ve sağlam olan sağlık bakım kurumlarının kalitesi olarak kavram haline getirmiştir (Yücel, 2011).

Roy'un adaptasyon teorisinde hastanın benlik kavramı, fizyolojik, rol-fonksiyon ve karşılıklı bağımlılık olan dört kategoriye hemşire etrafında inşa etmiştir. Hemşire fizyolojik durumda rahatlığı sağlamak için konfor önlemleri alacaktır (Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Orlando (1961), hastaların ihtiyaçları ve hemşirelerin bu ihtiyaçları değerlendirmesi, karşılama yeteneği üzerinde durmuştur. Hemşire, hasta bireyin rahatının sağlanması için hastanın fiziksel ve zihinsel rahatlığını değerlendirmelidir (Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Watson 1979'da bakımın ve rahatlığın önemli parçası olan hemşirelik teorisini yayınladı. Rahatlama faaliyetleri, bireyin i ve dış çevresi için destekleyici, koruyucu ve düzeltici olabilir. Watson (1979), Orlando'nun (1961) rahatlığın fiziksel ve zihinsel

olduğu iddiasını desteklemiştir. Ayrıca bireyin çevresinin fiziksel ve zihinsel sağlık için önemli kriter olduğunu vurgulamıştır (Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Paterson, İnsancıl Hemşirelik Kuramı'nda konforu hemşireliğin doğasını ya da deneyimini ileten yapı olarak ifade etmiştir. Konforu büyüme, sağlık, özgürlük gibi terimlerin yer aldığı bir şemsiye olarak görmüştür. Psikiyatri hemşiresi olan Paterson, zihinsel açıdan rahatsızlığın fiziksel rahatsızlıklara da yol açabileceğine inanmaktadır (Kolcaba & Kolcaba, 1991).

2.5.2. Konfor düzeyleri ve boyutları

Kolcaba, holistik konfor kuramını 3 düzey ve 4 boyutta ele almıştır.

Çizelge 2. 1. Hemşirelik İçin Rahatlığın Teknik Tanımlarının Anlamı

Ferahlama	Belirli hastalığı olan hastanın ihtiyaçlarının karşılanması
Rahatlama	Sakinlik ve memnuniyet durumu
Üstesinden Gelme	Kişinin problemlerin ve acıların üstesinden gelme durumu

(Kolcaba K. Y., A Taxonomic Structure for the Concept Comfort, 1991)

Kolcaba konforu ferahlama, rahatlama ve üstesinden gelme olarak üç düzeyde ele almıştır (Genç, 2019).

Ferahlama: Kişinin içinde bulunduğu sıkıntıdan kurtulması ile birlikte hissettiği durumdur. Birey var olan sorununun çözümü, ihtiyacın karşılanması ile ferahlama yaşar ve bu durum eski davranışlarına dönme, huzurlu ölüm için önemlidir (Genç, 2019).

Rahatlama: Rahatlama düzeyinde birey kendini huzur, rahat ve sükunet içinde hisseder. Bireyin memnuniyetini dile getirmesi, rahatladığını ifade etmesi de bu düzeyi ifade edebilir. Rahatlama durumu çevresel, duygusal ve fiziksel durumlardan ve sorunlardan etkilenmektedir (Genç, 2019).

Üstesinden gelme: Kişinin gücünü arttırması, sorunlarının üstesinden gelmesi durumu olarak ifade edilir. Birey konfor gereksinimlerinin karşılanması ve sorunların çözüme ulaşması ile üstesinden gelme düzeyine erişebilmektedir (Genç, 2019).

Çizelge 2. 2. Hasta Konforunun Dört Bağlamının Tanımları

Fiziksel	Bedensel durumla ilgili
Psikospiritüel	Saygı, cinsellik, kişinin hayatındaki anlam dahil olmak üzere benliğin içsel farkındalığı ile ilişkili
Çevresel	Dış arka planla ilgili (ışık, gürültü, renk...)
Sosyokültürel	Aile ve toplumla ilgili sosyal ilişkiler

(Kolcaba K. Y., A Taxonomic Structure for the Concept Comfort, 1991)

Konfor boyutları fiziksel (bedensel duyularla ilgili), psikospiritüel (bireyin kendi iç farkındalığı ile ilgili), çevresel (dış ortam faktörleri ile ilgili) ve sosyokültürel (kişilerarası, aile ve sosyal ilişkilerle ilgili) bileşenlerinden oluşmaktadır. Konfor kuramının taksonomik yapısını oluşturmaktadır (Genç, 2019).

Fiziksel konfor: Fizyolojik mekanizma ve bedensel duyulara ilişkindir. Fiziksel rahatlama ve fizyolojik anormallikleri tedavi etme (ferahlama) sağlanmalıdır (Özden, 2018). Bu boyutta homeostazi sağlamak (sıvılar, elektrolitler, beslenme vb.), ağrı, tıbbi teşhisle ilgili sorunlar, diğer fiziksel rahatsızlıklar ve duysal yoksunluk (işitme cihazları, gözlükler, yavaş konuşma vb.) ele alınmıştır (Kolcaba, Tilton, & Drouin, 2006).

Psikospiritüel konfor: Bireyin duygusal, zihinsel ve ruhsal bileşenleri bütünleştiren konfor boyutudur. Kişinin öz saygısı, yaşamın anlamı gibi içsel farkındalığı kapsamaktadır (Özden, 2018). Manevi ihtiyaçlar, anksiyete, korku, dua bu boyuttadır (Kolcaba ve diğerleri, 2006).

Çevresel konfor: Bireyin çevresiyle olan etkileşimi, iyileşme halini, sağlığı geliştirici davranışları dikkate alınmaktadır. Dış ortam ve koşullar bu boyutta önemlidir (Özden, 2018). Işık, kokular, özel odalar, gürültü, yemek tercihleri bu boyutta ele alınır (Kolcaba ve diğerleri, 2006).

Sosyokültürel konfor: Bireyin maddi imkanı, eğitimi, kişilerarası sosyal ilişkileri ele alan konfor boyutudur. Bireyin kültürünü, geleneklerini, dilini ve aile yapısını da kapsamaktadır (Özden, 2018).

Çizelge 2. 3. Kolcaba'nın Konfor Kuramının Toksonomik Yapısı

KONFORUN BOYUTLARI	KONFOR DÜZEYLERİ		
	Ferahlama	Rahatlama	Üstesinden Gelme
Fiziksel			
Sosyal			
Psikospiritüel			
Çevresel			

(Kolcaba K. Y., A Taxonomic Structure for the Concept Comfort, 1991)

Konfor kuramının taksonomik yapısında, konforun her unsuru birbiri ile ilişkili olup, kavramsal bir yol haritasıdır (Kolcaba K. Y., A Taxonomic Structure for the Concept Comfort, 1991).

2.5.3. Kolcaba'nın konfor kuramını geliştirirken yararlandığı başlıca varsayımlar

- Karmaşık uyaranlara karşı bireylerin bütüncül tepkileri vardır.
- Konfor hemşirelik disiplinde bütüncül bir sonuçtur.
- Konfor bireylerin karşılanmasını istediği ve karşılamaya çalıştığı temel insan ihtiyacıdır. Aktif çaba gerektirir.
- Konforun gelişmesiyle bireyin kendi seçtiği sağlığı geliştirme davranışlarına katılmaları kişiyi güçlendirir.
- Sağlığı geliştirme davranışlarına aktif olarak katılan hastalar, sağlık bakımlarından memnun kalırlar.
- Kurumsal bütünlük bakımı alan bireylere yönelik bir değer sistemine sahiptir. Bakımı sağlayan bireyler ve aileler için sağlığı geliştirici bütünsellik yönelim önemlidir (Dowd, 2017).

2.5.4. Yoğun bakım ünitesinde konfor

Hayatı tehdit eden ve ayrıntılı izlem gerektiren, hayatı destekleyen tedavileri gerektiren, karmaşık ortam ve yoğun birim olan yoğun bakım ünitelerinde, hasta ve yakınlarının fiziksel, sosyokültürel, psikospiritüel ve çevresel boyutta rahatını

etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar arasında uyku sorunları, ağrı, anksiyete, gürültü, bulantı-kusma, invaziv girişimler, susuzluk, kendini yalnız hissetme gibi faktörler sıralanabilir. Konforu arttıran faktörler arasında ise en çok kendini güvende hissetme ve hemşirenin var olması belirtilmiştir (Zengin N. , 2010).

Fiziksel boyutta konforun yoğun bakım hastasına etkisi

Hasta konforunu fiziksel boyutta, yoğun bakım ünitesinde ağrı, beslenmede bozukluk, uykusuzluk, endotrakeal entübasyon, endotrakeal aspirasyon, mekanik ventilasyon, susuzluk, uykusuzluk, tedavi sürecinde gelişen komplikasyonlar, invazif girişimler, homeostatik dengenin bozulması gibi nedenler olumsuz etkiler (Zengin N. , 2010).

Hasta ve yakınlarını ekonomik, fiziksel ve psikolojik olarak en çok strese ve sıkıntıya neden olan semptomlardır (Genç, 2019). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastada yanıklar, pansuman, katater takma ya da çıkarma, mekanik ventilasyon, endotrakeal tüp, nazogastrik tüpler, aspirasyon, idrar sondası, uzun süren immobilizasyon, invazif monitörizasyon, pankreatit yaralar, cerrahi girişimler gibi girişimler ağrıya neden olmaktadır (Zengin N. , 2010), (Glynn & Ahern, 2000) .

İmmünoşüpresyon, taşikardi, serebrovasküler otoregülasyonda azalma, intrakranial basınçta artma, solunum sistemi ile ilgili komplikasyonlar gibi nedenler yoğun bakımda kalma sürecinin artmasına sebep olur. Bunun sonucunda morbidite ve mortalite riski artar, bireyin uyku düzenini bozar, deliryum gelişmesine neden olur, psikolojik açıdan depresyon, anksiyete gibi ağrının birçok olumsuz etkisine neden olur (Zengin N. , 2010).

Uyku eksikliği, bireyin konforunu olumsuz etkileyen nedenler arasındadır. Uyku eksikliği immün sistemi etkileyerek hasta bireyin sağlığına kavuşmasında gecikme, enfeksiyon direncinde azalma, dokunun yenilenmesinde bozulma gibi olumsuzluklara neden olmaktadır. Aynı zamanda nörolojik olarak ajitasyona, deliryuma, post travmatik sendroma, ağrı toleransında azalmaya, depresyona neden olabilmektedir. Aritmi, kan basıncında yükselme, kalp yetersizliği ve ölüm gibi kardiyak açıdan olumsuzluklara neden olabilir. Solunum sistemi açısından üst hava yolları kaslarında güç kaybına, apneye, mekanik ventilatörden ayrılmanın gecikmesine neden olabilir (Zengin N. , 2010). Uyku eksikliğinin nedenleri arasında gürültü, yoğun

bakım ortamının stresi, ağrı, hemşirelik girişimleri, ışık, mekanik ventilasyon, koku, ölüm korkusu sıralanabilir (Tembo & Parker, 2009).

Fiziksel konforu etkileyen bir diğer faktör beslenmede değişimdir (Zengin N. , 2010). Yoğun bakım hastalarının birçoğu mekanik ventilasyona bağlanma, sedasyon alımı veya bilinç düzeyinin azalması ile oral olarak beslenemezler ve enteral beslenmeye geçilir. Enteral beslenmenin erken başlaması enfeksiyon riskini azalttığı, hastanede kalma süresinin kısaldığı ve maliyeti azalttığı tespit edilmiştir (Kim, Shin, Shin, & Cho, 2010).

Yoğun bakımda endotrakeal tüp ve trakeal aspirasyon uygulaması fiziksel açıdan konforu etkilemektedir. Hasta açısından mekanik ventilasyon, kontrol hissinin azalması nedeniyle önemli stresördür. Endotrakeal tüpün uygulanmasına bağlı olarak sedasyon gereksiniminde artma, ajitasyon, kırıdanma nedeniyle endotrakeal tüpün kendiliğinden veya hasta nedeniyle çıkması, kardiyak arrest, ağrı ve ölüm gelişebilir. Endotrakeal tüp uygulaması mantar enfeksiyonuna, oral irritasyona, trakeal travmaya, akciğer enfeksiyonuna, tükürük salgısında artmaya, ventilatörle ilişkili pnömöni riskinde artmaya sebep olabilir (Zengin N. , 2010).

Yoğun bakımda yatan hastaların taburcu olduktan sonra da psikolojik etkisi devam eden ve konforu bozan faktör olan susuzluk hissi, hemşire tarafından fark edilmemesi ya da çözümlenmemesi stresli yoğun bakım hatırası olarak kalabilmektedir. Susuzluğa katkı sağlayan faktörler arasında mekanik ventilasyon, dehidratasyon, elektrolit değerlerinde bozulma, ilaç kullanımı, korku ve anksiyete sayılabilir (Zengin N. , 2010).

Konforu etkileyen fiziksel faktörlerden biri olan immobilizasyon, hastalık özellikleri, uygulanan girişimsel araç-gereçler bireyi yatağa bağımlı hale getirebilmektedir. Hareketsizlik ve yaşam aktivitelerini sınırlı veya bağımlı olarak yapan hastaların konforu olumsuz olarak etkilenmektedir. Uzun süre aynı pozisyonda yatan hastalarda sekresyon birikimi, kas atrofileri, kas kütlesinde azalma, anemi, basınç yaraları gibi olumsuzluklar oluşabilmektedir (Terzi, 2014).

Sosyokültürel boyutta konforun yoğun bakım hastasına etkisi

Yoğun bakım üniteleri, hastaların yakınları ile iletişim kuramaması, hasta yakınlarının hastanın sağlık durumu ve yapılan uygulamalarla ilgili bilgi alamaması, sağlık problemlerinden ve yoğun bakımın ortamından dolayı toplumdan izole olması hasta konforunu sosyokültürel boyutta etkileyebilir. Sosyokültürel açıdan tedavi maliyetlerinin yüksek olması, maddi problemler hasta ve yakınlarını etkilemektedir (Zengin N. , 2010).

Yoğun bakımda yatan hataların immobil olması, bakım ihtiyaçlarının olması, hasta bilincinin kapalı olması, sağlık hizmetinin karşılanmasında iletişimin kurulmasında sağlık çalışanlarını zorlamaktadır. Bu durum hastanın sosyokültürel ve psikospiritüel boyutta konforunu etkilemektedir. Etkili iletişim ve ilişkilerin kurulması olumlu geri dönüşlerin olduğu görülmüştür. İletişimi engelleyen nedenler arasında mekanik ventilasyon, endotrakeal tüp, acil durumlar, gürültü, hemşirenin teknoloji ile yoğun olarak uğraşması, hastanın bilinç durumunda bozukluk, stresli çalışma ortamı sayılabilir. Bu durum hasta bireyde anksiyeteye, korkuya, depresyona, öz saygıda azalmaya, utanmaya, paniğe, tanımlanamayan ağrıya kızgınlığa, endişeye neden olabilmektedir. Bunun sonucunda sosyokültürel, fiziksel, çevresel ve psikospiritüel boyutta hasta konforunun bozulmasına sebep olmaktadır (Zengin N. , 2010).

Psikospiritüel boyutta konforun yoğun bakım hastasına etkisi

Psikospiritüel boyutta yoğun bakımda uygulanan girişimler, hastalıklar, beden imajında bozulma, korku, benlik saygısında azalma, sağlık durumunun riski, anksiyete, hasta bireyin iyileşmedeki düşünce yapısının bozulması, uygulanan ilaçlar, mahremiyet, dini uygulamalarının karşılanmaması gibi nedenler hasta konforunu olumsuz etkilemektedir (Kolcaba & Dimarco, Comfort Theory And Its Application to pediatric Nursing, 2005) , (Zengin N. , 2010).

Yoğun bakımda yatan hastanın yanında fiziksel olarak bulunan hemşire varlığı, hemşirenin emosyonel desteği ve hemşirenin bilgi birikimini hastaya aktarması hasta bireyin kendini güvende hissetmesini sağlamaktadır (Zengin N. , 2010).

Mekanik ventilasyona bağlı kalma, ilaç kullanımı, gürültülü ve hareketli ortam, pencerelerin olmaması, iletişim eksikliği, invazif girişimler, rüya ve kabus görme,

deliryuma ve bireyin düşünce sürecinde bozulmaya neden olmaktadır (Zengin N. , 2010).

Yoğun bakım ortamındaki kokular, iletişim bozuklukları, gürültü, yetersiz bilgi alımı, beden imajında bozulma, güven kaybı, kontrolü kaybetme duygusu, maddi sıkıntılar, başkalarına bağımlı olma anksiyeteyi arttıran durumlardır (Zengin N. , 2010).

Çevresel boyutta konforun yoğun bakım hastasına etkisi

Yoğun bakım ünitesindeki gürültü, cihaz sesleri, alarm sesleri, ortamın sıcaklığı, aydınlatma, yatakların konforlu olmaması, hasta mahremiyetine özen gösterilmemesi hastanın konforunu olumsuz olarak etkilemektedir. Gürültü sinirlenmeye, kızgınlığa; ani gürültü kalp atışlarının hızlanmasına, solunum sayısının artmasına ve kan basıncının artmasına neden olabilir (Zengin N. , 2010).

Önemli faktörlerden olan gürültü, hasta bireyinde uykusuzluğa, yara iyileşmesinde gecikmeye, işitme kayıplarına, ajitasyona, yorgunluğa, kardiyak aritmiye, psikişik problemlere ve yoğun bakımda yatma süresinin uzamasına neden olabilmektedir (Terzi, 2014).

Yoğun bakımda hasta bireyin konforunu etkileyen birçok neden bulunmaktadır. Hastaların yaşamlarını devam ettirmeleri için yoğun bakım ortamları karmaşık ortam ve aynı zamanda vazgeçilmez hayat kurtarıcı ortamlardır. Biyo-psiko-sosyal varlık olan bireyin konforunu etkileyen problemlere duyarlı olmak önemlidir (Zengin N. , 2010).

2.5.5. Hemşirelik ve konfor

Rahatlık hemşirelik mesleğinin ayırt edici özelliği olarak adlandırılmıştır (Kolcaba K. Y., A Theory Of Holistic Comfort For Nursing, 1994). Hemşireler hastalarla yüzleşmek ve acılarını rahatlatmak için en iyi donanıma sahip kişilerdir. Konfor yapı ve anlamının karmaşık olması nedeniyle kişisel deneyim gerektirir (Kolcaba K. Y., 1992).

Hemşireler bireyin ihtiyaçlarını ortaya çıkarmaya ve karşılamaya çalışırlar. İhtiyaca yönelik olumlu davranış, hastayı bütün olarak olumlu yönden etkilemektedir. Hemşirelerin zihinsel, bedensel olarak teşvik edici davranışları olumlu etki

yaratabilmektedir (Kolcaba K. Y., Holistic Comfort: Operationalizing The Construct As A Nurse-Sensitive Outcome, 1992). Hemşireler, hasta konforunu arttırmak için gürültü, ses, ışık gibi çevresel özellikleri değiştirebilir (Kolcaba K. , 2001).

Hemşire hasta izlemeyi göz ardı etmemelidir ve gözden kaçırmamalıdır. Hemşirenin hastasını rahat ettirme yeteneği önemli yer tutmaktadır. Hemşirenin sorumluluğu fiziksel bakımla kalmaz, hemşire aynı zamanda ruhsal ve sosyal yönden de bakım sağlamalıdır. Hemşirelik eyleminin sonuçlarından biri de hasta konforunun olumlu sonuçlanmasıdır (Kolcaba K. Y., 1992).

Konforun yapısı ihtiyaçlara dayandığından hemşireler ihtiyaçları belirledikten sonra müdahalelerde bulunmalıdırlar. Sonrasında konfor derecesi değerlendirilmelidir (Kolcaba K. Y., 1992).

Konfor teorisi ölçülebilir, bütüncül, olumlu ve hemşireye duyarlı bir sonuç içerdiği için hemşirelik uygulamalarına ve araştırmalara yön verir (Kolcaba K. Y., 1994).

2.6. Göç

Göç, insanlığın tarih boyunca ekonomik, savaş, siyasal değişiklikler, salgın hastalıklar, açlık, afetler, uluslararası çatışmalar gibi nedenlerden dolayı bulundukları yerden başka bir yere geçmeleri olarak adlandırılmaktadır. Bu nedenlerden dolayı göç dinamik bir süreç olarak da tanımlanabilir (Duran, 2019). Göç eden kişiye göçmen adı verilmektedir (Koçak & Terzi, 2012).

2.6.1. Göç türleri

- İç ve Dış/ Uluslararası Göç
- Gönüllü ve Zorunlu Göç
- Kalıcı ve Geçici Göç

İç ve dış/uluslararası göç

Ülke sınırları içerisinde bir bölgeden başka bölgeye yapılan hareket iç göç olarak adlandırılır. İç göç genellikle az gelişmiş yerlerden çok gelişmiş yerlere doğrudur. Dış göç (uluslararası göç), sürekli ya da sınırlı göç edilen yer içinde çalışmak veya orada kalmak için bir ülkeden başka bir ülkeye yapılan nüfus

hareketliliğidir (Gençler, 2004). İç göçler bulundukları yurdun vatandaşı olarak kendi kararlarını vererek yurtiçinde ekonomik ve sosyal kalkınma sonucu gerçekleşir. Genelde gelişmekte olan ülkelerde yaşanmaktadır. Bireylerin göç etme hareketleri var olan durumlarından daha iyisini tercih etme isteğidir (Ünal, 2019).

