



**KARDİYOLOJİ YOĞUN BAKIM HASTALARININ
HEMŞİRENİN VARLIĞINI ALGILAMALARI İLE
KONFOR DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Yusuf KOÇAK

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Runida DOĞAN

Yüksek Lisans Tezi – 2024

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KARDİYOLOJİ YOĞUN BAKIM HASTALARININ HEMŞİRENİN
VARLIĞINI ALGILAMALARI İLE KONFOR DÜZEYLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Yusuf KOÇAK

Hemşirelik Anabilim Dalı
Yoğun Bakım Hemşireliği Programı

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Runida DOĞAN

Tez Jüri Üyeleri
Prof.Dr. Serap PARLAR KILIÇ
Doç.Dr. Runida DOĞAN
Dr.Öğr. Üyesi Dilek GÜNEŞ

MALATYA

2024

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak Doç. Dr. Runida DOĞAN danışmanlığında hazırlayıp sunduğum ‘‘Kardiyoloji Yoğun Bakım Hastalarının Hemşiresinin Varlığını Algılamaları ile Konfor Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’’ başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım esere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 11/07/2024

YUSUF KOÇAK

İmza

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2. 1. Yoğun Bakım.....	3
2.1.1. Yoğun Bakımın Tarihçesi	5
2.1.2. Yoğun Bakım Hemşireliği	7
2.2. Kardiyoloji Yoğun Bakım	10
2.2.1. Kardiyoloji Yoğun Bakıma Hasta Kabul Kriterleri.....	11
2.3. Konfor Kavramı.....	12
2.3.1. Konfor Kuramının Önergeleri	13
2.3.2. Konfor Kuramının Temel Kavramları	14
2.3.3. Hemşirelik Temel Kavramlarının Kuramda Ele Alınışı	18
2.3.4. Konfor Kavramının Hemşirelikte Ele Alınışı	19
2.4. Varlık Kavramı	21
2.4.1. Hemşirenin Varlığı Kavramı	22
2.4.2. Hemşire Varlığının Hasta Tarafından Algılanması ve Hasta Bakımına Etkisi ..	24
3.MATERYAL VE METOT	28
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	28
3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	28
3.5. Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri	28
3.6. Veri Toplama Araçları	29
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu.....	29
3.6.2. Hemşirenin Varlığı Ölçeği.....	29
3.6.3. Genel Konfor Ölçeği.....	29
3.7. Verilerin Toplanması	30

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	30
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	31
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	31
4. BULGULAR.....	32
5.TARTIşMA	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
KAYNAKLAR	55
EKLER.....	68
Ek-1. Özgeçmiş.....	68
Ek-2. Kişisel Bilgi Formu	69
Ek-3. Hemşirenin Varlığı Ölçeği (HVÖ).....	71
Ek-4. Genel Konfor Ölçeği (GKÖ).....	73
Ek-5. Hemşirenin Varlığı Ölçeği Kullanım İzni	75
Ek-6. Genel Konfor Ölçeği Kullanım İzni.....	76
Ek-7. Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni	77
Ek-8. İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Kararı	78

TEŞEKKÜR

Yaşamımın her anında yanımda olan, maddi ve manevi her konuda desteğini hissettiğim değerli **Aileme** sonsuz teşekkür eder, sevgi ve saygılarımı sunarım.

Tez konumun belirlenmesinde, hazırlanmasında ve tüm değerlendirme süreçlerinde yardımlarını esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tez danışmanım Doç. Dr. Runida DOĞAN'a teőekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Tez savunma sınavımda yer alarak, değerli bilgi ve görüşleriyle araştırmama katkıda bulunan Sayın Prof. Dr. Serap PARLAR KILIÇ'a ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Dilek GÜNEŞ'e teőekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Ayrıca veri toplama sürecinde yardımcı olan sevgili meslektaşlarıma ve araştırmaya katılarak samimiyetle soruları cevaplayan bütün hastalara teőekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

ÖZET

Kardiyoloji Yoğun Bakım Hastalarının Hemşirenin Varlığını Algılamaları ile Konfor Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Amaç: Bu araştırma kardiyoloji yoğun bakım hastalarının hemşirenin varlığını algılamaları ile konfor düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişkisel olarak yapıldı.

Materyal ve Metot: Araştırma, Temmuz 2022- Temmuz 2024 tarihleri arasında Diyarbakır il merkezinde bulunan Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi Kardiyoloji yoğun bakım ünitesi'nde tedavi gören 164 hasta ile yapıldı. Araştırma verilerinin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Hemşirenin Varlığını Algılama Ölçeği ve Genel Konfor Ölçeği kullanıldı. Araştırmada yer alan verilerin analizi SPSS (Statistical Program in Social Sciences) 24.0 programı ile gerçekleştirildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların %48.8'i 50 yaş ve üstü, %51.2'si kadın, % 81.1'i evli, %30.5'i işçi, % 54.3'ü ortaokul mezunu ve %69.5'i orta gelirli olarak bulundu. Araştırmaya katılan hastaların Hemşirenin Varlığı Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamasının 94.98 ± 8.88 ve Genel Konfor Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamasının 130.10 ± 8.15 olarak bulundu. Çalışmada HVÖ toplam puanı ve GKÖ toplam puanı arasında istatistikî açıdan anlamlı ve pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki olduğu belirlendi.

Sonuç: Kardiyoloji yoğun bakım hastalarının hemşirenin varlığını algılama durumları ile konfor düzeyleri arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu, hastaların hemşirenin varlığını algılama durumları arttıkça konfor düzeylerinin de arttığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Hasta, Hemşirenin varlığı, Kardiyoloji yoğun bakım, Konfor düzeyi

ABSTRACT

Investigation of the Relationship Between Cardiology Intensive Care Unit Patients' Perception of Nurse Presence and Their Comfort Levels

Aim: This descriptive and correlational study was conducted to determine the relationship between cardiology intensive care unit patients' perception of nurse presence and their comfort levels.

Material and method: The study was conducted with 164 patients who were treated in the Cardiology intensive care unit of Diyarbakır Selahaddin Eyyubi State Hospital in Diyarbakır city center between July 2022 and July 2024. Personal Information Form, Perception of Nurse Presence Scale and General Comfort Scale were used to collect the data. The analysis of the data in the study was performed with SPSS (Statistical Program in Social Sciences) 24.0 program.

Results: Of the patients who participated in the study, 48.8% were 50 years of age or older, 51.2% were female, 81.1% were married, 30.5% were workers, 54.3% were middle school graduates and 69.5% had middle income. The mean total score of the patients who participated in the study was 94.98 ± 8.88 on the Nurse's Presence Scale and 130.10 ± 8.15 on the General Comfort Scale. In the study, it was determined that there was a statistically significant and positive, moderately strong relationship between the total score of the HVS and the total score of the GCS.

Conclusion: It was determined that there was a positive correlation between the perception of the nurse's presence and comfort levels of cardiology intensive care unit patients, and as the patients' perception of the nurse's presence increased, their comfort levels also increased.

Keywords: Cardiology intensive care unit, Comfort level, Nurse presence, Patient

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
GKÖ	: Genel Konfor Ölçeği
HVÖ	: Hemşirenin Varlığı Ölçeği
KİBAS	: Kafa İçi Basınç Artışı Sendromu
KYBÜ	: Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesi
MI	: Miyokart İnfarktüsü
NIC	: Nursing Interventions Classification
NANDA-I	: North American Nursing Diagnoses Association International
ROM	: Eklem Hareket Açıklığı
SVO	: Serebro Vasküler Hastalık
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
YB	: Yoğun Bakım
YBÜ	: Yoğun Bakım Ünitesi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. Yoğun bakım ünitelerinin sınıflandırılması	4
Şekil 2.2. Konfor kuramının düzeyleri	15
Şekil 2.3. Konfor kuramının boyutları.....	16
Şekil 2.4. Hemşirelik disiplinin temel kavramları	18
Şekil 2.5. Konfor kuramının işleyiş süreci	19



TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Basıklık ve çarpıklık değerleri.....	30
Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı	32
Tablo 4.2. Ölçek puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler	34
Tablo 4.3. Hemşirenin Varlığı Ölçeği ve Genel Konfor Ölçeği puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre karşılaştırılması	35
Tablo 4.4. Genel Konfor Ölçeğinin alt düzey ve alt boyut puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre karşılaştırılması	39
Tablo 4.5. Hemşirenin Varlığı Ölçeği ile Genel Konfor Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	44

1. GİRİŞ

Kardiyoloji yoğun bakım üniteleri (KYBÜ), koroner arter hastalıkları, periferik damar hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, konjestif kalp yetmezliği, romatizmal kalp hastalıkları ve aritmiler gibi kardiyovasküler sorunları olan kritik durumdaki hastaların izlendiği bölümlerdir (1,2). Yaşamsal fonksiyonların desteklendiği bu bölümlerde çok sayıda karmaşık tıbbi cihaz bulunmakta olup tedavi ve takipler uzman bir ekip tarafından yapılmaktadır (3). KYBÜ'lerde takip edilen hastalar; bir taraftan hastalığın fiziksel etkileriyle mücadele etmeye çalışırken diğer taraftan yoğun bakımda yatma, tanıdığı çevreden ayrılma ve daha önce deneyimlemediği işlemlere maruz kalma gibi durumlarla karşı karşıya kalmaktadırlar (4). Bunun yanı sıra kardiyovasküler hastalıkların ilerleyici ve kronik olması nedeniyle zamanla semptomların şiddeti de artmaktadır. Tüm bu karmaşık süreç semptomları şiddetlenen hastaların günlük yaşam aktivitelerini sınırlamakta ve hastalığa uyum sürecini zorlaştırdığı gibi, hastaları fiziksel, sosyokültürel, psikospiritüel ve çevresel boyutlarda da olumsuz etkilemektedir (2,5). Yoğun bakım hastaları ile yapılan çalışmalarda hastaların maruz kaldıkları bu gibi durumların hastaların konforunu olumsuz etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (6,7).

Konfor, bireyin rahatını sağlama amacını taşıyan ve bütüncül bir hasta/birey yaklaşımının temelini oluşturan bir kavramdır (8). Hastaların, her şeyden önce istedikleri bir durumdur ve konforu sağlamak hemşirelik bakımının en önemli hedeflerinden biridir (9). Yapılan çalışmalarda yoğun bakım ortamlarında hastaların konforunu bozan faktörler arasında; ağrı, uyku problemleri, oryantasyon bozukluğu/bilinç kaybı, güvensizlik hissi, susuzluk, anksiyete, iştahsızlık, gürültü, halsizlik, iletişim kuramama ve endotrakeal tüp uygulaması yer almaktadır. Bununla birlikte, hastaların kendilerini iyi hissetmelerini sağlayan faktörler arasında, daha güvende hissetmeleri ve hemşirenin varlığını algılamaları olarak belirtilmektedir (6,7,10). Bu bağlamda hemşirelikte bakım hizmeti, hazır ve mevcut olma yoluyla varlığını ortaya koymayı, hasta için orada olmayı ve hastayla beraber olmayı gerektirmektedir (11).

Tedavinin hemen hemen tüm süreçlerinde hastalarla birebir temas halinde olan hemşireler, konfor algısını etkileyen bir takım faktörleri en iyi analiz eden kişiler konumundadır (12). Hemşirelik alanında konfor, ihtiyaçların karşılanmasına yönelik olup pek çok hemşirelik teorisinde yüksek kaliteli bakım hizmetlerinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (6,12–14). Bakım verilen ortamı hastanın ihtiyaçlarına göre

düzenlemek ve iyileşme sürecinin en konforlu şekilde geçmesini sağlamak hemşirenin sorumluluklarından biridir (15). Bu bağlamda hemşirelerin olağan rutinlerinde kullandıkları yaklaşımlar, hastaların konforunu güçlendirmede etkili olabilmektedir. Hemşirenin empatik yaklaşımı, bireyin ruhsal, fiziksel ve psiko-sosyal ihtiyaçlarının karşılandığı, bireyin kendi bakım sürecine dahil olduğu, yaşadıklarını ve yaptıklarını anlamlandırma konusunda güven duygusunun sağlanmaya çalışıldığı her aşama konforu sağlamada önemli bir destektir (16,17).

Hemşireler, sağladıkları bakım boyunca varlıklarıyla hastalarını etkiler ve hastaların hemşirenin varlığını algılama biçimi, ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmadığına ilişkin duygularını belirlemede etkili olmaktadır (18,19). Hemşirenin kendi varlığını ortaya koyarak verdiği bakımda, hemşire ile hasta arasında ölçülmesi zor, karşılıklı paylaşılan ve tarif edilebilenin ötesinde hissedilen bir bağ oluşur (20,21). Hemşire, bir gülümseme, anlık bir bakış, sıcak bir ses tonu veya bir dokunuşla varlığını hissedilmesini sağlayarak hastanın konforunu artırabilir (22). Gereksinimlerin karşılanmasına ilişkin bu duygular hasta konforunu olumlu yönde etkileyecektir (20). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin varlığının hastaların iyileşmesini kolaylaştırdığı, ruhsal ve fiziksel sağlıklarını artırdığı, baş etmeyi güçlendirdiği, konforu artırdığı ve hemşirelerin ruh sağlığını iyileştirdiği bulunmuştur (20,23,24). Bu bağlamda hemşirelik bakımının amacı da fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve manevi desteklerle hastaya varlığını hissettirmek ve gereksinimlerini karşılayarak konfor düzeyini artırmaktır (13,25).

Yapılan literatür taramasında hemşirenin varlığı ile hastaların konfor düzeyinin ayrı başlıklar altında incelendiği çalışmalar olmasına rağmen (2,18,22,25), kardiyoloji yoğun bakım hastalarının hemşirenin varlığı algısı ile konfor düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışma, kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hemşire varlığı algısı ile konfor düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. Yoğun Bakım

Yoğun bakım (YB), işlevlerini kısmen veya tamamen yitirmiş organ veya organların olumsuz etki yaratan durumları ortadan kaldırılıncaya kadar izlenmesi, desteklenmesi, geçici olarak bu işlevlerin yerine getirilmesi ve hastalığın temel nedenlerinin tedavi edilmesi amacıyla multidisipliner bir ekip tarafından hizmet verilen özel birimlerdir (26,27). Bu birimlerde hastalar sürekli olarak izlenip gözlenirken, ayrıcalıklı ve ileri teknoloji ürünü cihazlarla desteklenmektedir (28,29).

Yoğun bakım, yoğun bakım uzmanı olan hekimlerle birlikte hemşireler, fizyoterapistler ve diğer ilgili sağlık profesyonelleri tarafından verilen ve hastanelerde özel teknoloji ile donatılmış ünitelerde sunulan hizmetlerin bütünüdür (30). Bu birimler hastanelerin diğer birimlerinden farklılık göstermektedir. Bu farklılığın nedeni, bu ünitelerdeki sağlık ekibinin yanı sıra hasta başına düşen hemşire sayısı, refakatçi eksikliği, ziyaret kısıtlamaları, mekanik ventilatörler, diyaliz cihazları, kardiyak monitörizasyon cihazları gibi ileri teknolojik cihazlar, invaziv girişimler, yüksek riskli farmakolojik ilaç kullanımları, aydınlatma sistemi, ortam sıcaklığı, tasarım ve işleyiş farklılıklarıdır (31–33).

Girişimsel müdahalelerin yoğun olarak yapıldığı, morbidite ve mortalite değerlerinin nispeten yüksek olduğu yoğun bakım üniteleri ortak özelliklerinin yanı sıra bazı farklılıklar da içermektedir (34). Bu farklılıklar, ünitelerin çeşitli özellikleri ve amaçları ile ilişkili olup, onların sınıflandırılmasında (seviye) kullanılmaktadır (32,35). Yoğun bakım ünitelerinin seviyelendirilmesi; ünitelere kabul edilen hasta sayısı ve niteliğine, tedavi özellikleri ve klinik durumuna, yatak kapasitesine, fiziki şartlara, bulunması zorunlu uzmanlık branşlarına ve uzman hekim sayısına, hemşire ve yardımcı sağlık personel sayısı ve niteliğine, medikal araç, gereç ve bulunduğu sağlık kurumunun statüsüne göre yapılmaktadır (35). Bu amaçla hastanelerin buldukları yere, kurulma amaçlarına, amaçlanan tedavi planlarına ve bakım gereksinimlerine göre hasta kabulü sağlayacak yoğun bakım üniteleri temel olarak üç sınıfa ayrılmaktadır (36).



Şekil 2.1.Yoğun bakım ünitelerinin sınıflandırılması

Birinci Basamak Yoğun Bakım Üniteleri

Genellikle ikinci ve üçüncü basamağın yoğun bakım niteliklerini taşımayıp nispeten daha hafif düzeydeki hasta profillerine sahiptirler. Hastaların başlangıç aşamasında stabil hale getirildiği ve temel izlem gerektiren en az iki yataklı yoğun bakım üniteleridir. Hastalar için rutinde kullanılan yöntemler yeterli olmamakla birlikte henüz organ yetmezliği gelişmeyen, solunum desteğine gereksinim duyulmayan ancak yakın takip gerektiren hasta profiline sahiptirler (37,38). Ayrıca 2. ve 3. basamak yoğun bakımlardan taburcu olan ancak hemen taburcu edilemeyen hastalarda birinci basamak yoğun bakımlarda izlenmektedir. Bu düzeydeki yoğun bakım ünitelerinde her nöbette en az bir hemşire ve bir uzman hekim bulunmalıdır (37,39,40).

İkinci Basamak Yoğun Bakım Üniteleri

Birinci basamak yoğun bakım ünitelerine göre daha ayrıntılı izlem ve girişim gerektiren, sadece tek organ yetmezliği sebebiyle destek tedavilerinin gerçekleştirildiği, hastaların üçüncü basamak yoğun bakım ünitelerine nakil edilebildiği ve üçüncü basamak yoğun bakım ünitelerinin özelliklerini sağlamayan en az dört yataklı yoğun bakım üniteleridir (37,39). İkinci basamak yoğun bakım ünitelerindeki hasta profilleri, birinci basamak yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalara göre daha ağır düzeydedir. İkinci basamak yoğun bakım üniteleri akut koroner sendromlar, giderilemeyen fizyolojik veya metabolik bozulmalar, ciddi zehirlenmeler, sepsis ve peritonit gibi ciddi enfeksiyonlara sahip hastalara bakılmaktadır. Bu düzeydeki yoğun bakım ünitelerinde her nöbette en az iki hemşire ve bir uzman hekim bulunmalıdır (37,39,40).

Üçüncü Basamak Yoğun Bakım Üniteleri

Bu ünitelerde yatan hastalar, birincil ve ikincil yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalara göre daha ağır bir profile sahiptir (37). Altta yatan özel (ağır, yüksek riskli) hastalığı nedeniyle takip edilmesi gereken hastaların yatırıldığı, solunum yetmezliği ve/veya çoklu organ disfonksiyonu gibi tüm komplike hastaların yatırıldığı, solunum desteği, renal replasman tedavisi, plazmaferez gibi tüm destek tedavilerinin sağlanabildiği, en üst düzeyde tıbbi bakım ve tedavinin yapılabildiği özel yoğun bakım üniteleridir (beyin cerrahisi, kardiyovasküler cerrahi, ciddi travmalar için yoğun bakım üniteleri gibi). En az altı yatağa sahip olması gereken bu yoğun bakım ünitelerinde her nöbette bir uzman hekim ve her iki yatak için en az bir hemşire bulunmalıdır (37,39-42).

2.1.1. Yoğun Bakımın Tarihçesi

Yoğun bakım kavramının, Florence Nightingale'nin 1853-1856 yılları arasında Kırım Savaşı sırasında yaralı, durumu kritik olan askerlere özel bakım hizmetlerini uygulayıp sağlık durumlarını yakından takip etmek amacıyla tek bir yerde toplaması ile oluştuğu kabul edilmektedir (43,44). Hastalardaki değişiklikleri anında fark edebilmek, acil durumlarda daha hızlı müdahale edebilmek, deneyimli ve dikkatli hemşireler tarafından yakın gözlem altında tedavi sağlayarak daha etkin hemşirelik bakımı verebilmek için kritik hastalar ayrı bir bölümde ve aynı serviste toplanarak hemşire istasyonunun yakınında izlenmiştir. (42,45). Bu durumun, yoğun bakım ünitelerinin oluşturulması fikrine ilham verdiği düşünülmektedir.

Yoğun bakım ünitelerinin gelişmesindeki en önemli etken, zaman içinde ameliyat sonrası gözlem/inceleme odalarına duyulan ihtiyaçtır. Florence Nightingale'den sonraki dönemde, beyin cerrahisi hastalarının ameliyat sonrası dönemdeki bakımlarını iyileştirmek ve hastaların yakın takip altında olmalarını sağlamak amacıyla 1927 yılında ABD'de Johns Hopkins Hastanesi'nde üç yataktan oluşan özel bir ünite kurulmuştur (31,42,45-47). Bu ünite özellikle , "İkinci Dünya Savaşı" sırasında açılan ve yaralı askerlere acil müdahalenin yapıldığı birimler için bir model oluşturmuştur. Aynı zamanda 1950 ve 1960'lı yıllarda yüksek riskli hasta grubunun bakımı için "özel ünite" kavramı gelişmiştir. Bu odalar genellikle ameliyathanenin yanında konumlandırılmış ve büyük ameliyatlardan sonra hastaların bakımları buralarda sağlanmıştır (31,46). Daha sonra 2. Dünya Savaşı sırasında kurtarma üniteleri, şok üniteleri ve gözlem ünitelerinin kullanılması ve faydalarının farkına varılması ve buna paralel olarak sayılarının artması yoğun bakım ünitelerinin gelişimine önemli katkı sağlamıştır (45,48,49).

Yoğun bakım hizmetlerinin ve ünitelerinin kurulması savaşların ve afetlerin hüküm sürdüğü dönemlerde çok daha hızlı gelişmiştir (37). Florence Nightingale'den yüz yıl sonra, Danimarka'nın başkenti Kopenhag şehrinde 1952 yılında yüzlerce kişiyi etkisi altına alan polio salgını meydana gelmiştir. Bu salgın sırasında bir anestezi uzmanı olan Bjorn Ibsen, solunum fonksiyonlarını yetiren bazı hastaları yaşamlarını sürdürebilmeleri için yoğun bakım ünitesine benzer ünitelerde toplayarak demir akciğerlerle (negatif basınçla çalışan klasik bir tank ventilatör) solunum desteği sağlamıştır. Bunun yeterli olmadığı durumlarda ise trakeostomi açılarak hastalar ambu ile solutulmaya çalışılmıştır. Bu uygulamalar ile hastalarda iyileşme gözlenmiş ve solunum sorunu olan hastalar için umut olmuştur (31,42,50). ABD ve birçok Avrupa ülkesinde, yapay solunum cihazlarının gelişimi ile birlikte solunum desteği gereksinimi olan hastalar için solunum yoğun bakım birimlerinin kurulması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu duruma paralel olarak, Bjorn Ibsen, 1953 yılında Kopenhag'da yoğun bakım ünitesinin kurulmasında ve yoğun bakım ünitelerinin gelişiminde öncü bir rol oynamıştır. Daha sonra dünya çapında benzer yoğun bakım üniteleri kurulmuştur (31,50,51).

