

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

MELTEM CAN

CERRAHİ YOĞUN BAKIMDA YATAN HASTALARIN
AMELİYAT SONRASI ERKEN DÖNEMDE UYKU
KALİTESİ VE KONFOR DÜZEYİ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. ASİYE GÜL

İstanbul, 2024

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

MELTEM CAN
204003011

CERRAHİ YOĞUN BAKIMDA YATAN HASTALARIN
AMELİYAT SONRASI ERKEN DÖNEMDE UYKU
KALİTESİ VE KONFOR DÜZEYİ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. ASİYE GÜL

İstanbul, 2024

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

MELTEM CAN
204003011

CERRAHİ YOĞUN BAKIMDA YATAN HASTALARIN
AMELİYAT SONRASI ERKEN DÖNEMDE UYKU KALİTESİ
VE KONFOR DÜZEYİ

Tezin Enstitüye Teslim Edildiği Tarih:

Tezin Savunulduğu Tarih: 13.06.2024

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Asiye GÜL

Diğer Jüri Üyeleri: Doç. Dr. Hülya ÜSTÜNDAĞ

Dr. Öğr. Üyesi Özlem YAZICI

İSTANBUL, Haziran 2024

ÖZET

Cerrahi Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Uyku Kalitesi ve Konfor Düzeyi

Araştırma cerrahi yoğun bakımda yatan hastaların uyku kalitesini ve konfor düzeylerini değerlendirmek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı tipte yapıldı. Araştırmanın evrenini İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi'nde yatmakta olan hastalar oluşturdu. Örneklem 109 hasta alındı. Veriler, 14 sorudan oluşan Hasta Bilgi Formu, Genel Konfor Ölçeği (GKÖ), Richard Cambell Uyku Ölçeği (RCUÖ) ve Visual Analog Ölçeği (VAS) kullanılarak 1 Ocak-29 Şubat 2024 tarihleri arasında ameliyatın birinci günü sabah hastalar ziyaret edilerek araştırmacı tarafından yüz yüze toplandı.

Veri analizi için parametrik testler kullanıldı. Kategorik değişkenler için frekans ve yüzde, nicel değişkenler için ortalama ve standart sapma hesaplandı. İki grup arasında karşılaştırmalarda Student t-testi, iki veya daha fazla grup arasında karşılaştırma yapmak için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı. İlişkisel analizler Pearson korelasyon testi ile, etki analizi çoklu regresyon analizi ile gerçekleştirildi.

Araştırmada uyku ölçeği ortalamasının $53,92 \pm 14,78$, ve genel konfor düzeyinin $2,64 \pm 0,13$ olduğu belirlendi. Yaş ile Genel Konfor Ölçeği sosyokültürel boyut ve üstünlük düzeyi arasında ($r = -0,294$, $p = 0,002$) negatif yönde, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p < 0,05$). Yaş ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmedi. Kadın hastaların konfor düzeylerinin $2,73 \pm 0,19$, erkekler hastaların $2,61 \pm 0,27$ olduğu saptandı. Lise mezunu ($61,56 \pm 8,91$) hastaların uyku kalitelerinin daha yüksek olduğu, en az uyku kalitesine sahip olanların okuryazar ($46,74 \pm 14,95$) hastalar olduğu, sigara ($59,71 \pm 12,87$) ve alkol ($58,73 \pm 10,32$) kullanan hastaların uyku kalitelerinin kullanmayan hastalardan daha yüksek olduğu, genel konfor düzeyi ile uyku kalitesi arasında negatif yönde ve düşük düzeyde bir ilişki olduğu, uyku kalitesinin genel konfor düzeyini %9,3 oranında etkilediği bulundu.

Sonuç olarak uyku kalitesi genel konforu etkileyen bir faktör olabilir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin, konforun sağlanması için, hastaların uyku kalitesini etkileyebilecek faktörleri azaltmaya yönelik girişimlerde bulunması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi, Konfor, Yoğun Bakım, Uyku



Sleep Quality and Comfort Level in the Early Postoperative Period of Patients in Surgical Intensive Care

SUMMARY

The study, designed as cross-sectional and descriptive, aimed to evaluate the sleep quality and comfort levels of patients in a surgical intensive care unit. The study population consisted of patients hospitalized in the Surgical Intensive Care Unit at Istanbul Yedikule Chest Diseases and Thoracic Surgery Training and Research Hospital. A sample of 109 patients was selected. Data were collected using a 14-item Patient Information Form, the General Comfort Questionnaire (GCQ), the Richard Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ), and the Visual Analog Scale (VAS). Data collection was conducted face-to-face by the researcher from January 1 to February 29, 2024, by visiting the patients on the morning of the first postoperative day. Parametric tests were used for data analysis. Frequencies and percentages were calculated for categorical variables, while means and standard deviations were calculated for quantitative variables. Student's t-test was used for comparisons between two groups, and one-way analysis of variance (ANOVA) was used for comparisons among two or more groups. Correlational analyses were performed using Pearson's correlation test, and effect analysis was conducted using multiple regression analysis. The study found that the average sleep scale score was 53.92 ± 14.78 , and the general comfort level was 2.64 ± 0.13 . A negative, low-level, and statistically significant relationship was found between age and the sociocultural dimension and superiority level of the General Comfort Scale ($r = -0.294$, $p = 0.002$) ($p < 0.05$). No statistically significant relationship was found between age and sleep quality. The comfort levels of female patients were 2.73 ± 0.19 , while those of male patients were 2.61 ± 0.27 . High school graduates had higher sleep quality (61.56 ± 8.91), while the lowest sleep quality was observed in literate patients (46.74 ± 14.95). Patients who smoked (59.71 ± 12.87) and consumed alcohol (58.73 ± 10.32) had higher sleep quality than those who did not. A negative, low-level relationship was found between general comfort level and sleep quality, and sleep quality was found to affect the general comfort level by 9.3%. In conclusion, sleep quality may be a factor affecting overall comfort. Therefore,

healthcare professionals need to take initiatives to reduce factors that may affect patients' sleep quality to ensure comfort.