Uluslararası göç 6 başlık altında incelenmektedir:

- Sürekli yerleşenler
- Süreli sözleşmeli çalışanlar
- Süreli çalışan profesyoneller
- Gizli veya yasal olmayan çalışanlar
- Sığınmacılar
- Mülteciler (Cenevre Antlaşması'na (1951) göre güvence altına alınanlar) (Gençler, 2004)

Tarihteki ilk dış göç dördüncü yüzyılda, Germen kavminin Karadeniz'in kuzey bölgesinden (Hunların yerleşmesiyle) kaçarak günümüzde Arap topraklarına yerleşmesi olarak bilinen Kavimler Göçü'dür. 16. asırdan itibaren Amerika'ya yapılan göçler dış göçe örnektir. 2010 yılında Suriye'de meydana gelen iç savaşın sonucu halkın başka ülkelere göç etmesi de dış göç örneklerindendir (Ünal, 2019).

İç ve dış/uluslararası göçlerin sebepleri;

1. İtici Faktörler (Bölgenin güvensiz olması, tarımda makineleşme, toprağın yetersiz olması...)
2. İletici Faktörler (İletişimin, ulaşımın gelişmesi...)
3. Çekici Faktörler (Eğitim imkanları, bölgede akrabaların bulunması, istihdam olanakları...) (Ünal, 2019).

Gönüllü ve zorunlu göç

Zorunlu göç, açlık, zulüm, etnik çatışmalar, savaş ve otoriter gücün hakim olduğu yönetim ile insan haklarında yaşanan ihlaller ile birlikte ortaya çıkan göçtür. Zorunlu göçe örnek olarak tarihte Kavimler Göçü, Kırım Tatarlarının 1941-1944 yıllarında Sovyet Rusya tarafından zulüm görmesi, 1923'te Türkiye-Yunanistan arasında yapılan mübadele göçü gösterilebilir (Ünal, 2019).

Zorunlu göç içerisinde mülteciler ve sığınmacılar da yer almaktadır. İç savaş, göç mücadeleleri ve yerel çatışmalardan dolayı mülteciler ve sığınmacılar bulundukları yeri terk edebilmektedirler (Ünal, 2019). Yaşadıkları ülkelerden kaçarken uzun süreçlerden geçmektedirler. Olumsuz hava şartları, açık denizleri geçmek, zorlu yerlerden geçmek bu süreçler arasındadır (Ünal, 2019).

Gönüllü göç, baskı altında olmadan bireyin kendi tercihi ile, yaşam standartlarını yükseltmek, sağlık olanakları ve eğitim olanaklarından yararlanmak, kariyer açısından, maddi açıdan daha iyi hale gelmek gibi nedenlerle yaptıkları göçtür (Ünal, 2019).

Kalıcı ve geçici göç

Kalıcı ve geçici göç kalma veya gitme durumuna göre değerlendirilmektedir. Kalıcı göçte kişi çeşitli sebeplerle gittikleri yerde yaşarlar ya da evlilik yoluyla gittikleri yerde kalmayı garantilerler (Ünal, 2019).

Geçici göçlerde ise birey belirli süre için yaşamlarını farklı yerde geçirirler. Çalışmak için başka yerde yaşamak ya da dinlenmek için farklı bölgelerde kalırlar ve belli bir süre sonra geri dönerler (Ünal, 2019).

2.6.2. Mülteci, sığınmacı ve göçmen kavramı tanımları

1951 yılında uluslararası sözleşme olan Cenevre Sözleşmesi mülteci haklarını ve mülteci kavramını ele almıştır. Bu sözleşmeye göre mülteci; ‘... ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşünceleri yüzünden, zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan...kişiler’ olarak tanımlamıştır (Ulusoy & Sarıkaya, 2010).

Bu tanıma göre mülteci tanımının beş bileşeni vardır;

- Mülteci, vatandaşı olduğu ülke dışında olmalıdır.
- Ülkesinden ayrılma nedeni zulme uğrama korkusu olmalıdır.
- Zulme uğrama korkusu gerçekçi olmalıdır.
- Zulüm tehdidi, tanımda belirtilen beş sebepten dolayı olmalıdır. (ırkı, dini ve diğerleri...)

- Kendi ülkesinde, kendi devletinden koruma bulamama, bu korumadan yararlanamama durumu söz konusu olmalıdır (Ulusoy & Sarıkaya, 2010).

Sığınmacı, mülteci olarak uluslararası koruma arayan fakat statü açısından resmi olarak tanınmamış, BMMYK (Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği) tarafından karara bağlanmasını bekleyen kişilerdir (Ulusoy & Sarıkaya, 2010).

Göçmen, ülkesinden, zulme uğrayacağından korktuğu için değil, ekonomik nedenlerle ayrılan kişi olarak tanımlanmaktadır. Kendi ülkelerinin korumasından yararlanmaya devam ederken, daha iyi hayat standardı için kendi istekleri ile bu yolculuğa çıkarlar (Ulusoy & Sarıkaya, 2010).

Her sığınmacı mülteci olarak adlandırılmamalıdır. Fakat her mülteci göç sürecinin başında sığınmacıdır. Bu kavramlar karıştırılmamalıdır (Arslan D. N., 2021).

2.6.3. Geçici koruma statüsü tanımı

Ülkelerinden ayrılığa zorlanmış, ülkelerine dönemeyen, acil olarak geçici koruma olması amacıyla kitlesel olarak sınıra gelen veya sınırı geçen yabancı bireyler için uluslararası koruma statüsü belirlenene kadar uygulanan koruma statüsüdür (Doğan, 2021).

2.6.4. İkincil koruma tanıma

Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu'nda (YUKK) kabul edilen uluslararası mülteci hukukuna göre tamamlayıcı koruma şekli olarak tanımlanmıştır. Mülteci ya da şartlı mülteci statüsü alamayan, uluslararası koruma için yabancı bireylere veya vatanı olmayan bireylere statü tanımlanması sonrasında verilen statüdür (Doğan, 2021).

2.6.5. Türkiye'de göç

Jeopolitik konumu nedeniyle Türkiye tarih boyunca çok fazla göç yaşamıştır. Türkiye'nin yakın ve uzak sınır komşularının olması, Asya ve Avrupa'yı birbirine bağlayan köprü görevi görmesi gibi nedenlerden dolayı Türkiye göç süreci açısından en çok tercih edilen ülkelerdendir. Bu göç hareketliliğin Türkiye'ye siyasi, sosyal, sağlık, ekonomik gibi etkileri olmuştur (Arslan D. N., 2021).

Türkiye'ye yönelik göç hareketlerine göz atıldığında Cumhuriyet Öncesi Dönem'de;

- 1492 yılında Yahudilerin İspanya'dan gemilerle kurtarılarak Osmanlı topraklarına getirilmesi,
- 1672 yılında Thököly Ayaklanması ile matbaacılığın öncüsü olan İbrahim Müteferrika ve itfaiyeciliğin öncüsü Kont Ödön Seçenyi'nin ve 1699 yılında Macar Kralı Thököly Imre ve eşinin Osmanlı'ya iltica etmeleri,
- 1709'da İsveç Kralı Şarl ile 2 bin kişilik grubun Osmanlı'ya sığınması,
- 1718 Pasarofça Antlaşması'ndan sonra Macar Kralı II. Rakoczy Ferenc'in Osmanlı'ya sığınması,
- 1830'da Polonya İhtilali'nin liderlerinden Prens Adam Czartorski'nin 1841 yılında Osmanlı İmparatorluğu'na iltica etmesi,
- 1848 Macar Özgürlük Savaşı'nı kaybeden Prens Lajos Kossuth ve 3000 Macar'ın bir yıl sonra Osmanlı'ya gelmesi,
- 1856-1864 yılında 1 500 000 Kafkas Rus ordusundan kaçarak Osmanlı'ya kabul edilmesi,
- 1917'de Bolşevik İhtilali'nden sonra Vrangel ile 135 bin kişi Osmanlı'dan koruma talep etmesi (T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı Genel Müdürlüğü, 2023).

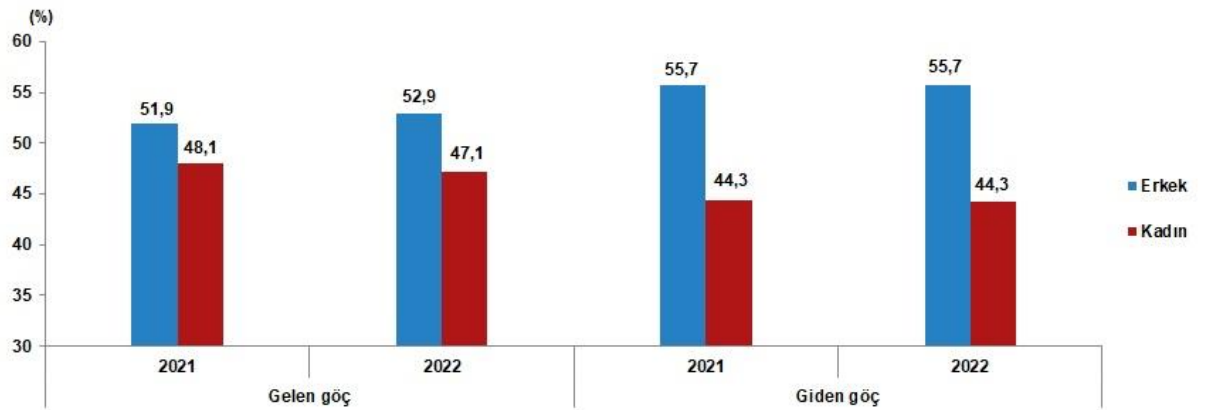
Cumhuriyet Dönemi'nde;

- 1922-1938 yılları arasında Yunanistan'dan 384 bin kişinin,
- 1923-1945 yılları arasında Balkanlar'dan 800 bin kişinin,
- 1933-1945 yılları arasında Almanya'dan 800 kişinin,
- 1988 yılında Irak'tan 51 542 kişinin,
- 1989 yılında Bulgaristan'dan 345 bin kişinin,
- 1991 yılında I. Körfez Savaşı'ndan sonra Irak'tan 467 489 kişinin,
- 1992-1998 yılları arasında Bosna'dan 20 bin kişinin,
- 1999 yılında Kosova'da meydana gelen olaylar sonrasında 17.746 kişinin,
- 2001 yılında Makedonya'dan 10 500 kişinin,

- Nisan 2011- Mart 2019 arasında Suriye’de yaşanan iç karışıklıklar nedeniyle yaklaşık 3.6 milyon kişinin Türkiye’ye gelişi (T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı Genel Müdürlüğü, 2023).

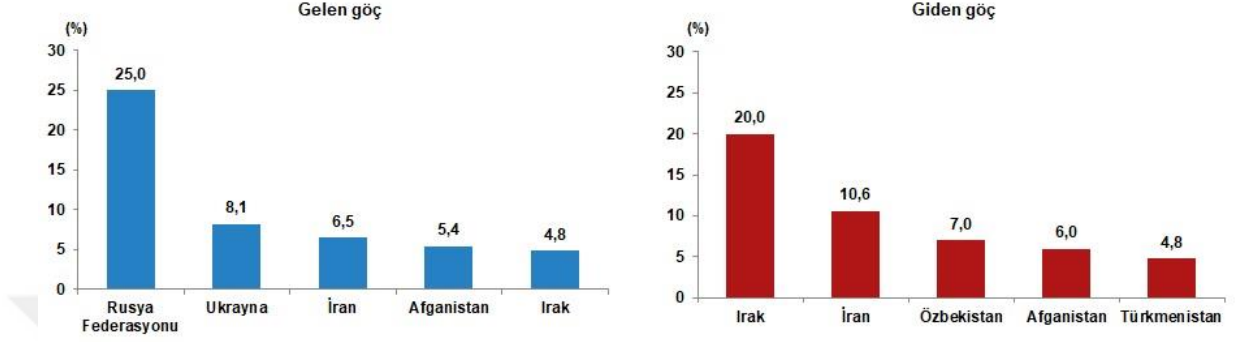
2010 yılından bu yana Suriye’de yaşanan savaş nedeniyle Türkiye’ye olan göç hareketlerinde büyük etkisi olmuştur. Savaştan kaçanların birçoğu ülkemize sığınmıştır (Duran, 2019). Bunun üzerine Türkiye Göç İdaresi Genel Müdürlüğü 2013 yılında kurulmuştur. Türkiye ilk zamanlar Suriyelilerin geçici koruma statüsü altında olduklarını belirtmiş ama zamanla bu statünün yasalılığı değişmiştir. 22 Ekim 2014 tarihinde Geçici Koruma Yönetmeliği’nin yürürlüğe girmesiyle yeni hükümler belirlenmiştir. Bu hükümlere göre Suriyelilerin ülkelerinde güvenli ortam sağlanana kadar Türkiye’de yasal olarak kalma hakkı verilmiştir. Kaldıkları süre zarfında sağlık hizmetlerinden yararlanma, eğitimden yararlanma, iş imkanı, barınma, gıda gibi temel gereksinimlerin sağlanması, aile birleştirilmesinin yapılması ve hukuken denetimin sağlanması için geçici koruma kimlikleri düzenlenmiştir (Doğan, 2021).

TÜİK verilerine göre 2022 yılında yurtdışından Türkiye’ye göç edenlerin sayısı 494 bin 52 kişidir. Göç eden nüfusun %52,9’unu erkekler, %47,1’ini kadınlar oluşturmaktadır. Türkiye’ye göç edenlerin 94 bin 409’unu Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı, 399 bin 643’ünü yabancı uyruklu nüfus oluşturmaktadır (TÜİK, 2023).

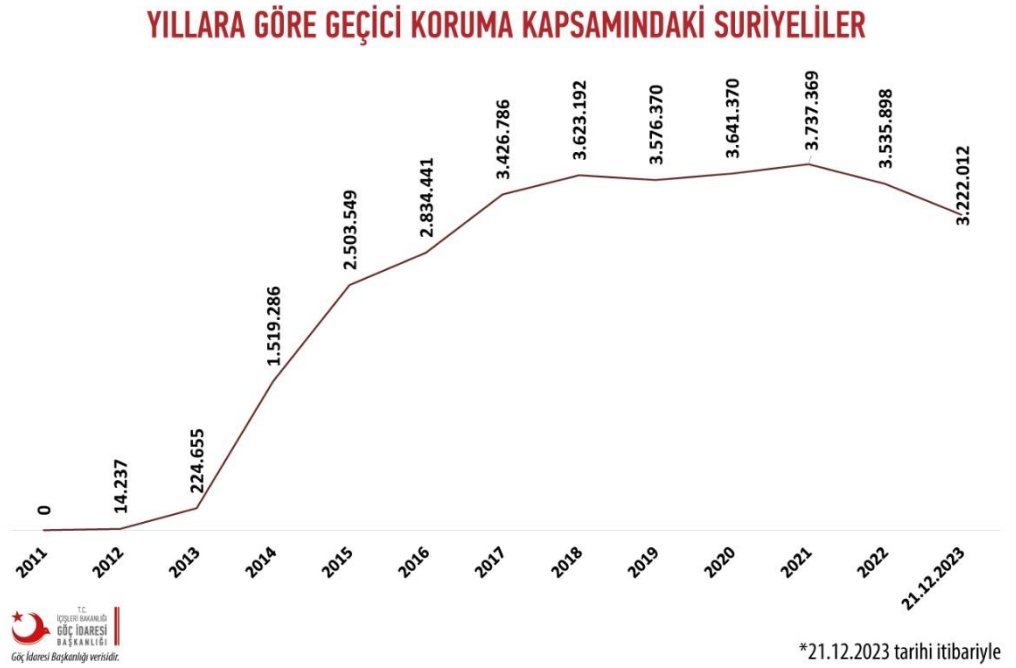


Şekil 2. 4. Türkiye’ye gelen ve Türkiye’den giden göçün cinsiyete göre dağılımı, 2021, 2022.

TÜİK verilerine göre 2022 yılında Türkiye'ye gelen yabancı uyruklu nüfusun ilk beş sırasını %25 Rusya Federasyonu, %8,1 Ukrayna, %6,5 İran, %5,4 Afganistan ve %4,8 ile Irak vatandaşları oluşturdu. 2022 yılında Türkiye'den göç edenlerin ilk beş sırasını %20 Irak, %10,6 İran, %7 Özbekistan, %6 Afganistan ve %4,8 ile Türkmenistan vatandaşları oluşturdu (TÜİK, 2023).



Şekil 2. 5. Vatandaşlık ülkesine göre Türkiye'ye gelen ve Türkiye'den giden göçün en fazla olduğu ilk 5 ülke, 2022.



Şekil 2. 6. Göç İdaresi Verilerine Göre Yıllara Göre Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyeliler (T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı Genel Müdürlüğü, 2023).

Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği'ne (UNHCR) (2020) göre Türkiye'ye yapılan dış göçler en çok Suriye, Irak ve İran'dan oluşmaktadır (UNHCR, 2020).

İLGİ ALANINDAKİ NÜFUS

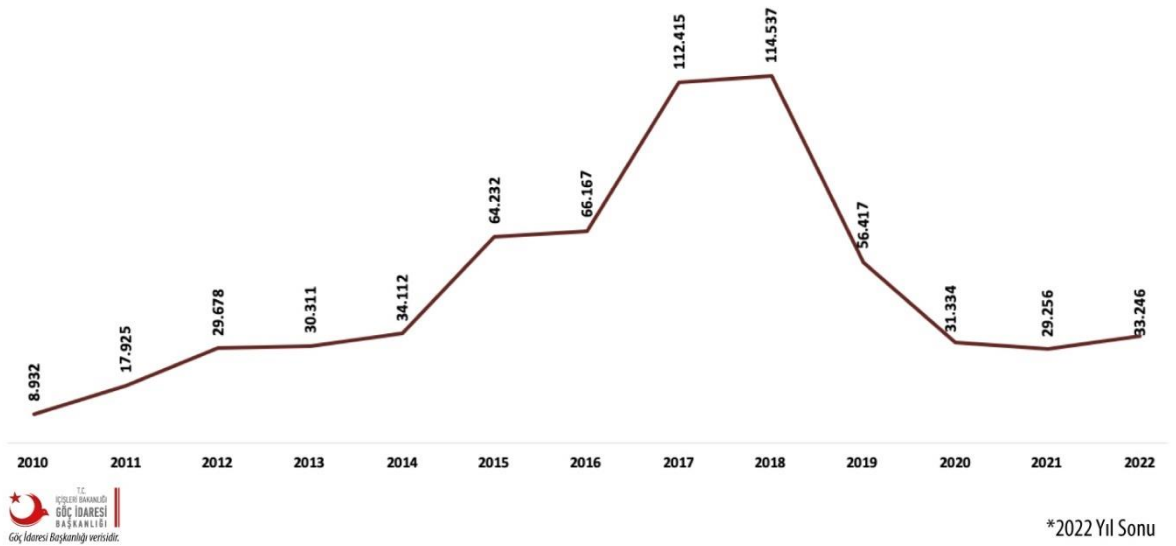
Uluslararası koruma ihtiyacı içindeki kişiler (geçici koruma altındaki kişiler)	3,65 milyon
Uluslararası koruma başvuru sahipleri	330.000

İLK ÜÇ MENŞE ÜLKE

Geçici Koruma	Uluslararası Koruma
Suriye 3,574,800	Irak 173.250
Irak 1,000	Afganistan 116.400
İran 980	İran 27,000

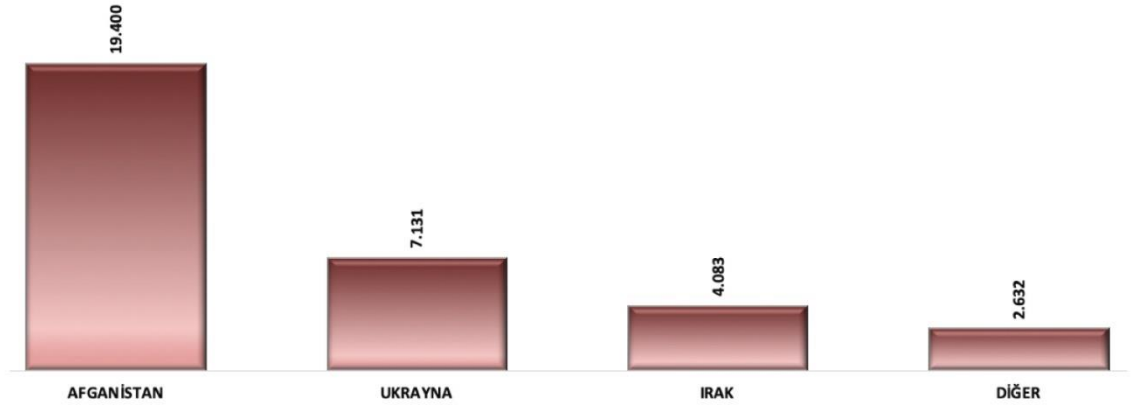
Şekil 2. 7. UNHCR 2020 Yıl Ortası İstatistik Raporu (UNHCR, 2020).

YILLARA GÖRE ULUSLARARASI KORUMA BAŞVURUSU



Şekil 2. 8. Göç İdaresi Başkanlığı 2022 Yılı Verilerine Göre Uluslararası Koruma Başvurusu (T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı Genel Müdürlüğü, 2023).

ULUSLARARASI KORUMA BAŞVURUSU YAPAN İLK 3 UYRUK



*2022 Yıl Sonu

Şekil 2. 9. Göç İdaresi Başkanlığı 2022 Yılı Verilerine Göre Uluslararası Koruma Başvurusu Yapan Uyruklar (T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı Genel Müdürlüğü, 2023).

2.6.6. Göç ve sağlık

Temel insan haklarından olan sağlık hakkı ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir. Sığınmacı ve mülteci kişilere sunulan sağlık hakkından faydalanmaları için vatandaşlık haklarının ve ikamet haklarının bulunması önemlidir. Mülteci durumunda olan bireyler danışmanlık hizmetlerine, temel sağlık hizmetlerine, koruyucu hizmetlere, tedavi edici hizmetlere, ilaç temininin sağlanmasına, tanı koruyucu hizmetler gibi birçok hizmetlere ulaşmada problem yaşayabilmektedirler (Doğan, 2021). Bu durum göç eden bireylerin yaşamında iletişim sorunları, ulaşım sorunları, kültürel farklılıklardan oluşan sıkıntılar gibi olumsuzluklara neden olabilmektedir (Soyanıt, 2019).