Yoğun bakım dünyada nasıl gelişmeye başladıysa Türkiye'de de 1960'lı yıllarda anesteziyolojinin öncülüğünde gelişmeye başlamıştır. Dr. Cemalettin Öner ve Dr. Sadi Sun yurtdışı eğitimleri sürecinde Avrupa'da yoğun bakım araştırmalarına katılarak ülkemizde yoğun bakımın kurulmasına öncülük etmişlerdir. Dr. Cemalettin Öner, Türkiye'ye dönmesinin sonrasında 1959 yılında ülkemizde dört yataklı ilk yoğun bakım ünitesini Haydarpaşa Numune Hastanesinde Dr. Ali Rıza Tezel'in de desteği ile kurmuştur (37,38). Artan hasta taleplerine yetişmekte zorlanan Dr. Cemalettin Öner, 1969 yılında aynı hastanede bir yoğun bakım ünitesi daha açmıştır. 1974'de 12 yataklı ayrı bir binada kurulan yeni yoğun bakım ünitesi, 1988'de monoblokta 25 yataklı olarak hizmete girmiştir. Benzer bir organizasyon kısa bir süre sonra 1970 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde, 1960 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp fakültesinde koroner yoğun bakım ünitesi, 1978 yılında Ege Üniversitesi'nde solunum yoğun bakım ünitesi ve 1987'de Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ilk dâhili yoğun bakım üniteleri kurulmuştur (37,38,40,42).

Tarihsel sürece bakıldığında zaman, dünyadaki savaşlar ve sonuçları, toplumsal olaylar, teknoloji ve tıp alanındaki gelişmeler gibi birçok etken, yoğun bakım hizmetlerinin ve ünitelerinin oluşmasını ve gelişmesini sağlamıştır (31,42). Teknolojideki ilerlemelerin yanı sıra hastalıkların patogenezi, teşhisi ve tedavisindeki

gelişmeler, güçlü ekip çalışması ve iyileştirme olanaklarının artması YBÜ'lerin gücünü artırmıştır (52).

2.1.2. Yoğun Bakım Hemşireliği

Yoğun bakım ünitelerinin gelişmesi, sayısının artması ve tıp alanındaki teknolojik gelişmeler ile kritik hasta bakımında görev alan hemşirelerin varlıklarının önemi görülmüştür (31,53–55). Yoğun bakım hemşiresi; ileri düzeyde yoğun bakım ve tedavi gereksinimi olan hastalara hemşirelik tanısı koyan, hastaları yakından takip ederek kaliteli ve nitelikli bakım veren, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kuran, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulayan hemşire olarak tanımlanmaktadır (56,57).

Yoğun bakım üniteleri, hastalara girişimsel müdahalelerin yoğun olarak uygulanabildiği, morbidite ve mortalite oranlarının daha fazla olduğu kritik üniteler olduğundan, bu ünitelerde hemşirelik bakımı büyük önem taşımaktadır (3,34,58). Bu üniteler komplike hasta grubu ve gelişmiş teknolojik altyapının yanı sıra multidisipliner ekip çalışmasının yürütüldüğü ve hemşirelerin rollerini en iyi şekilde ortaya koyabildiği alanlardır (59,60). Bu nedenle bu ünitelerde çalışan yoğun bakım hemşiresi, kritik düşünebilen ve kararlar verebilen, klinik yönetimi yapabilen, etik ve klinik sorunlarda çözüm üretebilen, hasta ve ailesi için en uygun kanıta dayalı hemşirelik bakımı sağlayabilen, savunucu ve koruyucu olabilen, hastanın isteklerini bakıma dahil edip paylaşabilen, bütüncül yaklaşabilen, sağlık ekibi ile işbirliği içerisinde olabilen, değişim ve gelişime açık, kriz anını yönetebilen, bilgiyi değerlendirip yorumlayarak sorun çözebilen, koordinasyon sağlayabilen, teknolojik gelişmelere ayak uydurabilen özelliklere sahip olmalıdır (42,53–55). Bu anlamda yoğun bakım hemşiresi, yoğun bakım ünitelerindeki müdahalelerin birçoğunun merkezinde yer almaktadır (61,62). Dolayısıyla bu birimlerde görev yapan hemşirelerin diğer birimlerde görev yapan hemşirelere göre daha fazla bilgi sahibi ve daha donanımlı olması gerekmektedir (63).

Ülkemizde 2010 yılında yoğun bakım hemşirelerinin görev, yetki ve sorumluluklarını belirlemek amacıyla bir yönetmelik yayınlanmıştır. Yayınlanan yönetmeliğe göre yoğun bakım hemşirelerinin, hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarına ek olarak farklı sorumlulukları da bulunmaktadır. **Bunlar;**

1. Hemşirelik Bakımı:

a) Yoğun bakım kaynaklı enfeksiyonların gelişmesini önlemek için ilgili tedbirlerin alınmasını sağlar.

b) Hasta değerlendirmelerinde kurum tarafından benimsenen skorlama sistemlerini ve ölçekleri uygulayıp değerlendirir.

c) Hastalarının izlemini sağlar. İzlemede non-invaziv görüntüleme yöntemlerini kullanır. Kardiyak ritmi izler, acil durumlarda ilgili ekiple iletişime geçer.

ç) Mevcut ve oluşması muhtemel sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesi ile ilgili sorunları göz önünde bulundurarak ihtiyaca uygun hemşirelik hizmetini tasarlar, uygulamaya koyar ve değerlendirir.

d) Solunumsal sorunların çözümüne yönelik müdahaleleri tasarlar, uygulamaya koyar ve değerlendirir; ventilatöre bağlı hastaya bakım verir.

e) Temel girişimsel uygulamalar olan aspirasyon, oksijen tedavisi, vücut pozisyonlarının verilmesi, genel vücut bakımı, postüral drenaj ve aseptik uygulamalarda (kateter bakımı vb.) uygun hemşirelik faaliyetlerini tasarlar, uygulamaya koyar ve değerlendirir.

f) Basınç yaraları üzerine etkilerini, risk faktörlerini, prognozunu değerlendirerek basınç yarası gelişimini önlemeye yönelik ilgili hemşirelik girişimlerini yapar, ortaya çıkması durumunda ise ihtiyaca yönelik gerekli hemşirelik bakımını tasarlar, uygulamaya koyar ve sonuçlarını değerlendirir.

g) Hastalardaki kontraktür oluşumlarını önlemeye yönelik müdahaleleri tasarlar ve uygulamaya koyar.

ğ) Genel olarak hastalarda emboliyi önlemek için yapılması gereken müdahaleleri bilir, hekimle birlikte gerekli tasarlamayı yapar ve uygulamaya koyar.

h) Bilinci kapalı hastaların (intrakranial kanama vb.) ve çeşitli nörolojik hastalıkları olan hastaların (Anevrizma, KİBAS, SVO vb.) takibini ve gerekli pozisyonların verilmesini sağlayarak nörolojik değerlendirmelerini yapar.

ı) Kurum politikaları ve talimatları gereğince intravenöz sıvı infüzyonu ve kan/kan ürünleri transfüzyon prosedürlerini başlatır, izler ve kaydeder; muhtemel problem veya komplikasyon çıkması halinde ilgili hekim bilgilendirir ve kurum içinde benimsenen standartlara göre gerekli müdahaleleri yapar.

i) Pace macerli hastayı takip eder, bakımlarını bilir ve uygular.

j) İntra aortik balon pompası takılan hastanın takibini yapar, bakımını bilir ve uygular.

k) Bireylerin beslenme ihtiyaçlarını (enteral ve parenteral beslenme) tespit eder, ihtiyaçlarına göre hemşirelik bakımını planlayarak uygular, beslenmesinde kullanacağı aletlerin sterilizasyon işlemlerinin devamlılığını sağlar.

l) Yoğun bakım sürecinde hasta ve hasta yakınlarının psikososyal problemlerine ilişkin uygun hemşirelik yaklaşımlarını sağlar (40–42).

2. Tıbbi Teşhis ve Tedavi Planının Uygulanmasına Katılım:

a) Genel durumdaki değişiklikleri ve hastadan elde ettiği verileri değerlendirir, normalden sapmaları kaydeder ve ilgili hekime bildirir.

b) Hastanın tedavi ve bakım planının oluşum sürecinde diğer sağlık personeli ile beraber hasta vizitlerine katılarak katkıda bulunur.

c) Hekim tarafından uygulanan invaziv tanı ve tedavi amaçlı uygulamalara katılır; hastayı bu uygulamalara hazırlar, uygulama sırasında destek verir ve uygulama sonrası takibini yapar.

ç) Laboratuvar incelemesi için kan, idrar, sıvı ve doku örneklerini alır, laboratuvara gönderilmesini sağlar, değerlendirir ve hastanın hekimini durumdan haberdar eder.

d) Her yaş grubuna özgün uygulaması gereken ilaç çeşitlerini, bunların farklı dozlarını ve muhtemel yan etkilerini bilir; enteral, parenteral ve eksternal ilaç uygulamalarını hekim istemine göre, ilaç uygulama ve ilaç güvenilirliği prensiplerine bağlı kalmak kaydıyla hastaya uygular; uyguladığı ilaç ve tedavinin etki ve yan etkilerini, hastanın tedavi ve bakıma gösterdiği tepkileri gözlemleyerek kayıt altına alır ve gerektiğinde ilgili kişilere bildirimini yapar.

e) Acil durum ilaçlarını, medikal ekipman ve aletleri kullanmaya elverişli şekilde bulundurur.

f) Kalp ritmini monitörize eder ve yorumlamasını yapar, öldürücü ritimleri tanır ve gerektiğinde yapılacak acil girişimleri bilir.

g) Konsültasyon takibini yaparak katılım sağlar.

ğ) Acilen müdahale edilmesi gereken durumlarda hekim ile işbirliği sağlar. Arrest halinde mavi kod çağrısı yapar. Kurum tarafından belirlenmiş protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteği uygulanmasına katılır (oksijen verilmesi, solunum desteği, kalp masajı, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması gibi). Eğer o anda birimde hekim yoksa ve ileri yaşam desteği sertifikasına sahipse (süresi dolmamış) temel ve ileri yaşam desteği işlemlerini başlatır, kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon ve acil senkronize kardiyoversiyon işlemlerini yapar. Gelişen vakaları raporlandırır.

h) Kurum tarafından kabul edilen protokoller doğrultusunda ve hekim ile koordineli olarak acil durumlarda temel/ileri yaşam desteğini sağlar ve buna uygun hemşirelik faaliyetlerini gerçekleştirir (40,42,56).

Hemşirelik bakımı, yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların iyileşme süreçlerinde son derece önemli bir etkiye sahiptir. Dolayısıyla tedavi ve bakım için yoğun bakım ünitesine yatışı yapılan hastanın taburcu oluncaya kadar geçen sürelerde bireyselleşmiş hemşirelik bakımının uygulanması ve uygulama sonuçlarını değerlendirerek olumsuz yoğun bakım tecrübelerinin ve iyileşme sürelerinin azaltılabileceği söylenebilir (34,40).

2.2. Kardiyoloji Yoğun Bakım

Günümüzde tıp ve teknolojideki ilerlemelere eş zamanlı olarak teşhis ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelerle birlikte, yaşam süresinin uzaması nedeniyle kronik hastalığı olan bireylerin sayısı giderek artmaktadır. Bununla paralellik gösteren orta ve ileri yaş hastalıkları olan kardiyovasküler hastalıkların sayısı artmıştır. Kardiyovasküler hastalıklar hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde mortalite ve morbiditenin başlıca nedenleri arasında yer almaktadır (64–67). Kardiyovasküler hastalıklarda ölümcül olayların daha fazla olması ve ani ölümlerin daha sık görülmesi nedeniyle bu hastalıkların takibi için özel birimlerin kurulması gerekmiştir (68,69). Bu amaçla, ciddi kardiyovasküler sorunları olan hastaların tedavi edildiği, izlendiği ve bakımının yapıldığı özel birimler olan koroner yoğun bakım üniteleri kurulmuştur (29,70). Bu ünitelerde koroner arter hastalığı, kalp kapak hastalığı ve kardiyak aritmiler gibi ciddi kardiyovasküler sorunları olan kritik düzeydeki hastalar izlenmektedir (1,3,31,70).

İlk Koroner yoğun bakım üniteleri 1962 yılında ABD ve Avrupa'da neredeyse eş zamanlı olarak açılmış ve özel eğitilmiş personel tarafından sürekli olarak tek bir ünite MI geçiren hastalara elektriksel kardiyoversiyon ve resüsitasyon bakımı sağlamıştır. Ayrıca bu birimlerle ani ölümü durdurma, kalp ritmini sürekli izleme ve organize kardiyopulmoner resüsitasyon sistemi, kalp ilaçları ve özel ekipmanlarla harici defibrilasyon olanağı sağlamıştır (71,72). Aritmi takibi ve kardiyopulmoner resüsitasyonun eğitilmiş hemşirelik personeli tarafından gerçekleştirilebilmesi, tedavideki gecikmeleri ortadan kaldırmış ve ölüm oranını önemli ölçüde azaltmıştır. Ani ölümlerin durdurulmasında kazanılan bu ilk zaferler, kardiyojenik şokun tedavisi, enfarktüs boyutunun sınırlandırılması ve hastane öncesi koroner bakımın başlatılmasına yönelik tekniklerin geliştirilmesine yol açmış ve tüm bunlar günümüzün koroner yoğun bakım

ünitelerinin temelini oluşturmuştur (73,74). Geçmiş yüzyıldan beri KYBÜ, akut miyokard enfarktüsü ve aritmi takibine odaklanan bir birimden, daha yüksek hasta duyarlılığı ve yeni teknolojilerin daha fazla kullanıldığı, giderek daha karmaşık, multidisipliner bir klinik ortama dönüşmüştür (74). Buna paralel olarak, on yıldan kısa bir süre içinde, koroner yoğun bakım ünitelerinin ortaya çıkışı ve yaygınlaşması hastaların bakımını, kardiyologların kariyerlerini ve hemşirelik uygulamalarının kapsamını genişlettiği düşünülmektedir (72,73,75).

2.2.1. Kardiyoloji Yoğun Bakıma Hasta Kabul Kriterleri

Yoğun bakım üniteleri, sıkça rağbet gören ancak yatak kapasitesi sınırlı sayıda olan özel birimlerdir (40,76). Yoğun bakım yatakları hastane yatak kapasitesinin yalnızca %2-8'ini oluştursa da, hastalar ihtiyaç duyulmadığında ek tetkik ve tedaviler sırasında yalnızca gözlem için yoğun bakım ünitelerine kabul edilebilmektedir (40,77,78). Bu durum sadece hasta bakımının maliyetini artırmakla kalmamakta, aynı zamanda yoğun bakım hemşirelerinin hasta bakımını planlama ve olumlu sonuçlar elde etme girişimlerinde düşük motivasyon yaşamalarına neden olmaktadır (40,78). Bu amaçla, tıbbi ve teknolojik gelişmelere paralel olarak kronik hastalıklar, travmalar ve tedavi türlerindeki artış dikkate alındığında doğru hasta seçiminin önemi ortaya çıkmaktadır (37,79).

YBÜ'nün etkin kullanılmaması, triyaj maliyetini artırmanın yanı sıra hasta bakım ve tedavisinin aksamasına ve uygunsuz tedavi uygulamalarına yol açmaktadır (77). Bu bağlamda yoğun bakım ünitesine hasta kabulü sırasında hastaların risk düzeyinin doğru değerlendirilmesi, yoğun bakım tedavi ve desteğine ihtiyaç duyan ve hayati önceliği olan hastaların tespit edilmesi önem arz etmektedir (58). Bu noktada, ideal olarak yoğun bakım tedavi ve desteğine ihtiyaç duyan ve yaşamsal önceliği olan ölüm riski düşük hastaların yoğun bakım ünitesine yatışının yapılması önerilmektedir (58,78).

Yoğun bakım türleri arasında da koroner yoğun bakım ünitelerinde de kardiyovasküler hastalıkların ve çoklu organ yetmezliklerinin artması, bu ünitelerdeki yatakların verimli kullanılmasının önemini ortaya çıkarmıştır (40,42,80). Bu amaçla Yoğun Bakım Tıp Derneği Etik Kurulu, hasta kabullerinde standartları sağlayabilmek için yoğun bakım ünitesinde tanıya dayalı modelde kardiyak sistemi esas alan kabul kriterlerini belirlemiştir. **Bu kriterler aşağıdaki gibidir:**

- Akut MI (Komplikasyonlarla birlikte).

- Kardiyojenik Şok.
- Yakın İzlem ve Müdahale Gereksinimi Olan Kompleks Aritmiler.
- Solunumsal Yetmezlik ve/veya Hemodinamik Desteğe İhtiyaç Duyan Akut Konjestif Kalp Yetmezliği.
- Hipertansiyon Acil Durumları.
- Hemodinamik İstikrarsızlık ve Kalıcı Göğüs Ağrısı ile Karakterize, Özellikle Disritmi ile Birlikte Kararsız Angina.
- S/P Kardiyak Arrest.
- Açık Kalp Cerrahisi (Koroner Bypass, Kalp Kapakçığı Cerrahisi).
- Kardiyak Tamponad.
- Aort Anevrizması Diseksiyonu.
- Tam Kalp Bloğu (40,42,78).

2.3. Konfor Kavramı

Konfor, hayat boyunca doğal olarak amaçlanan bir insan ihtiyacı olup fiziksel, çevresel, sosyal ve psiko-ruhsal boyutları bulunan bireysel ve öznel bir kavramdır (13,17,81). Konfor kavramı Latince "güçlendirmek" manasına gelen "confortare" sözcüğünden türetilmiştir (14,82). Sözlük anlamıyla "fizyolojik gereksinimlerin karşılanması, ağrı ve sıkıntılardan kurtularak iyi olma durumu, ruhsal sıkıntılardan kurtulma, destek alma, teselli etme, rahatlatma, güçlendirme, cesaretlendirme, yardım etme, yaşamı kolaylaştırma ve sıkıntılı olmama" gibi ifadeler kullanılarak tanımlanmaktadır (14,83).

Konfor, insani bir ihtiyaçtır ve insanlar mümkün olan her yerde konfor ararlar. Bu noktada konfor, insan yaşamının tüm boyutlarında rahatlama, kolaylık ve aşkınlık elde etmek için ihtiyaçların karşılanması durumu olarak ifade edilmektedir. Aynı zamanda konfor, bireysel deneyimlerine göre farklı insanlar için farklı şeyler ifade eder (9). Rahat hissetmek, bireyin ihtiyaçlarının o anda tatmin edildiği anlamına gelir. Ancak, ihtiyaçlar yaşam boyunca ve farklı durumlarda çeşitlilik gösterdiğinden, konfor algısı da değişebilir. Bu anlamda konfor, bireyin algılarıyla yakından ilişkili, son derece öznel ve bireysel bir kavramdır (84,85). Dolayısıyla bireyin kişiliği veya mizacı, yaşı, sosyodemografik özellikleri, klinik koşulları, kültürü, değer sistemi ve inançları (dini, siyasi veya sosyokültürel) konfor algısını etkiler. Bu noktada birey bir boyutta (örneğin fiziksel) konforu yakalamış ancak başka bir boyutta (örneğin zihinsel veya çevresel)

yakalayamamış olabilir. Bundan dolayı konfor statik bir kavram değil, zaman içinde değişen dinamik bir kavramdır (86,87).

Konfor kavramı hemşirelik mesleğinde de sıklıkla kullanılan bir kavramdır. Hemşirelik mesleğinde konfor, hasta, aile ya da toplumun konfor ihtiyaçlarının belirlenmesi, ihtiyaçlara göre girişimlerin uygulanması, temel konfor ve uygulama sonucu ortaya çıkan konfor düzeyinin değerlendirilmesi süreci olarak tanımlanmaktadır. (17,87). Bu süreçte hemşirelik bakımının ayrılmaz ve çok önemli bir parçası olan konfor, hastanın sağlığına kavuşmasına yardımcı olmak için verilen bakım hizmetleriyle bütünleşir (88). Verilen hemşirelik bakımı ile bireyin hayatı daha konforlu hale gelir ve yaşam kalitesi artar (82). Bu bağlamda hemşirelik bakım girişimlerinin bir sonucu ve hastanın rahatı olarak karakterize edilen konfor kavramı, hemşirelikle doğrudan ilişkilendirilmektedir (14,87).

Konfor, tüm insanlar tarafından aranan temel bir insan ihtiyacı olduğundan, konfor sadece bir hemşirelik eylemi olarak değil, aynı zamanda bireyselleştirilmiş bir hasta hedefi olarak da görülmelidir. Bu nedenle konfor çoklu bakış açılarıyla ele alınmalı ve çok boyutlu yönleri ile sürekli olarak değerlendirilmelidir. Bu anlamda, tanımlanması için niteliksel bir yaklaşım ve daha fazla taksonominin geliştirilmesi gerektiği düşünülmektedir (89,90).

2.3.1. Konfor Kuramının Önergeleri

Hemşirelik literatürü, özellikle son yirmi yılda, konfor kavramına çok sayıda atıf içermektedir. Birçok yazar bu kavramdan etkilenmiş ve sonuç olarak farklı perspektiflerden tanımlama girişimleri ortaya çıkmıştır. Özellikle konfor, bileşenleri açısından, hemşirelik bakımının bir sonucu veya işlevi olarak, temel insan ihtiyaçlarının doğal bir bileşeni olarak ve kendi başına bir süreç olarak ifade edilmiştir (86,91,92). Bu açıklamalar doğrultusunda konfor kuramının **Temel önergelerinden** şu şekilde söz edilmektedir:

1. Hemşire, bireyin/ailenin şu anki destek sistemleri tarafından giderilmeyen konfor ihtiyaçlarını belirler.
2. Hemşire bu ihtiyaçları karşılamak için girişimler planlar/biçim verir.
3. Girişimleri etkileyebilecek değişkenleri belirler ve girişimlere şekil verirken bunları göz önünde bulundurur.
4. Uygulanan girişim ve bakım tarzı etkili ise, bir rahatlama hali oluşmalıdır.

5. Birey/aile ve hemşire, arzu edilen ve sağlığı geliştiren gerçekçi davranışlar hakkında bir fikir birlikteliği oluşturur.

6. İyi olma hali desteklenirse, birey/aile iyi olma halini daha da artırmak için güçlendirilir.