Keywords: Comfort, Intensive Care, Surgery, Sleep



TEŞEKKÜR

Benden ilgisini, yardımlarını, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, birlikte bilgi üretmekten keyif aldığım, danışman hocam Prof. Dr. Asiye Gül'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgi ve tecrübelerini paylaşan, emeği ve desteği için kıymetli hocam Dr. Öğretim Üyesi Özlem Yazıcı'ya,

Ekip üyesi olmaktan gurur duyduğum ve kendimi şanslı hissettiğim Yedikule Göğüs Hastanesi Solunum Yoğun Bakım ekibine,

Tez çalışmama katılmayı kabul eden tüm Yedikule Göğüs Hastanesi'nde yatmış olan hastalara,

Bu uzun ve yorucu süreçte beni hiç yalnız bırakmayan kıymetli eşim Abdullah Seyit Can'a Teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET	i
SUMMARY	iii
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLO LİSTESİ	ix
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
BÖLÜM 1 GİRİŞ ve AMAÇ	1
BÖLÜM 2 GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Yoğun Bakım Üniteleri.....	3
2.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Özellikleri	3
2.2.1. Yoğun Bakım Ünitelerinin Hastalar Üzerindeki Olumsuz Etkileri	4

2.3. Uyku Kavramı.....	5
2.3.1. Uygunun Fizyolojisi	5
2.3.2. Uyku Evreleri.....	7
2.3.2.1. NREM Evresi	7
2.3.2.2. REM Evresi	9
2.3.3. Uyku Gereksinimi, Uyku Kalitesi Ve Uykuyu Etkileyen Faktörler	10
2.3.4. Uykuyu Değerlendirme Yöntemleri	10
2.3.5. Yoğun Bakım Ünitesi Ve Uyku.....	12
2.3.6. Yoğun Bakım Ünitesinde Uyku Yoksunluğunun Fizyolojik Etkileri.....	14
2.3.7. Yoğun Bakım Ünitesinde Uykuyu Etkileyen Faktörler.....	15
2.3.7.1. Gürültü	15
2.3.7.2. Işık.....	17
2.3.7.3. Ortam Sıcaklığı	17
2.3.7.4. İlaçlar.....	17
2.3.7.5. Non-İnvaziv Mekanik Ventilasyon	18
2.3.7.6. Ağrı	18
2.3.7.7. Hasta Bakım Faaliyetleri.....	19
2.4. Konfor Kavramı	19
2.4.1. Konfor Kuramı'nın Düzeyleri	21
2.4.2. Konfor Kuramı'nın Boyutları	21
2.4.3. Yoğun Bakım Ve Konfor Kavramı İlişkisi.....	22
2.5. Uyku ve Konfor Düzenlenmesinde Hemşirenin Rolü	23
BÖLÜM 3 GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Tipi.....	25
3.2. Araştırmanın Yeri	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	25
3.4. Veri Toplama Araçları	25
3.5. Verilerin Elde Ediliş Yöntemi	27

3.6. İstatistiksel Analizler	27
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	27
BÖLÜM 4 BULGULAR	28
BÖLÜM 5 TARTIŞMA	40
BÖLÜM 6 SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52
7. KAYNAKLAR.....	53
8. EKLER.....	68

TABLO LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımları (n:109).....	28
Tablo 2. Yapılan Cerrahi İşlem ve Yoğun Bakım Deneyimi ile İlgili Özelliklerin Dağılımı (n:109)	29
Tablo 3. Ölçek ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	30
Tablo 4. Yaş ile Ölçek ve Alt Boyutlarının İlişkisel Analizi.....	30
Tablo 5. Cinsiyete Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=109).....	31
Tablo 6. Eğitim Durumuna Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	32
Tablo 7. Mesleğe Göre Ölçek Ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 8. Medeni Duruma Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 9. Çalışma Durumuna Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 10. Sigara Kullanma Durumuna Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	35
Tablo 11. Alkol Kullanma Durumuna Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	36
Tablo 12. Daha Önce Yoğun Bakımda Yatma Durumuna Göre Ölçek Ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 13. Uyku Problemi Olma Durumuna Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	38
Tablo 14. Ameliyat Sonrası Yoğun Bakımda Kalma Süresi (Gece Sayısı) ile Ölçek ve Alt Boyutlarının İlişkisel Analizi.....	38

Tablo 15. Günlük Ortalama Uyku Süresi ile Ölçek ve Alt Boyutlarının İlişkisel Analizi	39
Tablo 16. Genel Konfor Ölçeği ile RCUÖ ve VAS'ın İlişkisel Analizi	39
Tablo 17. Genel Konfor Ölçeği ile RCUÖ ve VAS Arasındaki Etki Analizi	39



KISALTMALAR LİSTESİ

ATP	: Adenozin trifosfat
EKG	: Elektrokardiyogram
EEG	: Elektroensefalogram
EMG	: Elektromiyogram
EOG	: Electrooculogram
Fc	: Futcandle
FCV	: Forced Vital Capacity
FEV	: Forced Expiratory Volume
GABA	: Gammaaminobütirik asit
GKÖ	: Genel Konfor Ölçeği
INC	: International Noise Council Guidelines
NREM	: Non-Rapid Eye Movement
OSA	: Obstructive Sleep Apnea
PSG	: Polisomnografi
RAS	: Reticular Activating System
RCUÖ	: Richards Campell Uyku Ölçeği
REM	: Rapid eye movement
USEPA	: U.S. Environmental Protection Agency
VAS	: Visual Analog Ölçeği
YB	: Yoğun Bakım
YBÜ	: Yoğun Bakım Ünitesi

BÖLÜM 1 GİRİŞ ve AMAÇ

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), kritik durumdaki hastaların izlendiği, vital fonksiyonların desteklendiği ve sağlık ekibi tarafından modern ekipman kullanılarak özel tedavi yöntemlerinin uygulandığı bölümlerdir (Dönmez vd., 2020). YBÜ içinde hastaların fiziksel, sosyo-kültürel, psikolojik ve çevresel olarak olumsuz etkilenmesine neden olabilecek çeşitli faktörler bulunmaktadır. YBÜ'lere kabul edilen hastalar, hemodinamik izleme, arteriyel ve/veya santral venöz kateterizasyon, mekanik ventilasyon, endotrakeal entübasyon, endotrakeal aspirasyon vb. gibi birçok invaziv ve non-invaziv işlemlere maruz kalabilirler. Ağrı, uykusuzluk, iletişim, ziyaret, bilgi, gizlilik, gürültü ve enfeksiyonla ilişkili birçok faktör, hastaların yoğun bakım deneyimlerini olumsuz yönde etkileyebilir (Yüksel vd., 2023).