Bireyler göç ettikleri ülkelerde çevreleri tarafından etkilenir ve yaşadıkları yeri de etkilerler. Göç sırasında yaşadıkları zorluklar, tehlikeler; göçün sonrasında gittikleri yerin kucaklayıcı, baskılayıcı, dışlayıcı, ayrımcı davranışların olması, göç edenlerin cinsiyeti, eğitim durumu, yaşı, dil farklılıkları, tecrübeleri, sorunlarla baş edebilme yetenekleri göçün psikolojik sürecini etkilemektedir (Soyanıt, 2019). Bu psikolojik süreçte en fazla kadınlar ve çocuklar etkilenmektedir (Haravı, 2019).

Göç eden bireyler geçimlerini sağlamak için çalışma şartlarının kötü olduğu işlerde çalışmakta ve bunun sonucunda iş kazalarına ve hastalıklara neden olmaktadır. Göç ettikleri ülkeden gönderilme korkusuyla kayıtsız yaşayan bireyler sağlık hizmetlerini kullanmamayı tercih etmekte ve bu durum kendi sağlıkları ve halk sağlığı açısından risk taşımaktadır (Soyanıt, 2019).

Göç eden bireylerin sık karşılaştıkları sağlık sorunları arasında beslenme bozuklukları, anemi, çocuklarda büyüme ve gelişme geriliği, ishal, kızamık, solunum yolu enfeksiyonları, cinsel istismar, düşükler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, riskli gebelikler, kronik hastalıklar, depresyon, diş sağlığı gibi problemler bulunmaktadır (Dursun, 2019).

Göç eden bireylerde hayat koşullarıyla alakalı olan anemi, bulaşıcı olmayan hastalıklardan diyabet, hipertansiyon gibi hastalıklar tanı, tedavi ve izlem açısından sorun olmaktadır. Yaşam zorlukları ve çevre şartları yeni hastalıklara zemin hazırlamaktadır (Haravı, 2019).

Bulaşıcı olmayan hastalıklardan diyabet, hipertansiyon, kalp yetersizliği, şizofreni, kanser, böbrek yetmezliği gibi birçok hastalıklar Türkiye'ye göç eden bireylerde de sağlık sorunu olarak sürmektedir (Haravı, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü 2012 verilerinde Suriyeli bireylerin ölüm hızları (100 000'de) bulaşıcı olmayan hastalıklarda 572.7, kardiyovasküler hastalıklarda 375.6, tüm kanserlerde 111.8, kronik obstrüktif akciğer hastalığında 23.7, diyabet hastalığında 9.9'dur. Bulaşıcı olmayan hastalıklar ile ilgili veriler Türkiye'de bulunmamaktadır (Haravı, 2019).

Resmi Gazete'de yayınlanan 15.01.2016 tarihli 29594 sayılı "Geçici Koruma Sağlanan Yabancıların Çalışma İzinlerine Dair Yönetmelik" ile Suriyelilerin istihdamına izin verilmiştir. Suriyeli doktor ve hemşirelerin hizmet sunmaları için Suriyeli sağlık çalışanları uyum eğitimleri yapılmıştır. Bu eğitimler sonunda Suriyeli sağlık çalışanların Türkiye sağlık sistemiyle Göçmen Sağlığı Merkezleri'nin birinci basamak sağlık hizmetleri hakkında bilgi edinilmesi ve sağlık hizmetlerinin kapasitesinin ve kalitesinin artırılması hedeflenmiştir (Haravı, 2019).

2.7. Kültür

Kültür, Türk Dil Kurumu'na (TDK) göre “’tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan bütün maddi ve manevi değerler ile bunları yaratmada, sonraki nesillere iletmede kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünü”’ olarak tanımlanır (TDK, t.y.).

Kültürün tanımı ilk kez İngiliz Sir Edward Taylor (1871) tarafından yapılmıştır. Taşçı'nın bildirmesine göre kültür, “’insanın gereksinimi olan inanç, sanat, moral, yasalar, gelenekler, alışkanlıklar ve becerileri içerir”’ (Karabuğa Yakar, 2016).

Kültür bir yaşam biçimidir. Kültür bireyin inancını, tutum ve davranışını, değerini, gelenek ve göreneğini şekillendirir (Demiral, 2021). Her insan bir kültüre sahiptir ve kültür doğadaki yaratılanlara karşılık bireyin yarattığı her şeydir (Bekar, 2001).

Kültür tanımlarına bakıldığında üç ana temadan bahsedilmektedir. Birinci temada kültür, nesilden nesile aktarılan inançlar, değerler ve davranışlar bütünüdür ve öğrenilmiş olgudur. İkinci temada kültür, günlük hayatta karar almada ve yaşamı idame ettirmede kaynaktır. Üçüncü temasında ise kültür, bireyler arasında oluşan doğal süreçtir ve kültürü oluşturan öğeler doğal olarak gelişir (Öztürk & Öztaş, 2012).

2.7.1. Kültürün özellikleri

Kültürün 4 temel özelliğini Boyle ve Andrews (1995) şu şekilde tanımlamışlardır:

- Kültür öğrenilir ve kuşaktan kuşağa aktarılır. İnsanlar kendi öz kültürlerini doğuştan itibaren öğrenmeye başlarlar.
- Kültür “paylaşılır”.
- Kültür bireyin çevresine “uyumu”dur.
- Kültür “dinamik” ve “değişen” bir süreçtir (Bekar, 2001).

Güvenç (2016) kültürü şu düşüncelerle ilişkilendirir:

- Bir toplumun veya tüm toplumların ortak medeniyeti kültür olarak tanımlanır.
- Kültürün kendisi belirli bir toplumdur.
- Kültür, bir dizi sosyal sürecin sonucudur.
- Kültür, insan ve toplum teorisidir (Güvenç, 2016).

2.7.2. Kültür, sağlık, hastalık ve hem şirelik

Bireyin yaşam biçimini, inancını, davranışlarını, gelenek ve göreneklerini şekillendiren kültür, doğal olarak sağlık, hastalık algısı, sağlığı koruma davranışları, sağlığı yükseltme davranışları, tedavi yöntemleri, sağlık kurumlarından ve sağlık çalışanlarından beklentiler bireyler ve toplumlar arası farklılık gösterir (Demiral, 2021).

Bireyler tarafından gösterilen sağlık davranışları ve sağlık algıları birbirinden bağımsız düşünülemez. Toplumlar kültürel özelliklerini sürdürmek için çaba harcarlar. Bu durum sağlık davranışlarında ve sağlık sorunlarının çözümünde kültürel yaşamları etkili olur ( zt rk &  ztaş, 2012).

Beslenmenin yaşamsal bir gereksinim olduğu ama neyin nasıl yenileceğini kültür dünyasındaki inanç, değer ve alışkanlıklar belirler. Yiyeceklerin türü ve pişirme yöntemleri, uyku alışkanlıkları, giyinme biçimleri, hastalığı tedavi ediş yöntemleri, hastalığı algılama biçimleri, yeniklere açık olma biçimleri kültürle ilişkilidir ve kültürden kültüre değişir. Bu nedenle hastalıkların oluşmasında ve algılanmasında kültürün önemli etkisi vardır (Bolsoy & Sevil, 2006).

Sağlık ve hastalığı etkileyen kültürel faktörlere bakıldığında; ekonomik durum, aile yapısı, cinsiyet rolleri, evlilik örüntüleri, cinsel davranış, önleyici örüntüler, nüfus politikası, hamilelik ve doğum pratikleri, vücut imajındaki değişmeler, beslenme, giyinme, kişisel hijyen, konut düzenlemeleri, genel sağlık düzenlemeleri, meslekler, din, alışkanlıklar, kültüre bağlı stres, göçmen statüsü, madde kullanımı, boş zaman alışkanlıkları, ev hayvanları ve kuşlar, kendi kendini tedavi stratejileri ve terapiler olarak sıralanabilir (Bolsoy & Sevil, 2006).

Kültürel bir olgu olan hem şirelik mesleğinde, önemli bir parça olan hem şirelik bakımında hastanın kültürel değerleri, inanışları ve uygulamaları önemli yer tutar. (Karabuğa Yakar, 2016). Hem şirelik bakımında Uluslararası Hem şireler Birliği'nin (ICN) yayınladığı etik kodlar göz önünde bulundurulmalıdır. ICN etik kodları, hem şireliğe olan ihtiyacın evrensel olduğu, hem şireliğin temelinde insan yaşamına, din, dil, ulus, cins, inanç, sosyal statü ve politik görüş ayrımı yapmaksızın saygı ve değer olduğu belirtilir. Hem şirelik bakımının bütüncül olarak verilmesi, hastanın

kültürel özellikleri, inançları, kültürel uygulamaları açısından önemlidir (Demiral, 2021).

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), Amerikan Hemşirelik Akademisi ve Transkültürel Hemşirelik Derneği tüm dünyada hemşirelik için ortak bir dil oluşturmayı amaçlayan bir rehber hazırlamışlardır. Temeli sosyal eşitlik, adalet ve bireysel farklılıkları göz önünde bulunduran, bütüncül ve kültürel içerikli bakım vermeyi amaçlamışlardır. Bu standartlar;

- Sosyal Adalet
- Eleştirel Bakış
- Kültürel Farkındalık
- Kültüre Dayalı Bakım
- Kültüre Dayalı Sağlık Bakım Sistemleri ve Organizasyonları
- Hasta Savunuculuğu ve Güçlendirme
- Multikültürel İşgücü
- Eğitim ve Öğretimde Kültüre Dayalı Bakım
- Kültürlerarası İletişim
- Kültürlerarası Liderlik
- Politika Geliştirme
- Kanıta Dayalı Uygulamalar ve Araştırmalar (Douglas, ve diğerleri, 2011).

Hemşireler bakım verirken kültürel faktörleri, kendi kültürlerinin, hastanın ve hasta yakınlarının kültürlerini değerlendirmeli ve bu durumu göz önünde bulundurarak saygı ve anlayış çerçevesinde bakım vermeli, sağlığı destekleyici yönlerinden yararlanmalı ve sağlığı bozucu durum varsa müdahale etmelidir (Bolsoy & Sevil, 2006).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışma olup, çalışmanın verileri Mart 2022 ve Aralık 2022 tarihleri arasında bir devlet hastanesinin yoğun bakım ünitesinde toplandı.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Mart-Aralık 2022 tarihleri arasında, Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yer alan bir devlet hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olan Türk ve mülteci bireyler oluşturdu. Örneklem seçilme kriteri olarak en az 6 aydır bir kronik hastalığı olan, Glaskow Koma Skalası (GKS) 10 ve üzeri olan, duyma, konuşma ve işitme engeli olmayan, araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü Türk ve mülteci bireyler araştırmaya dahil edildi. Belirtilen kriterlere uygun 120 Türk, 120 mülteci toplam 240 bireye ulaşıldı.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Kilis'te bir devlet hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde yürütüldü. Yoğun bakım üniteleri Koroner Yoğun Bakım Ünitesi, Palyatif Yoğun Bakım Ünitesi, iki Genel Yoğun Bakım Ünitesi'nden oluşmaktadır. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi 5 yatak kapasitesine, Palyatif Yoğun Bakım Ünitesi 6 yatak kapasitesine, Genel Yoğun Bakım Ünitesi (1) 24 yatak kapasitesine sahip ve 3'ü izole odadan, Genel Yoğun Bakım Ünitesi (2) 16 yatak kapasitesine sahip ve 2'si izole odadan oluşmaktadır. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde 12 hemşire, Palyatif Yoğun Bakım Ünitesi'nde 13 hemşire, Genel Yoğun Bakım Ünitesi'nde (1) 40 hemşire, Genel Yoğun Bakım Ünitesi'nde (2) 27 hemşire görev yapmaktadır. Yoğun bakımlarda veri toplama aşamasında mahremiyet ilkesi göz önünde bulundurularak bireyler ile birebir ve tercüman eşliğinde veriler toplanmıştır.

3.4. Veri Toplama Yöntemi

Verileri toplamak için yüz yüze soru yöntemi kullanıldı. Araştırma, Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde bulunan devlet hastanesi yoğun bakım ünitelerinde

yatan Türk ve mülteci hastalarla yapıldı. Mülteci hastalarla iletişim, hastanede görevli olan tercümanlar eşliğinde sağlandı. Sorular, tercüman aracılığıyla çevrilerek sözel bir şekilde bireylere soruldu. Sorular, tercüman aracılığıyla çevrilerek sözel bir şekilde bireylere soruldu. Cevaplar araştırmacı tarafından işaretlenerek veriler kayıt altına alındı. Veri toplama işlemi Türk hastalarla 10-15 dakika, mülteci hastalarla 15-20 dakika sürdü. Katılımcılardan veri toplama onamları alındı. Çalışma öncesinde Çankırı Karatekin Üniversitesi Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Etik Kurulu'ndan etik izin ve hastane izin yazısı alındı (No: 24, Tarih: 07.02.2022) (EK1).

3.5. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama araçları olarak;

- Bilgilendirme ve Onam Formu
- Sosyodemografik Özellikler ve Bilgi Tanılama Formu
- Kısa Hastalık Ölçeği (KHAÖ)
- Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu (GKÖ-KF) kullanıldı.

3.5.1. Sosyodemografik özellikler ve bilgi tanılama formu

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, yoğun bakıma yatış tanısı, kronik hastalık ve süresi, yoğun bakıma yatış tanısı, alışkanlıklar, sağlığı nasıl değerlendirdiği, yaşam kalitelerini nasıl algıladığı, yoğun bakımda kendilerini bulantı-kusma, ağrı, uykusuzluk, invaziv girişimler, gürültü, koku, aydınlatma, ortamın ısısı, korku, yeterli bilgi alamama, yakınlarından uzak kalma, kendini yalnız hissetme gibi nelerin rahatsız ettiği gibi bilgiler yer almaktadır.

3.5.2. Kısa hastalık algısı ölçeği (KHAÖ)

Broadbent ve arkadaşları tarafından 2006 yılında kısa hastalık ölçeği geliştirilmiştir (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006). Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Karataş, Özen ve Kutlutürkan tarafından yapılmıştır ve Cronbach alfa katsayısı 0,85' dir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmış hali yedi madde ve nedensel faktörlerin sorgulandığı ilave bir maddeden oluşmaktadır. Hastalığın nedensel faktörlerinin sorgulandığı 8. madde dışında kalan diğer 7 madde, 0-10 arasında likert tipi bir puanlama cetveline sahiptir. Ölçek, bilişsel hastalık temsilleri ve duygusal

hastalık temsilleri olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bilişsel hastalık temsillerini 2. (kişisel kontrol), 3. (tedavi kontrolü), ve 6. (hastalık anlaşılabilirliği), maddeler oluşturmaktadır. Duygusal hastalık temsillerini ise 1. (sonuçlar), 4. (hastalık kimliği), 5. (endişe), ve 7. (duygudurum) maddeler oluşturmaktadır. Bu maddelerin yanı sıra, hastalığa neden olduğu düşünülen en önemli üç nedenin açık uçlu olarak sorulduğu en son bölüm yer almaktadır. Ölçeği değerlendirirken tüm ölçek puanının hesaplanması, hastalığın ne kadar tehdit edici ya da kişinin rahat olduğunu göstermektedir. Ölçek skorunun hesaplanması için 2,3 ve 6. maddeler ters çevrilir ve 1,4,5,7' ye eklenir. Yüksek skor, hastalığın hastaları daha fazla tehdit ettiğini göstermektedir (Karataş, Ozen, & Kutluturkan, 2017). Çalışmamızda Cronbach's Alfa değeri 0,698 olarak bulundu.

3.5.3. Genel konfor ölçeği kısa formu (GKÖ-KF)

2006 yılında Kolcaba tarafından genel konfor ölçeği kısa formu geliştirilmiştir (Kolcaba, Tilton, & Drouin, 2006). 2018 yılında Çıtlık Sarıtaş ve arkadaşları tarafından ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek ferahlama (9 madde), rahatlama (9 madde) ve sorunların üstesinden gelme (10 madde) şeklinde alt boyutları bulundurmaktadır. Pozitif ve negatif maddeler ölçeğin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Negatif maddeler ters kodlanarak puan toplanmaktadır. Elde edilen toplam puan ölçek maddelerinin sayısına bölünerek ortalama değere ulaşılmaktadır. Konfor durumunu alınan en düşük değer olan 1 değeri ifade eder, en yüksek değer olan 6 ise konfor durumunun yüksek olduğunu göstermektedir. Çıtlık Sarıtaş ve arkadaşlarının ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,82 bulunmuştur. Ölçeğin ferahlama, rahatlama ve üstünlük olan alt boyutlarının Cronbach's Alpha güvenirlik katsayıları sırasıyla 0,81, 0,81 ve 0,76 olarak bulunmuştur (Çıtlık Sarıtaş, Çevik, & Özden, 2018). Çalışmamızda Cronbach's Alfa değeri 0,788 olarak bulundu.

3.6. Veri Analizi

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 22 paket programı aracılığı ile analiz edilmiştir. Normal dağılmayan, ikili gruplar arasındaki karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, üç veya daha fazla gruplar arasındaki karşılaştırmalarda Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkilerde ise korelasyon testi analizi

kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodu (Ortalama, Medyan, Standart Sapma, Minimum-Maximum) kullanılmıştır. Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmış olup, $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın/ilişkinin olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı farklılığın/ilişkinin olmadığı belirtilmiştir.

Örnek hacmi hesaplanırken izlenen adımlar;

> 1.tip hata payı (α) = 0.05

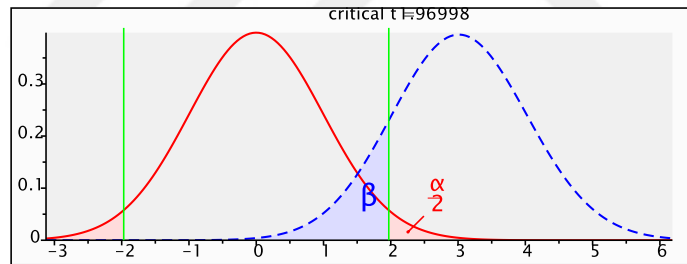
> Etki büyüklüğü (effect size d) = 0.39

> Testin gücü ($1-\beta$) = 0.85 alınmıştır.

Her grupta 120 olmak üzere 2 grupta toplam 240 örnekleme ulaşılması planlanmıştır.

SONUÇLAR

→ Hesaplamalar neticesinde testin gücü ($1-\beta$) = 0.85'i sağlayacak **örnek hacmi 240** olarak belirlenmiştir.



t tests - Means: Difference between two independent means (two groups)

Analysis:

A priori: Compute required sample size

Input:

Tail(s) = Two

Effect size d

= 0.39

α err prob

= 0.05

Power ($1-\beta$ err prob)

= 0.85

Allocation ratio N2/N1

= 1

Output:

Noncentrality parameter δ = 3.0209270

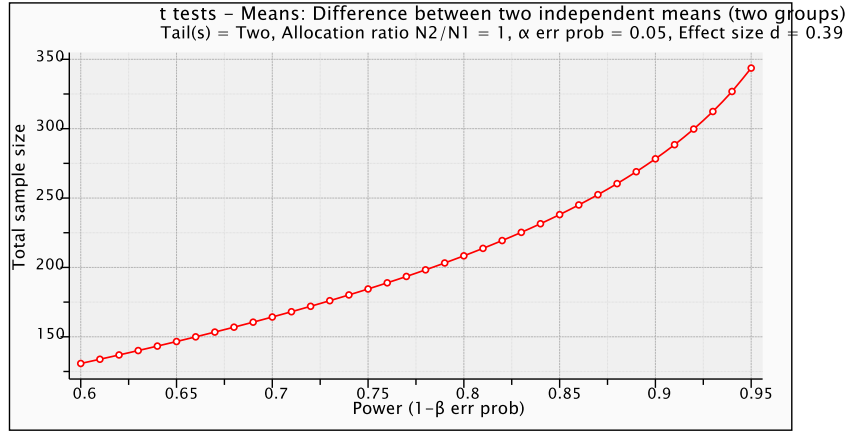
Critical t

= 1.9699815

Df

= 238

Sample size group 1 = 120
Sample size group 2 = 120
Total sample size = 240



Bu çalışmada elde edilen verilerin normallik analizleri sonucunda normal dağılım gösteren değişkenler için

İki gruplu karşılaştırmalarda t testi ve/veya Mann-Whitney U testi kullanılacaktır. Öncesi ve sonrası karşılaştırmalarda ise bağımlı gruplarda t testi ve/veya wilcoxon işaret testi kullanılacaktır.

Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılacak olup, $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı farklılığın olmadığı belirtilecektir.