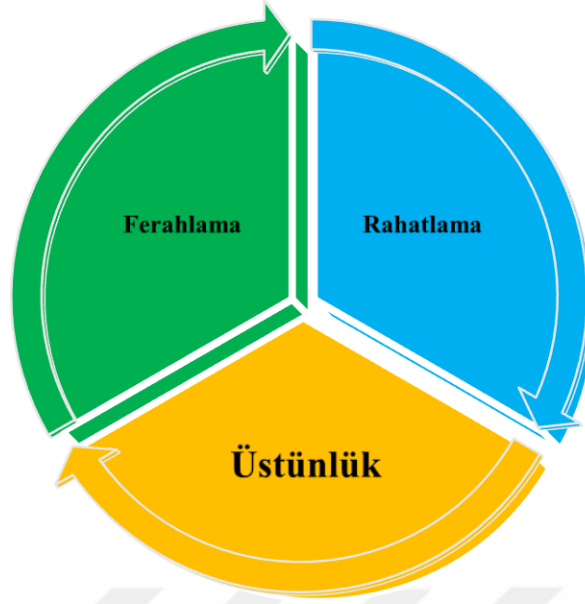
7. Konforu teşvik ederek güçlendirmenin bir sonucu olarak, birey/aile sağlığı geliştirici davranışlarda bulunduğu anda, hizmeti sunan hemşirenin ve hizmeti gören bireyin sağlık hizmetinden memnuniyeti artar, bu da daha iyi sağlık sonuçları ile neticelenir.

8. Bireylerin ve hemşirelerin belirli bir kurumdaki sunulan sağlık hizmetlerinden memnun olması, kurumun sağlığa yönelik katkısının toplum tarafından onaylandığı anlamına gelmekte ve bu durum kurumun varlığını sürdürmesine ve gelişim göstermesine katkı sağlamaktadır.

9. Profesyonel bir iş ortamı daha iyi hasta sonuçlarına ve daha iyi kurumsal neticelere ulaşılmasını sağlamaktadır (16,17,92,93).

2.3.2. Konfor Kuramının Temel Kavramları

Tarihsel temelleri Watson'ın bakım kuramına ve Nightingale'nin araştırmalarına dayanan konfor kuramı, ilk kez 1990 yılında Katharine Kolcaba tarafından gündeme getirilmiştir (14,94). Kolcaba, konfor ve hasta konforu alanında yaptığı araştırmalar sonucunda üç seviye ve dört boyuttan meydana gelen Konfor Teorisi'nin taksonomik yapılanmasını oluşturmuştur (91,95,96). Kolcaba, konfor teorisinin taksonomisini oluştururken ilk aşamada konfor düzeylerini ferahlık, rahatlama ve üstünlük olarak tanımlamış, ikinci aşamada ise konfor teorisini bütüncül bir bakış açısıyla yeniden düzenleyerek konforun fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel boyutlarını ortaya koymuştur (6,13,97).



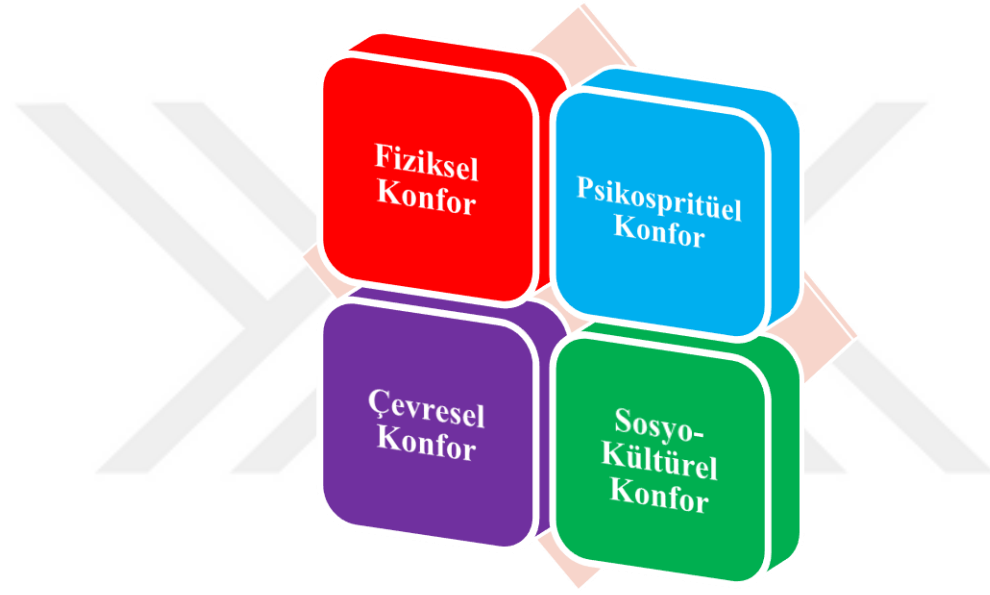
Şekil 2.2. Konfor kuramının düzeyleri

Ferahlama (Relief): Konfor Bozucu Durumdan Kurtulma Duygusu: Konfor kuramının ilk aşamasını oluşturmaktadır. Bireyin gereksinimlerinin giderilmesi neticesinde yaşadığı sıkıntıdan kurtulmasıyla hissetmiş olduğu durum olarak tanımlanır (91,96). Ferahlama, özel bir ihtiyacın karşılanması, önceki işlemlere geri dönülmesi veya huzurlu bir ölüm için gerekli olması sonucunda yaşanır. Ferahlama düzeyi, hastanın işlevselliğine tekrar geri dönmesi, tedaviye kaldığı yerden devam etmesi veya huzurlu bir şekilde ölmesi için çok önemli bir aşama niteliği taşımaktadır (6,13). Hasta bireyin ihtiyaçlarının karşılanması temeline dayanan hemşirelik kuramlarından kaynak alan rahatlama, Orlando'nun teorisinde ihtiyaçları karşılanan hastanın yaşadığı duygu olarak, Henderson'ın teorisinde ise hasta bireyin on dört temel ihtiyacından herhangi biri karşılandığında hasta bireyin hissettiği durum olarak tanımlanmaktadır (14,98).

Rahatlama (Ease): Konforlu Olma Hissi: Konfor kuramının ikinci aşamasını oluşturmaktadır. Kişinin sıkıntıdan kurtulduktan sonra sakin, rahatlamış veya huzurlu olma durumu olarak tanımlanır. Bu aşamada, sıkıntıdan kurtulmanın bir adım ötesinde, hasta rahatlamıştır ve memnuniyetini dile getirir ya da bu konuda konuşur (6,99). Rahatlama düzeyi, fiziksel ve zihinsel deneyimlerden ve çevresel özelliklerden etkilendiği gibi hastanın iyileşmesine de önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır. Bu sebepten dolayı etkin performans için gerekli bir koşuldur (13,96,98).

Üstünlük (Transcendence): Kişisel Gelişme (Yenilenme Duygusu): Konfor kuramının üçüncü aşamasını oluşturmaktadır. Kişinin sorunlarının üstesinden gelebildiği, yani kendi sorun ve şikâyetleriyle başa çıkabildiği bir durum olarak tanımlanır (91,100). Bu aşamada hasta, ihtiyaçlarının karşılandığı, artık bir üstünlük düzeyine ulaştığı, performans potansiyelini ortaya çıkardığı ve sorunlarıyla başa çıkabilecek gücü kazandığı için rahatlamış ve ferahlamıştır (6,13,14).

Her üç konfor düzeyi de hasta bireylerin performanslarına olumlu katkıda bulunur ve teorik olarak güçlendirici unsurlardır (13,14).



Şekil 2.3. Konfor kuramının boyutları

Fiziksel Konfor: Hastanın fiziksel, diğer bir deyişle fizyolojik olarak rahat bir durumda olduğunu ifade etmektedir. Bu nedenle, bireyin hastalığa verdiği yanıtlardan kaynaklı fiziksel konfor, hastanın beden duyumlarıyla bağlantılı olup dinlenme, beslenme, rahatlama, hastalığa verilen tepkiler, homeodinamik ve bağırsak fonksiyonlarının sürdürülmesi gibi bireyin fiziksel durumunu etkileyen fizyolojik faktörleri içerir. (91,100,101). Fiziksel Konfor, başta ağrı olmak üzere sıvı elektrolit dengesinin sağlanması, kan kimyasının düzenlenmesi, oksijenlenme durumunun sağlanması, dinlenme ve rahatlamanın sağlanması, gastrointestinal fonksiyonlar, homeostaz mekanizmaları, sıvı alımı ve beslenme gibi fizyolojik durumları içerdiğinden bunlardan birinde meydana gelecek bir bozulma bireye ağrı vereceğinden hastanın konforunu etkileyecektir (94,100). Bu anlamda Kolcaba'ya göre ağrı, hastanın konfor

ihtiyaçları dâhilinde karşılanması gereken ilk konudur. Daha sonra diğeri fizyolojik durumlar tedavi edilmelidir (17).

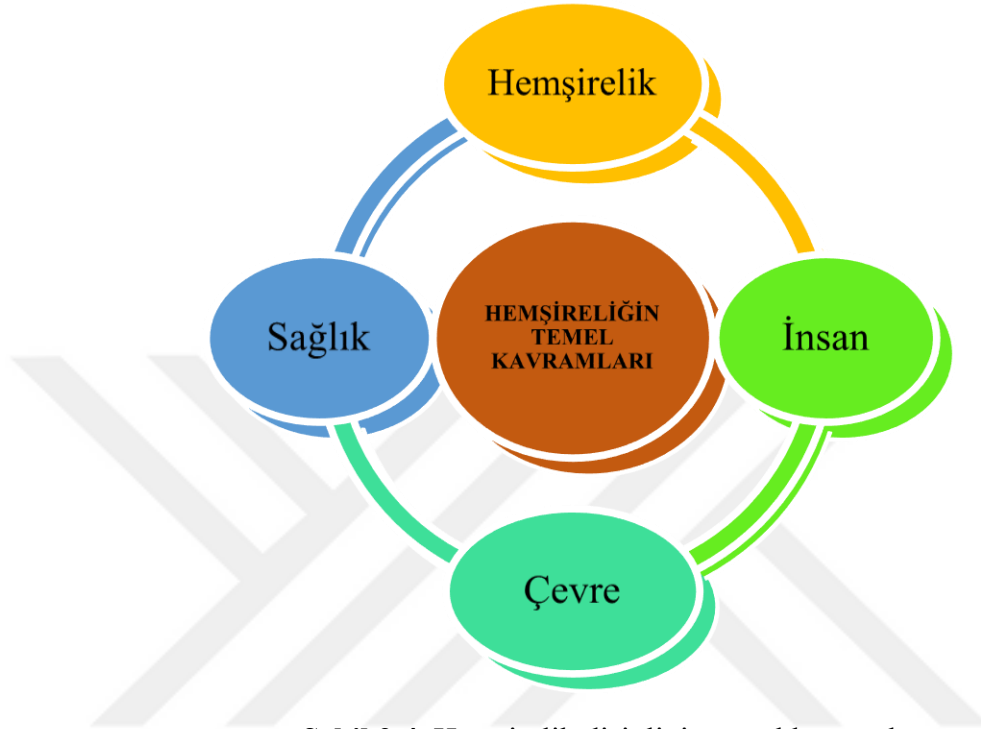
Psikospiritüel Konfor: Psikospiritüel konfor boyutu, hastanın zihinsel, duygusal ve ruhsal rahatlık durumunu ifade etmektedir. Dolayısıyla bireyin psikospiritüel duyularıyla ilgili olan bu boyut, zihinsel ve ruhsal bileşenlerden oluşmakta ve kendini değerli hissetme, benlik algısı, öz saygı, cinsellik, özgüven ve öz farkındalık gibi duyguları içermektedir (98). Kolcaba'ya göre psikospiritüel konforun sağlanmasında hastaya dokunma, masaj yapma, ağız bakımı verme gibi rahatlatıcı müdahalelerin yanı sıra hastanın bilgilendirilmesi, sorularının yanıtlanması, yakınları ve özel ziyaretçileriyle bir arada olmasına izin verilmesi, ziyaretin kolaylaştırılması ve iletişimin sağlanması gibi birtakım uygulamaların yapılması gerekmektedir. Bu ve benzeri uygulamalar yapıldığı takdirde hastanın psikospiritüel konforu artacaktır (16,98,100).

Çevresel Konfor: Dış faktörleri, durumları ve tüm bunların kişiler üzerinde yarattığı etkiyi kapsar. Dolayısıyla çevresel konfor boyutu, hastanın fiziksel ve zihinsel fonksiyonlarını ve dolayısıyla iyileşme sürecini etkileyen hasta çevresindeki güvenlik sorunları, yetersiz bakım, uygun olmayan aseptik tekniklerin kullanılmasından kaynaklanan hastane infeksiyonları, yapılan tıbbi hatalar, ortamın soğuk olması, gürültülü olması, ortamın parlak ışık alması, kötü ter kokusu gibi kokular, hastanın mahremine saygı gösterilmemesi, sedyelerin ve yatakların rahatsızlık vermesi gibi çevresel konforu azaltan durumları içermektedir (13,98,100). Kolcaba'ya göre hastanın konforunu sağlamak için çevresel konfor unsurlarını kontrol etmek ve rahatlatıcı bir hale dönüştürmek büyük önem taşımaktadır (100).

Sosyo-Kültürel Konfor: Hastanın ailesi ve diğeri toplumsal kurumlarla olan etkileşimlerini ve kişilerarası ilişkilerini ifade etmektedir. Dolayısıyla sosyo-kültürel konfor, hastanın aile ilişkileri, alışkanlıkları, örf, adet, gelenek ve dini yaşamı gibi sosyal ve kültürel özelliklerini kapsamaktadır (13,14,17). Kolcaba'ya göre bakım, hastanın gelenekleri, giyimi, aile ilişkileri ve yaşam tarzı gibi sosyal ve kültürel karakteristiklerine duyarlı bir şekilde sağlanmalıdır. Hastaya ancak bunlara yönelik hassas bir bakım sağlandığında sosyo-kültürel rahatlık elde edilebilecektir (97,98). Bunun aksine kültürel niteliklerin ve alışkanlıkların göz ardı edilmesi ve uygulamaya geçirilmemesi gibi durumlar özelde sosyokültürel konforu, genelde ise konforu kötü yönde etkileyecektir. Ayrıca bireylerin sosyal destek mekanizmalarının yetersizliği ve bakım masraflarını karşılayabilme gücünün olmayışı gibi faktörler de konforu etkilemektedir. Dolayısıyla, hasta konforunu artırmak için sosyo-kültürel özellikler dikkate alınmalıdır (100).

2.3.3. Hemşirelik Temel Kavramlarının Kuramda Ele Alınışı

Kolcaba'nın konfor teorisinde hemşirelik disiplininin başlıca terimleri olan **hemşirelik, insan, çevre** ve **sağlık** tanımları şu şekilde ele alınmaktadır (13,14,91);



Şekil 2.4. Hemşirelik disiplinin temel kavramları

Hemşirelik;

- Hasta bireylerin konfor ihtiyaçlarının belirlenmesi, bu ihtiyaçları karşılamaya yönelik hemşirelik bakım müdahalelerinin tasarlanması, uygulanması ve uygulamanın ardından hasta bireylerin konfor açısından değerlendirilmesinin yapıldığı süreçtir.
- Konfor ihtiyaçlarının amaca yönelik olarak değerlendirilmesi, bu ihtiyaçları belirlemek için bir konfor ölçüm aracının oluşturulması ve müdahaleden sonra konfor düzeylerinin tekrar değerlendirilmesidir.
- Yapılacak değerlendirme, yaranın kapanmasının gözlemlenmesi gibi nesnel ya da hastanın rahatlık ifadesi gibi öznel olabilir.

Sağlık; Hasta birey, aile veya toplum için mümkün olan en yüksek işlevsellik düzeyinin ifadesidir.

İnsan/Hasta Birey; Sağlık hizmetine ihtiyaç duyan birey, aile veya içinde yaşadığı toplumdur.

Çevre; Konforu sağlamak için değiştirilebilecek olan dış çevre (oda/ev, araçlar vb.); hemşire veya etkileyen/sevilen kişi tarafından düzenlenen birey, aile veya toplumu çevreleyen durumlardır.

Kolcaba, teorisinde doğrudan **hastalık** terimini tanımlamasa da, hastalık terimini hemşirelik ve sağlık kavramları içerisinde ele almaktadır (13,14,91).

2.3.4. Konfor Kavramının Hemşirelikte Ele Alınışı

Konfor, F.Nightingale'den bu yana hemşirelik bakımı için tarihsel ve çağdaş öneme sahip bir terim olup, hemşirelik bakımının arzu edilen bir sonucu ya da hedefi olarak ifade edilmiştir (13). Konfor ve hasta konforu, geleneksel olarak hemşirelik sanatıyla ilişkili bir kavram olmakla birlikte, karmaşık, bireyselleştirilmiş ve bütünlük arz eden kavramlardır (13). Bu nedenle yapılan değişiklikler bu bağlamda doğrudan hemşirelik müdahaleleri ile sağlanır (9). Hemşirelikte konfor, bireyin, ailenin ya da toplumun konfor ihtiyaçlarının saptanması, bu ihtiyaçlara ilişkin planlama yapılması, gerekli önlemlerin alınması ve temel konfor düzeyi ile müdahale sonrası konfor seviyesinin değerlendirilmesi aşamalarından oluşmaktadır (6,13,14).



Şekil 2.5. Konfor kuramının işleyiş süreci

Hemşirelikte konfor kavramı yirminci yüzyılda dört kronolojik başlık altında incelenip açıklanmıştır. **Bu kronolojik sıralama aşağıda verilmiştir:**

- 1929 yılına kadarki dönemde konfor, hemşireliğin ahlaki yönü ve temel odak noktası olarak görülmekteydi.
- 1930-1959 yılları arasındaki dönemde konfor, hemşirelik bakımının başarısı için kilit bir stratejik unsur olarak görülmekteydi.
- 1960-1989 yılları arasındaki dönemde konfor, hedeflerinin görece küçük bir bölümünü oluşturmakla birlikte, bakımın fiziksel yanı ağır basmış ve duygusal konfor giderek daha önemli hale gelmiştir.

- 1990-2006 yılları arasında konfor kavramı bir teoriye dönüşmüş ve bu dönem içerisinde; doğum sancısı, yaşam sonu dönem, palyatif bakım ve ağrı yönetimi gibi konular üzerine odaklanması; rahatsızlık/konfor bozukluğunun hemşirelik tanı listesine NANDA-I' ya dahil edilmesi ve konforun iyileştirilmesinin Hemşirelik Girişimleri Sınıflandırmasına (NIC) dahil edilmesi önerilmiştir (95).

Konfor, hemşirelikle ilgili tarihsel ve güncel önemi olan bir kavram olmakla birlikte F. Nightingale, Kolcaba, Paterson, Orlando, Henderson, Watson ve diğer kuramcılar konfor kavramını hemşirelik kuramlarında kullanmışlardır (13).

Hemşirelerin bir disiplin olarak ilgili olduklarını ifade ettikleri konfor kavramı Florence Nightingale'den bu yana devamlı olarak kullanılan bir kavram olup, hemşirelerin görevlerinin hastanın konforunu sağlanması olduğu belirtilmiş ve eski çağlardan bu yana hemşirelik bakımının temel yapı taşlarından biri olarak ifade edilmiştir (13,102,103). “*Notes on Nursing*” adlı kitabında konforun önemine değinen F.Nightingale, konfor kavramını hemşireliğin ana merkezi ve etik boyutu olarak tanımlamış olup zamanla konfor, bakım hizmetinin başarılı olmasını sağlayan temel bir kavram haline gelmiş; beslenme, dinlenme, uyku, arkadaşlık ve anlayışla birlikte temel bir ihtiyaç haline geldiğini ifade etmiştir (100,102,104–106).

Katherine Kolcaba, konfor kavramının hemşirelik disiplininde kullanımını üzerine yaptığı uzun süreli analitik çalışmalar sonucunda konforu teorileştirmiş ve hemşirelik için konfor kavramını, bireysel konfor ihtiyaçlarını ve konfor kavramının bileşenlerini ferahlama, rahatlama ve sorunların üstesinden gelme hali olarak belirtmiştir (14,17,91,107) .Bu alanlarda konforu karşılanmayan hastalar kendilerini yetersiz görürler; ihtiyaçları giderildiğinde ise yetersizliğin ortadan kalktığını ifade ederler (105)

Paterson, konforu hemşireliğin doğası ve deneyimiyle etkileşim halinde olan bir yapı olarak tanımlamakta ve konforun büyüme, sağlık ve özgürlük gibi kavramların altına girdiği bir şemsiye gibi olduğuna inanmaktadır. Paterson konforu fiziksel olmaktan ziyade bir zihin durumu olarak tanımlamakta ve hastanın kaderini kontrol etmekte özgür olmasını ve belirli bir zaman ve durumdaki potansiyeline göre geleceğini planlamasını amaçlamaktadır (13,14).

Bir etkileşim kuramcısı olan Orlando, hastayı ihtiyaçları olan ve ihtiyaçları karşılanmadığında sıkıntılı anlar yaşayan bir birey, hemşireyi ise bu ihtiyaçları değerlendirerek hastanın sıkıntılarını giderebilen bir kişi olarak tanımlamaktadır. Bu tanımdan yola çıkan Kolcaba, ihtiyaçları giderilen hastanın hissettiği duygunun konforun

ilk boyutu olan sıkıntı halinden kurtulma olduğunu belirtmiştir. Hemşire, konfor ölçümünden önce ve sonra etkili bir hasta-hemşire etkileşimiyle hastanın fiziksel ve zihinsel konforunu değerlendirir (13,14).

Henderson ise kaynağını Maslow'dan alan teorisinde insanın temel ihtiyaçlarına vurgu yapmış ve insanın yaşamını devam ettirebilmesi için ihtiyaç duyduğu 14 temel ihtiyacın karşılanmasına yardımcı olunması gerektiğini belirtmiştir. Bu ihtiyaçlar yeterli nefes alma, beslenme, boşaltım, hareket, dinlenme, giyinme, vücut ısısını dengede tutma, tehlikeden kaçınma, iletişim, ibadet, hijyen ihtiyacını karşılama, çalışma hayatında başarılı olma, eğlenme ve meslek sahibi olmadır. Kolcaba'ya göre birey bu aşamalarda dengede olabilirse rahatlığın gevşeme aşamasında olabilir ve dengesini koruyabilir (13,14,25) .