Yoğun bakım ünitesindeki gelişmiş teknolojiye rağmen, hastaların yakın izlemi ve yapılan tıbbi girişimler uyku düzenini bozmakta ve yoğun bakım (YB) hastaları çeşitli faktörlere bağlı olarak uykusuzluk yaşamaktadırlar (Locihová et al., 2018). Ciddi sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalan YB hastaları, sadece mevcut sorunlarıyla değil aynı zamanda uykusuzlukla da mücadele etmekte ve bu durum, hastaların psikolojik ve fizyolojik sağlıklarına zarar vermektedir (Koçak ve Arslan, 2020). Yoğun bakım hastalarının başarılı bir iyileşme için genel nüfusa kıyasla daha fazla dinlenmeye ve uyku ihtiyacına sahip oldukları görülmektedir (Locihová et al., 2018). Yüksek gürültü seviyeleri, her zaman yoğun hareketlilik ve sürekli yapay ışıkların açık olması uykuyu engellemekte (Edvardsen et al., 2020) ve uyku düzenini bozmaktadır (Alasad et al., 2015). Yoğun bakım ünitelerinin doğasından kaynaklanan nedenlerle hastalar tam bir uyku döngüsünü tamamlayamazlar, genellikle hafif ve kesik kesik uyuma yaşarlar, bu da hem uyku süresinde hem de kalitesinde azalmalara neden olur (Carrera-Hernández et al., 2018; Ding et al., 2017). Literatürde, cerrahi YBÜ'lerdeki hastaların uyku kalitesinin düşük olduğu belirtilmektedir (Caruana et al., 2018; Navarro-García et al., 2017).

Yoğun bakımda hastaları etkileyen diğer bir olumsuz durum konforlarının bozulmasıdır. Özellikle cerrahi müdahale geçiren hastanın postoperatif dönemde beklenen ağrı nedeniyle konforu olumsuz etkilenmektedir. Ancak konfor sadece uygulanan cerrahi müdahaleye bağlı değildir. Konforu sıcaklık, ışık, yatak, gürültü gibi dış faktörler de etkileyebilir (Kolcaba, 2003; Seyedfatemi et al., 2014).

Bu çalışmanın amacı, cerrahi yoğun bakım hastalarının uyku kalitesini ve konfor düzeylerini değerlendirmektir.



BÖLÜM 2 GENEL BİLGİLER

2.1. Yoğun Bakım Üniteleri

Yoğun bakım terimi ilk olarak 1863 yılında Florence Nightingale'in notlarında “ameliyat sonrasında hastanın hayati riski atlatıp durumunun stabil oluncaya kadar kaldığı yer” şeklinde tanımlanmıştır. İlerleyen dönemlerde bu konudaki gelişmeler artmış ve 1920 yılı sonrasında yoğun bakım üniteleri hastaların ameliyat sonrası takip edildiği birimler olarak varlığını sürdürmüştür (Özdemir, 2014).

Günümüzde yoğun bakım üniteleri; ileri yaşam desteğine gereksinimi olan kritik hastaların takip edildiği, hemşireler tarafından yakından gözlenen, tüm günlük yaşam aktivitelerinin hemşirelik bakımı ile karşılandığı ve birçok biyomedikal cihazın bulunduğu (ventilatörler, infüzyon pompaları, monitörler, vb.), takip ve tedavi sürecinde farklı uzmanlık alanlarından sağlık profesyonellerinin rol aldığı ve ekip çalışmasının üst düzeyde yürütülmesinin mutlak gerekli olduğu multidisipliner çalışma alanlarıdır (Zhan et al., 2020; Ervin et al., 2018). Bu ünitelerde hastanelerdeki diğer birimlere göre oldukça fazla girişimsel işlem yapılmaktadır (solunum desteği, monitörizasyon, ilaç uygulamaları, kateterizasyon vb.) (Ersoy vd., 2017). Kişilerin hayati fonksiyonlarının ciddi derecede zarar gördüğü ve özel bir tedaviye ihtiyaç duyduğu durumlarda gerekli bakım ve tedavi yoğun bakım birimlerinde sunulmaktadır. Tüm bu özellikler de üst düzeyde tedavi sunulan alanlar olan yoğun bakımların özellikli birimler kategorisinde yer almalarına neden olmaktadır (Turan Bayraktar ve Yetimoğlu, 2019).

2.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Özellikleri

Yoğun bakım ünitesi, genel durumu kritik ve stabil olmayan hastaların sürekli izlendiği ve bakım ihtiyacının karşılandığı önde gelen teknolojik ve birbirinden farklı cihazlarla donatılmış teknik bilgi ve beceri de isteyen, karmaşıklığı yüksek kabul edilen bir birimdir (Backes et al., 2015).

Yoğun bakım ünitesi en az 4 en fazla ise 12 yatak kapasiteli alanlardır. Yoğun bakım üniteleri planlanırken alan düzenlenmesinde önem verilmesi gereken özellikler bulunmaktadır. İzolasyon ve enfeksiyon kontrol standartlarına dikkat edilmeli, hastaların gözetimini kolaylaştıracak şekilde yatak düzenlenmesi yapılmalıdır. Yoğun bakımlarda yer ile tavan arası mesafenin 1,5-2 metre, her bir hastaya ayrılan alanın yaklaşık olarak 25 m² ve hasta yataklarının cam panellerle birbirinden ayrılmış odalar şeklinde olması en ideal olanıdır (Şahin, 2018). Aynı zamanda bu üniteler ses ve ısı yalıtımı sağlayan, çarpmalara, çiziklere karşı dayanıklı, kolay temizlenebilir duvar özelliğine sahip olmalıdır (Bodur, 2020).