4. BULGULAR

Çizelge 4. 1. Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

		Grup					
		Türk		Mülteci		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Yaş (Ort±SS)	Türk	66,20±16,65					
	Mülteci	57,57±15,22					
	Toplam	61,88±16,49					
Glaskow Koma Skalası (Ort±SS)	Türk	14,03±1,51					
	Mülteci	14,03±1,75					
	Toplam	14,03±1,63					
Cinsiyet	Kadın	53	44,2	55	45,8	108	45,0
	Erkek	67	55,8	65	54,2	132	55,0
	Toplam	120	100,0	120	100,0	240	100,0
Medeni durum	Evli	86	71,7	92	76,7	178	74,2
	Bekar/Dul/Boşanmış	34	28,3	28	23,3	62	25,8
	Toplam	120	100,0	120	100,0	240	100,0
Eğitim durumu	Okuryazar Değil	42	35,0	54	45,0	96	40,0
	İlkokul	55	45,8	51	42,5	106	44,2
	Lise	16	13,3	12	10,0	28	11,7
	Lisans ve üzeri	7	5,8	3	2,5	10	4,2
	Toplam	120	100,0	120	100,0	240	100,0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	54	45,0	51	42,5	105	43,8
	Çalışmıyor	66	55,0	69	57,5	135	56,3
	Toplam	120	100,0	120	100,0	240	100,0
Yaşadığı Yer	Ev/ Bakımevi	120	100,0	80	66,7	200	83,3
	Konteynır	0	0,0	40	33,3	40	16,7
	Toplam	120	100,0	120	100,0	240	100,0
Kronik Hastalık Durumu	Var	113	94,2	113	94,2	226	94,2
	Yok	7	5,8	7	5,8	14	5,8
	Toplam	120	100,0	120	100,0	240	100,0

Çizelge 4. 1. (devam) Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

		Grup					
		Türk		Mülteci		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
DM	Evet	49	40,8	44	36,7	93	38,8
	Hayır	71	59,2	76	63,3	147	61,3
	Toplam	120	100,0	120	100,0	240	100,0
HT	Evet	76	63,3	74	61,7	150	62,5
	Hayır	44	36,7	46	38,3	90	37,5
	Toplam	120	100,0	120	100,0	240	100,0
KBY	Evet	19	15,8	9	7,5	28	11,7
	Hayır	101	84,2	111	92,5	212	88,3
	Toplam	120	100,0	120	100,0	240	100,0
KOAH	Evet	17	14,2	12	10,0	29	12,1
	Hayır	103	85,8	108	90,0	211	87,9
	Toplam	120	100,0	120	100,0	240	100,0
KY	Evet	60	50,0	54	45,0	114	47,5
	Hayır	60	50,0	66	55,0	126	52,5
	Toplam	120	100,0	120	100,0	240	100,0
Nörolojik hastalıklar	Evet	6	5,0	4	3,3	10	4,2
	Hayır	114	95,0	116	96,7	230	95,8
	Toplam	120	100,0	120	100,0	240	100,0
Kardiyovasküler sistem hastalığı	Evet	6	5,0	2	1,7	8	3,3
	Hayır	114	95,0	118	98,3	232	96,7
	Toplam	120	100,0	120	100,0	240	100,0
Daha önce yoğun bakımda yatma durumu	Evet	67	55,8	57	47,5	124	51,7
	Hayır	53	44,2	63	52,5	116	48,3
	Toplam	120	100,0	120	100,0	240	100,0
Alışkanlıklar	Yok	69	57,5	58	48,3	127	52,9
	Sigara	43	35,8	60	50,0	103	42,9
	Sigara ve Alkol	8	6,7	2	1,7	10	4,2
	Toplam	120	100,0	120	100,0	240	100,0

Çizelge 4. 1. (devam) Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

		Grup					
		Türk		Mülteci		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Sağlığını algılama durumu	Çok iyi + İyi	37	30,8	36	30,0	73	30,4
	Orta	37	30,8	43	35,8	80	33,3
	Çok kötü + Kötü	46	38,3	41	34,2	87	36,3
	Toplam	120	100,0	120	100,0	240	100,0
Yaşam algısını değerlendirme	Çok iyi + İyi	34	28,3	26	21,7	60	25,0
	Orta	52	43,3	49	40,8	101	42,1
	Çok kötü + Kötü	34	28,3	45	37,5	79	32,9
	Toplam	120	100,0	120	100,0	240	100,0
Yoğun bakımda rahatsız olma durumu	Var	113	94,2	110	91,7	223	92,9
	Yok	7	5,8	10	8,3	17	7,1
	Toplam	120	100,0	120	100,0	240	100,0

Tablo 4.1’de Türk ve mülteci yoğun bakım hastalarına ait sosyodemografik özellikler sunuldu. Katılımcıların yaş ortalaması $61,88 \pm 16,49$, GKS $14,03 \pm 1,63$ olup, Türk hastaların %55,8’i erkek, %71,7’si evli, %45,8’inin ilkokul mezunu, %55’inin çalışmadığı, %100’ünün evinde/bakımevinde yaşadığı bulundu. Mülteci hastaların %54,2’si erkek, %76,7’si evli, %45’inin okuryazar olmadığı, %57,5’inin çalışmadığı, %66,7’sinin evinde yaşadığı bulundu.

Yoğun bakımda yatan Türk hastaların %94,2’sinin kronik hastalığı olduğu, %63,3’ünün hipertansiyon hastası olduğu, %55,8’inin daha önce yoğun bakımda yattığı, %57,5’in kötü alışkanlığı olmadığı, %38,3’ün sağlığını çok kötü + kötü değerlendirdiği, %43,3’ünün yaşamı orta düzeyde algıladığı, %94,2’sinin yoğun bakımdan rahatsız olduğu, %67,3’ün yoğun bakımda kendini yalnız hissettiği saptandı. Yoğun bakımda yatan mülteci hastaların %94,2’sinin kronik hastalığı olduğu, %65,5’inin hipertansiyon hastası olduğu, %52,5’inin daha önce yoğun bakımda yatmadığı, %50’sinin kötü alışkanlıklardan sigara kullandığı, %35,8’inin sağlığını orta düzeyde değerlendirdiği, %40,8’inin yaşamı orta düzeyde algıladığı, %91,7’sinin yoğun bakımdan rahatsız olduğu saptandı.

Çizelge 4. 2. Grupların Yaşa ve GKS'ye Göre Karşılaştırılması

		Grup						Mann Whitney U Testi		
		n	Ortalama	Medyan	Min	Max.	ss	Sıra Ort.	U	p
Yaş	Türk	120	66,20	68,50	15,00	98,00	16,65	141,87	4635,5	0,0001
	Mülteci	120	57,57	58,50	23,00	92,00	15,22	99,13		
	Toplam	240	61,88	64,00	15,00	98,00	16,49			
GKS	Türk	120	14,03	15,00	10,00	15,00	1,51	116,49	6718,5	0,289
	Mülteci	120	14,03	15,00	10,00	15,00	1,75	124,51		
	Toplam	240	14,03	15,00	10,00	15,00	1,63			

Çalışmaya katılan grupların yaşa göre ve GKS'ye göre karşılaştırılması Çizelge 4.2'de sunuldu. Gruplar arasında yaş değerleri açısından anlamlı farklılık görüldü ($p<0,05$). Yaş değerleri mültecilere göre Türklerde daha yüksek olduğu saptandı. Gruplar arasında GKS değerleri açısından anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Çizelge 4. 3. Yoğun Bakımda Yatan Türk ve Mülteci Hastaların KHAÖ, GKÖ-KF Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Göre Karşılaştırılması

		Grup						Mann Whitney U Testi		
		n	Ortalama	Medyan	Minimum	Maximum	ss	Sıra Ort.	U	p
Bilişsel Hastalık Temsilleri	Türk	120	12,94	13,00	4,00	22,00	3,50	104,89	5326,5	0,0001
	Mülteci	120	14,56	15,00	5,00	24,00	3,77	136,11		
	Toplam	240	13,75	14,00	4,00	24,00	3,72			
Duygusal Hastalık Temsilleri	Türk	120	24,93	26,00	8,00	37,00	6,62	133,00	5700,5	0,005
	Mülteci	120	22,46	23,00	7,00	36,00	6,79	108,00		
	Toplam	240	23,70	24,00	7,00	37,00	6,81			
Kısa Hastalık Algısı Ölçek Puanı	Türk	120	37,88	39,00	18,00	55,00	7,33	126,04	6535,5	0,216
	Mülteci	120	37,02	37,00	19,00	60,00	6,95	114,96		
	Toplam	240	37,45	38,00	18,00	60,00	7,14			
Ferahlama	Türk	120	36,88	37,00	22,00	50,00	5,67	117,80	6876	0,546
	Mülteci	120	37,17	38,00	22,00	48,00	5,47	123,20		
	Toplam	240	37,03	37,00	22,00	50,00	5,56			
Rahatlama	Türk	120	33,31	33,00	20,00	49,00	6,44	111,98	6178	0,057
	Mülteci	120	34,68	35,50	18,00	48,00	6,53	129,02		
	Toplam	240	34,00	35,00	18,00	49,00	6,51			
Sorunların Üstesinden Gelme	Türk	120	29,78	29,00	21,00	40,00	4,35	134,21	5554,5	0,002
	Mülteci	120	27,93	28,00	18,00	41,00	4,53	106,79		
	Toplam	240	28,86	29,00	18,00	41,00	4,53			
Genel Konfor Ölçek Puanı	Türk	120	99,98	100,00	69,00	138,00	13,23	119,34	7060,5	0,795
	Mülteci	120	99,78	102,00	66,00	129,00	13,29	121,66		
	Toplam	240	99,88	101,00	66,00	138,00	13,23			

Araştırmaya katılan Türk ve mülteci yoğun bakım hastalarının KHAÖ ve GKÖ-KF puan ortalamaları Tablo 4.3'te sunuldu. Gruplar arasında bilişsel hastalık temsilleri alt boyut puanı açısından anlamlı bir farklılık görüldü ($p<0,05$). Bu verilere göre, mülteci grubunda bilişsel hastalık temsilleri alt boyut puanı açısından Türk grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü. Mülteci hastaların duygusal hastalık temsilleri alt boyut puan ortalamalarının Türk hastalara göre daha düşük olduğu görüldü. Toplam KHAÖ puan ortalamalarında herhangi bir anlamlılık görülmedi.

Gruplar arasında GKÖ-KF toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte mültecilerde rahatlama alt boyut puanı yüksek görüldü. Gruplar arasında sorunların üstesinden gelme puanları açısından anlamlı bir farklılık görüldü ($p<0,05$). Türk grubunda sorunların üstesinden gelme puanı, mülteci gruba göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü.

Çizelge 4. 4. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre KHAÖ, GKÖ-KF ve Ölçek Alt boyutları Analiz Bulguları

			Bilişsel Hastalık Temsilleri	Duygusal Hastalık Temsilleri	KHAÖ Toplam Puan	Ferahlama	Rahatlama	Sorunların Üstesinden Gelme	GKÖ-KF Toplam Puan
			Ort. ± s.s	Ort. ± s.s	Ort. ± s.s	Ort. ± s.s	Ort. ± s.s	Ort. ± s.s	Ort. ± s.s
Cinsiyet	Kadın	Türk	13,53 ± 3,2	27,15 ± 5,39	40,68 ± 6,17	35,43 ± 5,02	30,51 ± 5,01	28,58 ± 4,44	94,53 ± 11,12
		Mülteci	15,24 ± 3,64	23,91 ± 6,51	39,15 ± 6,58	36,47 ± 4,79	32,80 ± 5,99	26,76 ± 4,10	96,04 ± 11,64
	Test analizi		U=1015,5;p=0,006	U=1042,5;p=0,011	U=1221;p=0,145	U=1256,5;p=0,216	U=1104;p=0,030	U=1125;p=0,040	U=1334,5;p=0,449
	Erkek	Türk	12,48 ± 3,69	23,18 ± 7,00	35,66 ± 7,45	38,03 ± 5,93	35,52 ± 6,61	30,73 ± 4,08	104,28 ± 13,25
		Mülteci	13,98 ± 3,81	21,23 ± 6,83	35,22 ± 6,80	37,75 ± 5,95	36,28 ± 6,59	28,92 ± 4,67	102,95 ± 13,85
	Test analizi		U=1676,5;p=0,022	U=1832,5;p=0,116	U=2092,5;p=0,698	U=2162;p=0,944	U=2004,5;p=0,430	U=1685,5;p=0,025	U=2156,5;p=0,924
Medeni Durum	Evli	Türk	12,56 ± 3,49	24,52 ± 6,39	37,08 ± 7,21	37,37 ± 5,81	33,91 ± 6,49	30,58 ± 4,4	101,86 ± 13,47
		Mülteci	14,72 ± 3,50	22,29 ± 6,93	37,01 ± 6,74	37,25 ± 5,55	34,76 ± 6,88	27,85 ± 4,59	99,86 ± 14,00
	Test analizi		U=2629,5;p=0,0001	U=3277;p=0,048	U=3907;p=0,886	U=3925,5;p=0,929	U=3584;p=0,278	U=2629,5;p=0,0001	U=3759,5;p=0,567
	Bekar/ Dul/ Boşan mış	Türk	13,91 ± 3,40	25,97 ± 7,16	39,88 ± 7,33	35,65 ± 5,20	31,79 ± 6,14	27,76 ± 3,56	95,21 ± 11,44
		Mülteci	14,04 ± 4,57	23,00 ± 6,40	37,04 ± 7,74	36,89 ± 5,25	34,43 ± 5,33	28,21 ± 4,42	99,54 ± 10,85
	Test analizi		U=452;p=0,733	U=342,5;p=0,058	U=339;p=0,052	U=417;p=0,403	U=324;p=0,031	U=469;p=0,921	U=368,5;p=0,128

Çizelge 4. 4. (devam) Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre KHAÖ, GKÖ-KF ve Ölçek Alt boyutları Analiz Bulguları

			Bilişsel Hastalık Temsilleri	Duygusal Hastalık Temsilleri	KHAÖ Toplam Puan	Ferahlama	Rahatlama	Sorunların Üstesinden Gelme	GKÖ-KF Toplam Puan
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	Türk	13,95 ± 3,13	27,62 ± 4,86	41,57 ± 5,39	35,12 ± 4,67	30,29 ± 5,19	28,76 ± 4,10	94,17 ± 10,30
		Mülteci	15,28 ± 4,24	23,85 ± 6,13	39,13 ± 6,64	35,61 ± 5,05	34,06 ± 6,35	27,43 ± 4,164	97,09 ± 13,34
	Test analizi		U=873;p=0,053	U=722,5;p=0,002	U=849;p=0,035	U=1077,5;p=0,676	U=701,5;p=0,001	U=916;p=0,106	U=963,5;p=0,208
	İlkokul	Türk	12,45 ± 3,51	23,60 ± 6,88	36,05 ± 7,18	38,15 ± 5,96	34,75 ± 6,26	30,42 ± 4,31	103,31 ± 13,77
		Mülteci	14,35 ± 2,65	21,18 ± 6,75	35,53 ± 5,96	38,29 ± 5,38	35,22 ± 6,65	28,33 ± 4,10	101,84 ± 12,50
	Test analizi		U=940,5;p=0,003	U=1115,5;p=0,069	U=1339,5;p=0,690	U=1378,5;p=0,879	U=1296,5;p=0,502	U=1039;p=0,021	U=1322;p=0,611
	Lise	Türk	12,50 ± 4,32	22,94 ± 7,87	35,44 ± 8,46	37,25 ± 6,13	35,75 ± 7,51	30,31 ± 4,76	103,31 ± 13,82
		Mülteci	13,33 ± 4,94	21,92 ± 8,92	35,25 ± 9,53	38,00 ± 6,25	34,08 ± 7,39	28,00 ± 6,13	100,08 ± 15,46
	Test analizi		U=82;p=0,514	U=90;p=0,780	U=96;p=1	U=84;p=0,577	U=81,5;p=0,500	U=75,5;p=0,338	U=86,5;p=0,659
	Lisans ve üzeri	Türk	11,71 ± 2,75	23,86 ± 6,89	35,57 ± 8,70	36,71 ± 6,29	34,57 ± 6,58	29,71 ± 5,02	101,00 ± 13,87
		Mülteci	10,00 ± 1,73	21,33 ± 8,50	31,33 ± 8,62	42,67 ± 4,04	39,33 ± 3,06	30,00 ± 3,00	112,00 ± 6,24
	Test analizi		Veri yetersizliğinden dolayı analiz yapılamamaktadır.						
Çalışma Durumu	Çalışıyor	Türk	12,81 ± 3,79	23,48 ± 7,49	36,30 ± 7,84	38,00 ± 5,69	35,17 ± 6,82	30,91 ± 4,04	104,07 ± 13,13
		Mülteci	13,73 ± 3,82	20,78 ± 6,93	34,51 ± 6,41	38,75 ± 5,56	36,76 ± 5,58	29,75 ± 4,19	105,25 ± 11,17
	Test analizi		U=1175;p=0,194	U=1079,5;p=0,056	U=1198,5;p=0,252	U=1260,5;p=0,454	U=1188,5;p=0,226	U=1126;p=0,106	U=1324;p=0,734
	Çalışmıyor	Türk	13,05 ± 3,27	26,12 ± 5,60	39,17 ± 6,66	35,97 ± 5,54	31,79 ± 5,72	28,86 ± 4,42	96,62 ± 12,43
		Mülteci	15,17 ± 3,63	23,70 ± 6,46	38,87 ± 6,80	36,00 ± 5,12	33,14 ± 6,79	26,59 ± 4,33	95,74 ± 13,35
	Test analizi		U=1480;p=0,0001	U=1782;p=0,029	U=2168,5;p=0,632	U=2190;p=0,701	U=1955;p=0,156	U=1647;p=0,005	U=2237;p=0,860

Çizelge 4.4. (devam) Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre KHAÖ, GKÖ-KF ve Ölçek Alt boyutları Analiz Bulguları

			Bilişsel Hastalık Temsilleri	Duygusal Hastalık Temsilleri	KHAÖ Toplam Puan	Ferahlama	Rahatlama	Sorunların Üstesinden Gelme	GKÖ-KF Toplam Puan
Kronik Hastalık Durumu	Evet	Türk	12,84 ± 3,42	25,57 ± 6,21	38,41 ± 7,11	36,82 ± 5,80	32,94 ± 6,31	29,56 ± 4,29	99,32 ± 13,25
		Mülteci	14,57 ± 4,69	14,71 ± 4,46	29,29 ± 5,41	37,86 ± 2,97	39,29 ± 5,91	33,43 ± 3,91	110,57 ± 7,48
	Test analizi		U=4589,5;p=0,0001	U=4751,5;p=0,001	U=5559,5;p=0,093	U=6175;p=0,669	U=5383;p=0,041	U=5165,5;p=0,013	U=6132,5;p=0,608
	Hayır	Türk	14,53 ± 3,68	22,52 ± 6,71	37,05 ± 6,58	37,00 ± 5,46	34,49 ± 6,59	28,00 ± 4,63	99,49 ± 13,36
		Mülteci	15,00 ± 5,35	21,43 ± 8,48	36,43 ± 12,23	39,86 ± 5,15	37,86 ± 4,88	26,86 ± 2,54	104,57 ± 11,91
	Test analizi		U=24;p=0,949	U=12;p=0,108	U=16;p=0,276	U=18,5;p=0,441	U=195;p=0,520	U=3;p=0,006	U=16,5;p=0,305
DM	Evet	Türk	12,49 ± 3,19	26,33 ± 6,29	38,82 ± 7,43	36,43 ± 5,12	33,35 ± 6,52	29,33 ± 4,30	99,10 ± 13,35
		Mülteci	14,14 ± 4,09	24,05 ± 6,28	38,18 ± 6,15	36,55 ± 5,71	34,05 ± 6,74	27,39 ± 4,30	97,98 ± 13,31
	Test analizi		U=833;p=0,058	U=838;p=0,064	U=966,5;p=0,390	U=1036,5;p=0,749	U=975;p=0,427	U=826;p=0,052	U=1064;p=0,914
	Hayır	Türk	13,25 ± 3,69	23,97 ± 6,72	37,23 ± 7,24	37,20 ± 6,04	33,28 ± 6,42	30,10 ± 4,39	100,58 ± 13,20
		Mülteci	14,80 ± 3,57	21,54 ± 6,94	36,34 ± 7,33	37,53 ± 5,32	35,05 ± 6,42	28,25 ± 4,66	100,83 ± 13,25
	Test analizi		U=1969,5;p=0,005	U=2163,5;p=0,038	U=2464;p=0,364	U=2611;p=0,735	U=2201,5;p=0,054	U=2068,5;p=0,014	U=2601,5;p=0,708
HT	Evet	Türk	12,74 ± 3,28	25,97 ± 5,97	38,71 ± 7,13	36,51 ± 5,14	33,16 ± 6,33	29,58 ± 4,48	99,25 ± 13,11
		Mülteci	14,43 ± 3,73	22,88 ± 6,27	37,31 ± 6,00	36,78 ± 5,31	34,77 ± 6,53	27,69 ± 4,54	99,24 ± 13,53
	Test analizi		U=2003,5;p=0,002	U=2031,5;p=0,003	U=2361;p=0,090	U=2663;p=0,575	U=2294,5;p=0,051	U=2198,5;p=0,021	U=2688;p=0,641
	Hayır	Türk	13,30 ± 3,87	23,14 ± 7,34	36,43 ± 7,51	37,52 ± 6,51	33,57 ± 6,69	30,14 ± 4,15	101,23 ± 13,49
		Mülteci	14,76 ± 3,85	21,78 ± 7,58	36,54 ± 8,31	37,78 ± 5,71	34,54 ± 6,60	28,33 ± 4,55	100,65 ± 13,00
	Test analizi		U=1969,5;p=0,005	U=2163,5;p=0,038	U=2464;p=0,364	U=2611;p=0,735	U=2201,5;p=0,054	U=2068,5;p=0,014	U=2601,5;p=0,708

Çizelge 4.4. (devam) Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre KHAÖ, GKÖ-KF ve Ölçek Alt boyutları Analiz Bulguları