Watson bakım teorisinde konforun, destekleyici, koruyucu, iyileştirici, zihinsel, fiziksel, sosyokültürel ve manevi bir çevrenin sağlanmasından oluşan sekizinci iyileştirme faktörünün ilk boyutu olduğu vurgulanmaktadır. Konfor, hemşire tarafından belirli bir ölçüde değiştirilebilen dış değişken, hastanın çevresidir. Watson, hastaya düzenli aralıklarla pozisyon verilmesi, yatağın rahat ettirilmesi, hareket açıklığı (ROM), sırt masajı, ilaç tedavisi, nefes egzersizleri ve meditasyon gibi uygulamaların konforu sağladığına inanmaktadır (14,87,95).

Günümüzde konfor kavramı, kabul edilebilir bakım standartlarını ve kaliteli hemşirelik bakımının bir parçasını ifade etmek için kullanılmaktadır (17). Kişisel konfor ihtiyaçlarının saptanması, giderilmeyen ihtiyaçlara yönelik hemşirelik müdahalelerinin planlanması, var olan konfor düzeyinin ve uygulama sonrası konfor düzeyinin değerlendirilmesi hemşirelik sürecinde konfor kavramının bilimsel olarak kullanım aşamalarıdır. Hemşirelik sürecinde hasta konforunun sağlanması ya da artırılması hemşireliğin bir işlevi ya da sonucu olarak kabul edilir (14,108). Bu anlamda hemşirelikte konfor, pozitif, bütüncül, çok boyutlu, teorik ve pratik bir teori olarak tanımlanmaktadır (6).

2.4. Varlık Kavramı

Varlık ingilizce karşılığı “presence” ve ‘her şeyden önce mevcut olmak’ anlamına gelen Latince ‘praesense’ kelimesinden türetilmiştir (18,21). Türkçe’de ise ‘var olma durumu, mevcudiyet’ demektir (109). Varlığın eşanlamlısı 'varoluş'tur. Varoluşun kökeni hem dine hem de varoluşçu felsefeye dayanır (18).

Varoluşçu felsefede insan, gerçek varlığını olumlamaya ve korumaya çalışır, başkalarına ulaşma ihtiyacı duyar, öz farkındalığa sahiptir ve kendi özel dünyasında ve

bu dünyada insan varlığının anlamını sorgular (11,110). Bu noktada insan kendisini özneleştirerek varlığını, özünü (benliğini) sorgular hale gelmiştir. Kâinatın ne için olduğunu ve hayatın anlamını sorgulamak yerine, varoluşun anlamını ve kendisi için var olmanın anlamını sorgulamaya başlamıştır. Bu sorgulama bir anlamda varoluşun anlamının sorgulanması ve "varoluş nasıldır?" sorusuna "varoluş kendini nerede ve nasıl gösterir?" sorusu üzerinden bir cevap bulma çabasıdır. Esasında bu sorgulayış bir anlam yaratma - anlam bulma gayretidir. Bu aşamada insan kendi anlamının ve kendisi için hayatın anlamının ne olduğunu sorgulamaya ve cevap bulmaya çalışmıştır. İşte bu, onun kendini tasarlamasını ve kendisi olmasını, bir bakıma kendini gerçekleştirip aşmasını sağlamıştır (111).

Varlık, hemşirelik literatüründe 1960'larda Gabriel Marcel ve Martin Heidegger'in varoluşçuluğuna ve Martin Buber'in din felsefesine dayanan tutarlı ve istikrarlı bir felsefi terim olarak ortaya çıkmıştır (112). Varlık, tüm hasta etkileşimlerini aşma yeteneğine sahip olduğu için hemşirelik uygulamalarında önemli bir kavramdır (24). Hemşirelikte varoluşun etimolojik ve felsefi temelleri sunulduktan sonra kavram tanımlanmıştır (112). Buna göre varlık, hemşirenin hastayla benzersiz bir durumda benzersiz bir kişi olarak karşılaştığı ve kendini onun adına adamayı seçtiği, hemşire ile hasta arasındaki özneler arası bir karşılaşma olarak ifade edilmektedir (24,112). Bu adanmışlık hemşirenin kendi varlığını yok ettiği anlamına gelmez. Aksine, hemşirenin varlığını hasta için sunduğunu göstermiştir (24,113).

2.4.1. Hemşirenin Varlığı Kavramı

İnsanlığın başlangıcından bu yana sağlık ve hastalık durumlarıyla karşılaşmış ve insanların desteğe gereksinimleri olmuştur. Hemşirelik de bu desteğin sağlanmasında aktif rol alan meslek gruplarından birisidir. Hemşirelik mesleği, insanı odağına alarak hasta ve sağlıklı bireye yardım etmek için var olmuş ve var olmaya devam etmektedir. Odağında insanın olması ve hemşire-hasta ilişkisindeki konumu nedeniyle varlık kavramı hemşirelik için önemli bir olgu olarak görülmekte ve tanımlanmaktadır (18,114,115).

Hemşirenin varlığı, modern hemşireliğin başlangıcından bu yana bakımın olumlu bir yönü olarak kullanılmıştır. Florence Nightingale, Kırım Savaşı'nda geceleri koğuşları dolaşarak ve yaralı askerlerle birlikte kalarak askerler için "nadir bir iyileştirici varlık" sağlamıştır (116). Bu eylem, varlığın hemşireliğin benzersiz bilgi tabanına dâhil edilmesinin yolunu açmıştır (24).

Hemşirenin varoluşu kavramı tarihsel süreç içerisinde birçok kuramcı ve yazar tarafından tanımlanmış olup hemşirelik mesleği alanında ilk var oluş tanımlaması Vaillot tarafından yapılmıştır (22,117). Vaillot varoluşu Marcel'in özne-özne ve özne-nesne ilişkisinden yola çıkarak açıklamıştır. Marcel'in felsefesine göre kişinin bedeni kendisi için özne, başkalarının bedeni ise kendisi için nesnedir. Vaillot, Marcel'in ortaya koyduğu felsefeden etkilenecek hemşirelerin hastaların ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik eylemlerinde hastalara özne ya da nesne olarak yaklaşabileceğini belirtmiştir. Hemşireler verdikleri hizmetleri "insani deneyimler" şeklinde hastalarla paylaştıkça, onlarla bir özne-özne ilişkisini kurarlar. Özne-özne ilişkisinde hem hemşire hem de hasta kendi varoluşlarına yaklaşır ve bu ilişkide hemşire hasta için var olmaktadır (117-119). Bu bağlamda Vaillot, hemşirelerin kendilerini mesleklerine adanarak ve hastalarının sağlıklarını iyileştirmeye yönelik etkileşime girerek yardım ilişkisi kurdukları mesleklerinde var olabileceklerini belirtmektedir (118,119).

Vaillot'dan sonra diğer hemşire kuramcılar da varlık ile ilgili tanımlamalar yapmışlardır. Gardner mevcudiyet kavramını fiziksel erişilebilirlik ve yakınlık olarak tanımlamıştır (120). Gardner hemşirenin varlığı kavramını, hemşire-hasta ilişkisinin odağına alarak; hemşirenin hasta gereksinimlerinin farkında olması ve hastaların gereksinimlerine katkıda bulunmak için kendini fiziksel olarak hazır ve erişilebilir hale getirmesi olarak açıklamaktadır (19,21). Bunun yanı sıra hemşirelik varlığının bilişsel, davranışsal ve duygusal deneyim alanlarında var olduğunu ve bunların da başlı başına bir hemşirelik uygulaması olduğunu öne sürmüştür (19).

Parse, varlığı diğer teorisyenlerden farklı bir şekilde açıklamıştır. Gerçek varlık kavramını kullanarak "İnsan-Yaşam-Sağlık Teorisi "nde kişinin sağlık yaşamını değiştirmek ve yönetmek için uygulanan bir hemşirelik müdahalesi olarak açıklamıştır (18,20). Parse, varlık kavramı üzerine yaptığı çalışmada, gerçek varlığın başkalarıyla birlikte olmanın kasıtlı ve yansıtıcı bir yolu olduğunu belirtmiştir. Parse, hemşirelerin hastalarına rutin olmayan bir şekilde davrandıklarında ve hastalarının deneyimlerini anlamaya çalıştıklarında "gerçek bir varlık" sunduklarını öne sürmüştür. Parse'nin açıkladığı gibi, varlık "birlikte yaşamayı" veya "bir yolculukta birlikte durmayı" içerir (121). Kostovich hemşirelik varlığını emosyonel olarak "hasta ile birlikte olmak" ve fiziksel olarak "hasta için yapmak" olarak nitelendirmiş ve bu nitelemeyi hemşirenin profesyonel rolünün odağına oturtmuştur. Aynı zamanda hemşirelik varlığını hemşire ve hasta arasında kurulması gereken güçlü bir bağ olarak görmektedir (119,122). Hildegard Peplau, varlığı hemşirenin duygusal sorunlarla mücadele eden hastalarla olan ilişkisinin

iyileştirici doğasını açık bir şekilde detaylandırmış ve hemşire-hasta ilişkisine ve aşamalarına değer vermiştir (24).

Fredriksson varlığın değerinin, hemşirenin hastanın acısıyla derin bir temas kurabileceği bir alan yaratma, hastanın şefkatli bir bireyle paylaşımda bulunmasına izin verme ve hastanın sağlık deneyimi boyunca kendi yolunu bulmasına yardımcı olma becerisinde yattığını açıklamaktadır (24). Finfgeld-Connett hemşirelikte varlık üzerine bir metasentez çalışması yapmış ve hemşirelikte varlığın gerek hemşire gerekse hasta için olumlu tecrübelerle sonuçları olan bir süreç olduğu neticesine ulaşmıştır. Bu amaçla, hemşirelik varlığını duyarlılık, bütünlük, yakınlık, savunmasızlık ve benzersiz koşullara uyum ile karakterize edilen kişilerarası bir süreç olarak tanımlamaktadır (19,24,123) . Zerwekh çalışmasında, hemşirelikte varlığın esasen hemşirelerin bildikleri bir kavram ve uygulamayı hedefledikleri bir yöntem olduğunu; varlığın yalnızca orada olmayı, birbirlerini dinlemeyi, daha yakından hissetmeyi, dokunabilmeyi ve fiziksel bakım vermeyi içerdiğini belirtmektedir (11).

Sonuç olarak hemşirenin varlığı ile ilgili yapılan çalışmalara baktığımızda hemşirelik kuramlarında yer alan tanımlar ve analizler hemşirenin varlığının duyuşsal, bilişsel, davranışsal ve ruhsal alanlarla ilişkilendirildiği ve bunlarla iç içe olduğu görülmektedir (19–21,113). Bu bağlamda hemşirenin varlığı üzerine çeşitli hemşirelik araştırmaları ve analizleri yapılmış ve hemşirenin varlığı, hastaların acı çektiği dönemlerde hayatı değiştirip dönüştürebilecek zor kararlar almalarına yardımcı olan ve iyileştirme potansiyeline sahip yetkin bir güç olarak görülerek modern hemşirelikte kabul gören temel bir yetkileniş olarak kabul edilmiştir (123–126).

2.4.2. Hemşire Varlığının Hasta Tarafından Algılanması ve Hasta Bakımına Etkisi

Hastalar hastanede yattığı süre boyunca aile ve yakın çevrelerinden ayrılıp, sosyal hayatta üstlendikleri anne, baba, eş gibi rolleri bırakarak hasta rolüne geçmektedirler. Hastalar artık günlük aktivitelerinde eskisi kadar özgür değildir. Çevrelerine ve insanlara yabancıdırlar. Olaylar çoğunlukla hastaların kontrolü dışındadır. Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak girişimlerin sağlık profesyonelleri tarafından belirlenmesi, bireylerin kendi bedenleri ve hayatları üzerindeki kontrolü kaybettikleri algısıyla birlikte; yalnızlık, güçsüzlük ve öfke hissetmelerine neden olmaktadır (21,32,127). Bu noktada hemşireler, sağlık profesyonelleri arasında hastayla en uzun ve yakın iletişim içinde olan kişiler olduğundan ve bakım yakın bir fiziksel ve psikolojik ilişki gerektirdiğinden, hastalarının

en güçsüz ve mahrem yönlerini görebilmekte; acı, yalnızlık, umutsuzluk vb. duygularına tanık olabilmektedirler. Bu fiziksel yakınlık ve tanıklık sonucunda da hemşire hastaya bakım hizmeti sunmaktadır (57,128).

Bakım; uzman hemşirelik, kişilerarası hassasiyet ve yakın ilişkilerle nitelenen bireylerarası bir süreçtir (129). Bakım, yalnızca hemşireliğe has bir durum olmamakla birlikte, tüm dünyada hemşirelerin başlıca sorumluluk alanlarından biridir. Hemşirelikte verilen bakım, bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini değerlendirmek için kullanılan altın standarttır (117,130,131). Hasta memnuniyeti, hasta ve hemşire aralarındaki etkileşimi, hemşirenin varlığını, bakım sunumunu ve sürekliliğini ve hemşirenin yetkinliğini ve yeteneğini kapsayan komplike bir terimdir (117,132). Hemşirelik hizmetleri yönünden hasta memnuniyeti, bireyin kendi bakımını yapabilecek duruma gelinceye kadar ona destek olunması, bireyin kendi bakım ve ihtiyaçlarını en kısa sürede gidermesinin sağlanması ve bu süreçte eğitim verilmesi ile doğrudan ilişkilidir. Bu ilişki sürecinde hastanın ihtiyaçları karşılanırken hemşire de hastayı tanımış olur ve karşılıklı etkileşimin devamlı olması sağlanmaktadır (20,133–136). Dolayısıyla hemşirelik mesleği için ayrılmaz bir bütün olan hasta-hemşire ilişkisi, hasta memnuniyetinin büyük bir bölümünü oluşturmaktadır (117,137,138).

Hemşire hastaya bakım sunarken hastayla devamlı bir etkileşim kurar, her an hastanın ulaşabileceği bir yerdedir ve hastayla sürekli bir deneyim paylaşmaktadır (11,139). Erişilebilirlik, hastaya ve deneyimlerine ilgi duymak ve onları anlamaya açık olmak anlamına gelir; bu da hastaya varlık göstermenin önemli bir yoludur (11,22). Hemşirenin varlığı, her hasta için farklı bir anlam ifade edebilen değişken, soyut ve çok önemli bir kavramdır. Hemşirenin hasta için varlığının, hasta için mevcut olmak anlamına geldiği söylenebilir. Hemşirenin varlığında hastayı dikkate almak, hastaya kendisinin de dikkate alındığını düşündürmek, hastayı bir nesne olarak değil bir insan olarak görmek vardır (20–22). Bu bağlamda hemşirelik bakımı verirken hemşire hastaya hazır olduğunu, onu dikkate aldığını ve bu hazırlığın insani bir gereklilik olduğunu hissettirmelidir (20,135). Hemşire, hastaya varlığını sunarken gülümsemeden, şefkatli bir bakıştan ve ses tonundaki sıcaklıktan yararlanabilir. Hemşirenin varlığını sunarken bunu nasıl yaptığının farkında olması hem hastaya verilecek hemşirelik bakımının kalitesini artıracak hem de mesleki tatmin sağlayacaktır (20,21).

Hemşirenin hastaya varlığını sunması önemli bir hemşirelik becerisi olarak algılanmalıdır. Özellikle yüksek kalitede bir hemşirelik bakımına gereksinim duyan, girişimsel müdahalelerin yoğun olarak gerçekleştirildiği, morbidite ve mortalite

düzeylerinin yüksek olduğu yoğun bakım hastaları için bu durum daha büyük önem taşımaktadır (20–22). Bu ünitelerdeki hastalar uyku-uyanıklık, ritminde değişiklikler, ağrı, vücut ısısında ani değişiklikler, ağızdan beslenememe, enfeksiyona eğilimin artması, uygunsuz pozisyon ve uzun süreli sabit yatis, boşaltım ihtiyaçlarında değişiklik, koku, gürültü, mahremiyetin göz ardı edilmesi, oksijen maskesi kullanımı, yakınlarını kaybetme ve iletişim zorlukları gibi birçok fizyopatolojik ve psikososyal stres faktörüyle karşı karşıya kalmaktadır (21,140,141). Yoğun bakım hastasının sağlık bakımında bu stres faktörlerini ortadan kaldırmak veya düzeyini azaltmak için önlemler alınmalıdır (142,143). Bu bağlamda, yoğun bakım hemşirelerinin yoğun bakım ortamında hastaları etkileyen çevresel stres faktörlerini tanımaları ve bunları önlemeye ya da azaltmaya yönelik girişimlerde bulunmaları hastaların olumlu yoğun bakım deneyimleri yaşamaları açısından oldukça önemlidir (21). Hemşire hastanın ihtiyaçlarını tam ve doğru olarak anladığı ve yanıt verdiği için hasta hemşirenin yoğun bakım ortamındaki varlığını olumlu olarak algılayacaktır. Bu şekilde, hastanın stres faktörlerine maruz kalması azalacak ve hasta hemşire tarafından önemsendiğini hissedecektir (144,145) . Böylece hasta kendini daha rahat ve güvende hissedecek, iyileşme süreci hızlanacak ve YBÜ'de kalış süresi de buna bağlı olarak kısalacaktır (21,142,143).

Hemşirenin varlığı, iyileşme potansiyelini ve rahatlığı teşvik eden paylaşılan bir deneyim olduğu için hasta bakım deneyiminde dönüştürücüdür (11). Bu konuda yapılan çalışmalar da bu durumu destekler niteliktedir. Bu bağlamda Yeşilot ve Öz tarafından kanser hastalarının hemşirelerin varlığına ilişkin algıları üzerine yapılan çalışmada, hemşirelerin varlığını olumlu algılayan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin arttığı bulunmuştur (20). Bir başka çalışmada ise İsveç'te hemşirelerin postpartum psikozlu kadınlarda varlıklarını sunmaları üzerine yapılan bir çalışmanın verilerine göre, varlıklarını sunma hemşirelikte yaygın olarak kullanılan ve uygulamada önemli bir yeri olan bir kavram olarak ifade edilmiştir. Çalışmada hemşirelerin hemşirenin varlığını tanımlamak için kullandıkları ifadeler "hemşirelerin varlıklarını koruma için kullanması", "hemşirelerin varlıklarını iyileştirme için kullanması" ve "hemşirelerin varlıklarını öğrenme için kullanması" temaları ile ortaya çıkmıştır (146). Çalışma sonuçlarına göre hemşireler, hemşirenin varlığının önemli olduğunu, anne ve bebeğin yararına gelişimsel bir stratejik bir yöntem olduğunu ifade etmişlerdir (11,146).

Literatürde yer alan diğer çalışmalar, hastanın hemşirenin varlığını algılaması ile fiziksel, zihinsel ve ruhsal olarak kendini daha iyi hissettiğini, anksiyetesinin azaldığını, sorunlarla baş etme becerisinin, kendi bakımına katılma isteğinin, işbirliğinin, uyumunun

ve hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetinin arttığını göstermiştir (20,125,147–149). Osterman'ın kanser hastaları ve onkoloji hemşireleri ile yaptığı çalışmada, hemşirenin varlığının fiziksel, zihinsel ve ruhsal olarak tehdit altında hisseden kanser hastalarına duygusal destek sağlamak için kullanılabilir bir yöntem olduğu ortaya çıkarmıştır (126). Ayrıca Wassenaar ve arkadaşları tarafından yoğun bakım hemşireleri ile yapılan bir çalışmada hemşireler, hastalara hastalıkları hakkında bilgi verdiklerinde, hasta-aile iletişimini sürdürmeye özen gösterdiklerinde, bilgi ve uzmanlıklarını ortaya koyduklarında ve hastanın fiziksel güvenliğini sağladıklarında hastalarla güven bağı kurduklarını belirtmişlerdir (150).

Sonuç olarak hemşirenin varlığını tanımlayan çalışmalara baktığımızda; hemşirenin varlığının hasta yönünden sonuçları; hastanın/danışanın hedeflerine ulaşması, hemşirelik bakımından memnuniyet, desteklendiğini hissetme, iyimserlik duygusunun artması, rahatlık, güven, baş etme gücünün artması, kişisel gelişmenin ve hastanın iyilik halinin artmasıdır (18,19,21,113,117,151). Hemşire yönünden ise; hasta ile kurulan işbirliği, hemşirenin yeterliliğine olan güvenin artması, mesleki tatmin ve hastanın hayatında bir değişiklik yaptığı hissi, artan motivasyon ve artan öz saygı ile sonuçlanmıştır (18,152). Bu anlamda hem hemşire hem de hasta, hemşirenin varlığının bir sonucu olarak değişime uğrar. Her ikisi de eşsiz insanlar olarak onaylanır ve ayrıca hemşire bir profesyonel olarak, hasta ise ihtiyaçları karşılanan bir kişi olarak onaylanır (18,117–119).

3.MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırma kardiyoloji yoğun bakım hastalarının hemşirenin varlığını algılamaları ile konfor düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişkisel olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Bu araştırma Temmuz 2022- Temmuz 2024 tarihleri arasında Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesi'nde yapıldı. Bu ünite 2. seviye yoğun bakım hizmeti vermekte olup 5 yataklıdır. Her hasta yatağı için ayrı monitör ve merkezi tıbbi gaz sistemi bulunmaktadır. Yoğun bakım ünitesinde, her vardiyada 2 hemşire ve 1 hekim 24 saat görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde tedavi gören tüm hastalar, örneklemini ise araştırmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini güç analizi ile belirlendi. G*power 3.1 programı kullanılarak yapılan hesaplama göre, etki büyüklüğü 0.25, hata payı 0.05, güven düzeyi 0.95 ve evreni temsil gücü 0.95 olmak üzere örneklem büyüklüğü 164 olarak belirlendi (153).

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Herhangi bir iletişim sorunu bulunmayan,
- Yer ve zaman oryantasyonuna sahip olan,
- En az ortaokul mezunu (en az ortaokul mezunu kriteri Kostovich'in ölçeğinin en az ortaokul mezunu hastalarla çalışmak üzere geliştirilmiş olmasından kaynaklanmaktadır),
 - Hemşire ile etkileşmiş, bakım almış olması için en az 2 gündür yoğun bakımda yatıyor olan hastalar araştırmaya dâhil edildi.