Birinci basamak yoğun bakım hariç, diğer yoğun bakımlarda merkezi havalandırma sistemi kullanılmaktadır. Yoğun bakım üniteleri, büyük partikülleri %99 oranında filtre edebilen, hava değişimini saatte 6-7 kez sağlayabilen, bağıl nemin %30-60, sıcaklık ayarının ise 22-26°C olması gereken birimlerdir. Kapılar otomatik olarak kapanabilen, ses, ısı ve partikül yalıtımına sahip, ekipman geçişlerini zorlaştırmayacak büyüklükte en az 90 cm mesafeye sahip olmalıdır (Bodur, 2020).

Yoğun bakım ünitelerinde aydınlatma; gündüz 150 ftkandil (fc), gece ise 100 fc olarak ayarlanmalı ve olabildiğince doğal aydınlatma sağlanmalıdır. Gürültü düzeyi gündüz saatleri için 45 desibel, akşam saatleri 40 desibel ve gece saatinde ise 20 desibel seviyelerini aşmayacak şekilde düzenlenmelidir (Bodur, 2020).

Bir yoğun bakım ünitesinde, hastanenin diğer birimlerinde kullanılan türden farklı bir teknolojinin kullanılması vazgeçilmez bir özelliktir. Yeterli bir YBÜ ortamı, uygun teknolojiyi içerir; yani infüzyon pompaları, solunum cihazları, kalp monitörleri, oksimetreler gibi makinelere sahiptir. Yoğun bakımda birçok malzeme ve araçlara ihtiyaç duyulmakta olup, hastaların risklere maruz kalmaması için bunların uygun, yeterli ve kaliteli olması gerekmektedir (Backes et al., 2015).

2.2.1. Yoğun Bakım Ünitelerinin Hastalar Üzerindeki Olumsuz Etkileri

Yoğun bakım ünitelerindeki hastalar tarafından algılanan olumsuz etkenler arasında vücudunda çeşitli tüplerin bağlanmış olması (Berber ve Kızıltan, 2022), yeterli su tüketememe, sık aralıklarla yaşam belirtilerinin izlenmesi, rahatsız edici yataklar, ortamdaki rahatsız edici ışıklar ve sesler (Karaer ve Özsaker, 2021), uyuyamama (Şahin ve Köçkar, 2018), tanıdık olmayan teknolojik cihazlar, sağlık profesyonelleri tarafından sıkça yapılan muayeneler, oksijen maskesi kullanma, sevdiklerini

görememe ve onları özleme (Gültekin vd., 2018), prosedürlerin ve tedavilerin yetersiz açıklanması, zamanı ve günü bilmeme, diğer hastalardan etkilenme, erkek ve kadın hastaların aynı bölgede kalması (Gencer ve Karakoç Kumsar, 2020), mahremiyet eksikliği (Sultan ve Boyacıoğlu, 2018), sürekli olarak tavanı görmek, ağrı yaşama (Gezginci vd., 2022), tedaviyle ilişkili serum veya damar yolu nedeniyle kolun etkin hareket ettirilememesi, sıkılma, uygun olmayan sıcaklıkta bir odada bulunma (Aydın ve Gürsoy, 2017) ve tanımadığı bireyler tarafından tedavi ve bakım alma (Gerkuş, 2020) bulunmaktadır.

Karaer ve Özsaker (2021) tarafından genel cerrahi ve kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitelerine kabul edilen hastalarla yapılan çalışmada, hastaların algıladığı en önemli stresörlerden birinin uyuyamamak olduğu belirlenmiştir. Yoğun bakım ünitelerine kabul edilen hastalar, bu nedenle birçok çevresel stresörden etkilenir, bu da hastane kalış sürelerinin uzamasına ve konforun ve memnuniyetin azalmasına neden olur (Berntzen et al., 2020; Dönmez vd., 2020; Zengin vd., 2019).

2.3. Uyku Kavramı

Türk Dil Kurumu, uyku kavramını "bilincin tamamen veya kısmen kaybolduğu, duyarlılığın ve dış uyaranlara karşı her türlü aktivitenin büyük ölçüde azaldığı bir dinlenme durumu" olarak tanımlamıştır (TDK, 2023).

Uyku, enerjinin korunmasını, sinir sisteminin gelişimini ve onarımını sağlayan doğal bir süreçtir; özellikle uyaran kontrolü, otomatik işlevler, davranış, bilişsel işlevler ve hücre içi mekanizmalar gibi biyolojik yapı bileşenleriyle yakından ilişkilidir (Şahin ve Aşçıoğlu, 2013).

Uyku monoton bir süreç olmamakla birlikte; vücudun dinlenmesi, hücrelerin yeniden oluşması ve onarılması, hafıza sürecinin düzenlenerek öğrenmenin gerçekleşmesi gibi kendi içinde düzene sahip olan etkin ve değişken bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Uslu ve Demir Korkmaz 2015).

2.3.1. Uykunun Fizyolojisi

Uyku ve uyanıklık döngüsü, beyin sapı, omurilik ve serebral korteks içinde bulunan Retiküler Aktive Edici Sistem (RAS) ile birlikte medullada bulunan Bulbar Senkronize Edici Sistem (BSR) tarafından düzenlenmektedir (Erim, 2018; Gencer ve Karakoç Kumsar, 2020). Bu iki beyin merkezi beraber çalışarak uykunun inhibasyon

ve aktivasyon sürecini düzenler. İnhibasyon uyku sürecini, aktif dönem ise uyanıklığı ifade etmektedir. Uyku süreci nöronların yorulması, Retiküler Aktivasyon Sisteminin azalması ve Bulbar Senkronize Edici Sistemin devreye girmesiyle başlamaktadır (Çetinel, 2018; Aldemir, 2021).

Retiküler Aktivasyon Sistem, istemli hareket ve reflekslerin ortaya çıkmasında, vücuttan ve beyin korteksinden gelen ağrı, görme, duyma, dokunma gibi uyaranları algılayarak uyanıklığın oluşmasını sağlamakla görevlidir (Komşuk, 2013; Çetinel, 2018; Aldemir, 2021).