			Bilişsel Hastalık Temsilleri	Duygusal Hastalık Temsilleri	KHAÖ Toplam Puan	Ferahlama	Rahatlama	Sorunların Üstesinden Gelme	GKÖ-KF Toplam Puan
KBY	Evet	Türk	13,11± 2,00	29,16 ± 4,18	42,26 ± 5,27	33,53 ± 5,92	30,05 ± 6,35	27,89 ± 3,73	91,47 ± 11,66
		Mülteci	13,89 ± 3,48	25,89 ± 3,06	39,78 ± 3,99	34,33 ± 4,06	34,33 ± 4,69	27,44 ± 3,61	96,11 ± 6,35
	Test analizi		U=76;p=0,637	U=43,5;p=0,038	U=55;p=0,132	U=85;p=0,980	U=46,5;p=0,054	U=74,5;p=0,586	U=64;p=0,290
	Hayır	Türk	12,91 ± 3,73	24,14 ± 6,71	37,05 ± 7,39	37,51 ± 5,43	33,92 ± 6,30	30,14 ± 4,39	101,57 ± 12,94
		Mülteci	14,61 ± 3,80	22,18 ± 6,94	36,79 ± 7,10	37,40 ± 5,51	34,71 ± 6,67	27,97 ± 4,61	100,08 ± 13,67
	Test analizi		U=1969,5;p=0,005	U=2163,5;p=0,038	U=2464;p=0,364	U=2611;p=0,735	U=2201,5;p=0,054	U=2068,5;p=0,014	U=2601,5;p=0,708
KOAH	Evet	Türk	12,71± 4,51	28,00 ± 5,93	40,71 ± 5,54	36,24 ± 6,49	32,59 ± 6,66	28,82 ± 3,52	97,65 ± 12,43
		Mülteci	13,92 ± 4,06	27,33 ± 4,60	41,25 ± 4,49	35,58 ± 5,95	30,75 ± 6,40	25,92 ± 2,27	92,25 ± 11,31
	Test analizi		U=83,5;p=0,410	U=90;p=0,593	U=94;p=0,722	U=97;p=0,824	U=85,5;p=0,464	U=50,5;p=0,021	U=73,5;p=0,207
	Hayır	Türk	12,98 ± 3,33	24,43 ± 6,62	37,41 ± 7,50	36,99 ± 5,56	33,43 ± 6,43	29,94 ± 4,47	100,36 ± 13,38
		Mülteci	14,63 ± 3,75	21,92 ± 6,79	36,55 ± 7,03	37,34 ± 5,41	35,12 ± 6,43	28,16 ± 4,67	100,62 ± 13,27
	Test analizi		U=4055,5;p=0,001	U=4396,5;p=0,008	U=5023,5;p=0,224	U=5270;p=0,509	U=4592;p=0,028	U=4420,5;p=0,010	U=5328,5;p=0,598
KY	Evet	Türk	13,05 ± 3,35	26,27 ± 6,59	39,32 ± 7,36	37,17 ± 5,16	32,83 ± 6,11	28,45 ± 3,97	98,45 ± 12,81
		Mülteci	12,83 ± 3,68	23,60 ± 6,43	36,43 ± 7,06	36,60 ± 6,18	33,78 ± 6,77	31,12 ± 4,34	101,5 ± 13,57
	Test analizi		U=1415,5;p=0,244	U=1146,5;p=0,007	U=1199,5;p=0,017	U=1420;p=0,255	U=1147,5;p=0,007	U=1579;p=0,815	U=1256;p=0,039
	Hayır	Türk	13,76 ± 4,06	23,07 ± 6,27	36,83 ± 6,32	37,93 ± 4,97	35,83 ± 6,38	28,56 ± 4,51	102,31 ± 12,52
		Mülteci	15,21 ± 3,40	21,95 ± 7,19	37,17 ± 7,48	36,55 ± 5,80	33,74 ± 6,55	27,42 ± 4,52	97,71 ± 13,63
	Test analizi		U=1242;p=0,0001	U=1728,5;p=0,219	U=1906,5;p=0,719	U=1955,5;p=0,905	U=1970;p=0,961	U=1086;p=0,0001	U=1676,5;p=0,138

Çizelge 4.4. (devam) Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre KHAÖ, GKÖ-KF ve Ölçek Alt boyutları Analiz Bulguları

			Bilişsel Hastalık Temsilleri	Duygusal Hastalık Temsilleri	KHAÖ Toplam Puan	Ferahlama	Rahatlama	Sorunların Üstesinden Gelme	GKÖ-KF Toplam Puan
Nörolojik Hastalıklar	Evet	Türk	14,83 ± 3,49	23,50 ± 7,31	38,33 ± 5,47	36,17 ± 5,88	33,00 ± 7,75	31,67 ± 4,08	100,83 ± 14,69
		Mülteci	16,00 ± 1,15	20,25 ± 7,32	36,25 ± 6,90	35,00 ± 4,08	34,25 ± 8,30	28,25 ± 1,71	97,50 ± 10,60
	Test analizi	Veri yetersizliğinden dolayı analiz yapılamamaktadır.							
	Hayır	Türk	12,84 ± 3,49	25,01 ± 6,61	37,85 ± 7,43	36,92 ± 5,69	33,32 ± 6,40	29,68 ± 4,36	99,93 ± 13,22
		Mülteci	14,51 ± 3,82	22,53 ± 6,79	37,04 ± 6,98	37,24 ± 5,51	34,70 ± 6,51	27,92 ± 4,60	99,86 ± 13,40
	Test analizi		U=4873,5;p=0,001	U=5212,5;p=0,005	U=5995,5;p=0,221	U=6277;p=0,506	U=5667,5;p=0,061	U=5182;p=0,004	U=6437;p=0,729
Kardiyovask üler sistem hastalığı	Evet	Türk	14,00 ± 3,35	23,50 ± 6,16	37,50 ± 6,12	38,17 ± 3,13	35,00 ± 6,29	29,17 ± 3,97	102,33 ± 11,78
		Mülteci	13,50 ± 0,71	23,00 ± 15,56	36,50 ± 14,85	35,00 ± 8,49	28,50 ± 4,95	24,00 ± 8,49	87,50 ± 21,92
	Test analizi	Veri yetersizliğinden dolayı analiz yapılamamaktadır.							
	Hayır	Türk	12,89 ± 3,52	25,01 ± 6,66	37,89 ± 7,41	36,82 ± 5,78	33,22 ± 6,46	29,82 ± 4,39	99,85 ± 13,34
		Mülteci	14,58 ± 3,79	22,45 ± 6,69	37,03 ± 6,88	37,20 ± 5,45	34,79 ± 6,52	28,00 ± 4,47	99,99 ± 13,15
	Test analizi		U=4917,5;p=0,0001	U=5232,5;p=0,003	U=6053;p=0,187	U=6371,5;p=0,487	U=5639,5;p=0,033	U=5196,5;p=0,003	U=6497;p=0,654
Daha önce yoğun bakımda yatma durumu	Evet	Türk	12,93 ± 3,23	26,85 ± 6,49	39,78 ± 6,43	36,39 ± 5,43	32,30 ± 6,48	28,88 ± 4,33	97,57 ± 12,89
		Mülteci	13,95 ± 4,20	25,33 ± 5,70	39,28 ± 6,53	35,88 ± 5,48	32,72 ± 6,78	27,09 ± 5,00	95,68 ± 13,48
	Test analizi		U=1602,5;p=0,122	U=1581;p=0,099	U=1817;p=0,642	U=1830;p=0,690	U=1833;p=0,701	U=1444;p=0,019	U=1762;p=0,459
	Hayır	Türk	12,96 ± 3,86	22,51 ± 6,01	35,47 ± 7,74	37,51 ± 5,97	34,58 ± 6,21	30,92 ± 4,15	103,02 ± 13,14
		Mülteci	15,11 ± 3,26	19,86 ± 6,68	34,97 ± 6,73	38,33 ± 5,22	36,46 ± 5,80	28,70 ± 3,95	103,49 ± 12,05
	Test analizi		U=1107;p=0,002	U=1290;p=0,035	U=1561;p=0,547	U=1508,5;p=0,371	U=1323;p=0,054	U=1214;p=0,011	U=1557,5;p=0,535

Çizelge 4.4. (devam) Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre KHAÖ, GKÖ-KF ve Ölçek Alt boyutları Analiz Bulguları

			Bilişsel Hastalık Temsilleri	Duygusal Hastalık Temsilleri	KHAÖ Toplam Puan	Ferahlama	Rahatlama	Sorunların Üstesinden Gelme	GKÖ-KF Toplam Puan
Alışkanlıklar	Yok	Türk	12,99 ± 3,68	25,94 ± 5,63	38,93 ± 6,63	36,57 ± 5,35	32,57 ± 5,73	29,87 ± 4,29	99,00 ± 12,11
		Mülteci	15,03 ± 3,84	24,16 ± 6,60	39,19 ± 6,63	36,07 ± 5,06	32,95 ± 6,73	26,34 ± 3,73	95,36 ± 12,57
		Test analizi	U=1361,5;p=0,002	U=1708;p=0,155	U=1997,5;p=0,986	U=1915;p=0,677	U=1923;p=0,705	U=1089,5;p=0,0001	U=1698,5;p=0,143
	Sigara	Türk	12,88 ± 3,42	24,00 ± 7,39	36,88 ± 7,80	36,93 ± 5,87	33,86 ± 7,47	29,33 ± 4,45	100,12 ± 14,50
		Mülteci	14,13 ± 3,73	20,72 ± 6,68	34,85 ± 6,74	38,60 ± 5,29	36,58 ± 5,84	29,27 ± 4,74	104,45 ± 12,55
		Test analizi	U=1107;p=0,002	U=1290;p=0,035	U=1561;p=0,547	U=1508,5;p=0,371	U=1323;p=0,054	U=1214;p=0,011	U=1557,5;p=0,535
	Sigara ve Alkol	Türk	12,88 ± 2,64	21,25 ± 8,88	34,13 ± 9,36	39,38 ± 7,42	36,75 ± 5,47	31,50 ± 4,44	107,63 ± 14,55
		Mülteci	13,50 ± 0,71	25,50 ± 0,71	39,00 ± 0,00	26,00 ± 0,00	28,00 ± 1,41	34,00 ± 1,41	88,00 ± 2,83
		Test analizi	Veri yetersizliğinden dolayı analiz yapılamamaktadır.						
Sağlığını algılama durumu	Çok iyi + iyi	Türk	13,27 ± 3,72	20,65 ± 6,36	33,92 ± 7,30	39,32 ± 5,35	36,59 ± 5,71	32,89 ± 3,89	108,81 ± 11,27
		Mülteci	14,50 ± 3,58	18,97 ± 6,06	33,47 ± 6,30	40,03 ± 5,01	36,92 ± 6,59	29,53 ± 4,12	106,47 ± 12,68
		Test analizi	U=508,5;p=0,081	U=557;p=0,229	U=636,5;p=0,744	U=593;p=0,419	U=601;p=0,472	U=365,5;p=0,001	U=644;p=0,808
	Orta	Türk	12,46 ± 3,64	23,35 ± 5,35	35,81 ± 5,93	36,92 ± 6,44	34,38 ± 6,38	29,54 ± 4,00	100,84 ± 13,22
		Mülteci	14,79 ± 3,36	21,81 ± 6,68	36,60 ± 6,12	37,56 ± 4,10	36,26 ± 5,63	28,07 ± 4,49	101,88 ± 11,14
		Test analizi	U=515;p=0,007	U=717,5;p=0,451	U=771;p=0,813	U=761,5;p=0,742	U=665,5;p=0,209	U=672;p=0,232	U=762;p=0,746
	Çok kötü + kötü	Türk	13,07 ± 3,24	29,65 ± 4,55	42,72 ± 5,55	34,89 ± 4,49	29,80 ± 5,34	27,48 ± 3,44	92,17 ± 9,72
		Mülteci	14,37 ± 4,36	26,20 ± 5,70	40,56 ± 6,73	34,24 ± 5,74	31,07 ± 5,93	26,39 ± 4,52	91,71 ± 11,95
		Test analizi	U=742,5;p=0,087	U=605,5;p=0,004	U=751;p=0,102	U=851;p=0,433	U=812,5;p=0,266	U=746,5;p=0,094	U=887,5;p=0,637

Çizelge 4.4. (devam)Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre KHAÖ, GKÖ-KF ve Ölçek Alt boyutları Analiz Bulguları

			Bilişsel Hastalık Temsilleri	Duyusal Hastalık Temsilleri	KHAÖ Toplam Puan	Ferahlama	Rahatlama	Sorunların Üstesinden Gelme	GKÖ-KF Toplam Puan
Yaşam algısını değerlendirir me	Çok iyi + iyi	Türk	12,21 ± 3,74	21,12 ± 6,51	33,32 ± 7,17	39,50 ± 5,93	36,62 ± 6,17	32,26 ± 4,60	108,38 ± 13,39
		Mülteci	13,85 ± 4,36	19,58 ± 7,35	33,42 ± 7,33	41,12 ± 4,18	37,15 ± 5,48	31,23 ± 4,24	109,50 ± 9,74
	Test analizi		U=333,5;p=0,104	U=385;p=0,395	U=429;p=0,846	U=375;p=0,316	U=398,5;p=0,515	U=382;p=0,369	U=413;p=0,665
	Orta	Türk	12,63 ± 3,64	25,69 ± 5,43	38,33 ± 5,80	36,90 ± 4,95	33,33 ± 5,72	29,81 ± 3,48	100,04 ± 10,32
		Mülteci	14,39 ± 3,28	21,67 ± 6,06	36,06 ± 5,83	36,82 ± 5,32	35,53 ± 6,06	28,31 ± 4,39	100,65 ± 11,69
	Test analizi		U=885;p=0,008	U=797;p=0,001	U=980;p=0,045	U=1272;p=0,989	U=1004;p=0,066	U=1003,5;p=0,065	U=1196;p=0,596
	Çok kötü + kötü	Türk	14,15 ± 2,75	27,59 ± 6,85	41,74 ± 7,29	34,24 ± 5,38	29,97 ± 6,17	27,26 ± 3,95	91,47 ± 11,83
		Mülteci	15,16 ± 3,88	24,98 ± 6,46	40,13 ± 6,68	35,27 ± 5,19	32,33 ± 6,94	25,62 ± 3,51	93,22 ± 13,19
	Test analizi		U=643;p=0,225	U=586;p=0,076	U=643,5;p=0,228	U=666;p=0,326	U=601;p=0,104	U=580,5;p=0,066	U=697,5;p=0,504
Yoğun bakımda rahatsız olma durumu	Var	Türk	13,06 ± 3,31	25,35 ± 6,38	38,41 ± 7,06	36,60 ± 5,58	32,68 ± 5,98	29,52 ± 4,21	98,81 ± 12,38
		Mülteci	14,58 ± 3,77	22,77 ± 6,81	37,35 ± 7,02	36,77 ± 5,43	34,19 ± 6,38	27,64 ± 4,31	98,60 ± 13,12
	Test analizi		U=4662;p=0,001	U=4878;p=0,005	U=5580,5;p=0,187	U=6025;p=0,693	U=5274,5;p=0,051	U=4779;p=0,003	U=6161;p=0,911
	Yok	Türk	11,00 ± 5,89	18,29 ± 7,34	29,29 ± 6,52	41,43 ± 5,68	43,43 ± 5,26	34,00 ± 4,83	118,86 ± 12,98
		Mülteci	14,30 ± 3,89	19,00 ± 5,83	33,30 ± 5,06	41,50 ± 3,81	40,10 ± 5,93	31,20 ± 5,81	112,8 ± 6,60
	Test analizi		U=20;p=0,140	U=32,5;p=0,807	U=23;p=0,238	U=35;p=1	U=25,5;p=0,351	U=25;p=0,328	U=27;p=0,434

Araştırmaya katılanların cinsiyete göre KHAÖ puanı, GKÖ-KF puanı ve ölçek alt boyutlarında farklılıklara dair analizler Çizelge 4.5'te sunuldu. Bu verilere göre kadın Türk ve mülteci grupları arasında; bilişsel hastalık temsilleri, duygusal hastalık temsilleri, sorunların üstesinden gelme puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görüldü ($p<0,05$). Bilişsel hastalık temsilleri puanı, mülteci grubunda; duygusal hastalık temsilleri puanı ve sorunların üstesinden gelme puanı Türk grubunda anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü. Erkek Türk ve mülteci grupları arasında; bilişsel hastalık temsilleri ve sorunların üstesinden gelme puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Bilişsel hastalık temsilleri puanı mülteci grubunda; sorunların üstesinden gelme puanı ise Türk grubunda daha yüksek olduğu saptandı.

Araştırmaya katılanların medeni durumlarına göre evli olan Türk ve mülteci grupları arasında; bilişsel hastalık temsilleri, duygusal hastalık temsilleri, sorunların üstesinden gelme puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görüldü ($p<0,05$). Bilişsel hastalık temsilleri puanı, mülteci grubunda; duygusal hastalık temsilleri puanı ve sorunların üstesinden gelme puanı Türk grubunda daha yüksek olduğu görüldü. Bekar/dul/boşanmış gruplarda, rahatlama puanı mülteci grubunda Türk grubuna göre daha yüksek olduğu görüldü.

Araştırmaya katılanların eğitim durumlarında okuryazar olmayan Türk ve mülteci gruplar arasında duygusal hastalık temsilleri, KHAÖ puanı, rahatlama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü ($p<0,05$). Duygusal hastalık temsilleri puanı ve KHAÖ puanı Türk grubunda, rahatlama puanı ise mülteci grubunda yüksek olduğu görüldü. İlkokul mezunu olan gruplar arasında bilişsel hastalık temsilleri ve sorunların üstesinden gelme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Bilişsel hastalık temsilleri puanı mülteci grubunda, sorunların üstesinden gelme puanı ise Türk grubunda daha yüksek olduğu saptandı.

Araştırmaya katılanların çalışma durumlarında çalışmayan Türk ve mülteci gruplarında bilişsel hastalık temsilleri, duygusal hastalık temsilleri ve sorunların üstesinden gelme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü ($p<0,05$). Bilişsel hastalık temsilleri puanı mülteci grubunda, duygusal hastalık temsilleri ve sorunların üstesinden gelme puanları Türk grubunda daha yüksek olduğu saptandı.

Araştırmaya katılanların kronik hastalık durumlarına göre kronik hastalığı olan gruplar arasında bilişsel hastalık temsilleri, duygusal hastalık temsilleri, rahatlama ve sorunların üstesinden gelme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü ($p<0,05$). Kronik hastalığı olan gruplarda bilişsel hastalık temsilleri, rahatlama ve sorunların üstesinden gelme puanı mültecilerde, duygusal hastalık temsilleri puanı ise Türklerde daha yüksek olduğu saptandı. Kronik hastalığı olmayan gruplar arasında sorunların üstesinden gelme puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü ($p<0,05$). Kronik hastalığı olmayan gruplarda sorunların üstesinden gelme puanı Türk grubunda mülteci gruba göre daha yüksek olduğu saptandı.

KBY hastalığı olmayan, HT hastalığı olan ve olmayan gruplarda bilişsel hastalık temsilleri puanı mülteci grubunda, duygusal hastalık temsilleri ve sorunların üstesinden gelme Türk grubunda daha yüksek olduğu saptandı. KBY hastalığı olan gruplarda duygusal hastalık temsilleri puanı Türk grubunda mülteci grubuna göre daha yüksek olduğu görüldü. KOAH hastalığı olan gruplarda sorunların üstesinden gelme puanı Türk grubunda daha yüksek olduğu görüldü. KOAH hastalığı olmayan gruplarda bilişsel hastalık temsilleri ve rahatlama puanı mülteci grubunda; duygusal hastalık temsilleri ve sorunların üstesinden gelme puanı Türk grubunda daha yüksek olduğu saptandı. KY hastalığı olan gruplarda KHAÖ puanı ve duygusal hastalık temsilleri puanı Türk grubunda, GKÖ-KF puanı ve rahatlama puanı mülteci grubunda daha yüksek olduğu saptandı. KY hastalığı olmayan gruplarda bilişsel hastalık temsilleri puanı mülteci grubunda, sorunların üstesinden gelme puanı ise Türk grubunda daha yüksek olduğu saptandı. Nörolojik hastalığı olmayan gruplarda bilişsel hastalık temsilleri puanı mülteci grubunda, duygusal hastalık temsilleri puanı ve sorunların üstesinden gelme puanı Türk grubunda daha yüksek olduğu saptandı.

Araştırmaya katılanların daha önce yoğun bakıma yatma durumlarına göre daha önce yoğun bakıma yatmış olan gruplar arasında sorunların üstesinden gelme puanı açısından anlamlı bir farklılık görüldü ($p<0,05$). Sorunların üstesinden gelme puanı Türk grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Daha önce yoğun bakıma yatmamış olan gruplar arasında bilişsel hastalık temsilleri, duygusal hastalık temsilleri ve sorunların üstesinden gelme puanları açısından anlamlı bir farklılık görüldü ($p<0,05$). Bilişsel hastalık temsilleri puanı mülteci grubunda, duygusal hastalık temsilleri ve sorunların üstesinden gelme Türk grubunda daha yüksek olduğu saptandı.

Araştırmaya katılanların kötü alışkanlık kullanma durumlarına göre sigara ve alkol kullanmayan gruplar arasında bilişsel hastalık temsilleri ve sorunların üstesinden gelme puanı açısından anlamlı bir farklılık görüldü ($p<0,05$). Bilişsel hastalık temsilleri puanı mülteci grubunda, sorunların üstesinden gelme puanı Türk grubunda daha yüksek olduğu saptandı. Sigara kullanan gruplar arasında bilişsel hastalık temsilleri, duygusal hastalık temsilleri ve sorunların üstesinden gelme puanları açısından anlamlı bir farklılık görüldü ($p<0,05$). Bilişsel hastalık temsilleri puanı mülteci grubunda, duygusal hastalık temsilleri ve sorunların üstesinden gelme puanı Türk grubunda daha yüksek olduğu saptandı.