3.5. Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri

- Glasgow Koma Skalası 13 puanın altında olan,

- Psikiyatrik hastalığı olan,
- Demans/Beyin fonksiyon bozukluğu olan,
- Herhangi bir sedatif ve analjezik ilaç kullanan hastalar araştırmaya dâhil edilmedi.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Hemşirenin Varlığı Ölçeği ve Genel Konfor Ölçeği kullanılmıştır.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Literatür doğrultusunda hazırlanan bu formda yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, ekonomik durum algısı, tıbbi tanı, başka bir hastalık varlığı, daha önce yoğun bakımda yatma durumu, yoğun bakımda yattığı gün sayısı, daha önce yoğun bakım dışında bir yerde yatma durumu, ailede ya da yakın çevrede hemşire tanıdığı olup olmadığı ve şu anda kendisine bakan hemşire(ler)in adını bilme durumu sorgulanmaktadır. Form toplam 13 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Hemşirenin Varlığı Ölçeği

Kostovich "in geliştirdiği 28 maddeli Likert tipi ölçekte 26 madde hemşire varlığını ölçmekte, son iki madde ise hasta memnuniyetini değerlendirmektedir. Yeşilot ve Öz ölçeğin Türkçe'ye uyarlamasını, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını gerçekleştirmişlerdir. Ölçeğin 25 maddelik Türkçe versiyonunda her bir madde için puanlama asla (1 puan), nadiren (2 puan), ara sıra/bazen (3 puan), sıklıkla (4 puan) ve daima (5 puan) olarak belirtilmiş ve ilk madde puanlandırmada yer almamıştır. Ölçekten alınacak puan yükseldikçe, hastaların hemşirenin varlığını algılayabilme düzeyleri artış göstermektedir. Ölçekten alınacak en düşük puan 24, en yüksek puan ise 120'dir. Geçerlik güvenilirlik çalışmasında ölçeğin cronbach alpha değeri 0.95 olarak bulunmuştur (113,122). Mevcut araştırmamızda ise ölçeğin cronbach alpha değeri 0.93 olarak tespit edilmiştir.

3.6.3. Genel Konfor Ölçeği

Genel Konfor Ölçeği 1992 yılında Kolcaba tarafınca geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği çalışmasını ise 2004 yılında Kuğuoğlu ve Karabacak yapmıştır. Üç düzey ve dört boyuttan meydana gelen ölçek, konfor gereksinimlerinin belirlenmesi, hemşirelik girişimleri ve konfor artışının değerlendirilebilmesi için

kullanılmaktadır. Ölçek 48 maddelik dördümlü Likert tipi bir ölçektir ve olumlu ve olumsuz karışık maddelerden oluşmaktadır. Olumlu maddelerden alınan yüksek '4' puanı aynı zamanda yüksek konfor düzeyine işaret ederken, düşük '1' puanı da düşük konfor düzeyine işaret etmektedir. Ölçek puanları hesaplanırken olumsuz maddelerin puanları ters çevrilerek olumlu maddelerin puanları ile toplamı alınmaktadır. Ölçekten en fazla 192, en az 48 puan elde edilebilmektedir. Alınan puan, ölçekte yer alan madde sayısına bölünerek 1 ile 4 puan arasında bir değer olarak belirlenmektedir. Bu puanlamaya göre bir düşük konforu, dört ise yüksek konforu temsil etmektedir. Geçerlik güvenirlik çalışmasında ölçeğin cronbach's alpha değeri 0.85 olarak bulunmuştur (17,103). Mevcut araştırmamızda ise ölçeğin cronbach alpha değeri 0.75 olarak tespit edilmiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, Ekim 2022-Şubat 2023 tarihleri arasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. İlk aşamada yoğun bakımda yatan hastalara araştırma hakkında bilgi verildi. Ardından araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalara, Kişisel bilgi formu, Hemşirenin Varlığı Ölçeği ve Genel Konfor Ölçeği'nde yer alan sorular okundu ve kayıt altına alındı. Veriler klinik rutinlerinin yoğun olmadığı saatlerde toplandı. Kişisel bilgi formu ve ölçeklerin doldurulması her hasta için yaklaşık 20-30 dakika sürdü.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin analizi SPSS (Statistical Program in Social Sciences) 24.0 programı kullanılarak gerçekleştirildi. Çalışmada, ölçek puanları hesaplandı ve puanların normal dağılıma uygunluğunu belirlemek için basıklık ve çarpıklık katsayıları incelendi. Ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerleri, normal dağılım için kabul edilebilir sınırlar olan +3 ile -3 arasında olduğu görüldü.

Tablo 3.1. Basıklık ve çarpıklık değerleri

	n	Çarpıklık	Basıklık
Hemşirenin Varlığı Ölçeği	164	-0.363	0.631
Genel Konfor Ölçeği	164	-0.650	-0.080
Fiziksel konfor alt boyut	164	-0.431	0.796
Psikosprituel konfor alt boyut	164	-0.633	0.485
Çevresel konfor alt boyut	164	-1.284	1.786

Sosyo-kültürel konforu alt boyut	164	-0.471	-0.119
Ferahlama düzeyi	164	-0.286	-0.127
Rahatlama düzeyi	164	-0.936	0.809
Sorunların üstesinden gelme düzeyi	164	-0.844	0.612

Değerler incelendiğinde, her bir puanın basıklık ve çarpıklık katsayılarının -3 ile +3 arasında olduğu görüldü. Bu durum, puanların normal dağılım gösterdiği sonucunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle, çalışmada parametrik test teknikleri kullanıldı. Ölçek puanının demografik özelliklere göre farklılık gösterme durumu analiz etmek için t testi ve ANOVA testi kullanıldı. T testi, 2 gruplu demografik değişkenlerin analizinde kullanılırken, ANOVA testi k ($k>2$) gruplu değişkenlerin analizinde tercih edildi. Ayrıca, Hemşirenin Varlığı ile Genel Konfor arasındaki ilişki pearson korelasyon ile test edildi.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul izni (Ek-8) ve Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Ek-7) kurum izni alındı. Hemşirenin Varlığı Ölçeği ve Genel Konfor Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacılardan ölçek kullanım izinleri alındı (Ek-5, Ek-6). Araştırma verileri toplanmadan önce araştırma grubunda yer alan hastalara, çalışmaya katılmanın gönüllük esasına dayandığı bilgisi verilerek araştırmanın amacı, önemi, kişisel bilgilerin gizliliğinin sağlanacağı, verilerin çalışma dışında kullanılmayacağı ve diledikleri zaman araştırmadan ayrılacakları bilgisi verilerek hastaların çalışmaya katılmaları istendi. Bu doğrultuda araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan "Sözlü Onam" ve ardından "Aydınlatılmış Onam Formu" aracılığıyla yazılı onam alındı.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenabilirliği

Araştırmanın tek bir merkezde yürütülmüş olması çalışmanın sınırlılığdır. Araştırma sonuçları örneklem grubuna dâhil edilen hastalarla sınırlıdır. Tüm kardiyoloji yoğun bakım hastalarına genellenemez.

4. BULGULAR

Bu bölümde, kardiyoloji yoğun bakım hastalarının hemşirenin varlığını algılamaları ile konfor düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Gruplar	n	%
Yaş	34-40 yaş	21	12.8
	41-49 yaş	63	38.4
	50 ve üstü	80	48.8
Cinsiyet	Kadın	84	51.2
	Erkek	80	48.8
Medeni Durum	Evli	133	81.1
	Bekâr	18	11.0
	Dul	13	7.9
Meslek	Ev hanımı	49	29.9
	İşçi	50	30.5
	Memur	26	15.9
	Serbest	26	15.9
	İşsiz	2	1.2
	Emekli	11	6.7
	Öğrenci	0	0.0
	Diğeri	0	0.0
Eğitim Durumu	Ortaokul	89	54.3
	Lise	49	29.9
	Üniversite	26	15.9
	Lisansüstü	0	0.0
Ekonomik Durum	İyi	16	9.8
	Orta	114	69.5
	Kötü	34	20.7
	Akut MI	12	7.3

Tıbbi Tanı	Atrial Fibrilasyon	28	17.1
	Coumadin Overdose	3	1.8
	Hipertansiyon	16	9.8
	İskemik Kalp Hastalığı	3	1.8
	Kalp Kapak Hastalığı	5	3.0
	Kalp Yetmezliği	25	15.2
	Kardiyomiyopati	2	1.2
	Koroner Arter Hastalığı	5	3.0
	Miyokardit	14	8.5
	Non-STEMI	6	3.7
	Periferik Arter Hastalığı	2	1.2
	Perikardit	3	1.8
	Plevral Effüzyon	6	3.7
	Pulmoner Emboli	5	3.0
	Supraventriküler Taşikardi	3	1.8
Usap	19	11.6	
Ventriküler Taşikardi	7	4.3	
Ek Hastalık Varlığı	Evet	57	35.2
	Hayır	105	64.8
Yoğun Bakımda Yatma Süresi	3 gün ve altı	38	23.2
	4-5 gün	80	48.8
	6-10 gün	46	28.0
Daha Önce Yoğun Bakımda Yatma Durumu	Evet	39	23.8
	Hayır	125	76.2
Daha Önce Yoğun Bakım Dışında Bir Birimde Yatma Durumu	Evet	74	45.1
	Hayır	90	54.9
Aile veya Yakın Çevrede Hemşire Tanıdık Varlığı	Evet	60	36.6
	Hayır	104	63.4
Şu Anda Bakım Aldığı Hemşirenin Adını Bilme Durumu	Evet	147	89.6
	Hayır	17	10.4

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular değerlendirildiğinde; araştırmaya katılan hastaların %48.8'i 50 yaş ve üstü, %51.2'si kadın, %81.1'i evli, %30.5'i işçi, %54.3'ü Ortaokul mezunu, %69.5'i orta gelirli olduğu,

%17.1'i Atriyal fibrilasyon tanısı ile yatan hastalar olduğu, %64.8'i başka hastalığının olmadığı, %48.8'i 4-5 gün yoğun bakımda yattığı, %76.2'si daha önce yoğun bakımda yatmadığını, %54.9'u daha önce yoğun bakım dışında başka bir birimde yatmadığını, %63.4'ü aile veya yakın çevrenizde hemşire tanıdığının olmadığı, %89.6'sı şu an bakım veren hemşirenin/hemşirelerin adını bildiği tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastalara ait Hemşirenin Varlığı Ölçeği ve Genel Konfor Ölçeği ve alt boyut ve düzeylerinin ortalama puanları, standart sapma değerleri, ölçek puanlarının değişim aralıkları ve güvenilirlik katsayıları olan Cronbach α katsayıları hesaplanmış ve değerler tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Ölçek puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler

	n	Min.	Max.	X	ss	Cronbach α
Hemşirenin Varlığı Ölçeği	164	65	116	94.98	8.88	0.934
Genel Konfor Ölçeği	164	108	146	130.10	8.15	0.759
Fiziksel konfor alt boyut	164	22	41	32.82	3.06	0.595
Psikospritu�el konfor alt boyut	164	30	44	37.12	2.72	0.431
Çevresel konfor alt boyut	164	20	39	32.80	3.72	0.710
Sosyo-kültürel konfor alt boyut	164	21	32	27.35	2.32	0.382
Ferahlama düzeyi	164	35	48	42.55	2.65	0.090
Rahatlama düzeyi	164	41	63	55.10	4.09	0.562
Sorunların �stesinden Gelme Düzeyi	164	16	28	24.10	2.39	0.593

n: Gözlem sayısı, X: Ortalama, ss: Standart sapma, Min: En düşük puan, Max: En yüksek puan

Analiz sonucuna göre, araştırmaya katılan hastaların Hemşirenin Varlığı  lçeği puan ortalaması 94.98 ± 8.88 , Genel Konfor  lçeği puan ortalaması 130.10 ± 8.15 , Fiziksel konfor alt boyut puan ortalaması 32.82 ± 3.06 , Psikospriu el konfor alt boyut puan ortalaması 37.12 ± 2.72 , çevresel konfor alt boyut puan ortalaması 32.80 ± 3.72 , Sosyo-kültürel konfor alt boyut puan ortalaması 27.35 ± 2.32 , Ferahlama düzeyi puan ortalaması 42.55 ± 2.65 , Rahatlama düzeyi puan ortalaması 55.10 ± 4.09 ve Sorunların üstesinden gelme düzeyi puan ortalaması 24.10 ± 2.39 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.3. Hemşirenin Varlığı Ölçeği ve Genel Konfor Ölçeği puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişken	Grup	Hemşirenin Varlığı Ölçeği		Genel Konfor Ölçeği	
		Ort.±ss	M(Min-Max)	Ort.±ss	M(Min-Max)
Yaş	34-40 yaş	92.76±11.95	95(65-108)	126.48±7.41	127(113-139)
	41-49 yaş	93.19±7.27	93(73-112)	129.57±8.03	130(108-143)
	50 ve üstü	96.98±8.79	97.5(72-116)	131.46±8.18	134(109-146)
	Anova	4.101		3.425	
	P değeri	0.018*		0.035*	
Cinsiyet	Kadın	95.02±9.23	94(65-116)	129.25±7.95	130.5(111-145)
	Erkek	94.94±8.56	94(73-112)	130.99±8.31	132.5(108-146)
	t testi	0.062		0.062	
	P değeri	0.951		0.951	
Medeni Durum	Evli	95.24±8.52	94(72-116)	130.5±8.42	132(108-146)
	Bekâr	93.72±10.5	95(65-108)	128.56±4.93	129(113-134)
	Dul	94.08±10.62	93(76-108)	128.15±8.83	127(116-142)
	Anova	0.302		0.849	
	P değeri	0.740		0.430	
Meslek	Ev hanımı	95.18±10.01	94(65-116)	129.14±8.22	130(111-145)
	İşçi	94.24±8.49	93(72-110)	130.3±7.73	130(109-143)
	Memur	96.12±8.17	96.5(77-112)	128.62±9.67	132.5(112-143)

	Serbest	94.19±8.15	92.5(73-110)	132±7.62	133.5(108-146)
	Emekli	95.45±10.02	94(76-112)	131.73±7.81	135(116-142)
	Anova	0.249		0.842	
	P değeri	0.910		0.500	
Eğitim Durumu	Ortaokul	94.29±9.44	93(65-116)	130.29±8.24	131(109-145)
	Lise	95.63±8.25	94(73-110)	130.53±7.14	131(108-146)
	Üniversite	96.12±8.17	96.5(77-112)	128.62±9.67	132.5(112-143)
	Anova	0.608		0.521	
	P değeri	0.545		0.595	
Ekonomik Durum	İyi	98.38±7.63	96.5(83-116)	130.75±7.71	132.5(115-145)
	Orta	93.99±9.11	93(65-112)	130.18±8.29	131(108-146)
	Kötü	96.71±8.19	97(81-114)	129.53±8.08	130.5(109-142)
	Anova	2.565		0.138	
	P değeri	0.080		0.872	
Ek Hastalık Varlığı	Evet	96.58±8.24	98(76-114)	130.86±8.1	132(109-143)
	Hayır	94.19±9.21	94(65-116)	129.59±8.23	131(108-146)
	t testi	1.635		0.943	
	P değeri	0.104		0.347	
Yoğun Bakımda Yatma Süresi	3 gün ve altı	94.55±10.32	94(65-112)	132.05±7.77	134(108-146)
	4-5 gün	95.29±8.35	94.5(72-116)	129.76±8.61	130(109-145)
	6-10 gün	94.8±8.69	94(73-114)	129.07±7.5	129.5(112-143)
	Anova	0.100		1.540	

	P değeri	0.905		0.217	
Daha Önce Yoğun Bakımda Yatma Durumu	Evet	96.85±10.18	98(73-116)	130.23±8.07	133(112-145)
	Hayır	94.4±8.4	93(65-112)	130.06±8.21	131(108-146)
	t testi	1.507		0.117	
	P değeri	0.134		0.907	
Daha Önce Yoğun Bakım Dışında Bir Birimde Yatma Durumu	Evet	96.82±9.23	97.5(73-116)	130.27±8.69	132(112-145)
	Hayır	93.47±8.34	93(65-112)	129.96±7.73	131(108-146)
	t testi	2.445		0.245	
	P değeri	0.016*		0.806	
Aile veya Yakın Çevrede Hemşire Tanındık Varlığı	Evet	95.73±9.65	96(72-116)	129.82±9.33	132.5(109-146)
	Hayır	94.55±8.43	93.5(65-112)	130.26±7.43	131(108-143)
	t testi	0.822		-0.315	
	P değeri	0.412		0.754	
Şu Anda Bakım Aldığı Hemşirenin Adını Bilme Durumu	Evet	95.41±8.15	94(72-116)	130.48±8.02	132(109-146)
	Hayır	91.29±13.46	92(65-112)	126.76±8.75	129(108-138)
	t testi	1.234		1.793	
	P değeri	0.234		0.075	

Ort: Ortalama, ss: Standart sapma, M: Medyan, Min: En düşük puan, Max: En yüksek puan, *p<0.05: Anlamlı farklılık vardır.

Analiz sonuçlarına göre Hemşirenin Varlığı Ölçeği ve Genel Konfor Ölçeği puanı yaşa göre farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Ortalama puanlarına göre yaşı 50 ve üstü olanların Hemşirenin Varlığı Ölçeği puanı ve Genel Konfor Ölçeği puanı diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirenin Varlığı Ölçeği puanı başka birimde yatmasına göre farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Ortalama puanlarına göre başka birimde yatanların Hemşirenin Varlığı Ölçeği puanı başka birimde yatmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirenin Varlığı Ölçeği puanı; cinsiyet, meslek, eğitim durumu, medeni durum, ekonomik durum, ek hastalık durumu, tanıdık hemşire durumu, hemşirenin adını bilme durumu, yoğun bakımda yatma durumu ve yoğun bakımda yatma süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Genel Konfor Ölçeği puanı; cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, ekonomik durum, hemşirenin adını bilme durumu, ek hastalık durumu, tanıdık hemşire durumu, yoğun bakımda yatma durumu, yoğun bakımda yatma süresinin ve yoğun bakım dışında başka birimde yatmaya göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.4. Genel Konfor Ölçeğinin alt düzey ve alt boyut puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişken	Grup	Ferahlama Düzeyi		Rahatlama Düzeyi		Sorunların Üstesinden Gelme Düzeyi		Fiziksel Konfor		Psikospritiüel Konfor		Çevresel Konfor		Sosyo-Kültürel Konfor	
		Ort.±ss	M(Min-Max)	Ort.±ss	M(Min-Max)	Ort.±ss	M(Min-Max)	Ort.±ss	M(Min-Max)	Ort.±ss	M(Min-Max)	Ort.±ss	M(Min-Max)	Ort.±ss	M(Min-Max)
Yaş	34-40 yaş	42.14±3.14	42(37-48)	53.19±4.14	54(45-59)	23.29±2.49	24(18-27)	31.48±3.64	32(22-38)	36.05±2.99	36(30-42)	32.19±4.03	33(20-37)	26.76±2.53	27(21-31)
	41-49 yaş	42.65±2.46	43(35-48)	54.59±4.08	55(41-61)	23.95±2.5	24(16-28)	33.1±2.92	33(27-40)	36.79±2.71	37(30-44)	32.21±4	33(20-37)	27.48±2.14	27(22-32)
	50 ve üstü	42.59±2.68	43(35-48)	56.01±3.88	56(45-63)	24.43±2.24	25(19-28)	32.96±2.94	33(25-41)	37.66±2.57	38(30-43)	33.43±3.34	34(23-39)	27.41±2.41	28(21-31)
	Anova	0.299		5.016		2.099		2.415		3.791		2.242		0.795	
	P değeri	0.742		0.008*		0.126		0.093		0.025*		0.110		0.454	
Cinsiyet	Kadın	42.32±2.65	42(35-48)	54.94±4.01	56(45-62)	23.71±2.42	24(17-28)	32.58±3.09	33(22-39)	36.89±2.54	37(30-42)	32.49±3.88	33(20-39)	27.29±2.28	27(21-32)
	Erkek	42.8±2.64	43(36-48)	55.28±4.18	56(41-63)	24.5±2.32	25(16-28)	33.08±3.02	33(26-41)	37.36±2.9	38(30-44)	33.13±3.54	34(20-38)	27.43±2.37	27(22-31)
	t testi	-1.03		-1.104		-1.095		-1.03		-1.104		-1.095		-0.383	
	P değeri	0.304		0.271		0.275		0.304		0.271		0.275		0.702	
Medeni Durum	Evli	42.69±2.61	43(35-48)	55.22±4.19	56(41-63)	24.16±2.43	25(16-28)	33.07±2.91	33(25-41)	37.17±2.79	38(30-44)	32.77±3.76	33(20-39)	27.49±2.28	27(21-32)
	Bekâr	42.28±2.93	41.5(38-48)	54.5±2.81	55(46-58)	23.83±2.01	24(19-27)	31.72±3.23	32(22-36)	37±2.2	37(33-42)	33.06±3	33(27-37)	26.78±2.44	27(21-30)
	Dul	41.54±2.63	41(37-45)	54.77±4.71	56(47-62)	23.85±2.64	25(18-27)	31.85±3.89	33(27-39)	36.77±2.8	38(32-40)	32.77±4.51	33(21-37)	26.77±2.59	27(22-31)
	Anova	1.236		0.289		0.221		2.295		0.149		0.048		1.195	

	P değeri	0.293		0.749		0.802		0.104		0.862		0.954		0.305	
Meslek	Ev hanımı	42.2±2.73	42(35-48)	54.96±4.41	55(41-62)	23.61±2.49	24(17-28)	31.96±2.89	33(25-37)	37.14±2.61	38(30-42)	32.9±3.14	33(26-39)	27.14±2.23	27(21-30)
	İşçi	42.64±2.64	43(36-48)	55.12±3.47	56(45-60)	24.2±2.03	24(20-28)	32.98±3.18	33(26-41)	37.14±2.56	38(30-43)	32.92±3.43	33.5(23-38)	27.26±2.28	27(22-31)
	Memur	43.15±2.95	44(35-47)	53.96±5.16	56(44-61)	23.62±2.93	24(18-28)	34±3.78	34.5(22-40)	35.92±3.01	36(30-41)	30.85±5.62	33(20-37)	27.85±2.71	28.5(21-32)
	Serbest	42.46±1.98	42(38-46)	56±3.64	56(45-63)	24.81±2.42	25(16-28)	32.88±2.12	33(27-36)	38.23±2.67	38(30-44)	33.23±2.83	33(24-38)	27.65±2.21	27.5(22-31)
	Emekli	42.18±3.16	42(37-47)	55.91±3.62	56(47-60)	25.09±1.7	25(22-27)	32.55±2.54	32(27-36)	37.64±2.58	38(33-42)	34.91±2.21	34(32-38)	26.64±2.42	27(22-30)
	Anova	0.612		0.930		1.857		2.044		2.529		2.891		0.773	
	P değeri	0.655		0.448		0.121		0.091		0.043*		0.024*		0.544	
Eğitim Durumu	Ortaokul	42.31±2.63	42(35-48)	55.33±4.11	56(41-62)	24.22±2.32	25(17-28)	32.4±2.81	33(25-39)	37.29±2.59	38(30-42)	33.19±2.98	33(25-39)	27.4±2.37	27(21-31)
	Lise	42.67±2.51	43(37-48)	55.31±3.34	56(45-63)	24.12±2.23	24(16-28)	32.96±2.94	33(26-41)	37.45±2.69	38(30-44)	33.12±3.46	34(23-37)	27±1.98	27(22-31)
	Üniversite	43.15±2.95	44(35-47)	53.96±5.16	56(44-61)	23.62±2.93	24(18-28)	34±3.78	34.5(22-40)	35.92±3.01	36(30-41)	30.85±5.62	33(20-37)	27.85±2.71	28.5(21-32)
	Anova	1.080		1.210		0.653		2.877		3.124		4.432		1.179	
	P değeri	0.342		0.301		0.522		0.059		0.047*		0.013*		0.310	
Ekonomik Durum	İyi	43.75±2.59	44(40-48)	54.69±4.17	56(47-61)	24.13±2.6	24.5(18-28)	33.75±2.67	33.5(29-38)	36.44±2.48	37(31-40)	32.38±4.53	33(20-38)	28.19±1.72	28(26-31)
	Orta	42.55±2.7	43(35-48)	55.06±4.01	56(44-63)	24.2±2.36	25(16-28)	32.83±3.05	33(22-41)	37.25±2.83	38(30-44)	32.81±3.75	33(20-39)	27.29±2.38	27(21-32)
	Kötü	42±2.39	42(36-48)	55.44±4.41	56(41-62)	23.74±2.44	24(19-28)	32.35±3.23	33.5(25-37)	37.03±2.48	38(30-40)	32.97±3.31	34(23-37)	27.18±2.33	27(22-31)
	Anova	2.414		0.203		0.495		1.141		0.639		0.139		1.179	
	P değeri	0.093		0.817		0.610		0.322		0.529		0.871		0.310	