Uyku sürecinde rol oynayan bazı nörotransmitterler bulunmaktadır. Bunlar; dopamin, serotonin, histamin, asetilkolin, norepinefrin ve gammaaminobütirik asit (GABA)'tir. Özellikle uykuyu başlatmada en önemli rol oynayan nörotransmitter serotoninidir. Serotonin salınımı ile uyanıklığı sağlayan RAS inhibe olmaktadır (Komşuk, 2013; Aldemir, 2021). Bireyin uykuya başlamasında ortamın karanlık olması, çevresel uyaranların azalması, rahat ve uygun bir pozisyonun sağlanması sonucunda RAS aktivitesinde azalma olup, bireyin uykuya geçmesi sağlanmaktadır (Gencer ve Karakoç Kumsar, 2020).

Uyanıklık ve REM (Rapid eye movement-Hızlı göz hareketleri) uykusunun başlatılmasında, asetilkolin etkin olarak ortaya çıkmaktadır. Norepinefrin ise, uyanıklığın sağlanması ve devamlılığında rol almaktadır (Komşuk, 2013). GABA ise, uyanıklığı baskılayarak uykunun devamlılığını sağlamakta görevlidir (Gencer ve Karakoç Kumsar, 2020).

Uyku-uyanıklık döngüsü biyolojik olarak belirlenir. Yaklaşık yirmi dört saatlik evrelerin tekrarı olan sirkadiyen ritim, uyku-uyanıklık döngülerini belirler (Zengin, 2016). "Sirkadiyen" terimi, Latince "circa" (etrafında) ve "dies" (gün) kelimelerinden türetilmiştir ve yaklaşık bir günü ifade eder. Periyot, ritmin tek bir döngüsü için geçen zamanı ifade ederken, faz, ritmin başlangıç ve sonunu belirleyen özellikleri ifade eder. Yaklaşık bir gün boyunca organizmanın fizyolojik ve biyolojik süreçlerinde gözlemlenen değişiklikler sirkadiyen ritim olarak adlandırılır. İnsanlarda uyku-uyanıklık döngüsünü belirleyen temel sistem sirkadiyen ritimdir (Akıncı ve Orhan, 2016). Sirkadiyen ritim, vücut sıcaklığının düzenlenmesinde, kardiyovasküler sistem fonksiyonlarında, melatonin, kortizol, nörotransmitterler ve Büyüme Hormonu (GH) gibi hormonların salgılanmasında ve düzenlenmesinde rol oynar (Gencer ve Karakoç Kumsar, 2020).

Uyku-uyanıklık döngüsü 2 süreç tarafından düzenlenmektedir. Uyku süreci, uyku başlangıcı ve uyku teşvikini içeren uyku dürtüsü uyku homeostazi (S süreci) tarafından düzenlenir. Uyanıklık döneminin fonksiyonu olarak karşımıza çıkan adenozin trifosfat (ATP) metabolizmasının son ürünü olan adenozin, uyku hali sürecinde rol oynar. Uyanıklık sürecinde uyku haline geçiş belirli bir homeostatik eşikte gerçekleşmektedir. Uykunun teşvik edilmesinde rol oynayan diğer bir faktör ise, epifiz bezi tarafından günlük olarak salgılanan melatonindir (Kamdar et al., 2012). Melatonin kullanımının, uyku bozukluğu, REM düzensizlikleri, huzursuz bacak sendromu, gecikmiş uyku fazı sendromu, uyku sorunu olan manik bireyler ve fibromiyalji hastalarında uyku süresini ve kalitesini artırdığı bildirilmiştir (Günhan, 2021).

Uyanıklık süreci ise, suprakiazmatik çekirdekte yer alan, parlak ışığa maruz kalma sonucunda melatonin salınımını engelleyen nöral yollar tarafından düzenlenir. Bu süreçte görev alan, bazı nörotransmitterler bulunmaktadır. Bunlar; asetilkolin, serotonin, norepinefrin, dopamin ve histamindir (Kamdar et al., 2012).

Homeostatik mekanizmalar ile endojen sirkadiyen ritimler arasındaki etkileşimler uyku-uyanıklık sürecinin düzenlenmesinde önemli rol oynar. Sirkadiyen ritimde meydana gelen anormallikler, uyku-uyanıklık sürecinde bozulmalara ve buna bağlı olarak uykuda düzensizliklere, uyku kalitesinin düşmesine sebep olabilir. Uyku kalitesinde bozulmaya ek olarak, normal fizyolojik süreçlerin koordineli aktivitesini bozarak iyileşme sürecinde gecikmelere de neden olabilmektedir (Pisani et al., 2015).

2.3.2. Uyku Evreleri

Uykunun araştırılıp anlaşılmasında Berger'in 1929 yılında elektroensefalografi (EEG) ile yapmış olduğu çalışmalar önemli bir rol oynamaktadır (Şahin ve Aşçıoğlu 2013). Normal uyku; beyin sapında yer alan mezopontin çekirdekler tarafından kontrol edilen birbirinden farklı zamanlarda süregelen iki evreden oluşmaktadır. Bunlardan ilki olan hızlı göz hareketlerinin bulunmadığı yavaş dalga uykusu olarak isimlendirilen NREM (Non-Rapid Eye Movement/yavaş göz hareketleri) uykusu ve ikinci evre olarak isimlendirilen REM uyku aşamalarından oluşmaktadır (Uslu ve Demir Korkmaz, 2015; Zengin, 2015).