Araştırmaya katılanların sağlık durumlarına göre sağlık durumunu çok iyi ve iyi olarak değerlendiren gruplarda sorunların üstesinden gelme puanı açısından anlamlı bir farklılık görüldü ($p<0,05$). Sorunların üstesinden gelme puanı, Türk grubunda daha yüksek görüldü. Sağlık durumunu orta olarak değerlendiren gruplarda bilişsel hastalık temsilleri puanı açısından anlamlı bir farklılık görüldü ($p<0,05$). Bilişsel hastalık temsilleri puanı, mülteci grubunda daha yüksek görüldü. Sağlık durumunu çok kötü ve kötü olarak değerlendiren gruplarda duygusal hastalık temsilleri puanı açısından anlamlı bir farklılık görüldü ($p<0,05$). Duygusal hastalık temsilleri puanı, Türk grubunda daha yüksek olduğu görüldü.

Araştırmaya katılanların yaşam algılarını değerlendirme durumlarına göre yaşam algılarını orta olarak değerlendiren gruplar arasında KHAÖ puanı, bilişsel hastalık temsilleri ve duygusal hastalık temsilleri puanı açısından anlamlı bir farklılık görüldü ($p<0,05$). KHAÖ puanı ve duygusal hastalık temsilleri puanı Türk grubunda daha yüksek olduğu saptandı. Bilişsel hastalık temsilleri mülteci grubunda daha yüksek olduğu saptandı.

Araştırmaya katılanların yoğun bakımdan rahatsız olma durumlarına göre yoğun bakımdan rahatsız olan gruplar arasında bilişsel hastalık temsilleri, duygusal hastalık temsilleri ve sorunların üstesinden gelme puanları açısından anlamlı bir farklılık görüldü ($p<0,05$). Bilişsel hastalık temsilleri puanı mülteci grubunda, duygusal hastalık temsilleri ve sorunların üstesinden gelme puanları Türk grubunda daha yüksek olduğu saptandı.

Çizelge 4. 5. KHAÖ ve GKÖ-KF Arasındaki Korelasyon Analizi (n=240)

		Ferahlama	Rahatlama	Sorunların Üstesinden Gelme	Genel Konfor Ölçek Puanı
Bilişsel Hastalık Temsilleri	r	-,212**	-,024	-,157*	-,146*
	p	,001	,707	,015	,024
Duygusal Hastalık Temsilleri	r	-,422**	-,633**	-,406**	-,632**
	p	,000	,000	,000	,000
Kısa Hastalık Algısı Ölçek Puanı	r	-,549**	-,659**	-,481**	-,724**
	p	,000	,000	,000	,000

KHAÖ, GKÖ-KF ve ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişkilerin belirlenmesi için korelasyon analiz bulguları Çizelge 4.4'te sunuldu. Bu verilere göre, KHAÖ puanı ile GKÖ-KF puanı arasında negatif yönde anlamlı ilişki görüldü ($r = -0,724$; $p < 0,05$). KHAÖ puanı alt boyut puanı arttıkça, GKÖ-KF puanı azaldığı belirlendi.

Bilişsel hastalık temsilleri alt boyut puanı ile ferahlama alt boyut puanı arasında negatif yönde güçlü ve anlamlı ilişki görüldü ($r = -0,212$; $p < 0,05$). Bilişsel hastalık temsilleri alt boyut puanı arttıkça, ferahlama alt boyut puanı azaldığı görüldü.

Bilişsel hastalık temsilleri alt boyut puanı ile sorunların üstesinden gelme alt boyut puanı arasında negatif yönde anlamlı ilişki görüldü ($r = -0,157$; $p < 0,05$). Bilişsel hastalık temsilleri alt boyut puanı arttıkça, sorunların üstesinden gelme alt boyut puanı azaldığı görüldü.

Bilişsel hastalık temsilleri alt boyut puanı ile GKÖ-KF puanı arasında negatif yönde anlamlı ilişki görüldü ($r = -0,146$; $p < 0,05$). Bilişsel hastalık temsilleri alt boyut puanı arttıkça, GKÖ-KF puanı azaldığı görüldü.

Duygusal hastalık temsilleri alt boyut puanı ile ferahlama alt boyut puanı arasında negatif yönde güçlü ve anlamlı ilişki görüldü ($r = -0,422$; $p < 0,05$). Duygusal hastalık temsilleri alt boyut puanı arttıkça, ferahlama alt boyut puanı azaldığı görüldü.

Duygusal hastalık temsilleri alt boyut puanı ile rahatlama alt boyut puanı arasında negatif yönde güçlü ve anlamlı ilişki görüldü ($r = -0,633$; $p < 0,05$). Duygusal hastalık temsilleri alt boyut puanı arttıkça, rahatlama alt boyut puanı azaldığı görüldü.

Duygusal hastalık temsilleri alt boyut puanı ile sorunların üstesinden gelme alt boyut puanı arasında negatif yönde güçlü ve anlamlı ilişki görüldü ($r = -0,406$; $p < 0,05$). Duygusal hastalık temsilleri alt boyut puanı arttıkça, sorunların üstesinden gelme alt boyut puanı azaldığı görüldü.

Duygusal hastalık temsilleri alt boyut puanı ile GKÖ-KF puanı arasında negatif yönde güçlü ve anlamlı ilişki görüldü ($r = -0,632$; $p < 0,05$). Duygusal hastalık temsilleri alt boyut puanı arttıkça, GKÖ-KF puanı azaldığı görüldü.

KHAÖ puanı ile ferahlama alt boyut puanı arasında negatif yönde güçlü ve anlamlı ilişki görüldü ($r = -0,549$; $p < 0,05$). KHAÖ puanı arttıkça, ferahlama alt boyut puanı azaldığı görüldü.

KHAÖ puanı ile rahatlama alt boyut puanı arasında negatif yönde güçlü ve anlamlı ilişki görüldü ($r = -0,659$; $p < 0,05$). KHAÖ puanı arttıkça, rahatlama alt boyut puanı azaldığı görüldü.

KHAÖ puanı ile sorunların üstesinden gelme alt boyut puanı arasında negatif yönde güçlü ve anlamlı bir ilişki görüldü ($r = -0,481$; $p < 0,05$). KHAÖ puanı arttıkça, sorunların üstesinden gelme alt boyut puanı azaldığı görüldü.

5. TARTIŞMA

Kronik hastalığı olan, yoğun bakım ünitelerinde yatan farklı kültürlere sahip Türk ve mülteci hastalar için hastalık algıları ve genel konfor düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan bu çalışmadan elde edilen veriler, literatürler ve ilgili çalışmalar tarafından desteklenen hedefleri örneklendirecektir. Çalışmamızda tartışma başlıkları şu şekildedir:

- KHAÖ ve GKÖ-KF Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Tartışması
- Sosyodemografik Verilerle KHAÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Göre Analiz Bulgularının Tartışması
- Sosyo-Demografik Verilerle GKÖ-KF Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Göre Analiz Bulgularının Tartışması
- KHAÖ ve GKÖ-KF Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Korelasyon Analiz Bulgularının Tartışması

5.1. KHAÖ ve GKÖ-KF Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Tartışması

Çalışmamızda KHAÖ toplam puanı $37,45 \pm 7,14$, bilişsel hastalık temsilleri toplam puanı $13,75 \pm 3,72$, duygusal hastalık temsilleri toplam puanı $23,70 \pm 6,81$ olarak bulundu. Türk hastalarda bilişsel boyutta puan ortalaması $4,31 \pm 1,17$, mülteci hastalarda ise bilişsel boyutta puan ortalaması $4,85 \pm 1,25$ bulundu. Türk hastalarda duygusal boyutta puan ortalaması $6,23 \pm 1,65$, mülteci hastalarda ise duygusal boyutta puan ortalaması $5,61 \pm 1,69$ bulundu. Çalışmamızda bilişsel hastalık temsilleri alt boyut puanı açısından mülteci grubunda Türk gruba göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. Mülteci hastaların duygusal hastalık temsilleri ve sorunların üstesinden gelme puanı alt boyut puan ortalamalarının Türk hastalara göre daha düşük olduğu görüldü. Toplam KHAÖ puan ortalamalarında herhangi bir anlamlılık görülmeydi (Çizelge 4.3). Literatür incelendiğinde, yoğun bakımda yatan hastalarda ve yoğun bakımda yatan mülteci hastalarda hastalık algısı çalışmaları çok sınırlıdır. Aksiyel Spondiloartrit'te hastalık algısı ile ilgili çalışmada KHAÖ toplam puanı $37,66 \pm 10,63$ olarak rapor edildi (Durak, 2019). Hiperlipidemi hastalarında hastalık algı düzeyinin değerlendirildiği bir çalışmada KHAÖ toplam puanı $26,39 \pm 15,42$ bulundu. KHAÖ'nde hastalığa neden olan faktörler incelendiğinde; %28,8'inin stres-endişe-üzüntü, %21,2'sinin kalıtsal faktörler, %50'sinin kötü beslenme nedenlerinden

hastalıklarının ortaya çıktığını düşündüğü bulguları bulundu (Korkmaz, 2017). Yapılan bir çalışmada kolorektal kanserli olan bireylerde hastalık algısı toplam ölçek puanı $21,74 \pm 11,36$ olarak bulundu. Alt boyut puan ortalamaları bilişsel boyutta, kişisel kontrol puan ortalaması $3,73 \pm 3,25$ (min:0-max:10), duygusal boyutta duygu durumu puan ortalaması $4,31 \pm 3,23$ (min:0-max:10) olarak bulundu. Hastalıklarına neden olan faktörlerde ilk sırada ilk sırada stres (%44,1), beslenme (%23,5), üzüntü (%10,1) ve genetik (%10,1) şeklinde sıralanmıştır. İkinci ve üçüncü sırada ise en fazla beslenme, üzüntü ve stres şeklinde belirtildiği görüldü (Tanrıku, 2020). Tip 2 diyabetli hastalarda yapılan bir çalışmada KHAÖ toplam puanı $31,31 \pm 9,44$, bilişsel alt boyut puanı $6,40 \pm 4,74$, duygusal alt boyut puanı $24,91 \pm 8,27$ olduğu belirtildi (Acar D., 2021).

Çalışmamızda GKÖ-KF toplam puanı $99,88 \pm 13,23$, Türk grubunda $99,98 \pm 13,23$, mülteci grubunda ise $99,78 \pm 13,29$ olarak bulundu. Ferahlama alt boyutu toplam puanı $37,03 \pm 5,56$, rahatlama alt boyutu toplam puanı $34,00 \pm 6,51$, sorunların üstesinden gelme alt boyutu toplam puanı $28,86 \pm 4,53$ olarak saptandı. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte mültecilerde rahatlama alt boyut puanı yüksek görüldü. Gruplar arasında sorunların üstesinden gelme puanları açısından Türk grubunda sorunların üstesinden gelme puanı, mülteci gruba göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (Çizelge 4.3). Pinto ve arkadaşlarının (2016) hasta bireylerin konfor deneyimlerini ele aldıkları çalışmalarında konforun fiziksel boyutla sınırlı olmadığını bütüncül konforu sağlamak için fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel, çevresel olarak konfor sorunlarının değerlendirilmesi gerektiğini tespit etmişlerdir (Pinto, Caldeira, & Martins, 2017). Ortopedik cerrahi hastalarda ameliyathane basınç yarası gelişiminin azaltılmasında basınç yarası bakım paketinin etkisinin incelendiği kontrol ve çalışma grubunun GKÖ-KF puan ortalamalarında çalışma grubunun $109,01 \pm 14,81$, kontrol grubunun $87,12 \pm 18,58$ bulunduğu ve çalışma grubunun kontrol grubuna göre daha yüksek ve istatistiksel olarak daha anlamlı olduğu tespit edildiği belirtildi. GKÖ-KF alt boyutlarından ferahlama boyutunda kontrol grubu $24,93 \pm 6,20$, çalışma grubu $1,04 \pm 5,86$, rahatlama boyutunda kontrol grubu $27,78 \pm 6,80$, çalışma grubu $37,74 \pm 4,86$, üstünlük boyutunda kontrol grubu $34,42 \pm 7,15$, çalışma grubu $40,24 \pm 5,71$ olarak istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtildi (Eğilmez, 2022). Yoğun bakım ünitesinde planlı kabul protokolü uygulamasının hastanın konfor düzeyi değerlendirilen bir çalışmada deney ve kontrol grubundaki yoğun bakım

hastaların GKÖ alt düzeyleri puan ortalamalarına bakıldığında ferahlama, rahatlama ve üstünlük alt düzeyi puan ortalamalarının gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (Terzi, 2014). Yoğun bakım üniteleri hasta konforunun sağlanması açısından önemli birimlerdir. En fazla girişimlerin ve morbidite ve mortalite oranlarının fazla olduğu yoğun bakımlar gerek çevresel etkenlerden gerekse uygulanan bakım ve tedavilerden dolayı hasta bireyin konfor düzeyini olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Terzi, 2014).

5.2. Sosyodemografik Verilerle KHAÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Göre Analiz Bulgularının Tartışması

Çalışmamızda Türk kadınların bilişsel hastalık temsili puanlarının mülteci kadınlardan daha düşük, duygusal hastalık temsili puanlarının ise mülteci kadınlardan daha yüksek ve anlamlı olduğu görüldü. Aynı şekilde Türk erkek hastalarda da bilişsel hastalık temsili puanlarının mülteci erkeklerden daha düşük ve anlamlı olduğu görüldü. Göç olgusu sonucu bireyler gittikleri yerlerde sağlık hizmetlerine erişememe, ekonomik yoksulluk nedeniyle yetersiz beslenme, sosyal destek/güvence yoksunluğu ve sosyal işlevsellikte kayıp gibi sebeplerden dolayı insan sağlığı üzerinde çeşitli olumsuz etkileri yaşamaktadırlar. Bunların dışında ise bilişsel, fizyolojik ve psikolojik anlamda da olumsuz etkiler ortaya çıkmaktadır (Arslan N. , 2023). Mülteci kadınların hatta erkeklerinde literatürde bahsi geçen nedenler kaynaklı bilişsel hastalık temsillerinin etkilendiği bulundu. Türk kadınlarında da hastalık döneminde aile içindeki rollerinde yaşadıkları değişim nedeniyle duygusal anlamda etkilendiğini düşünmekteyiz. Bu nedenle de duygusal hastalık temsilleri alt boyut puanlarının mülteci kadınlara göre yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Medeni durum açısından bakıldığında evli olan Türklerde evli mültecilere göre bilişsel hastalık temsili puanlarının daha düşük, duygusal hastalık temsili puanlarının ise daha yüksek ve anlamlı olduğu görüldü. Literatürde mültecilerin ruhsal ve fiziksel sağlık sorunlarına karşı en incinebilir grup olduğu belirtilmektedir. Hazırlıksız kalma, yeni ülkenin tutumları, kötü yaşam koşulları, istihdam eksikliği ve değişken sosyal destek bu gibi durumlardan olumsuz etkilenmektedirler (Hacıhasanoğlu Aşlar & Yıldırım , 2018). Bu sayılan faktörler gereği mülteci hastalarda bilişsel algılarının olumsuz etkilendiğini düşünmekteyiz. Hastalık süreci her ne kadar biyolojik bir süreç

gibi görünse de hastalar üzerindeki yansımaları farklıdır. Hastaların hasta olmadan önceki sahip olduğu maddi ve manevi değerler de hastalık davranışını etkilemektedir. Çünkü birey, içinde yaşadığı kültürün yansımalarını hastalığa aktarır. Aile üyelerinden birinin/birkaçının hasta olması ve bundan dolayı işlevlerini yerine getirememesi durumunda aile; bir destek sistemi ve hastalığın maliyetini kontrol eden bir olgudur. Aile içerisinde hasta olan birinin acı çekmesi tüm aile üyesinin hastalıktan etkilenmesini sağlar. Bu nedenle hastanın tedavi edilmesi aynı zamanda ailenin de tedavi edilmesi anlamına gelir (Cirhinlioğlu, 2019; Güngör & Kaya, 2023). Evli olan Türk bireylerde bu sayılan süreçlerden kaynaklı duygusal anlamda etkilendiklerini söyleyebiliriz.

Eğitim durumuna göre bakıldığında okuryazar olmayan Türk hastaların mülteci hastalara göre duygusal hastalık temsilleri alt boyut ve KHAÖ toplam puanlarının daha yüksek, mülteci hastalarda da Türk hastalara göre bilişsel hastalık alt boyut puanlarının yüksek ve anlamlı olduğu bulundu. Literatürde eğitim ve sağlık arasında pozitif yönlü ilişki olduğu belirtilmiştir. Diğer bir deyişle, artan eğitim düzeyinin sağlık düzeyini yükseltmesi ya da artan sağlık düzeyinin yüksek eğitim düzeyine imkan sağlamasıyla ortaya çıkar. Bu iki durum dışında da fiziksel ve zihinsel kapasite, ailenin genetik yapısı ve tercihleri hem sağlık hem de eğitim üzerinde etkiye sahiptir (Gençoğlu & Kuşkaya, 2017). Bulgularımızda da literatüre uyumlu olarak eğitim düzeyi arttıkça hastalık algısı alt boyut ve toplam puanlarının çok etkilenmediği görülmektedir.

Bir işte çalışma durumuna göre bakıldığında Türklerde mülteci hastalara göre bilişsel hastalık temsilleri puanlarının daha düşük, duygusal hastalık temsilleri puanlarının daha yüksek ve anlamlı olduğu bulundu. Kronik hastalık nedeniyle bireyler işlerini kaybetme ya da iş değişiklikleri yapmaktadırlar. Hastalık nedeni ile kişilerin iş hayatından uzaklaşması arkadaş ve mesleki çevreden de uzaklaşmaya neden olmakta, sosyal yalıtım düzeyleri artabilmektedir. Ayrıca ekonomik anlamda sıkıntılar da yaşayabilmektedirler (Eryiğit Günler, 2019). Bu saydığımız faktörler gereği özellikle Türk hastalarda duygusal hastalık temsilleri puan ortalamalarının yüksek olduğunu düşünmekteyiz.

Kronik hastalığı olan Türk hastalarda mülteci hastalara göre bilişsel hastalık temsilleri alt boyut puanlarının daha düşük, duygusal hastalık temsilleri alt boyut

puanlarının daha yüksek ve anlamlı olduğu bulundu ($p<0,05$). Kronik hastalıklardan HT olan Türk hastalarda bilişsel hastalık temsili alt boyut puanları mültecilere göre daha düşük, duygusal hastalık temsili alt boyut puanları daha yüksek ve anlamlı bulundu ($p<0,05$). Kronik böbrek yetmezliği (KBY) ve KY olan Türk hastalarda mülteci hastalara göre duygusal hastalık temsili alt boyut puanları daha yüksek ve anlamlı bulundu ($p<0,05$). Özer ve arkadaşlarının (2022) hemodiyaliz hastalarında sağlıkta kadercilik ve hastalık algısı isimli çalışmasında KBY hastalarının duygusal alt boyut puanlarının yüksek olduğu görüldü (Özer, Bahçecioğlu Turan, & Öztürk, 2022). Ekenler'in (2022) KY'li hastada sağlık okuryazarlığının hastalık algısına etkisini belirlemek için yaptığı çalışmasında da duygusal hastalık temsilleri alt boyut ve KHAÖ toplam puanlarının yüksek olduğu görüldü (Ekenler, 2022). Timmermans et al., (2017) KY ve kardiyak pacemakerı olan hastalarda hastalık algısını belirlemek amaçlı yaptıkları çalışmalarında da psikolojik faktörlerin hastalık algısını olumsuz etkilediklerini belirtti (Timmermans, Versteeg, Meine, S S, & Denollet, 2017). Taner'in (2023) KY olan hastada hastalık algısının diyet ve ilaca etkisini belirlemek için yaptığı çalışmasında da hastaların duygusal hastalık temsili alt boyut puanlarının yüksek olduğu bulundu (Taner, 2023). Ayrıca bu puanların Türk hastalarda yüksek bulunmasının nedeni de kültürel etkenler kaynaklı hastalık kavramının etkilendiğinden dolayı kaynaklandığını söyleyebiliriz. Bu nedenle de bireylerin hastalık algıları belirlenirken bu durumu etkileyen kültürel faktörlerinde göz önüne alınarak bireye özgü hemşirelik girişimleriyle kendi hastalık yönetimlerinde başarı sağlanması sonucu kronik hastalıklardan alınan bakım memnuniyetini de artırabileceği düşüncesindeyiz.

Yoğun bakım ünitelerinde, yaşamsal faaliyetlerin sürekliliği için gereken hemodinamik takip ve diğer kişisel ihtiyaçlarını kendi kendine karşılayamayan hastalara tedavi ve bakım verilmektedir. Bu tedavi ve bakım verilirken kullanılan teknolojik cihazlar yoğun bakım ünitelerini diğer ünitelerden farklı kılar. Bu nedenle bireylerin hem fiziksel hem de psikolojik olarak etkilenmeleri söz konusu olabilmektedir. Ayrıca yoğun bakımdaki gürültü, ışık, alarm sesleri gibi durumlar hastalar için karmaşık görünmektedir. Çalışmamızda daha önce yoğun bakımda tedavi görmeyen mülteci hastalarda bilişsel hastalık temsilleri puanının yüksek, Türk hastalarda ise duygusal hastalık temsilleri alt boyutunun yüksek olduğu bulundu. Mülteci hastalarda kendi ülkelerinden başka bir yerde bulunmanın onları bilişsel anlamda etkilediğini söyleyebiliriz. Türk hastalarda ise kültürel özellikler kaynaklı

bireyin hasta olması aileden ve evden ayrılma gibi durumlar nedeniyle duygusal olarak yoğunluk yaşadığını düşünmekteyiz.