Ek Hastalık Varlığı	Evet	42.07±3.02	42(35-47)	56.11±3.61	56(45-62)	24.33±2.12	25(19-28)	32.49±3.08	33(25-38)	37.6±2.36	38(31-43)	33.61±2.96	34(25-39)	27.16±2.48	27(21-31)
	Hayır	42.8±2.42	43(37-48)	54.53±4.27	55(41-63)	23.94±2.54	24(16-28)	33.01±3.06	33(22-41)	36.84±2.9	38(30-44)	32.33±4.05	33(20-38)	27.41±2.23	27(21-32)
	t testi	-1.678		2.358		0.987		-1.026		1.695		2.102		-0.660	
	P değeri	0.095		0.020*		0.325		0.306		0.092		0.037*		0.510	
Yoğun Bakımda Yatma Süresi	3 gün ve altı	42.76±2.05	42.5(38-47)	55.92±3.76	56.5(45-63)	24.79±2.49	25(16-28)	33.13±2.06	33.5(27-36)	37.79±2.7	38(30-44)	33.24±3.28	34(24-38)	27.89±2.22	28(22-31)
	4-5 gün	42.84±2.87	43(35-48)	54.71±4.42	55.5(41-62)	23.86±2.41	24(17-28)	32.71±3.39	33(22-40)	36.98±2.75	38(30-43)	32.71±3.88	33(20-39)	27.36±2.47	27(21-32)
	6-10 gün	41.89±2.62	42(35-48)	55.11±3.7	55(44-62)	23.93±2.23	24(18-27)	32.76±3.18	33(25-41)	36.83±2.66	37(30-42)	32.59±3.84	33(21-38)	26.89±2.07	27(22-31)
	Anova	2.041		1.128		2.107		0.253		1.539		0.356		1.970	
	P değeri	0.133		0.326		0.125		0.777		0.218		0.701		0.143	
Daha Önce Yoğun Bakımda Yatma Durumu	Evet	42.05±2.62	42(37-48)	55.85±3.96	57(44-60)	24.18±2.14	25(19-28)	32.33±3.07	33(25-37)	37.46±2.58	38(30-43)	33.69±3.1	34(25-38)	26.74±2.47	27(22-30)
	Hayır	42.71±2.65	43(35-48)	54.87±4.12	55(41-63)	24.07±2.48	25(16-28)	32.98±3.05	33(22-41)	37.02±2.77	38(30-44)	32.52±3.87	33(20-39)	27.54±2.25	27(21-32)
	t testi	-1.363		1.302		0.244		-1.148		0.891		1.727		-1.896	
	P değeri	0.175		0.195		0.807		0.253		0.374		0.086		0.060	
Daha Önce Yoğun Bakım Dışında Bir Birimde Yatma Durumu	Evet	42.77±2.88	43(35-48)	55.23±4.48	56(41-62)	23.97±2.44	24(18-28)	33.11±3.21	33(25-41)	37.27±2.84	38(30-43)	32.58±4.36	33.5(20-39)	27.31±2.21	27(21-32)
	Hayır	42.38±2.44	42(36-48)	55±3.75	55.5(45-63)	24.2±2.36	25(16-28)	32.59±2.92	33(22-39)	37±2.63	38(30-44)	32.98±3.12	33(21-38)	27.39±2.42	27(21-31)
	t testi	0.944		0.357		-0.603		1.083		0.631		-0.657		-0.214	
	P değeri	0.347		0.721		0.547		0.280		0.529		0.513		0.831	

Aile veya Yakın Çevrede Hemşire Tandıkk Varlığı	Evet	42.72±2.82	43(35-48)	54.88±4.9	56(44-63)	24.02±2.8	25(17-28)	33.07±3.06	33(26-40)	36.72±3.36	37.5(30-43)	32.47±4.54	33(20-38)	27.57±2.63	27(21-32)
	Hayır	42.46±2.55	42.5(35-48)	55.23±3.55	56(41-62)	24.14±2.14	24(16-28)	32.68±3.06	33(22-41)	37.36±2.27	38(30-44)	32.99±3.17	33(24-39)	27.23±2.12	27(21-31)
	t testi	0.593		-0.481		-0.305		0.774		-1.313		-0.789		0.843	
	P değeri	0.554		0.632		0.761		0.440		0.193		0.432		0.401	
Şu Anda Bakım Aldığı Hemşirenin Adını Bilme Durumu	Evet	42.66±2.62	43(35-48)	55.27±4.08	56(41-63)	24.16±2.34	25(17-28)	33.01±3.01	33(22-41)	37.18±2.71	38(30-44)	32.86±3.7	33(20-39)	27.44±2.32	27(21-32)
	Hayır	41.65±2.78	41(37-47)	53.65±3.98	55(45-59)	53.65±3.98	25(16-27)	31.24±3.05	32(26-37)	36.65±2.91	38(30-40)	32.29±3.96	33(24-38)	26.59±2.27	26(22-30)
	t testi	1.498		1.559		1.034		2.292		0.758		0.589		1.441	
	P değeri	0.136		0.121		0.300		0.023*		0.449		0.557		0.151	

Ort: ortalama, ss: Standart sapma, M: Medyan, Min: En düşük puan, Max: En yüksek puan, *p<0.05: Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Analiz sonuçlarına göre Psikospiritüel konfor alt boyut ve Rahatlama düzeyi yaşa göre farklılık göstermektedir ($p<0.05$) . Ortalama puanlarına göre yaşı 50 ve üstü olanların, Psikospiritüel konfor alt boyut ve Rahatlama düzeyi puanları diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çevresel konfor alt boyut ve Rahatlama düzeyi ek hastalık durumuna göre farklılık göstermektedir ($p<0.05$) . Ortalama puanlarına göre ek hastalığı olanların Çevresel konfor alt boyut ve Rahatlama düzeyi ek hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Psikospiritüel konfor alt boyut ve Çevresel konfor alt boyut mesleğe göre farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Ortalama puanlarına göre serbest meslek grubunda olanların Psikospiritüel konfor alt boyut puanı diğer gruplara göre daha yüksek iken, emekli olanların Çevresel konfor alt boyut puanı diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Psikospiritüel Konfor alt boyut ve Çevresel konfor alt boyut eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Ortalama puanlarına göre lise düzeyinde olanların Psikospiritüel konfor alt boyut puanı diğer gruplara göre daha yüksek iken, ortaokul düzeyinde olanların Çevresel konfor alt boyut puanı diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Fiziksel konfor alt boyut puanı hemşirenin adını bilmeye göre farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Ortalama puanlarına göre hemşirenin adını bilenlerin Fiziksel konfor alt boyut puanı bilmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Hemşirenin Varlığı Ölçeği ile Genel Konfor Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Hemşirenin Varlığı Ölçeği	Fiziksel konfor alt boyut	Psikospriti el konfor alt boyut	Çevresel konfor alt boyut	Sosyo-kültürel konfor alt boyut	Genel Konfor Ölçeği	Ferahlama düzeyi	Rahatlama düzeyi	Sorunların üstesinden gelme düzeyi
Hemşirenin Varlığı Ölçeği	r	1								
	p									
Fiziksel konfor alt boyut	r	.321**	1							
	p	.000								
Psikospriti el konfor alt boyut	r	.357**	.143	1						
	p	.000	.067							
Çevresel konfor alt boyut	r	.165*	-.003	.492**	1					
	p	.035	.968	.000						
Sosyo-kültürel konfo alt boyut	r	.311**	.421**	.439**	.382**	1				
	p	.000	.000	.000	.000					
Genel Konfor Ölçeği	r	.404**	.541**	.738**	.729**	.764**	1			
	p	.000	.000	.000	.000	.000				
Ferahlama düzeyi	r	.325**	.624**	.291**	.241**	.573**	.605**	1		
	p	.000	.000	.000	.002	.000	.000			
Rahatlama düzeyi	r	.376**	.391**	.747**	.712**	.653**	.907**	.345**	1	
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		
Sorunların üstesinden gelme düzeyi	r	.278**	.323**	.686**	.703**	.543**	.826**	.239**	.715**	1
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.002	.000	

r:Korelasyon katsayısı, *p<0.05: Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

Hemşirenin Varlığı Ölçeği ile Genel Konfor Ölçeği ($r=.404$, $p=.000$), Fiziksel konfor alt boyut ($r=.321$, $p=.000$), Psikospiritüel konfor alt boyut ($r=.357$, $p=.000$), Sosyo-kültürel konfor alt boyut ($r=.311$, $p=.000$), Ferahlama düzeyi ($r=.325$, $p=.000$) ve Rahatlama düzeyi ($r=.376$, $p=.000$) arasında istatistiki açıdan anlamlı ve pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki bulunmuştur. Hemşirenin Varlığı Ölçeği ile Çevresel konfor alt boyut ($r=.165$, $p=.035$) ve Sorunların üstesinden gelme düzeyi ($r=.278$, $p=.000$) arasında istatistiki açıdan pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur.



5.TARTIŞMA

Kardiyoloji yoğun bakım hastalarının hemşirenin varlığını algılamaları ile konfor düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Bu araştırmada hastaların Hemşirenin Varlığı Ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması 94.98 ± 8.88 olarak bulundu (Tablo 4.2). HVÖ'nden alınabilecek en düşük puan 24 en yüksek puan 120'dir (22). Araştırmada elde edilen bulgulara göre, ölçekten alınan en düşük puanın 65 ve en yüksek puanın 116 olduğu göz önüne alınıp hesaplandığında, hastaların hemşire varlığı algısının normal ortalamanın üzerinde olduğu görülmektedir. Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında, HVÖ puanı ile ilgili benzer sonuçlara ulaşıldığı gözlemlenmektedir. Bozdoğan ve Öz'ün kanser hastalarının hemşirenin varlığını algılamaları üzerine yaptığı çalışmalarında, HVÖ puan ortalaması 88.46 ± 22.64 olarak belirlenmiştir (20). Atasayar'ın yoğun bakım hastalarının hemşirenin varlığını algılamalarında hemşirelere verilen çevresel stresörleri azaltmaya yönelik eğitimin etkisini incelediği çalışmasında, ön test grubundaki hastaların HVÖ toplam puan ortalaması 81.21 ± 13.14 iken, son test grubundaki hastaların puan ortalaması 97.58 ± 3.12 olarak bulunmuştur (21). Coşkun'un kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada, HVÖ puan ortalaması 99.72 ± 17.81 olarak tespit edilmiştir (117). Huz'un kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada, HVÖ puan ortalaması 116.6 ± 7.51 olarak bulunmuştur (151). Bu araştırmada, hemşirenin varlığını algılama düzeyleri farklılıklarının; hemşirenin yetkinlik düzeyi, hastanın tedavi süreci, personel yoğunluğu, hastanın klinik durumu, hemşirenin iletişim becerileri, hastanın beklentileri, hemşirenin mesleki tatmini, hastanın tedavi süreci ve hastanın kişisel özellikleri gibi bazı değişkenlerden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada hastaların Genel Konfor Ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması 130.10 ± 8.15 olarak bulundu (Tablo 4.2). GKÖ'nden alınabilecek en düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir (103). Araştırmada elde edilen bulgulara göre, ölçekten alınan en düşük puanın 108 ve en yüksek puanın 146 olduğu göz önüne alınıp hesaplandığında, hastaların genel konfor düzeylerinin normal ortalamanın üzerinde olduğu görülmektedir. Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında, GKÖ puanı ile ilgili benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Yapılan çalışmalara bakıldığında; Koç'un yoğun bakım hastaları ile yaptığı çalışmada Genel Konfor Ölçeğinin puan ortalaması 126.82 ± 19.71

olarak bulunmuştur (5). Karaağaç'ın yoğun bakım hastaları ile yaptığı çalışmada Genel Konfor Ölçeğinin puan ortalaması 135.24 ± 18.04 olarak saptanmıştır (154). Şahin ve arkadaşlarının ameliyat geçiren hastalarla yaptığı çalışmada Genel Konfor Ölçeğinin puan ortalaması 123.1 ± 10.5 olarak bulunmuştur (155). Bıyıklı'nın açık kalp cerrahisi olan hastalarla yaptığı çalışmada Genel Konfor Ölçeğinin puan ortalaması 139.3 ± 10.0 olarak bulunmuştur (156). Can ve arkadaşlarının bir üniversite hastanesi'nin kemoterapi ünitesinde tedavi gören kanser hastaları ile yaptığı çalışmada Genel Konfor Ölçeğinin puan ortalaması 140.63 ± 16.86 olarak bulunmuştur (157). Öte yandan Ateş'in hemodiyaliz hastalarında hastalığı kabulün konfor düzeyine etkisini belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada, Genel Konfor Ölçeği puan ortalaması 129.27 ± 13.94 olarak bulunmuş olup ve bu değer araştırmamızın bulgularına yakın bir sonuç göstermektedir (158). Bu örneklerde görüldüğü gibi, Genel Konfor Ölçeği puanları farklı hasta gruplarında ve farklı hastanelerde ortalamasının üzerinde olması ve benzerlik göstermesi oldukça normal bir durumdur. Ancak, bu benzerliklerin doğru bir şekilde anlaşılması ve değerlendirilmesi, konforu artırmak için gerekli önlemlerin alınması açısından önemlidir. Bu bağlamda, genel olarak düşük puanlar, hastaların bakım deneyimlerinin iyileştirilmesi için çalışmalar yapılması gerektiği düşünülebilir. Bu araştırmada, hastaların konfor düzeyleri farklılıklarının; hastalığın türü ve şiddeti, tedavi yöntemleri, hastanede kalma süresi, hastanenin ortamı, sağlık personelinin yaklaşımı, kültürel farklılıklar ve kişisel faktörler gibi bazı değişkenlerden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada hastaların Hemşirenin Varlığı Ölçeği puanı yaşa göre farklılık gösterdiği belirlendi ($p < 0.05$) (Tablo 4.3). Ortalama puanlarına göre yaşı 50 ve üstü olanların Hemşirenin Varlığı Ölçeği puanı diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, Yeşilot ve Öz'ün kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada, yaş arttıkça hemşirenin varlığını algılama düzeyinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (20). Aynı şekilde Kostovich'in hastanede yatan hastalar ile yaptığı çalışma (113), Kodal'ın Covid-19 tanısı ile hastanede yatan hastalar ile yaptığı çalışma (159), Atasayar'ın yoğun bakım hastaları ile yaptığı çalışma (21), Huz'un kanser hastalarıyla yaptığı çalışma (151) ve Coşkun'un kemoterapi alan kanser hastalar ile yaptığı çalışma (117), bu araştırmadan elde edilen bulgularla paralel olmayan bir sonuca ulaşarak, yaş faktörünün hastaların hemşire varlığı algısı üzerine etkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan çalışmalardaki bu farklı sonuçlar; çalışmanın yapıldığı popülasyon, örnekleme yöntemi, hastalık türü ve tedavi/bakım süreci gibi diğer değişkenlerle ilişkili olabilir. Bu bağlamda, araştırmamızın sonuçları, literatürdeki diğer çalışmalardan farklılık göstermekle

birlikte, yaş ve hemşirenin varlığını algılama düzeyi arasındaki ilişkinin değişken olabileceğini göstermektedir. Araştırma sonucuna göre, hemşirenin varlığını algılama düzeyinin yaşla birlikte artması durumu çeşitli nedenlere bağlı olarak düşünülebilir. Bu nedenler arasında: Yaş ilerledikçe hastaların sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçları artabilir ve bu nedenle hemşirenin varlığını daha fazla fark edebilirler. Ayrıca, yaşlılıkla birlikte yaşanan sağlık sorunları ve tedavi süreçleri de hemşirenin önemini artırabilir. Dolayısıyla, yaşlı bireylerin daha fazla bakıma ihtiyaç duyması ve hemşirelerin onlara daha fazla zaman ayırması da bu algıyı artırdığı düşünülebilir.

Bu araştırmada hastaların Hemşirenin Varlığı Ölçeği puanı başka birimde yatma durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Ortalama puanlarına göre daha önce yoğun bakım dışında başka birimde yatanların Hemşirenin Varlığı Ölçeği puanı daha önce yoğun bakım dışında başka birimde yatmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Literatür incelendiğinde daha önce yoğun bakım dışında başka birimde yatma durumu ile hemşire varlığı algısı arasındaki ilişkide birbirinden farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde; Koç'un hastanede yatan hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet düzeylerinin incelediği çalışmasında, hastanın daha önce hastanede yatış deneyimine sahip olmasının, hemşirelik bakımıyla ilgili görüşlerini olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (160). Bu yönüyle, bu sonuç araştırma bulgularımız ile paralellik göstermektedir. Buna karşılık, Arslan'ın bir üniversite hastanesinde yatan hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet düzeylerinin incelediği çalışma (161) ve Huz'un kanser hastalarıyla yaptığı çalışma (151) , önceden hastanede yatış deneyiminin, hemşirelik bakımıyla ilgili görüşlerini olumsuz yönde etkilediği sonucuna varılmıştır. Diğer yandan, Kodal'ın Covid-19 tanısı ile hastanede yatan hastalar ile yaptığı çalışma (159), Gül'ün hastaların ve hemşirelerin hemşirelik bakımına yönelik algılarının incelendiği çalışma (131) ve Yeşilot ve Öz'ün kanser hastaları ile yaptığı çalışma (20), hastanede yatış deneyiminin hastaların hemşire varlığı algısını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu araştırma sonucunun yapılan bazı çalışma sonuçları ile benzerlik gösterirken bazı çalışma sonuçları ile de farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu sonuç, yoğun bakım dışında başka birimde yatan hastaların, daha önce yoğun bakım dışında yatmayan hastalara kıyasla hemşirelerin varlığını daha fazla hissettiklerini ve hemşirelerle daha olumlu bir etkileşim deneyimledikleri düşünülebilir.

Bu araştırmada hastaların fiziksel konfor alt boyut puanının hemşirenin adını bilmeye göre farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Ortalama puanlarına

göre hemşirenin adını bilenlerin fiziksel konfor alt boyut puanı bilmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, bu araştırma sonucu ile benzerlik gösteren Huz'un kanser hastaları ile yaptığı çalışmasında, bakım veren hemşirenin/hemşirelerin adını bilen hastaların hemşirelik bakımını daha olumlu değerlendirdiği ve genel konforunu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (151). Bu bağlamda, araştırmamızın literatürle paralellik gösterdiği söylenebilir. Araştırmadaki bu bulgular, hemşirenin adını bilmek gibi küçük ama anlamlı detayların, hasta bakımında önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Hemşire-hasta ilişkisinde insan faktörünün önemli olduğunu vurgulamaktadır ve hastaların fiziksel konforunu artırmak için hemşirelerin kişiselleştirilmiş, empatik bir yaklaşım benimsemeleri gerektiğini göstermektedir. Bu anlamda, hastaların fiziksel konforunun sadece tıbbi tedaviye değil, aynı zamanda hastalarla etkileşimde bulunan hemşirelerin insani ve duygusal desteğine de bağlı olduğu düşünülebilir. Dolayısıyla hemşirenin adını bilmek, hastaya daha fazla özen gösterildiği ve kişiselleştirilmiş bir bakım sunulduğu hissini verebilir. Bu durumda, hastalar kendilerini daha güvende hissedebilir, daha fazla dikkate alındıklarını düşünebilir ve bu da fiziksel konforlarını artıracığı söylenebilir.

Bu araştırmada hastaların psikospiritüel konfor alt boyutunun ve çevresel konfor alt boyutunun mesleğe göre farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Ortalama puanlarına göre serbest meslek grubunda olanların psikospiritüel konfor alt boyut puanı diğer gruplara göre daha yüksek iken, emekli olanların çevresel konfor alt boyut puanı diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görüldü. Bu anlamda, bu araştırmaya göre mesleğe göre konfor düzeylerinin de farklı olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde meslek ile konfor düzeyi arasındaki ilişkide birbirinden farklı sonuçlar bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, bu araştırma sonucu ile benzerlik gösteren Özden'in Diyabet hastalar ile yaptığı çalışma (162) ve Akçakaya'nın onkoloji hastaları ile yaptığı çalışma (163), meslek gruplarının hastaların genel konforu ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Öte yandan, Bektaşoğlu'nun alt ekstremitte cerrahisi geçiren hastalar ile yaptığı çalışma (164) ve Deniz'in kanser hastaları ile yaptığı çalışma (165), bu araştırmadan elde edilen bulgular ile paralellik göstermemekte ve meslek gruplarının hastaların genel konforunu etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmadaki bu bulgular, serbest meslek grubundaki hastaların daha yüksek psikospiritüel konfor puanlarına sahip olması, belki de daha fazla manevi destek ve kişisel inançların daha fazla dikkate alındığı anlamına gelebilir. Diğer yandan, emekli olan hastaların çevresel konfor

puanlarının daha yüksek olması, fiziksel çevrenin önemli bir faktör olduğunu ve bu hastaların daha fazla çevresel konfora ihtiyaç duyduğunu gösterebilir.