2.3.2.1. NREM Evresi

NREM uyku evresi 4 dönemden oluşmaktadır. Yüzeyel uyku olarak isimlendirilen dönem 1. ve 2.; derin uyku, yavaş dalga uykusu olarak adlandırılan dönem ise, 3. ve

4. evreyi kapsamaktadır (Şahin ve Aşçıoğlu, 2013). Uykunun ilk evresi NREM dönem olarak isimlendirilmektedir. Çizgili kaslarda gevşeme, nabız sayısında azalma, solunum sayısı ve kan basıncında düşme, NREM dönemde gözlenen bulgular arasındadır. NREM evresinde rüya görülmemektedir. Yalnızca derin uyku ya da delta uykusu olarak nitelendirilen N3 ve N4 evresinde rüya benzeri etkinlikler görülebilir. Bireylerin bedensel dinlenme dönemi de yine bu dönemde gerçekleşmektedir (Özgür ve Baysan 2005). NREM döneminde EEG de amplitüdlü yavaş dalgalar ve içcikler gözlenmektedir (Keskin ve Tamam, 2018). NREM uykusu vücutta parasempatik sistemin baskın olarak gözlemlendiği ve buna bağlı olarak vücut sekresyonlarında ve intestinal motilitede azalma, kalp hızında yavaşlama, sistolik kan basıncında, beden sıcaklığında düşme, bazal metabolizma hızında yavaşlama, solunum sayısında azalmanın yaşandığı bir süreçtir (Zengin, 2015).

NREM 1 (N1) Dönemi: Uykunun %1-5'ini oluşturur. Bu evre uyanıklıktan uykuya geçiş dönemi olarak adlandırılır. Kısa süreli görülen bir aşama olup yaklaşık 1-7 dakika sürmektedir. Bu evrede bireyin solunum sayısı ve nabız sayısında azalma gözlenir (Bora ve Bican 2007). Birey dış uyaranlara karşı zayıf reaktivite göstermeye başlar ve düşünceler uzun değildir. Birçok kişi kendini bu evrede uyanık hisseder ve kişi kolaylıkla bu evrede uyandırılabilir. Yüksekten düşme ya da havada uçma hissine kapılabilir. Bireyde yüz, el ve ayak kaslarında kasılma hissiyatı gözlenebilir (Zengin, 2015; Yalın, 2016). Polisomnogramda gözlenen EEG'de 3-7 Hz aktivite görülür (Bora ve Bican 2007).

NREM 2 (N2) Dönemi: Uykunun %40-50'sini oluşturarak uykunun en uzun yaşandığı dönemdir. Kişi bu dönemde uyumaya başlamıştır (Kurt ve Enç 2013). Bu evrede kaslar gevşemeye başlar, vücut hareketleri azalır, göz hareketlerinde kaybolma gözlenir (Bora ve Bican 2007). EEG ise uyku içcikleri ile karakterizedir (Şahin ve Aşçıoğlu 2013).

NREM 3 (N3) Dönemi: Gece uykusunun %3-8'ini oluşturur. Bu evredeki uyku ikinci evreye göre daha derindir. Kişinin uyandırılabilmesi için daha güçlü uyaranlar gerekir (Yalın, 2016). Bu dönemde bireyde nadiren hareket gözlenir, kaslar artık tamamen gevşer ve kalp atım hızı, solunum sayısı giderek azalır ve düzenlidir; uykuda anlamsız konuşma, horlama ve yürüme (uyurgezerlik) ile karşılaşılabilir (Zengin, 2015). EEG de düşük frekanslı yüksek genlikli dalgalar görülmektedir (Şahin ve Aşçıoğlu, 2013).

NREM 4 (N4) Dönemi: Gece uykusunun %10-15'lik kısmını oluşturur (Şahin ve Aşçıoğlu, 2013). Uyku bu dönemde oldukça derinleşmiştir. Bireyde solunum sayısı ve hızında azalma, oksijen tüketiminde ve kan basıncında düşüşler gözlenmektedir. Büyüme hormonlarının salgılandığı ve protein sentezinin gerçekleşerek vücudun yenilediği dönemdir. Birey bu dönemde iyice gevşemiş ve dinlenme haline geçmiştir (Kurt ve Enç 2013; Yalın, 2016). Birey bu uyku evresindeyken uyandırılmaya çalışıldığında uyuşukluk ya da hareketsizlikte artma görülmekte, konfüzyon gelişebilmektedir (Bora ve Bican, 2007). Elektroensefalografi (EEG) aktivitesinde, testere dişli diye tanımlanan dalgalar gözlemlenir (Kocaaslan vd., 2010)

2.3.2.2. REM Evresi

REM uyku evresinde beynin bir kısmı aktif iken, diğer kısımlarının baskılanması nedeniyle bu uyku evresi hızlı göz hareketlerinin gözlemlendiği uyku ya da paradoksal uyku olarak da adlandırılmaktadır (Bora ve Bican, 2007; Zengin, 2015). Gece uykusunun %20-25'ini REM uyku evresi oluşturur. Süre olarak 5-30 dakikayı kapsamaktadır (Kurt ve Enç, 2013; Şahin ve Aşçıoğlu, 2013). Normal uyku sürecinde uykuya geçişten 90-100 dakika sonra ilk REM dönemine geçilir ve her 90-100 dakikada bir REM dönemi yinelenir. Birey derin uykudadır ve bu yüzden bireyi uyandırmak diğer dönemlere göre oldukça güçtür (Yalın, 2016).

REM uykusunda hızlı göz hareketleri, diyafragma kası gibi iskelet kasları dışındaki kaslarda atoni gözlemlenir (Kurt ve Enç, 2013). Sempatik sinir sistemi bu dönemde daha baskın rol oynadığı için vücuttan adrenalin salınımı olmakta, bireyin oksijen ihtiyacı, kardiyak out-put, kan basıncı, kalp hızı ve solunum hızı artmakta ve düzensizleşmekte buna bağlı olarak kardiyak ve solunumsal sorunlarla karşılaşılabilir (Zengin, 2015; Yalın, 2016). Öğrenme, hatırlama, yeni davranışlarla hafıza arasında ilişki kurabilme, bilginin depolanması gibi bilişsel işlevler, uykunun REM evresinde gerçekleşmekte ve stresle pozitif yönde adaptasyon sağladığı düşünülen rüyalar da genellikle bu dönemde görülmektedir. Dolayısıyla da bireyin psikolojik olarak kendini yenileyebilmesi için gerekli olduğu düşünülen bir dönemdir (Zengin, 2015; Yalın, 2016).