Sağlık algısını orta olarak değerlendiren mülteci grupta bilişsel hastalık temsilleri alt boyut puanlarının yüksek, kötü olarak değerlendiren Türk grubunda ise duygusal hastalık temsilleri alt boyut puanlarının yüksek ve anlamlı olduğu bulundu. Yaşam algısını orta olarak değerlendiren mülteci hastalarda bilişsel hastalık temsilleri alt boyut puanlarının yüksek, Türk hasta grubunda ise duygusal hastalık temsilleri alt boyut ve toplam puanlarının yüksek ve anlamlı olduğu bulundu. Mülteci bireylerde yapılan bir çalışmada Türkiye’deki sağlık sisteminin kendi sağlık sistemlerinden daha farklı daha ayrıntılı olduğunu belirtmektedirler (Zengin , Yayan, Düken, & Suna Dağ, 2021). Bu nedenle sağlık ve yaşam algılarının bilişsel düzeyde etkilenmelerinin prosedürler kaynaklı olduğunu düşünebiliriz. Tabi ki kültürel farklılıklar sağlık ve yaşam algısını da etkilemektedir. Türk hastalarda ise sağlık sisteminden öte algılanan hastalık algısının duygusal anlamda daha yoğun olması nedeniyle bu sonucun ortaya çıktığını düşünmekteyiz.

5.3. Sosyo-Demografik Verilerle GKÖ-KF Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Göre Analiz Bulgularının Tartışması

Cinsiyete göre bakıldığında kadın mülteci hastaların rahatlama alt boyut puanın kadın Türk hastalardan daha yüksek, sorunların üstesinden gelme alt boyutunda ise hem kadın hem erkek Türk hastalarda mültecilere göre puanların daha yüksek ve anlamlı olduğu bulundu. Çalışmamızdaki bu farklılığın kültürel etkenler kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz. Özellikle mülteci hastaların kendi vatanları dışında bir başka yerde sağlık sistemi uygulamalarında olan farklılıklar kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz. Zengin ve ark. (2021) Suriyeli Sığınmacıların Sosyo-Kültürel Farklılıklarının Sağlık Hizmetlerine Yansıması isimli nitel çalışmasında Suriyeli hastalar Türkiye’deki hasta bakımının kendi ülkelerine göre daha iyi fakat sağlık sistemiyle ilgili birçok prosedürün olduğunu ve bazen zorlandıklarını belirtmektedir (Zengin , Yayan, Düken, & Suna Dağ, 2021). Bu nedenle sorunların üstesinden gelme alt boyut puanlarının düşük olmasını belirtilen durum kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz.

Medeni duruma baktığımızda bekar olan mültecilerde rahatlama alt boyut puanlarının, evli olan Türklerde de sorunların üstesinden gelme alt boyut puanlarının daha yüksek ve anlamlı olduğu bulundu. Mülteci bireylerle yapılan bir çalışmada, eşe olan bağlılık ve aile konusunda Türkiye’de sevgi ve saygı kavramlarının daha baskın olduğu belirtilmektedir (Zengin , Yayan, Düken, & Suna Dağ, 2021). Bekar olan bireylerde yalnızlık duygusundan kaynaklı bu sonucun ortaya çıkmış olabileceği görüşündeyiz. Türklerde ise ailede bir hastalık olduğunda aile birliğinin olumsuz etkileneceği düşüncesiyle sorunların üstesinden gelme alt boyut puanlarının yüksek olduğunu düşünmekteyiz.

Eğitim durumuna göre okuryazar olmayan mülteci hastalarda rahatlama, ilkokul mezunu olan Türklerde de sorunların üstesinden gelme alt boyut puanlarının daha yüksek ve anlamlı olduğu bulundu. Farklı bir coğrafyadan gelmeyle beraber dil sorunları da ortaya çıkmaktadır. Zengin ve ark. (2021) çalışmasında da sığınmacılar Türkçe’yi Türkiye’de öğrendiklerini ve öğrenirken de zorluk ve iletişim kaynaklı problemler yaşadıklarından bahsetmektedirler (Zengin , Yayan, Düken, & Suna Dağ, 2021). Bu nedenle sorunların üstesinden gelme anlamında zorlandıkları ortaya çıkmaktadır.

Kronik hastalığı olan mülteci hasta grubunda rahatlama ve sorunların üstesinden gelme alt boyut puanlarının Türk hastalara göre daha yüksek ve anlamlı olduğu bulundu. HT ve KOAH’ı olan Türk hastalarda mültecilere göre sorunların üstesinden gelme alt boyut puanlarının yüksek ve anlamlı bulundu. Hastalık tanımı her ne kadar evrensel olsa da hastalığa yüklenen anlamlar değişiklik gösterir. Burada hastalığı algılama büyük anlam taşır. Bu algı da zaten toplumlara göre değişiklik gösterir. Kültürel yargılara göre birey, hastalık hakkında bilgiye sahipse semptomlara ve hastalığa göstereceği tepki de bu yargılara göre olmaktadır. Hastalık şiddetinin yüksek olduğu semptomlar genellikle ciddi hastalıklar olarak düşünülür. Bu nedenle hastanın hastalıklara karşı bilgi sahibi olması hastalıklara yönelik alacağı tedbirlerini de etkilemektedir (Güngör & Kaya, 2023). Çalışmamızdaki bu bulgularımızın literatürde bahsi geçen faktörler kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz.

Daha önce yoğun bakıma yatmayan ve yoğun bakımda rahatsızlık duyduğunu belirten Türk hastalarda mülteci hasta grubuna göre sorunların üstesinden gelme alt boyut puanlarının yüksek ve anlamlı bulundu. Yoğun bakım karmaşık tedavilerin, ses,

gürültü gibi faktörlerin olduğu bir tedavi ünitesidir. Bu nedenle hastalar tarafından bir bilinmezlik korkusu hissedilebilir. Bu korku kaynaklı bireyleri böyle hissetmesinin normal bir durum olduğunu düşünmekteyiz.

Sağlık durumunu çok iyi ve iyi olarak değerlendiren Türk hastalarda mülteci hastalara göre sorunların üstesinden gelme alt boyut puanının daha yüksek ve anlamlı olduğu bulundu. Zengin ve arkadaşlarının (2021) Suriyeli sığınmacılarla yaptığı çalışmasında bireylerin Türkiye'deki sağlık sisteminde daha çok prosedür olduğunu, daha karmaşık ve zor olduğunu belirttiler (Zengin , Yayan, Düken, & Suna Dağ, 2021). Bu nedenler kaynaklı sağlık algılarının olumsuz etkilendiğini düşünmekteyiz.

5.4. KHAÖ ve GKÖ-KF Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Korelasyon Analiz Bulgularının Tartışması

Kültürel farklılıklar bireylerin kişisel özellikleriyle ilişkilidir. Kişilerin düşünme sistemlerini, süreçlerini, algılamalarını farklı olarak etkiler. Hasta bakımında ki süreçlerde ailenin yapısı, inançlar, gelenekler ve yaşam tarzı genellikle etkili olmaktadır. Bireyin hastalığını algılama sürecinde de bu faktörler etkilidir. Hastalık kavramı genel olarak kültürlerde hoşnut olmayan bir durumdur (Collins, Zoucha, Lockhart, & Mixer, 2018). Bireyler kronik hastalık tanısı aldıklarında ailevi rollerinin değişmesi, aile üyelerinden ayrı kalma, iş ve ekonomik durumunun etkilenmesi gibi düşüncelerle baş başa kalmaktadırlar. Bu olumsuz duygu ve düşünceler olumsuz hastalık algısını oluşturabilmektedirler. Çalışmamızda hastalık algısı puanları arttıkça konfor durumunun olumsuz etkilendiği görüldü. Literatürde hastalık algısı ve konfor düzeyini değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle yukarıda bahsi geçen faktörler kaynaklı bu bulgumuzun ortaya çıktığı görüşündeyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar:

- Çalışmamızda yaş ortalamasının mültecilere göre Türklerde daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı,
- Çalışmamızda KHAÖ toplam puanı $37,45 \pm 7,14$, bilişsel hastalık temsilleri toplam puanı $13,75 \pm 3,72$, duygusal hastalık temsilleri toplam puanı $23,70 \pm 6,81$ olarak bulundu. Türk hastalarda bilişsel boyutta puan ortalaması $4,31 \pm 1,17$, mülteci hastalarda ise bilişsel boyutta puan ortalaması $4,85 \pm 1,25$ bulundu. Türk hastalarda duygusal boyutta puan ortalaması $6,23 \pm 1,65$, mülteci hastalarda ise duygusal boyutta puan ortalaması $5,61 \pm 1,69$ bulundu.
- Çalışmamızda bilişsel hastalık temsilleri alt boyut puanı açısından mülteci grubunda Türk gruba göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. Mülteci hastaların duygusal hastalık temsilleri ve sorunların üstesinden gelme puanı alt boyut puan ortalamalarının Türk hastalara göre daha düşük olduğu görüldü. Toplam KHAÖ puan ortalamalarında herhangi bir anlamlılık görülmedi.
- Çalışmamızda Türk kadınların bilişsel hastalık temsilleri puanlarının mülteci kadınlarından daha düşük, duygusal hastalık temsilleri puanlarının ise mülteci kadınlardan daha yüksek ve anlamlı olduğu görüldü. Aynı şekilde Türk erkek hastalarda da bilişsel hastalık temsilleri puanlarının mülteci erkeklerden daha düşük ve anlamlı olduğu görüldü.
- Medeni durum açısından evli olan Türklerde evli mültecilere göre bilişsel hastalık temsilleri puanlarının daha düşük, duygusal hastalık temsilleri puanlarının ise daha yüksek ve anlamlı olduğu görüldü.
- Eğitim durumuna göre bakıldığında okuryazar olmayan Türk hastaların mülteci hastalar göre duygusal hastalık temsilleri alt boyut ve KHAÖ toplam puanlarının daha yüksek, mülteci hastalarda da Türk hastalara göre bilişsel hastalık temsilleri alt boyut puanlarının yüksek ve anlamlı olduğu bulundu.
- Bir işte çalışma durumuna göre bakıldığında Türklerde mülteci hastalara göre bilişsel hastalık temsilleri puanlarının daha düşük, duygusal hastalık temsilleri puanlarının daha yüksek ve anlamlı olduğu bulundu.

- Kronik hastalığı olan Türk hastalarda mülteci hastalara göre bilişsel hastalık temsilleri alt boyut puanlarının daha düşük, duygusal hastalık temsilleri alt boyut puanlarının daha yüksek ve anlamlı olduğu bulundu ($p<0,05$). Kronik hastalıklardan HT olan Türk hastalarda bilişsel hastalık temsilleri alt boyut puanları mültecilere göre daha düşük, duygusal hastalık temsilleri alt boyut puanları daha yüksek ve anlamlı bulundu ($p<0,05$). Kronik böbrek yetmezliği (KBY) ve KY olan Türk hastalarda mülteci hastalara göre duygusal hastalık temsilleri alt boyut puanları daha yüksek ve anlamlı bulundu ($p<0,05$).
- Çalışmamızda daha önce yoğun bakımda tedavi görmeyen hastalarda mülteci hastalarda bilişsel hastalık temsilleri puanının yüksek, Türk hastalarda ise duygusal hastalık temsilleri alt boyutunun yüksek olduğu bulundu.
- Sağlık algısını orta olarak değerlendiren mülteci grupta bilişsel hastalık temsilleri alt boyut puanlarının yüksek, kötü olarak değerlendiren Türk grubunda ise duygusal hastalık temsilleri alt boyut puanlarının yüksek ve anlamlı olduğu bulundu. Yaşam algısını orta olarak değerlendiren mülteci hastalarda bilişsel hastalık temsilleri alt boyut puanlarının yüksek, Türk hasta grubunda ise duygusal hastalık temsilleri alt boyut ve toplam puanlarının yüksek ve anlamlı olduğu bulundu.
- Çalışmamızda GKÖ-KF toplam puanı $99,88\pm13,23$, Türk grubunda $99,98\pm13,23$, mülteci grubunda ise $99,78\pm13,29$ olarak bulundu. Ferahlama alt boyutu toplam puanı $37,03\pm5,56$, rahatlama alt boyutu toplam puanı $34,00\pm6,51$, sorunların üstesinden gelme alt boyutu toplam puanı $28,86\pm4,53$ olarak saptandı.
- İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte mültecilerde rahatlama alt boyut puanı yüksek görüldü. Gruplar arasında sorunların üstesinden gelme puanları açısından Türk grubunda sorunların üstesinden gelme puanı, mülteci gruba göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü.
- Cinsiyete göre bakıldığında kadın mülteci hastaların rahatlama alt boyut puanın kadın Türk hastalardan daha yüksek, sorunların üstesinden gelme alt boyutunda ise hem kadın hem erkek Türk hastalarda mültecilere göre puanların daha yüksek ve anlamlı olduğu bulundu.
- Medeni duruma baktığımızda bekar olan mültecilerde rahatlama alt boyut puanlarının, evli olan Türklerde de sorunların üstesinden gelme alt boyut puanlarının daha yüksek ve anlamlı olduğu bulundu.

- Eğitim durumuna göre okuryazar olmayan mülteci hastalarda rahatlama, ilkokul mezunu olan Türklerde de sorunların üstesinden gelme alt boyut puanlarının daha yüksek ve anlamlı olduğu bulundu.
- Kronik hastalığı olan mülteci hasta grubunda rahatlama ve sorunların üstesinden gelme alt boyut puanlarının Türk hastalara göre daha yüksek ve anlamlı olduğu bulundu. HT ve KOAH'ı olan Türk hastalarda mültecilere göre sorunların üstesinden gelme alt boyut puanlarının yüksek ve anlamlı bulundu.
- Daha önce yoğun bakıma yatmayan ve yoğun bakımda rahatsızlık duyduğunu belirten Türk hastalarda mülteci hasta grubuna göre sorunların üstesinden gelme alt boyut puanlarının yüksek ve anlamlı bulundu.
- Sağlık durumunu çok iyi ve iyi olarak değerlendiren Türk hastalarda mülteci hastalara göre sorunların üstesinden gelme alt boyut puanının daha yüksek ve anlamlı olduğu bulundu.
- KHAÖ puanı ile GKÖ-KF puanı arasında negatif yönde anlamlı ilişki görüldü ($r = -0,724$; $p < 0,05$). KHAÖ puanı alt boyut puanı arttıkça, GKÖ-KF puanı azaldığı belirlendi.
- Bilişsel hastalık temsilleri alt boyut puanı arttıkça, ferahlama alt boyut puanı azaldığı,
- Bilişsel hastalık temsilleri alt boyut puanı arttıkça, sorunların üstesinden gelme alt boyut puanı azaldığı,
- Bilişsel hastalık temsilleri alt boyut puanı arttıkça, GKÖ-KF puanı azaldığı,
- Duygusal hastalık temsilleri alt boyut puanı arttıkça, ferahlama alt boyut puanı azaldığı,
- Duygusal hastalık temsilleri alt boyut puanı arttıkça, rahatlama alt boyut puanı azaldığı,
- Duygusal hastalık temsilleri alt boyut puanı arttıkça, sorunların üstesinden gelme alt boyut puanı azaldığı,
- Duygusal hastalık temsilleri alt boyut puanı arttıkça, GKÖ-KF puanı azaldığı,
- KHAÖ puanı arttıkça, ferahlama alt boyut puanı azaldığı,
- KHAÖ puanı arttıkça, rahatlama alt boyut puanı azaldığı,
- KHAÖ puanı arttıkça, sorunların üstesinden gelme alt boyut puanı azaldığı görüldü.

Öneriler:

- Literatüre bakıldığında yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerde hastalık algısı ve genel konfor düzeyi ile ilgili bilimsel araştırmaların az veya hiç olmaması nedeniyle bilimsel araştırmaların arttırılması,
- Mülteci bireylerde ve yoğun bakım ünitesinde yatan mülteci bireylerde hastalık algısı ve konfor düzeyi ile ilgili çalışmaların az veya hiç olmaması nedeniyle daha ayrıntılı bilimsel araştırmaların arttırılması,
- Yoğun bakımda görev alan sağlık çalışanları, kültürlerarası farklılıkların bilincinde olup, bireylerin kendilerini ifade etmesinde teşviğin sağlanması, yoğun bakımın karmaşık yapısına uyumunu kolaylaştırmada gerekli bilgilerin verilmesi ve ortamın tanıtılması, yapılacak olan girişimlerin iletişime uygun olarak açıklanması, kronik hastalıklarda karşılaştıkları durumla baş etmelerinde problem çözme becerilerinin geliştirilmesi, bireylerin desteklenmesi hususunda literatürde daha fazla araştırma yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Acar, A. E. (2011). *Kronik Hastalıkların, Hastaların Aile İşlevleri Ve Yaşam Doyumları Üzerine Etkisi*. İzmir, Türkiye.
- Acar, D. (2021). Tip 2 Diyabet Hastalarının Duygudurumları, Hastalık Temsilleri Ve Üst Bilişsel Yapıları Arasındaki İlişkilerin Fennell Dört Evre Modeli Çerçevesinden İncelenmesi. İstanbul.
- Akdeniz, S., & Ünlü , H. (2004). Yoğun Bakım Hemşireliği. *Yoğun Bakım Dergisi*, 4(3), 179-185. http://www.yogunbakimdergisi.org/managete/fu_folder/2004-03/2004-4-3-179-185.pdf adresinden alındı
- Akgün, N. (2016). Suriyeli Mültecilerde Ruhsal İyilik Hali Ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Konya.
- Akpir, K. (2002). Yoğun Bakım Serüveni: Dün Bugün. *Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 1(1), 6-12.
- Alkan, T. (2019). Hemşirelerin Hemşirelik Tarihi Bilgileri Ve Mesleki Tutumları. Yozgat, Türkiye: Yök-Tez. https://acikbilim.yok.gov.tr/bitstream/handle/20.500.12812/596645/yokAcikBilim_10165409.pdf?sequence=-1&isAllowed=y adresinden alındı
- Allen, L., & Feigl, A. (2017). What's in a name? A call to reframe non-communicable diseases. *The Lancet Global Health*, 5(2), 129-130. doi:10.1016/S2214-109X(17)30001-3
- Amara, A., & Aljunid, S. (2014, Apr 3). Noncommunicable diseases among urban refugees and asylum-seekers in developing countries: a neglected health care need. *Global Health*, 10(24).
- Arslan , N. (2023). Göçmen Kadınların Sağlık Sorunları Üzerine Genel Bir Değerlendirme. *Biga İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(2), s. 104-114.
- Arslan, D. N. (2021). Suriyeli Sığınmacıların Kültürleşme Sürecinde Sağlık Algıları Üzerine Nitel Bir Araştırma. İzmir, Türkiye.
- Ataş Balcı, L., Alptekin, H. K., & Alkan, M. (2016, Kasım 24-25). Suriyeli Sığınmacılarda Kronik Hastalık ve Fiziksel Sağlıkla İlgili Problemlerin Belirlenmesi. *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(1).
- Avcı, M. (2017, Kasım). Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Yakınlarının Anksiyete Düzeyleri Ve Sosyal Destek Algıları İle Yoğun Bakım Ünitelerinden Memnuniyeti Arasındaki İlişki.
- Ayyıldız, N. İ. (2016). Hipertansiyon Hastalarında Hastalık Algısının Yaşam Doyumuna Etkisi. Erzurum, Türkiye.
- BAYKARA, Z. G. (2010). Hemşirelik Bakımında Hemşirenin Mesleki Özerkliğinin Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma. Ankara, Türkiye. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> adresinden alındı
- Beğer, T. (2004). Yoğun Bakımda Dekübit Ülserleri: Risk Faktörleri ve Önlenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 4(4), 244-253. http://www.yogunbakimdergisi.org/managete/fu_folder/2004-04/2004-4-4-244-253.pdf adresinden alındı
- Bekar, M. (2001, Mart-Nisan). KÜLTÜRLERARASI (TRANSKÜLTÜREL) HEMŞİRELİK. *TOPLUM ve HEKİM*, 16(2), s. 136-141.
- Berber, T. (2014). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Hastalık Algısı Ve Kişilik Özellikleri. İstanbul, Türkiye.