Bu araştırmada hastaların psikospiritüel konfor alt boyut ve çevresel konfor alt boyut eğitim durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Ortalama puanlara göre, lise düzeyinde eğitim almış hastaların psikospiritüel konfor puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu araştırma sonucuna göre, eğitim durumunun artmasıyla konfor düzeyinin arttığı saptanmıştır. Ancak literatür incelendiğinde eğitim durumu ile konfor düzeyi arasındaki ilişkide birbirinden farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, Ateş'in hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışma (158) ve Özden'in Diyabet hastalar ile yaptığı çalışma (162), araştırmamızla benzerlik gösteren sonuçlara ulaşılmış ve eğitim düzeylerinin hastaların genel konforu ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Diğer yandan, Bektaşoğlu'nun alt ekstremitte cerrahisi geçiren hastalar ile yaptığı çalışma (164) ve Deniz'in kanser hastaları ile yaptığı çalışma (165), bu araştırmadan elde edilen bulgular ile paralellik göstermemekte ve eğitim düzeylerinin hastaların genel konforunu etkilemediği sonucuna varılmıştır. Araştırmadaki bu bulgular, daha yüksek eğitim düzeyine sahip olan hastaların ruhsal ve manevi ihtiyaçlarını daha iyi karşıladıklarını veya bu konuda daha fazla bilinçlendiklerini gösterebilir. Öte yandan, ortaokul düzeyinde eğitim almış hastaların çevresel konfor puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu, daha düşük eğitim düzeyine sahip olan hastaların fiziksel çevrelerinin konforunu daha fazla önemsediklerini veya çevresel faktörlerin iyileştirilmesi konusunda daha fazla farkındalık olduğunu gösterebilir. Bu bulgular, yoğun bakım ortamlarında hastaların farklı eğitim düzeylerine göre farklı ihtiyaçları olduğunu ve bu ihtiyaçların psikospiritüel konfor ve çevresel konfor boyutlarında ortaya çıkabileceğini göstermektedir.

Bu araştırmada hastaların Genel Konfor Ölçeği, psikospiritüel konfor alt boyut ve rahatlama düzeyi puanları yaşa göre farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.3, Tablo 4.4). Bu araştırmada, yaşın artmasıyla konfor düzeyinin arttığı saptanmıştır. Ancak literatür incelendiğinde, yaş ile konfor düzeyi arasındaki ilişkide farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Araştırmamızla benzer şekilde, Çalışkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin yaşının ilerlemesiyle konfor düzeyinin arttığı bulunmuştur (105). Aynı şekilde Akçakaya'nın onkoloji hastaları ile yaptığı çalışmada yaşın ilerlemesiyle konfor düzeyinin arttığı saptanmıştır (163). Buna karşılık, Nural ve arkadaşlarının, koroner yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalar ile yaptığı çalışma, yaş ile konfor düzeyi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş ve yaşın

ilerlemesiyle birlikte konfor düzeyinin azaldığı tespit edilmiştir (9). Aynı şekilde Dikmen ve arkadaşlarının hemodiyaliz tedavisi alan hastalar ile yaptığı çalışmada, yaşın ilerlemesiyle konfor düzeyinin azaldığı saptanmıştır (166). Sonuç olarak bu araştırmamız, literatürdeki bazı çalışmalarla uyumlu olmakla birlikte, yaş ve konfor düzeyi arasındaki ilişkinin değişken olabileceğini göstermektedir. Bu farklı sonuçlar, çalışmanın yapıldığı popülasyon, örnekleme yöntemi, hastalık türü ve tedavi/bakım süreci gibi diğer değişkenlerle ilişkili olabilir. Hastaların yaşla birlikte hastalığa ve tedavi sürecine uyumunun artması, sosyal destek sistemlerinin etkisi ve yaşlı bireylerin konfor beklentilerindeki değişim gibi faktörlerin bu ilişkiyi etkileyebileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada hastaların çevresel konfor alt boyut ve rahatlama düzeyi ek hastalık durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Ortalama puanlarına göre ek hastalığı olanların çevresel konfor alt boyut ve rahatlama düzeyi ek hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Literatür incelendiğinde ek hastalık varlığı ile konfor düzeyi arasındaki ilişkide birbirinden farklı sonuçlar bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, Kotan'ın Covid-19 pandemi sürecinde ameliyat olan hastalar ile yaptığı çalışma (167), Kubat'ın cerrahi operasyon geçiren hastalar ile yaptığı çalışma (168), Çıracı'nın radial ve femoral girişli anjiyografilerde hastaların konfor düzeylerinin incelendiği çalışma (169), Karaağaç'ın yoğun bakım hastalar ile yaptığı çalışma (154), Kavalcı'nın kolorektal cerrahi geçiren hastalar ile yaptığı çalışma (170) ve Özden'in Diyabet hastalar ile yaptığı çalışma (162), ek hastalıkları olan hastaların genel konforunu etkilediği sonucuna ulaşılırken; Güleşen'in psikiyatri hastalar ile yaptığı çalışma (171), Bıyıklı'nın açık kalp cerrahisi geçiren hastalar ile yaptığı çalışma (156) ve Bektaşoğlu'nun alt ekstremitte cerrahisi geçiren hastalar ile yaptığı çalışma (164), bu bulguları desteklememiştir ve ek hastalıkları olan hastaların genel konforunu etkilemediği sonucuna varılmıştır. Bu yönüyle, araştırma sonucumuz yapılan bazı çalışma sonuçları ile benzerlik gösterirken bazı çalışma sonuçları ile de farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu araştırmadan elde edilen bulgular, ek hastalığı olan hastaların çevresel faktörlerden daha fazla etkilendiğini ve rahatlamak için daha fazla ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Dolayısıyla ek hastalığı olan hastaların, sağlık durumlarından kaynaklanan zorlukları nedeniyle daha fazla rahatlama ve konfora ihtiyaç duyabilecekleri düşünülebilir.

Hemşirenin Varlığı Ölçeği ile Genel Konfor Ölçeği, fiziksel konfor alt boyut, psikospiritüel konfor alt boyut, sosyo-kültürel konfor alt boyut, ferahlama düzeyi ve rahatlama düzeyi arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki vardır (Tablo 4.5). Bu

sonuçlar, hemşirenin varlığının hastaların genel konfor düzeyini etkileyebileceğini ve bu etkinin alt boyutlara yayıldığını göstermektedir. Dolayısıyla bu ilişkide hastaların yoğun bakımda hemşire varlığı algısı arttıka konfor düzeylerinde de artış olduğu görülmektedir. Literatürde benzer çalışmaların mevcut olduğu görülmektedir. Coşkun, hastaların hemşirenin varlığını algılamaları ile hemşirelik bakım memnuniyeti arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, yüksek hemşire varlığı algısına sahip hastaların hemşirelik bakımından da yüksek memnuniyet sağladığını ortaya çıkarmıştır (117). Aynı şekilde Kostovich'in çalışması da benzer bir bulgu ortaya koymaktadır. Bu bulgu, hastaların hemşirelerin varlığını algılaması ile hemşirelik bakım memnuniyeti arasında güçlü bir pozitif ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (113). Bu anlamda yapılan bu çalışmalara göre, hastaların ihtiyaçlarının karşılanması ve hemşirelik hizmetinden duydukları memnuniyet, konfor düzeylerinin de artmasına katkıda bulunduğu söylenebilir. Dolayısıyla, konfor düzeyi artan hastalarda hemşire varlığı algısı daha belirgin hissedilmektedir. Bu bağlamda, hemşire varlığı algısı yüksek olan hastaların konfor düzeylerinin de yüksek olduğu sonucuna varılabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kardiyoloji yoğun bakım hastalarının hemşirenin varlığını algılamaları ile konfor düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen **sonuçlar** aşağıda belirtilmiştir.

- Araştırmaya katılan hastaların HVÖ toplam puan ortalaması 94.98 ± 8.88 (potansiyel puan dağılımı 24-120) olarak hesaplanmış olup, hastaların ortalamasının üzerinde bir hemşire varlığı algısına sahip oldukları bulundu.
- Araştırmaya katılan hastaların GKÖ toplam puan ortalaması 130.10 ± 8.15 (potansiyel puan dağılımı 48-192) olarak hesaplanmış olup, hastaların ortalamasının üzerinde bir konfora sahip oldukları bulundu.
- Araştırmada HVÖ toplam puanı ve GKÖ toplam puanı arasında istatistiki açıdan anlamlı ve pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki olduğu saptandı. Buna göre hastaların hemşirenin varlığını algılama durumları arttıkça konfor düzeylerinin de arttığı bulundu.

Çalışmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda aşağıda şu önerilerde bulunulmuştur:

- Hemşire varlığının algılanması, hastaların konfor düzeylerini artırdığı için yoğun bakım ünitelerinde hemşirelerin sıklığı ve erişilebilirliği artırılmalıdır. Daha fazla hemşire istihdamı, uygun iş yükü düzenlemesi ve vardiya düzenlemeleri, hastaların ihtiyaç duydukları bakımı daha etkili bir şekilde almasını sağlayacaktır.
- Hemşirelerin hastalarla etkileşimlerini ve iletişim becerilerini geliştirmeleri önemlidir. Hastaların duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarını anlamak, onlara destek sağlamak ve iletişim yoluyla güven oluşturmak konfor düzeylerini artırabilir. Bu nedenle, hemşirelerin iletişim, ağrı yönetimi ve rahatlama teknikleri gibi konularda yetkinlikleri artırılmalıdır.
- Hemşire varlığının hastaların konfor düzeyini etkilediğini ve önemli bir faktör olduğunu gösteren bu araştırma sonucuna dayanarak, hemşire varlığı konusunun eğitim müfredatına eklenmesi önerilebilir. Bu şekilde, hemşirelik, tıp ve diğer sağlık profesyonelleri için eğitim verilirken, hemşirelerin varlığının hastalar üzerindeki olumlu etkileri vurgulanabilir. Hemşire varlığının hastaların güvenini, konforunu ve bakım deneyimini artırdığına dair bilgi sağlanabilir.

- Hemşire varlığı ve konfor arasındaki ilişkiyi anlamak için daha kapsamlı ve çeşitli örneklem gruplarını içeren çalışmaların yapılması önemlidir. Bu nedenle, farklı sağlık kurumlarında, farklı hasta gruplarında ve farklı kültürel bağlamlarda bu ilişkiyi inceleyen araştırmaların yapılması önerilebilir.



KAYNAKLAR

1. Sarıgöl E, Kavurmacı M. Koroner yoğun bakımda hasta deneyimleri ve etkileyen faktörlerin saptanması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;11(1):212-9.
2. Arıcı H, Kavradım ST. Kardiyovasküler hastalıklarda konfor. Akdeniz Hemşirelik Dergisi. 2023;2(1):32-9.
3. Özer Z, İmre A. Yoğun bakım düzeylerinde hasta yakınlarının memnuniyet düzeylerinin ve stresle başa çıkma yollarının değerlendirilmesi. Kocaeli Med J. 2021;10(3):242-51.
4. Garanlı Y. Koroner sendromlu hastaların uyku düzeylerinin incelenmesi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2009.
5. Koç F. Yoğun bakım hastaları için konfor kuramına göre yapılandırılmış destekleyici hemşirelik bakımı [Yüksek lisans tezi]. Sakarya:Sakarya Üniversitesi; 2021.
6. Zengin N. Konfor kuramı ve yoğun bakım ünitesinin hasta konforuna etkisi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2010;14(2):61-6.
7. Kol E, İlaslan E, Özdemir S, Erdoğan A. Toraks cerrahisinde yoğun bakım ortamına ilişkin hasta görüşlerinin belirlenmesi. Journal of Academic Research in Nursing. 2018;4(3):133-41.
8. Durmaz BN. Kalp yetersizliği hastalarında konfor ile semptom şiddeti, öz-bakım davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2022.
9. Nural N, Alkan S. Identifying the factors affecting comfort and the comfort levels of patients hospitalized in the coronary care unit. Holistic Nursing Practice. 2018 ;32(1):35-42.
10. Lawson N, Thompson K, Saunders G, Saiz J, Richardson J, Brown D, et al. Sound intensity and noise evaluation in a critical care unit. American Journal of Critical Care. 2010;19(6):e88-e98.
11. Düdener E. Bakımda varlığını sunma eğitiminin onkolojide çalışan hemşirelerin, hastaları ile olan bakım odaklı hasta-hemşire etkileşimlerine ve bakım davranışlarına etkisi [Yüksek lisans tezi]. Antalya: Akdeniz Üniversitesi; 2019.
12. Aydıngülü N, Arslan S. Cerrahi geçiren hastaların erken dönem konfor düzeyleri.

- Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2021;16(2):401–6.
13. Yücel ŞÇ. Kolcaba's comfort theory. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2011;27(2):79–88.
 14. Terzi B, Kaya N. Konfor kuramı ve analizi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;20(1):67-74.
 15. Gurcayir D, Karabulut N. The effects of the training provided to patients who are scheduled for hip prosthesis surgery on the level of postoperative comfort and daily activities. International Journal of Caring Sciences. 2017;10(1):403–12.
 16. Kolcaba K, Dimarco MA. Comfort theory and its application to pediatric nursing. Pediatr Nurs. 2005;31(3):187–94.
 17. Erdemir F, Çırlak A. Rahatlık kavramı ve hemşirelikte kullanımı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.2013;6(4):224–30.
 18. Bozdoğan S. Kanser hastalarının hemşirenin varlığını değerlendirmelerinin hümanistik hemşirelik kuramı bağlamında incelenmesi [Doktora tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2014.
 19. Kostovich CT, Clementi PS. Nursing presence: Putting the art of nursing back into hospital orientation. Journal for Nurses in Professional Development. 2014;30(2):70-5.
 20. Yesilot SB, Öz F. Kanser hastalarının hemşirenin varlığını algılamaları. Journal of Psychiatric Nursing. 2017;8(3).
 21. Atasayar BŞ. Yoğun bakım hastalarının hemşirenin varlığını algılamalarında hemşirelere verilen çevresel stresörleri azaltmaya yönelik eğitimin etkisi [Doktora tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2021.
 22. Yesilot SB, Öz F. Hemşirenin varlığı: Kuramsal bir bakış. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2016;7(2):94–9.
 23. Finfgeld- Connett D. Qualitative convergence of three nursing concepts: art of nursing, presence and caring. Journal of Advanced Nursing. 2008 ;63(5):527-34.
 24. Zyblook DM. Nursing presence in contemporary nursing practice. Nursing Forum. 2010 ;45(2):120-4.
 25. Güleşen G, Üstün B. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların algıladıkları konfor düzeyi ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2020;13(4):251–8.
 26. İbrahimoglu Ö. Son dönem yoğun bakım hastalarının bakımında etik sorunlar ve

- etik yaklaşım. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2017;4(3):216–20.
27. Tel H. Yoğun bakım ünitelerinde sık karşılaşılan etik sorunlar.Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2012;1(1):30–8.
 28. Başak T, Uzun Ş, Arslan F. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. Gülhane Tıp Dergisi. 2010;52(2):76–81.
 29. Tuna A, Bekta M, Orhan F. Koroner yoğun bakımda hasta deneyimleri. Anatol J Clin Investig. 2014;8(2):77–81.
 30. Yoğun Bakım Nedir? Ne değildir?. <https://www.tuyud.org.tr/yogun-bakim-nedir-ne-degildir/> Son Erişim Tarihi:10 Şubat 2023
 31. Akyol AD. Yoğun Bakım Hemşireliği. 1.Baskı.İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2021:1-32.
 32. Tunçay GY, Uçar H. Hastaların yoğun bakım ünitesinin fiziksel ortam özelliklerine ilişkin görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2010;17(2):33–46.
 33. Avc GG, Türker S, Çifçi M, Sürücü Ş. Yoğun bakım hemşirelerinin iş yükünün belirlenmesi. J Med Surg Intensive Care Med. 2014;4(2):21–4.
 34. Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. J Med Surg Intensive Care Med. 2011;2(1):21–5.
 35. Hemşirelik Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, sayı:31220, 21 Ağustos 2020.
 36. Akyol AD. Yoğun Bakım Ünitelerinin Planlanması ve Sınıflandırılması.1.Baskı.İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2017:51-66.
 37. Doğanay Z. Yoğun Bakıma Multidisipliner Cerrahi Yaklaşımlar.1.Baskı.Lyon, Livre De Lyon Yayınevi, 2022:1-18.
 38. Bodur I. Koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların algıladıkları çevresel stresörlerin belirlenmesi [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Ufuk Üniversitesi; 2020.
 39. Katırcı Y, Şafak T, Aydemir S. A review of design features of intensive care unit in general terms. Eurasian j Crit Care. 2019;1(2):51-8.
 40. Sezen A, Temiz G, Güngör MD. Yoğun Bakım Hemşireliği. 1.Baskı.İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015:5-8.
 41. T.C. Sağlık Bakanlığı Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10979/yogun-bakim-unitelerinin-standartlari-genelgesi-200853.html/> Son Erişim Tarihi:10 Kasım 2022
 42. Enç N. Yoğun Bakım Hemşireliği. 1.Baskı.İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2021:1-20.

43. Wallace DJ, Kahn JM. Florence nightingale and the conundrum of counting icu beds. *Critical Care Medicine*. 2015 ;43(11):2517-8.
44. Fee E, Garofalo ME. Florence nightingale and the crimean war. *Am J Public Health*. 2010 ;100(9):1591.
45. Vincent J. Critical care - where have we been and where are we going?. *Crit Care*.2013;17(S1):S2.
46. Weil MH, Tang W. From intensive care to critical care medicine. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011;183(11):1451-3.
47. History of Critical Care. <https://resident360.nejm.org/content-items/history-of-critical-care/> Son Erişim Tarihi:13 Ocak 2023
48. Bozkurt G, Türkmen E, Zengin N. Yoğun bakım hemşirelerinin bağımsız işlevlerine ilişkin iş yükü. *J Intensive Care Nurs*. 2017;21(2):36–41.
49. Marshall JC, Bosco L, Adhikari NK, Connolly B, Diaz JV, Dorman T, et al. What is an intensive care unit? A report of the task force of the world federation of societies of intensive and critical care medicine. *Journal of Critical Care*. 2017 ;37:270-6.
50. Kelly FE, Fong K, Hirsch N, Nolan JP. Intensive care medicine is 60 years old: the history and future of the intensive care unit. *Clinical Medicine*. 2014;14(4):376-9.
51. Reisner-Sénélar L. The birth of intensive care medicine: Björn Ibsen's records. *Intensive Care Med*. 2011;37(7):1084-6.
52. *Physiotherapy For Respiratory And Cardiac Problems: Adults And Paediatrics* . <https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=5n9fseWPLowC&oi=fnd&pg=PP1&dq=Physiotherapy+for+respiratory+and+cardiac+problems:+adults+and+p> Son Erişim Tarihi:21 Aralık 2022.
53. WHO Europe Critical Care Nursing Curriculum. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/102266/e81552.pdf/ Son Erişim Tarihi:10 Aralık 2022.
54. Ergün YA, Demir H, Sağnak N. Yoğun bakım hemşirelerinin görev tanımları ile ilgili çalışma. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2007;11(2):102–13.
55. Özel F, Akyol AD, Sağıt B. Yoğun bakım hemşirelerinin rol ve sorumlulukları ile ilgili görüş ve düşüncelerinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2011;15(2):51–60.
56. Hemşirelik Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, sayı:27910, 19 Nisan 2011.

57. Cerit B, Öztürk E. Yoğun bakım hemşirelerinin ahlaki duyarlılığı ile etik karar verebilme düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2021;14(2):116–23.
58. Akpınar A, Ersoy N. Yoğun bakımda adalet: Türkiye’de yoğun bakım çalışanları hangi kabul/taburcu ölçütlerini kullanıyor? Türk Anestezi ve Reanimasyon Dergisi. 2011;39(3):115–25.
59. Ergün Y. Yoğun Bakım Hemşiresinin Roller ve Sorumlulukları. 1.Baskı.İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevleri, 2017:13-25.
60. Söylemez N. Yoğun bakım hemşirelerinin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarının belirlenmesi [Yüksek lisans tezi]. Elazığ: Fırat Üniversitesi; 2021.
61. Donovan AL, Aldrich JM, Gross AK, Barchas DM, Thornton KC, Schell-Chaple HM, et al. Interprofessional care and teamwork in the icu. Critical Care Medicine. 2018 ;46(6):980-90.
62. Alastalo M, Salminen L, Vahlberg T, Leino-Kilpi H. Knowledge of patient observation among critical care nurses. Nurs Crit Care. 2021;26(5):341–51.
63. Elçelik UE. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin son dönem hasta bakımında yaşadıkları ahlaki sıkıntıların bakım davranışlarına etkisi [Yüksek lisans tezi]. Nevşehir: Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi; 2021.
64. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı. <https://tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf>/ Son Erişim Tarihi: 21 Şubat 2023.
65. Kurçer MA, Özbay A. Koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisi. Anadolu Kardiyoloji Dergisi. 2011;11(2):107–13.
66. Mensah GA, Brown DW. An overview of cardiovascular disease burden in the United States. Health Aff. 2007;26(1):38–48.
67. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone G, et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics—2010 update. Circulation. 2010 ;121(7):948-54.
68. Hare DL, Toukhsati SR, Johansson P, Jaarsma T. Depression and cardiovascular disease: a clinical review. European Heart Journal. 2014 ;35(21):1365-72.
69. Onat A. Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. 1.Baskı.İstanbul, Logos Yayıncılık Tic. A.Ş.,2017:197-202.
70. Özdemir L. Koroner yoğun bakımda kalan hastaların deneyimlerinin belirlenmesi.

- Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2010;12(1):5–12.
71. Nonogi H. The necessity of conversion from coronary care unit to the cardiovascular intensive care unit required for cardiologists. *Journal of Cardiology*. 2019 ;73(2):120-5.
 72. Le May M, van Diepen S, Liskowski M, Schnell G, Tanguay J, Granger CB, et al. From coronary care units to cardiac intensive care units: recommendations for organizational, staffing, and educational transformation. *Canadian Journal of Cardiology*. 2016 ;32(10):1204-13.
 73. Fye WB. Resuscitating a circulation abstract to celebrate the 50th anniversary of the coronary care unit concept. *Circulation*. 2011;124(17):1886-93.
 74. Morrow DA, Fang JC, Fintel DJ, Granger CB, Katz JN, Kushner FG, et al. Evolution of critical care cardiology: transformation of the cardiovascular intensive care unit and the emerging need for new medical staffing and training models. *Circulation*. 2012 ;126(11):1408-28.
 75. O'Malley RG, Olenchock B, Bohula-May E, Barnett C, Fintel DJ, Granger CB, et al. Organization and staffing practices in us cardiac intensive care units: a survey on behalf of the american heart association writing group on the evolution of critical care cardiology. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*. 2013;2(1):3-8.
 76. Kılıç E, Ganidağlı S. Yoğun bakım triaj rehberleri. *Türkiye Klinikleri*. 2019;(March):19–23.
 77. Sprung CL, Artigas A, Kesecioglu J, Pezzi A, Wiis J, Pirracchio R, et al. The Eldicus prospective, observational study of triage decision making in European intensive care units. Part II. *Critical Care Medicine*. 2012 ;40(1):132-8.
 78. Çelik S. Yoğun bakım ünitesinde hasta kabul ve taburculuk kriterleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2007;11(2):96–101.
 79. Akpir K. Yoğun bakım etiği. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*. 2010;8:77–84.
 80. Enç N. *Kardiyovasküler Hemşirelik*. 1.Baskı.İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri,2019:191-220.
 81. Borzou SR, Anosheh M, Mohammadi E, Kazemnejad A. Patients' perception of comfort facilitators during hemodialysis procedure: a qualitative study. *Iran Red Crescent Med J*. 2014 ;16(7):e19055.
 82. Duman HT, Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, Aykar FŞ. Kolcaba'nın konfor kuramına göre atriyal fibrilasyon olgusu. *J Cardiovasc Nurs* . 2020; 11(24): 37-42.