REM uykusu azalan bireylerde öfke, şüphecilik, arkadaşlıktan kaçınma gibi davranışlar gelişebileceği ve psikiyatrik bozuklukların daha sık ortaya çıkabileceği

için bu dönem zihinsel bir dinlenme dönemi olarak değerlendirilmektedir (Şahin ve Aşçıoğlu 2013; Zengin, 2015; Yalın, 2016).

2.3.3. Uyku Gereksinimi, Uyku Kalitesi Ve Uykuyu Etkileyen Faktörler

Uyku, insanın yaşam kalitesini, fiziksel, sosyal ve ruhsal iyilik halini etkileyen sağlığın önemli bir parçasıdır (Aysan vd., 2014). İnsanların sağlığının sürdürülmesinde gerekli olan uyku, kişinin yaşına, fiziksel özelliklerine, mesleğine, yaptığı egzersiz miktarına, beslenmesine, maruz kaldığı çevresel faktörlere ve bireysel özelliklerine göre değişiklik göstermektedir (Demir, 2014).

Uyku gereksinimi bireye göre değişiklik gösterse de erişkin bir kişinin uyku ihtiyacı günlük ortalama 7-8 saat, en az 5 saat olarak ifade edilmektedir (Dedeli ve Durmaz Akyol, 2008).

Uyku, bireyde yalnızca beynin dinlenmesi olarak görülmemelidir. Uyku sırasında vücudumuzda böbreklerden fosfat salgılanması, büyüme hormonu (Somatotropin) ve adrenal bezlerden hormon salgılanması (kortizol, aldosteron, androjen ve östrojen), cilt onarım sürecinin gerçekleşmesi gibi, vücudun koruyucu mekanizmasını sağlayan süreçler de gerçekleşmektedir (Demir, 2014).

Uyku kalitesi uykunun süresi, kişinin bir gecede uyanma sayısı, uykunun derinliği ve dinlenme seviyesi gibi niceliksel ve niteliksel yönlerini ifade etmektedir (Erim, 2018). Uykusuzluk bireyde konsantrasyon bozukluğu, karar vermede güçlük, stres, konfüzyon, sağlık sorunlarında artış gibi belirtilere de neden olabilir (Selekler vd., 2010; Erim, 2018).

Yoğun bakım hastalarında uykuyu engelleyebilecek çeşitli etmenlerin varlığı sebebiyle hastaların uyku kalitesi bozulmakta ve uyku yoksunluğu ortaya çıkmaktadır. Uyku yoksunluğu yaşayan bir hastada da uzamış morbidite, bozulmuş rehabilitasyon, konfüzyon, delirium ve hatta uyku yoksunluğunun savunma mekanizması üzerinde de olumsuz etkisi nedeniyle hastayı enfeksiyona açık hale getirebildiği ortaya çıkmıştır (Dedeli ve Durmaz Akyol 2008; Pisani et al., 2015).

2.3.4. Uykuyu Değerlendirme Yöntemleri

Yoğun bakım hastalarında uyku, çeşitli araçlar kullanılarak değerlendirilebilir (Pisani et al., 2015). Yoğun bakım hastalarının uykusunu olumsuz yönde etkileyebilecek faktörlerin ölçülmesine ve nitelenmesine odaklanan çeşitli öz değerlendirme ölçekleri ve anketleri bulunmaktadır (Locihova et al., 2018). Bunlar;

Verran ve Snyder Halpern Uyku Skalası, Richards Campbell Uyku Anketi, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi gibi subjektif olarak uykunun ölçüldüğü yöntemlerdir (Locihova et al., 2018; Erkalma Parsak, 2020).

Richards Campbell Uyku Anketi (RCSQ), yoğun bakım ünitelerinde subjektif uyku kalitesini değerlendirmek için en sık kullanılan araçtır. RCSQ uyku süresi, uyanma sıklığı, uyanık kalma süresi, genel uyku kalitesi ve gürültü düzeyini ölçen 6 maddeden oluşan bir ölçektir. Her madde 0-100 arasında bir görsel analog skala (VAS) kullanılarak derecelendirilir. Toplam puan, tek tek öğelerin sayılarına bölünmesiyle elde edilir. “0” en kötü uykuyu, “100” en iyi uykuyu temsil eder. RCSQ, yoğun bakım ünitesinde uyku kalitesini değerlendirmek için kısa, kapsamlı, basit ve uygulanabilir olan en yaygın kullanılan ölçektir (Locihova et al., 2018).

Verran ve Synder Halpern hastaların uyku sağlığı ve kalitesini ölçmek için Görsel Analog Uyku Ölçeğini geliştirmişlerdir. Bu ölçek 10 maddeden oluşmaktadır ve görsel kıyaslama tekniği ile 0-100 arasında puan bulunan çizelge yöntemi ile değerlendirilmektedir. Çizelge değerlendirilirken boş bir çizgi oluşturulur ve hazırlanan bu çizelge cetvel kullanılarak değerlendirilir. Kişiler bu ölçekten en az “0” en fazla ise “100” puan alabilmektedir. 1,3,5,6,7 ve 10. madde doğrudan, 2, 4, 8 ve 9. madde ise ters çevrilerek kodlanır, bunun sonucunda puanlandırılma yapılır. Bu ölçekte alınan toplam puanın yüksek olması uyku kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir (Duru Aşiret ve Çetinkaya, 2018).

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. On dokuz maddeden oluşan geçmiş bir aylık sürede uyku kalitesi ve bozukluğunu değerlendiren öz bildirim ölçeğidir. Toplam 24 sorudan oluşur. Bu sorulardan 19 madde öz bildirim sorusu, 5 madde ise, eş veya odada kalan arkadaş tarafından yanıtlanması gereken sorulardır. Ölçekte mevcut olan 18 madde, Öznel Uyku Kalitesi, Uyku Latensi, Uyku Süresi, Alışılmış Uyku Etkinliği, Uyku Bozukluğu, Uyku İlacı Kullanım Durumu ve Gündüz İşlev Bozukluğu olmak üzere 7 bileşenden oluşmaktadır. Her bileşen 0-3 puan üzerinden değerlendirilir. Yedi bileşen toplanarak ortaya çıkan puan ölçek toplam puanını vermektedir. Ölçeğin toplam puanı 0-21 arasında değişkenlik gösterir. Ölçekten alınan puanın 5 ve üzeri olması kötü uyku kalitesine sahip olduğunu gösterir (Şenol vd., 2012).