- Biberoğlu, K. (2003). Yoğun Bakım Enfeksiyonları: Tanımlar, Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri. *Yoğun Bakım Dergisi*, 3(2), 73-80. http://yogunbakimdergisi.org/managete/fu_folder/2003-02/2003-3-2-073-080.pdf adresinden alındı
- Bolsoy, N., & Sevil, Ü. (2006). SAĞLIK-HASTALIK VE KÜLTÜR ETKİLEŞİMİ. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(3), s. 78-87.
- Broadbent, E., Petrie, K., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. 631-637. *Journal of Psychosomatic Research* 60.
- Chowdhury, D., & Duggal, A. (2017). Intensive care unit models: Do you want them to be open or closed? A critical review. 65(1), 39-45. https://www.neurologyindia.com/article.asp?issn=0028-3886;year=2017;volume=65;issue=1;spage=39;epage=45;aulast=Chowdhury;aid=ni_2017_65_1_39_198205 adresinden alındı
- Ciddi, S. (2010). Kalp Yetmezliği Olan Bireylerde Cinsiyetin Hastalık Algısına Etkisi. İzmir, Türkiye.
- Cirhinlioğlu, Z. (2019). *Sağlık Sosyolojisi*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Collins, J., Zoucha, R., Lockhart, J., & Mixer, S. (2018, Jan 22). Cultural Aspects of End-of-Life Care Planning for African Americans: An Integrative Review of Literature. *J of Transcult Nursing*, s. 578-590. doi:10.1177/1043659617753042
- Çamlıca, T., & Kartal, H. (2021). Hemşirelik Eğitiminin Tarihsel Gelişimi. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 29(1), 142-147.
- Çelikel, T. (2001). Dünyada ve Türkiye’de Yoğun Bakım Uzmanlığı. *Yoğun Bakım Dergisi*, 1(1), 5-9. http://yogunbakimdergisi.org/managete/fu_folder/2001-01/2001-1-1-005-010.pdf adresinden alındı
- Çıtlık Sarıtaş, S., Çevik, S., & Özden, G. (2018, Aralık). Genel Konfor Ölçeği Kısa Formunun Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *10*, 2, 16-22.
- Demir, A. (2021). Tip 2 Diyabeti Olan Kişilerde Hastalık Algısının Ve İlaç Uyumunun Diyabet Kontrolü Üzerine Etkisinin Araştırılması. İstanbul, Türkiye.
- Demiral, M. (2021). CERRAHİ SERVİSLERİNDE ÇALIŞAN VE FARKLI KÜLTÜRDEN GELEN HASTALARA BAKIM VEREN HEMŞİRELERİN KÜLTÜRLERARASI İLETİŞİM YETERLİLİĞİ. İstanbul.
- Demirtaş, Z. (2020). Mülteci Ve Türk Kadınlarında Kronik Pelvik Ağrı Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Eskişehir.
- Doğan, B. (2021). Adana Kent Merkezindeki 18 Yaş Üzeri Suriyeli Mültecilerde Sigara, Nargile Ve Diğer Tütün Ürünlerini Kullanım Durumları, Savaşın Etkisi Ve İlişkili Faktörlerin Saptanması. Ankara, Türkiye.
- Doğruel Yılmaz, M. (2019). SBÜ Haseki Suam İç Hastalıkları Kliniği'nde Yatan Suriyeli Mülteciler Ve T.C. Vatandaşlarının Klinik Ve Laboratuvar Verilerinin Karşılaştırılması. İstanbul.
- Douglas, M., Pierce, J., Rosenkoetter, M., Pacquiao, D., Callister, L., Hattar-Pollara, M., . . . Purnell, L. (2011). Standards of Practice for Culturally Competent Nursing Care: 2011 Update. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(4), s. 317-333. doi:10.1177/1043659611412965
- Dowd, T. (2017). Theory of Comfort. M. R. Alligood içinde, *Nursing Theorists And Their Work* (s. 527-539). Elsevier. <https://arakmu.ac.ir/file/download/news/1581932519-nursing-theorists-and-their-work-e-book.pdf> adresinden alındı

- Durak, M. (2019). Aksiyel Spondiloartrit Hastalık Algısı Ve İlişkili Faktörler. Edirne.
- Duran, S. (2019). Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerilerinin Ve Göçmenlerle Yaşadıkları İletişim Zorluklarının Belirlenmesi. Yozgat, Türkiye.
- Dursun, S. (2019). Uluslararası Göç Bağlamında Suriyeli Sığınmacıların Türkiye Sağlık Politikaları Üzerine Etkileri. İstanbul, Türkiye.
- Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ]. (2017). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı. https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19.06.2018.pdf adresinden alındı
- Eğilmez, H. (2022). Ortopedik Cerrahi Geçiren Hastalarda Ameliyathane Basınç Yarası Gelişiminin Azaltılmasında Basınç Yarası Bakım Paketinin Etkisinin İncelenmesi. Gaziantep.
- Ekenler, G. (2022). Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Sağlık Okuryazarlığının Hastalık Algısı Ve İlaç Uyumu İle İlişkisi.
- Elçelik, U. E. (2021, 01). Yoğun Bakım Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Son Dönem Hasta Bakımında Yaşadıkları Ahlaki Sıkıntıların Bakım Davranışlarına Etkisi. Nevşehir, Türkiye.
- Erbaş, E. N. (2021). Covid-19 Pandemi Sürecinde Kronik Hastalığı Bulunan Erişkinlerin Sağlık Anksiyetesi İle Kronik Hastalıklara Uyum Durumlarının İlişkisi. İstanbul, Türkiye.
- Erbir, A. (2022). Acil Servise Başvuran Covid-19 Pozitif Tespit Edilen Hastalarda Türkiye Cumhuriyeti Vatandaşları İle Mültecilerin Sosyo-Ekonomik, Özgeçmiş, Klinik İlerleyiş, Tedavi Ve Sonuçlarının Karşılaştırılması. Bursa.
- Erdoğan, N. (2019, Nisan). Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yakınlarının Gereksinimleri Ve Stresle Baş Etme Tarzlarının Belirlenmesi. Nevşehir, Türkiye.
- Eryiğit Günler, O. (2019). Kronik Hastalıkların Yol Açtığı Bazı Toplumsal Problemler. *Selçuk Ün. Sos. Bil. Ens. Der.*(42), s. 392-400.
- Genç, K. N. (2019). Kolcaba'nın Konfor Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Girişimlerinin Yaşam Sonu Dönemdeki Hastaların Konfor Düzeyine Ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi.
- Gençler, A. (2004). Avrupa Birliği'nin Göç Politikası. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 173-197.
- Gençoğlu, P., & Kuşkaya, S. (2017). Türkiye’de Sağlıkın Eğitim Üzerindeki Etkileri: ARDL Sınır Testi Yöntemi ile Bir Değerlendirilme. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 5(4), s. 1-11.
- Glynn, G., & Ahern, M. (2000). Determinants Of Critical Care Nurses' Pain Management Behaviour. *Aust Crit Care*, 13(4), 144-151.
- Gözüküçük, R. (2021). Yoğun Bakım Ünitesinde Erken Ayağa Kaldırmada Rehber Kullanımının Bağırsak Hareketi, Hemodinami, Konfor Ve Yorgunluk Düzeyine Etkisi. İstanbul, Türkiye.
- Gündüz, F. (2014). Tip II Diyabetes Mellituslu Hastalarda Hastalık Algısı, Psikososyal Uyum Ve Glisemik Kontrolün Değerlendirilmesi. Erzurum, Türkiye.
- Gündüz, F., & Karabulutlu, E. Y. (2016). TİP II Diyabetes Mellituslu Hastalarda Hastalık Algısı, Psikososyal Uyum ve Glisemik Kontrolün Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(2), s. 106-115.

- Güngör, S., & Kaya, E. (2023, Ağustos). Hastalık ve Kültür İlişkisine Kuramsal Bir Bakış. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*(44), s. 659-691. doi:<https://doi.org/10.14520/adyusbd.1295470>
- Güven, M. (2006). Dünyada Yoğun Bakım Üniteleri Ve Yoğun Bakım Uzmanlığı. Antalya.
- Güvenç, B. (2016). *İNSAN VE KÜLTÜR*. İstanbul: Boyut Yayıncılık.
- Hacıhasanoğlu Aşlar, R., & Yıldırım , A. (2018). *Göçün Sosyal ve Ruhsal Etkileri ve Hemşirelik* (1. Baskı b.). (İ. Aydın Avcı, Dü.) Ankara, Türkiye: Türkiye Klinikleri.
- Haravı, E. (2019). Suriye Savaşının Göçmenlerdeki Bazı Hastalıkların Seyrine Olan Etkisi Ve Göçmenlerin Hastalıklarla Mücadelesinin Değerlendirilmesi. Sivas, Türkiye.
- Hatipoğlu, S. (2002). Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği İlkeleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 44(4), 475-479.
- İlhan, M., Ertek, İ., Gözükar, M., Akil, Ö., Ursu, P., Ergüder, T., . . . Kaptan, H. (2020, Oct 11). Substance Use in Refugee Camps and Local Community: Şanlıurfa Sample. *Noro Psikiyatr Ars*, 58(2), s. 121-127.
- Kara, A. (2019). KOAH'lı Hastalarda Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi. Balıkesir, Türkiye.
- Karabuğa Yakar, H. (2016). FARKLI KÜLTÜRLERDEN GELEN HASTALARA BAKIM VEREN HEMŞİRELERİN KÜLTÜRLERARASI İLETİŞİM YETERLİLİĞİ. İstanbul.
- Karabulut , N., Gürçayır, D., & Yaman Aktaş, Y. (2019). Hemşirelik Araştırma Tarihi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 121-128. <http://journal.acibadem.edu.tr/en/download/article-file/1701709> adresinden alındı
- Karadağ, Z., & Akkuş, Y. (2020). Hipertansiyon Hastalarında Hastalık Algısının Belirlenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 11(26), 111-118. doi:10.5543/khd.2020.79664
- Karagülle, Ç. (2019, Mayıs). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi. Bolu, Türkiye.
- Karataş, T., Ozen, S., & Kutluturk, S. (2017). Factor Structure and Psychometric Properties of the Brief Illness Perception Questionnaire in Turkish Cancer Patients. *ASIA-PACIFIC JOURNAL OF ONCOLOGY NURSING*, 4(1), s. 77-83.
- Katz, J., Minder , M., Olenchock, B., Fiyat, S., Goldfarb, M., Washam, J., . . . van Diepen, S. (2016, July 05). The Genesis, Maturation, and Future of Critical Care Cardiology. *J Am Coll Cardiol*, 68(1), 67-79. doi: 10.1016/j.jacc.2016.04.036
- Kavaklı, Ö., Uzun , Ş., & Arslan, F. (2009). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Profesyonel Davranışlarının Belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 51, 168-173. https://www.researchgate.net/profile/Filiz-Arslan-4/publication/286596444_Determination_of_the_professional_behavior_of_the_intensive_care_nurses/links/570e410308aed4bec6fdd1a5/Determination-of-the-professional-behavior-of-the-intensive-care-nurses.pdf adresinden alındı
- Kaya, H., Sengoren Dikis, O., Sezgin, B., Demirci, H., Haberal, M., Akar, E., & Yüksel, M. (2021). Evaluation of Syrian refugees' emergency service admissions in the western region of Turkey. *Pathogens and Global Health*, 115(3), 196-202.
- Kelly, F., Fong, K., Hirsch, N., & Nolan, J. (2014, Aug). Intensive care medicine is 60 years old: the history and future of the intensive care unit. *Clinic Medicine*, 14(4), 376-379. doi:10.7861 / clinmedicine.14-4-376

- Kim, H., Shin, J. A., Shin, J. Y., & Cho, O. M. (2010). Adequacy of Nutritional Support and Reasons for Underfeeding in Neurosurgical Intensive Care Unit Patients. *Asian Nursing Research*, 4(2), 102-110.
- Kıraner, E., & Terzi, B. (2020). Covid-19 Pandemi Sürecinde Yoğun Bakım Hemşireliği. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 83-88. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1136959> adresinden alındı
- Kocaman, N., M. Özkan, Armay, Z., & S. Özkan. (2007). Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 271-280. <https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/hastalik-algisi-olcegi-toad.pdf> adresinden alındı
- Koçak, Y., & Terzi, E. (2012). Türkiye'de Göç Olgusu, Göç Edenlerin Kentlere Olan Etkileri Ve Çözüm Önerileri. *Kafkas Üniversitesi, İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(3), 163-184.
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research. *NURSING OUTLOOK*, 49(2), 86-92.
- Kolcaba, K. Y. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237-240.
- Kolcaba, K. Y. (1992). Holistic Comfort: Operationalizing The Construct As A Nurse-Sensitive Outcome. *Advances in Nursing Science*, 15(1), 1-10.
- Kolcaba, K. Y. (1994). A Theory Of Holistic Comfort For Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178-1184.
- Kolcaba, K. Y., & Kolcaba, R. J. (1991). An Analysis Of The Concept Of Comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1301-1310.
- Kolcaba, K., & Dimarco, M. (2005, May-June). Comfort Theory And Its Application to pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187-194.
- Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Comfort Theory A unifying framework to enhance the practice environment. *The Journal of Nursing Administration*, 36(11), 538-544.
- Korkmaz, B. (2017). Hiperlipidemi Hastalarında Hastalık Algı Düzeyinin Değerlendirilmesi. İzmir.
- Luce, J., & White, D. (2009, 01). A History of Ethics and Law in the Intensive Care Unit. *Crit Care Clin*, 25(1), 221-237. doi:10.1016/j.ccc.2008.10.002
- Mısırlı, İ. (2019). Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Uyku Kalite Düzeylerinin Hasta Konforu İle İlişkisinin İncelenmesi. İstanbul.
- Ökdem, Ş., Abbasoğlu, A., & Doğan, N. (2000). Hemşirelik Tarihi, Eğitimi Ve Gelişimi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı*, 1(1).
- Özdemir, Ü., & Taşçı, S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar Ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/66941> adresinden alındı
- Özden, G. (2018). Tip 2 Diyabetes Mellitus'lu Hastalarda Hastalığı Kabulün Konfor Düzeyine Etkisi. Malatya, Türkiye.
- Özer, Z., Bahçecioğlu Turan, G., & Öztürk, D. (2022, 02 28). Hemodiyaliz Hastalarında Sağlıkta Kadercilik Anlayışı ile Hastalık Algısı Arasındaki İlişki: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *BAUN Sağ. Bilimleri Dergisi*, 11(1), s. 10-17.

- Öztepe, İ. (2017). Tip 2 Diyabet Hastalarında Tedavi Uyumu Ve Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. İzmir, Türkiye.
- Öztürk, E., & Öztaş, D. (2012, Nisan 18-20). TRANSKÜLTÜREL HEMŞİRELİK. *Yaşam Bilimleri Dergisi*, 1(1), s. 293-300.
- Palaz, İ. (2020). Yoğun Bakım Ünitesinden Transfer Olan Hastaların Yoğun Bakım Deneyimlerinin, Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Sivas, Türkiye.
- Petrie, K., & Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter. *Clinic Medicine*, 536-539. doi:10.7861/clinmedicine.6-6-536
- Pinto, S., Caldeira, S.I., & Martins, J. (2017). A qualitative study about palliative care patients' experiences of comfort: Implications for nursing diagnosis and interventions. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(8), s. 37-45.
- RS, T., Aw Yong, Y., Tan, M., & Yap, C. (2021, Jul). Cultural Responses to Covid-19 Pandemic: Religions, Illness Perception, and Perceived Stress. *Front Psychol*, 12.
- Sağlık Bakanlığı [SB]. (2008, 04 03). Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi. Ankara, Türkiye. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10979/yogun-bakim-unitelerinin-standartlari-genelgesi-200853.html> adresinden alındı
- Sağlık Bakanlığı [SB]. (2011, 04 19). Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Ankara. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemshirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.html> adresinden alındı
- Sarı, M. (2019). HEMŞİRELERİN MESLEĞİNE YÖNELİK İMAJ VE MESLEĞE BAĞLILIK ALGISI. İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> adresinden alındı
- Sarsılmaz, H. (2011). Yoğun Bakım Hemşireliği Durum İndeksi Türkçe Formunun Geçerlilik Ve Güvenirliği. İzmir, Bornova, Türkiye.
- Serindere, G., Bolgul, B., Gursoy, D., Hakverdi, S., & Savas, N. (2019, Oct.). Comparison of Head and Neck Cancer Distribution in Turkish and Syrian Populations. *Iran J Public Health*, 48(10), s. 1810-1816.
- Smith, G., & Nielsen, M. (1999, 06 05). ABC of intensive care. Criteria for admission. *BMJ*, 318(7197), 1544-1547.
- Soyanıt, Ş. (2019, Aralık). Göçmen Bireylere Bakım Yüğü İle Özyeterlilikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Samsun, Türkiye.
- Şafakoğlu, F. (2022). Tüberküloz Hastalarında Uyku Kalitesi ve Depresyon Sıklığı. Şanlıurfa.
- Şahin, M. (2018). Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörlerin Belirlenmesi. Gaziantep, Türkiye.
- T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı Genel Müdürlüğü. (2023, 12 21). 10 11, 2022 tarihinde www.goc.gov.tr/goc-tarihi: <https://www.goc.gov.tr/gecici-koruma5638> adresinden alındı
- Taner, N. (2023). Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hastalık Algılarının Diyet Ve İlaç Uyumuna Etkisi.
- Tanrikulu, Ü. E. (2020). Kolorektal Kanseri Bireylerde Hastalık Algısı Ve Tanı Gecikmesine Yol Açan Bireysel Faktörlerin İncelenmesi. Ankara.
- TDK, T. (t.y.). *Türk Dil Kurumu Sözlükleri*. TDK Sözlük: <https://sozluk.gov.tr/> adresinden alındı
- Tembo, A. C., & Parker, V. (2009). Factors That Impact On Sleep In Intensive Care Patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(6), 314-322.

- Terzi, B. (2014). Yoğun Bakım Ünitesinde Planlı Kabul Protokolü Uygulamasının Hastanın Konfor Düzeyi Ve Fizyolojik Parametrelerine Etkisi. İstanbul, Türkiye.
- Timmermans, I., Versteeg, H., Meine, M., S S, P., & Denollet, J. (2017). Illness perceptions in patients with heart failure and an implantable cardioverter defibrillator: Dimensional structure, validity, and correlates of the brief illness perception questionnaire in Dutch, French and German patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 97, s. 1-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.03.014> adresinden alındı
- Tozak, F. (2014). Hemşirelerin Meslek Algısı. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=GpO5PL_5B05DYKyeilseDg&no=wcZp3BjqWy6nWrWk8Gf0tw adresinden alındı
- TÜİK. (2020, Temmuz 17). *Türkiye İstatistik Kurumu Uluslararası Göç İstatistikleri, 2019*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Uluslararası-Goc-Istatistikleri-2019-33709> adresinden alındı
- TÜİK. (2023, Temmuz 24). *Türkiye İstatistik Kurumu Uluslararası Göç İstatistikleri, 2022*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Uluslararası-Goc-Istatistikleri-2022-49457> adresinden alındı
- TÜİK. (2023, Haziran 22). *Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri*. [www.tuik.gov.tr: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679) adresinden alındı
- Türk Hemşireler Derneği [THD]*. (2019, 01). Türk Hemşireler Derneği Bülteni: <https://www.thder.org.tr/uploads/files/THD-Bulten-19-01.pdf> adresinden alındı
- Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK]. (2019, Nisan 26). *Ölüm Nedeni İstatistikleri*. [www.tuik.gov.tr: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626) adresinden alındı
- Ulusoy, O., & Sarıkaya, B. (2010). Mülteci Kimdir? C. Akbaş (Dü.) içinde, 5 N ve 1 *MÜLTECİ: BASIN MENSUPLARI İÇİN EL KİTABI* (s. 8-9). İzmir: Derya Özgüzel.
- UNHCR. (2020). <https://www.unhcr.org/tr/unhcr-turkiye-istatistikleri>. 10 11, 2022 tarihinde UNHCR BM Mülteci Örgütü: Türkiye: <https://www.unhcr.org/tr/unhcr-turkiye-istatistikleri> adresinden alındı
- Ünal, Ş. B. (2019). Altındağ İlçesine Göç Etmiş - Yaş Arası Bireylerde Uyum Süreci, Kültürleşme Ve Çatışma Çözüm Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi: Tanımlayıcı Çalışma Örneği. Ankara, Türkiye.
- Ünsal, A., Demir, G., Çoban Özkan, A., & Gürol Arslan, G. (2011). Huzurevindeki Yaşlılarda Kronik Hastalık Sıklığı ve İlaç Kullanımları. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(3), 5-10. https://app.trdizin.gov.tr/dokuman-goruntule?ext=pdf&path=CrnWZGRsXTjRjLjWxD978OSUAL2jXitizhVYmCxNvH7OIUhv3Sg9-Dj4K8vsQbgHuOA494O6JCeeqj1IHiK_46OTKbdM-ujPLeVH3V51m31Gipf0_mKuxzjWaqyNGnQps-7-4GoWSWkENUEOmwiRYFJfeidgyXsZoU6zeegCp1lib2OibBFFagGPLJmqgfYFvL00H adresinden alındı
- Vaughan, R., Morrison, L., & Miller, E. (2003). The illness representations of multiple sclerosis and their relations to outcome. *British Journal of Health Psychology*, 8(3), s. 287-301.
- World Health Organization [WHO]. (2019, Aralık 9). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> adresinden alındı

- Yıldırım, Y. (2002, Eylül). Bolu İl Merkezindeki Erişkinlerde Kronik Hastalık Prevalansı Ve Kronik Hastalıkla Yaşama Durumlarının Belirlenmesi.
- Yücel, Ş. Ç. (2011). Kolcaba'nın Konfor Kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27(2), 79-88.
- Yücel, Ş. Ç. (2011). Kolcaba'nın Konfor Kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27(2), s. 79-88.
- Yüksel , S., Eroğlu, Ö., & Özarslan, O. (2018). Dünyada Hemşirelik. *I. Uluslararası & III. Uluslararası Hemşirelik Tarihi Kongresi.* İzmir. https://www.researchgate.net/publication/330845798_SS-65_DUNYADA_HEMSIRELIK adresinden alındı
- Zengin , M., Yayan, E., Düken, M., & Suna Dağ, Y. (2021). Suriyeli Sığınmacıların Sosyo-Kültürel Farklılıklarının Sağlık Hizmetlerine Yansıması. *BANÜ Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 3(1), s. 11-17. doi:10.46413/boneyusbad.826408
- Zengin, N. (2010). Konfor Kuramı ve Yoğun Bakım Ünitesinin Hasta Konforuna Etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 14(2).
- Zenner, D., Méndez, A., Schillinger, S., Val, E., & Wickramage, K. (2022, Nov 4). Health and illness in migrants and refugees arriving in Europe:analysis of the electronic Personal Health Record system. *J Travel Med.*, 29(7).

EKLER

EK 1. ETİK KURUL ONAYI

EK 2. KURUM ONAYI

EK 3. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

**EK 4. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE BİLGİ TANILAMA
FORMU**

EK 5. KISA HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

EK 6. GENEL KONFOR ÖLÇEĞİ KISA FORMU

EK 7. KISA HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

EK 8. GENEL KONFOR ÖLÇEĞİ KISA FORMU KULLANIM İZNİ



Ek 1. Etik Kurul Onayı



Ek 2. Kurum Onayı



Ek 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu



Ek 4. Sosyodemografik Özellikler ve Bilgi Tanılama Formu



Ek 5. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği



Ek 6. Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu



Ek 7. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Kullanım İzni



Ek 8. Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu Kullanım İzni



ÖZGEÇMİŞ

Adı-Soyadı

: Gözde AYAZ SAÇİM