83. Cambridge Dictionary.
<http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/Comfort/> Son Erişim Tarihi: 5 Ocak 2023.
84. Pinto S, Caldeira S, Martins JC. A systematic literature review toward the characterization of comfort. *Holistic Nursing Practice*. 2016 ;30(1):14-24.
85. Genç N. Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin yaşam sonu dönemdeki hastaların konfor düzeyine ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi [Doktora tezi]. İstanbul: Koç Üniversitesi; 2019.
86. Pinto S, Caldeira S, Martins JC, Rodgers B. Evolutionary analysis of the concept of comfort. *Holist Nurs Pract*. 2017;31(4):243-52.
87. Arslankılıç Ç, Göl E. Kolcaba'nın konfor kuramının cerrahi operasyon geçiren hastalarda kullanımı: sistematik derleme. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*. 2020;3(1):34-4.
88. Lafond DA, Bowling S, Fortkiewicz JM, Reggio C, Hinds PS. Integrating the comfort theory™ into pediatric primary palliative care to improve access to care. *J Hosp Palliat Nurs*. 2019;21(5):382-9.
89. Wensley C, Botti M, McKillop A, Merry AF. Maximising comfort: how do patients describe the care that matters? A two-stage qualitative descriptive study to develop a quality improvement framework for comfort-related care in inpatient settings. *BMJ Open*. 2020 ;10(5):e033336.
90. Wu L, Chen Y, Zhang J, Yu H. Review on comfort nursing interventions for patients undergoing neurosurgery and general surgery. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2022;2022:1-6.
91. Karabacak Ü, Acaroğlu R. Konfor kuramı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2011;4(1):197-202.
92. Yücel ŞÇ, Ergin E. Yaşlılıkta konfor. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2020;29(1):69-73.
93. Peterson SJ, Bredow TS. Middle range theories: Application to nursing research, <https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=AMxy5LRzMsC&oi=fnd&pg=PA1&dq=+Middle+range+theories> Son Erişim Tarihi: 15 Ocak 2023.
94. Üstündağ H. Koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastaların konfor düzeyi [Doktora tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2009.
95. Kolcaba K, Tilton C, Drouin C. Comfort theory. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 2006 ;36(11):538-44.

96. Üstündağ H, Aslan FE. Yoğun bakım ünitesinde etik ikilemler. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2010;14(1):26–30.
97. Amaç HY, Çam R. Günübirlik cerrahide hasta konforu ve hasta konforunu etkileyen etmenler. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019 ;5(1):1222-37.
98. Kubat G. Cerrahi Operasyon Geçiren Hastaların Konfor Ölçütleri Değerlendirmesi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Maltepe Üniversitesi; 2017.
99. Koç S. Doğumda kanguru bakımının yenidoğanın emzirme davranışlarına ve annenin konfor düzeyine etkisi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi; 2015.
100. Bilgiç Ş. Kemoterapi uygulanan hastalarda müzik terapinin kemoterapi semptomları ve konfor düzeyine etkisi [Doktora tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2015.
101. Ünülü M. Perikardiyum 6 noktasına bilek bandı ile akupresürün ameliyat sonrası bulantı kusma ve konfor düzeyine etkisi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2014.
102. Yöner H. Günübirlik cerrahide hasta konforu ve hasta konforunu etkileyen etmenler [Yüksek lisans tezi]. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi; 2016.
103. Kuşuoğlu S, Karabacak Ü. Genel Konfor Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. Florence Nightingale J Nurs. 2008;16(61):16–23.
104. Terzi B. Yoğun bakım ünitesinde planlı kabul protokolü uygulamasının hastanın konfor düzeyi ve fizyolojik parametrelerine etkisi [Doktora tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2014.
105. Çalışkan S. Mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda müzik terapi ve ses izolasyonunun konfora etkisi [Yüksek lisans tezi]. İzmir: Kâtip Çelebi Üniversitesi; 2020.
106. Notes On Nursing : What It Is, And What It Is Not. <https://digital.library.upenn.edu/women/nightingale/nursing/nursing.html> Son Erişim Tarihi:15 Aralık 2022.
107. Sardoğan E. Hastaların kaygı ve konfor düzeyleri: preoperatif dönemde yoğun bakım endikasyonunu bilme ve postoperatif dönemde yoğun bakım ile ilişkisi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2018.
108. Acar K, Aygün D. Orak hücre hastalığına bağlı akut göğüs sendromunun konfor kuramına göre değerlendirilmesi ve hemşirelik bakımı:olgu sunumu.Online Türk

- Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;1(1):36–43.
109. Türk Dil Kurumu Sozlükleri. <https://sozluk.gov.tr/?ara=varl%C4%B1k>. Son Erişim Tarihi:12 Ocak 2023.
110. Kurdak H. Sağlığın varoluşsal boyutu ve yaşam kalitesi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(3):23-8
111. Saliha Hallaç. Varoluşsal boyuttan hastalık olgusuna bakış. Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics. 2017;3(1):83-92
112. Doona ME, Haggerty LA, Chase SK. Nursing presence: an existential exploration of the concept. Sch Inq Nurs Pract. 1997;11(1):3-16; discussion 17-20.
113. Kostovich CT. Development and psychometric assessment of the presence of nursing scale. Nurs Sci Q. 2012 ;25(2):167-75.
114. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. 2. Baskı.Ankara, Mattek Matbaacılık Basın ve Yayıncılık,2010:1-27.
115. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. 1.Baskı.İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık,2012:364-394.
116. Dossey BM. Florence Nightingale. J Holist Nurs. 2010 ;28(1):10-35.
117. Coşkun Ö. Kemoterapi alan kanser hastalarının hemşirenin varlığını algılamaları ve hemşirelik bakım memnuniyeti [Yüksek lisans tezi]. Malatya: İnönü Üniversitesi; 2021.
118. Toru F. A concept that is ignored in nursing: The concept of being in nursing. Int J Innov Stud Med Sci ISSN. 2020;4(1):4–11.
119. Yesilot SB. Nursing presence: A theoretical overview. J Psy Nurs. 2016; 7(2): 94-99
120. Porter AL. Book review: being present: a nurse's resource for end-of-life communication. Nurs Sci Q. 2011 ;24(1):82-3.
121. Joseph CB.Alligood MR. Nursing theorists and their work. Journal of Hospital Librarianship. 2018 ;18(1):113.
122. Yesilot SB, Öz F. Validity and reliability of the presence of nursing scale in patients with cancer in the turkish language. Intern J Caring Sci. 2016;9(2):443–51.
123. Finfgeld- Connett D. Meta- synthesis of presence in nursing. Journal of Advanced Nursing. 2006 ;55(6):708-14.
124. Boeck PR. Presence. SAGE Open. 2014;4(1):215824401452799.
125. Mohammadipour F, Atashzadeh- Shoorideh F, Parvizy S, Hosseini M. An

- explanatory study on the concept of nursing presence from the perspective of patients admitted to hospitals. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;26(23-24):4313-24.
126. Osterman PLC, Schwartz-Barcott D, Asselin ME. An exploratory study of nurses' presence in daily care on an oncology unit. *Nurs Forum*. 2010;45(3):197–205.
 127. Khan MH, Hassan R, Anwar S, Babar TS, Babar KS. Patient satisfaction with nursing care. *Rawal J Med*. 2007;32(1):28–30.
 128. Dinç L. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2010;17(2):74–82.
 129. Finfgeld- Connett D. Meta- synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing*. 2008 ;17(2):196-204
 130. Karaca A, Durna Z. Hemşirelik bakım kalitesi ve ilişkili faktörler. *Sağlık ve Toplum Dergisi*. 2018;8(2):16–23.
 131. Gül Ş, Dinç L. Hastaların ve hemşirelerin hemşirelik bakımına yönelik algılarının incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2018;5(3):192–208.
 132. Can G, Akin S, Aydiner A, Ozdilli K, Durna Z. Evaluation of the effect of care given by nursing students on oncology patients' satisfaction. *European Journal of Oncology Nursing*. 2008 ;12(4):387-92.
 133. Twayana S, Adhikari RH. Patient's perception regarding nursing care at inpatient department of hospitals in Bhaktapur District. *Int J Sci Res Publ*. 2015;5(5):1–3.
 134. Shi HZ, Thitinut A. Patients perceptions of quality nursing care in a Chinese hospital. *Int J Nurs Midwifery*. 2011;3(9):145–9.
 135. Kol E, Geçkil E, Arıkan C, İlter M, Özcan Ö, Şakirgün E, ve ark. Türkiye'de hemşirelik bakım algısının incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;2017(3):163–72
 136. Şişe Ş. Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyeti. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2013;14:69–75.
 137. Alcan AO, Giersbergen MYV, Köze BŞ, Tanıl V, Aksakal Bİ. Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2015;31(3):81–9.
 138. Cerit B. Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2016;(2003):27–36.
 139. Hallaç S, Öz F. Genital kanser tanı sürecinde varoluşsal kaygı. *Psikiyatride Güncel*

- Yaklaşımlar. 2011;3(4):595-610.
140. Silay F, Akyol A. Yoğun bakım ünitelerinde ağrı kontrolünde hemşirenin rolü. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Dergisi. 2018;3(3):31-8.
 141. Uslu Y, Korkmaz FD. Intensive care patients sleep and nursing role. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2015;12(3):156-61.
 142. Aktaş Y. Yoğun bakım hemşirelerinin hastaların psikolojik bakım gereksinimlerini belirlemeye ve uygulamaya yönelik görüşlerinin incelenmesi [Yüksek lisans tezi]. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi; 2016.
 143. Uzelli D, Akın Korhan E. Yoğun bakım hastalarında duyuşsal girdi sorunları ve hemşirelik yaklaşımı. Florence Nightingale Journal of Nursing. 2014;22(2):120-8.
 144. Çınar S, Aslan F, Kurtoğlu T. Yoğun bakım ünitesi çevresel stresörler ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2011;15(2):61-6.
 145. Dedeli Ö, Akyol AD. Yoğun bakım hastalarında psikososyal sorunlar. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2008;12(2):26-32.
 146. Engqvist I, Ferszt G, Nilsson K. Swedish registered psychiatric nurses' descriptions of presence when caring for women with post- partum psychosis: An interview study. Int J Mental Health Nurs. 2010;19(5):313-21.
 147. Penque S, Kearney G. The effect of nursing presence on patient satisfaction. Nurs Manage. 2015 ;46(4):38-44.
 148. MacKinnon K, McIntyre M, Quance M. The meaning of the nurse's presence during childbirth. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2005;34(1):28-36.
 149. An GJ, Jo KH. The effect of a nursing presence program on reducing stress in older adults in two Korean nursing homes. Aust J Adv Nurs. 2009;26(3):79-85.
 150. Wassenaar A, van den Boogaard M, van der Hooft T, Pickkers P, Schoonhoven L. 'Providing good and comfortable care by building a bond of trust': nurses views regarding their role in patients' perception of safety in the Intensive Care Unit. Journal of Clinical Nursing. 2015 ;24(21-22):3233-44.
 151. Huz HH. Kanser hastalarında hemşirenin varlığı, hasta- hemşire güven ilişkisi ve kurum imajı algısı [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2019.
 152. Finfgeld- Connett D. Meta- synthesis of presence in nursing. Journal of Advanced Nursing. 2006 ;55(6):708-14.
 153. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods.

- 2009;41(4):1149-60.
154. Karaağaç AA. Yoğun bakım hastalarının çevresel stresör algısının konfor düzeyi üzerine etkisi [Yüksek lisans tezi]. Sinop: Sinop Üniversitesi; 2021.
 155. Rızalar S, Şahin PB. Ameliyat geçiren hastalarda konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2018;5(3):404–13.
 156. Bıyıklı S. Açık kalp cerrahisi olan hastaların anksiyete ve konfor düzeylerinin değerlendirilmesi [Yüksek lisans tezi]. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi; 2020.
 157. Can A, Hintistan S. An assessment of the comfort level of cancer patients with receiving chemotherapy. Bezmialem Science. 2021 ;9(3):310-6.
 158. Ateş F. Hemodiyaliz hastalarında hastalığı kabulün konfor düzeyine etkisi [Yüksek lisans tezi]. Muğla: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi; 2022.
 159. Kodal A. Covid-19 tanısı ile hastanede yatan hastalarda hemşirenin varlığı algısının değerlendirilmesi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2021.
 160. Koç A. Devlet hastanesinde yatan hastaların hemşirelik bakımını algıları ve ilişkili faktörler. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 2020;3(2):31-4.
 161. Arslan Ç, Kelleci M. Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri ve ilişkili bazı faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011;14(1):1–8.
 162. Özden G. Tip 2 diyabetes mellitus’lu hastalarda hastalığı kabulün konfor düzeyine etkisi [Yüksek lisans tezi]. Malatya: İnönü Üniversitesi; 2018.
 163. Akçakaya A. Onkoloji hastalarının konfor düzeyi [Yüksek lisans tezi]. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi; 2016.
 164. Bektaşoğlu B. Alt ekstremité cerrahisi geçiren bireylerin bireyselleştirilmiş bakım algisinin konfor düzeyi üzerine etkisi [Yüksek lisans tezi]. Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi; 2022.
 165. Deniz K. Opioid kullanan kanser hastalarında konstipasyonun konfor düzeyine etkisi [Yüksek lisans tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2022.
 166. Dikmen RD, Aslan H. Clinical nephrology and renal care the effects of the symptoms experienced by patients undergoing hemodialysis treatment on their comfort levels. J Clin Nephrol Ren Care. 2020;6(2):1–9.
 167. Kotan H. Covid-19 pandemi sürecinde ameliyat olan hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının konfor düzeylerine etkisi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Maltepe Üniversitesi; 2022.

168. Kubat G. Cerrahi operasyon geçiren hastaların konfor düzeyinin değerlendirilmesi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Maltepe Üniversitesi; 2017.
169. Çıracı B. Radial ve femoral girişli anjiyografilerde hastaların konfor düzeylerinin belirlenmesi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Medipol Üniversitesi; 2019.
170. Kavalcı G. Kolorektal cerrahi hastalarına uygulanan hızlandırılmış iyileşme protokolünün konfor düzeyine etkisi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Medipol Üniversitesi; 2021.
171. Güleşen G. Bir hastanenin psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların algıladıkları konfor düzeyi ve konfor düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi; 2019.



EKLER

Ek-1. Özgeçmiş



Ek-2. Kişisel Bilgi Formu

Anket No:

Tarih:/...../.....

ANKET FORMU

Kardiyoloji Yoğun Bakım Hastalarının Hemşirenin Varlığını Algulamaları ile Konfor Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu anket “*Kardiyoloji yoğun bakım hastalarının hemşirenin varlığını algulamaları ile konfor düzeyleri arasındaki ilişkiyi*” incelemek amacıyla yapılacaktır. Araştırma amacıyla yapılan bu çalışmadaki bilgiler başka bir amaç için kullanılmayacaktır. Ankette yer alan soruların eksiksiz cevaplandırılması çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Araştırmaya katkınızdan dolayı teşekkür ederim.

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yoğun Bakım Hemşireliği Bilim Dalı

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

Kadın Erkek

3. Medeni durumunuz:

Evli Bekar Dul

4. Mesleğiniz nedir?

Ev hanımı İşçi Memur Serbest İşsiz Emekli Öğrenci

Diğer

5. Eğitim durumunuz:

Ortaokul Lise Üniversite Lisansüstü

6. Ekonomik durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

İyi Orta Kötü

7. Tıbbi tanınız?.....

8. Şu anki hastalığınız dışında başka bir ek hastalığınız var mı?

Evet (belirtiniz)

Hayır

9. Kaç gündür yoğun bakımda yatıyorsunuz?gün

10. Daha önce yoğun bakımda yattınız mı?

Evet Hayır

Cevabınız EVET ise lütfen yatış sayınızı yazınız.....

11. Daha önce yoğun bakım dışında başka bir birimde yattınız mı?

Evet Hayır

12. Aile veya yakın çevrenizde hemşire tanıdığınız var mı?

Evet Hayır

13. Şu an size bakım veren hemşirenin/hemşirelerin adını biliyor musunuz?

Evet Hayır

Ek-3. Hemşirenin Varlığı Ölçeği (HVÖ)

Aşağıda sıralanan sorulara vereceğiniz yanıtı lütfen yuvarlak içine alınız. Soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Cevaplarınız herhangi bir hemşire ile paylaşılmayacak ve gizli tutulacaktır. Lütfen aşağıda yer alan soruları, *şimdiki* yatışınız boyunca size bakım vermiş olan hemşireler hakkındaki düşüncelerinize göre cevaplayınız.

1. Size bakım veren bu hemşirelerin varlığı yaşamınızda bir farklılık yarattı mı?
(Farklılık olumlu ya da olumsuz olabilir)

EVET

HAYIR

Yukarıdaki soruya EVET olarak yanıt verdiyseniz, lütfen 2-25 arasındaki soruları yanıtlayınız.

SORULAR	Asla	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Daima
2. Hemşireler endişelerime karşı duyarlıydı.					
3. Hemşireler bilmeye gereksinim duyduklarımı bana öğretti.					
4. Hemşireler bir problemim olmadığından emin olmak için odama geldi.					
5. Hemşireler benim manevi gereksinimlerimi karşıladı.					
6. Hemşireler benimle bir dost gibi konuştu.					
7. Hemşireler beni fiziksel olarak rahatlattı.					
8. Hemşireler beni duygusal olarak rahatlattı.					

9. Hemşireler hislerimi anladı.					
10. Hemşireler güvenimi kazandı.					
11. Hemşireler bana bakım verirken becerikliydi.					
12. Hemşireler onlara ihtiyacım olduğunda yanımdaydı.					
13. Hemşireler günümün sorunsuz geçmesine yardım etti.					
14. Hemşireler etrafımda iyileştirici bir atmosfer oluşturdu.					
15. Hemşireler benim gereksinimlerimi dinledi ve bu gereksinimleri karşıladı.					
16. Hemşireler korkularımı yatıştırdı.					
17. Hemşireler benim için kaygılandı.					
18. Hemşireler kendilerini bana bakım vermeye adadı.					
19. Hemşireler kendimi güvende hissetmemi sağladı.					
20. Hemşireler bana bir hastalık olarak değil, bir insan olarak bakım verdi.					
21. Hemşireler sağlık bakımım üzerinde olabildiğince kontrol sahibi olmamı sağladı.					
22. Hemşireler yaşam kalitemi daha iyi hale getirdi.					
23. Hemşirelere güvendim.					
24. Kendim ve Hemşireler arasında bir bağ olduğumu hissettim.					
25. Hemşirelerin varlığı benim için bir fark yarattı.					

Ek-4. Genel Konfor Ölçeği (GKÖ)

Aşağıda şu anda konfor durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için dört seçenek sunuldu. Sizden istenen, **şu andaki** konfor durumunuzu en iyi ifade eden numarayı daire içine alarak belirtmenizdir. Araştırmaya katkınızdan dolayı teşekkür ederim.

GENEL KONFOR ÖLÇEĞİ FORMU	Kesinlikle	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle
	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Katılıyorum	Katılıyorum
1. Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum	1	2	3	4	
2. Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum	1	2	3	4	
3. Mahremiyetimi yeterince sürdüremiyorum	1	2	3	4	
4. Yardıma gereksinim duyduğum güvенеbileceğim kişiler var	1	2	3	4	
5. Egzersiz yapmak istemiyorum	1	2	3	4	
6. Durumum beni bunaltıyor	1	2	3	4	
7. Kendimi güvende hissediyorum	1	2	3	4	
8. Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum	1	2	3	4	
9. Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum	1	2	3	4	
10. Sevildiğimi bilmek beni mutlu ediyor	1	2	3	4	
11. Bulduğum ortamdan memnunum	1	2	3	4	
12. Gürültü dinlenmemi engelliyor	1	2	3	4	
13. Kimse beni anlamıyor	1	2	3	4	
14. Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum	1	2	3	4	
15. Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim	1	2	3	4	
16. Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum	1	2	3	4	
17. İnancım korkusuz olmama yardım ediyor	1	2	3	4	
18. Burada olmaktan hoşlanmıyorum	1	2	3	4	
19. Şu anda kabızım	1	2	3	4	

20. Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum	1	2	3	4
21. Bu oda beni Őrkũtũyor	1	2	3	4
22. Bundan sonra olacaklardan korkuyorum	1	2	3	4
23. Önemli olduğumu ban hissettiren kişiler var	1	2	3	4
24. YaŐadıęım değişkenlerin beni zorladığını hissediyorum	1	2	3	4
25. Açım	1	2	3	4
26. Doktorumu daha sık gŕrmek istiyorum	1	2	3	4
27. Bu odanın ısısı iyi	1	2	3	4
28. Çok yorgunum	1	2	3	4
29. Ağrımınla başa çıkabiliyorum	1	2	3	4
30. Bulunduğum ortam beni rahatlatıyor	1	2	3	4
31. Memnunum	1	2	3	4
32. Bu sandalye/yatak rahatsız	1	2	3	4
33. Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor	1	2	3	4
34. Özel eŐyalarım burada değil	1	2	3	4
35. Kendimi buraya ait hissetmiyorum	1	2	3	4
36. Kendimi yũrũyecek kadar iyi hissediyorum	1	2	3	4
37. ArkadaŐlarım telefon ederek ya da elektronik posta/kart atarak beni hatırlıyor	1	2	3	4
38. İnançlarım bana huzur veriyor	1	2	3	4
39. Sağlığı hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum	1	2	3	4
40. Kendimi kontrol edemiyorum	1	2	3	4
41. Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum	1	2	3	4
42. Bu oda berbat kokuyor	1	2	3	4
43. Tek baŐınayım ama yalnız hissetmiyorum	1	2	3	4
44. Kendimi huzurlu hissediyorum	1	2	3	4
45. Kederliyim	1	2	3	4
46. Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim	1	2	3	4
47. Burada yaŐamak kolay	1	2	3	4
48. Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum	1	2	3	4

Ek-5. Hemşirenin Varlığı Ölçeği Kullanım İzni



Ek-6. Genel Konfor Ölçeği Kullanım İzni



Ek-7. Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni



Ek-8. İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Kararı