Polisomnografi (PSG), aktigrafi ise, uykuyu objektif olarak değerlendiren yöntemlerdendir (Erkalma Parsak, 2020). Polisomnografi cihazı genellikle uyku

bozukluklarını saptamak için uyku laboratuvarında kullanılan bir sistemdir (Uçar, 2017). EEG, elektromiyogram (EMG), electrooculogram (EOG), oksijen saturasyonu (SpO2), ve bir kanal elektrokardiyogram (ECG) gibi parametreleri kaydederek REM uykusu, davranış bozuklukları, Obstruktif Uyku Apnesi (OSA), uyku bozuklukları gibi pek çok hastalığın teşhisinde kullanılır (Uçar, 2017).

Bir diğer ölçüm yöntemi olan aktigrafi, dahili bir ivme ölçer aracılığıyla vücut hareketini ve üreticinin tescilli algoritmasını kullanarak uyku süresini ölçer. Aktigrafi, bileğe veya ayak bileğine takılabilen otomatik bir saattir ve dinlenme-uyanma modellerini ve toplam dinlenme süresini ölçmek için kullanılır (Pisani et al., 2015).

2.3.5. Yoğun Bakım Ünitesi Ve Uyku

Uyku bozukluğu, YBÜ'de büyük bir stres nedeni olarak tanımlanmaktadır. Yoğun bakım ünitesinde gözlenen uyku bozukluğu genellikle hastalık ile ilgili endişeler, stres, ağrı, anksiyete ve önceden var olan uyku bozuklukları gibi hem çevresel hem de hasta kaynaklı faktörlere bağlanmaktadır (Redeker et al., 2017).

Sağlıklı bir insanın uykusunun %25'lik bölümünü REM dönemi, %75'lik kısmını ise, NREM dönemi oluşturmaktadır. Yoğun bakım ünitesinde yapılan bir çalışma sonucunda ise, hastaların uykusunun %6'sını veya daha azını REM dönemi oluşturmuş ve aynı zamanda bu hastalarda evre 1 uyku döneminde artma ve evre 2 ile evre 3 uyku döneminde azalma olduğu gözlenmiştir (Uzun ve Yavşan, 2014).

Yoğun bakım hastalarının uyku sürelerinin incelendiği bir başka çalışmada, 24 saatlik sürede uyku saatinin normal (7-9 saat) veya normale yakın uyku süresine ulaştığı görülmüştür. Bu uyku süresinin hemen hemen %50'sinin gece uykusundan çok daha kısa süreli uyku biçiminde olduğu ve uyuma süresi içerisinde sık uyanmaların olması sebebiyle yavaş dalga ve REM evresinde azalma olduğu bildirilmiştir (Elliot et al., 2013).

Yoğun bakım hastalarında uyku bozukluğu tanısında kullanılan PSG cihazı kullanılarak yapılan çalışmalar, kısa uyku süresi, uyku bölünmesi, uykunun verimsiz olması, çok sayıda çevresel uyaran ile karşılaşma ve artan gündüz uykusunun olduğunu göstermiştir (Pisani et al., 2015; Redeker et al., 2017).

Uyku iki ana düzenleyici sistem tarafından kontrol edilmektedir. Bu sistemlerden biri 24 saatlik periyodu yöneten sirkadiyen sistem diğeri ise yeterli miktarda uykunun elde edilmesini sağlayan homeostatik sistemdir (Talias ve Wilcox 2019). Yeterince

uzun, kaliteli ve normal sirkadiyen ritimlere uygun zamanlanmış uyku, normal insan fizyolojisi için çok önemli bir yere sahipken anabolik gereksinimleri artan yoğun bakım hastaları için ise, çok daha büyük bir önem arz etmektedir (Redeker et al., 2017).

İnsan vücudunda büyüme ve homeostazda önemli rol oynayan bazı fizyolojik değişimlerin geçirilmesi için uyku gerekli bir faktördür. Bu fizyolojik değişimler özellikle yoğun bakım ünitesi gibi kritik durumda olan, savunma mekanizması düşmüş hastalar için daha da önemlidir (Kamdar et al., 2012).

Uyku ve sirkadiyen ritim vücut sıcaklığı ve termoregülasyonun düzenlenmesinde kısmen yer almaktadır. Vücut sıcaklığı, uyanmadan önceki sıcaklık artışını takiben uykunun son bölümünde en düşük seviyeye ulaşır (Kamdar et al., 2012).

Solunum fizyolojisinde de uyku önemli bir yer kapsamaktadır. İstemli solunum kontrolü uyku esnasında kaybolmakta hiperkapnik ve hipoksik solunum dürtüleri de azalmaktadır. NREM uykusunda düşük oksijen ve yüksek karbondioksit seviyelerine vücudun tepkisi REM dönemine kıyasla daha düşüktür. Solunum uykunun her aşamasında belirgin değişiklikler gösterir. Uyanıklık döneminde N1 evresine geçişte tidal hacim ve dakika ventilasyonunda azalma gözlenir. NREM uykusu ilerledikçe, üst solunum kaslarında gevşeme, artan hava yolu direnci ve azalan merkezi sistem uyarısı sonucunda hipoventilasyon ve parsiyel karbondioksit seviyesinde artma meydana gelmektedir. REM uykusu sırasında ise, solunum hızı ve tidal hacimde artış ortaya çıkmaktadır (Kamdar et al., 2012).

Uyku esnasında kardiyovasküler sistemde de bazı değişimler gözlenmektedir. Uyku sırasında kan akışında ve elektrik aktivitelerinde meydana gelen dalgalanmalar kalp hastalığı mevcut olan bireylerde yaşamı tehdit eden iskemilere ve aritmilere neden olabilmektedir. NREM uykusunda kalp hızında, kan basıncında ve sistemik vasküler dirençte azalma meydana gelmektedir. Tonik REM uyku döneminde ise, azalan sempatik aktivite ile kişide bradikardi ve sinüs duraklamaları gözlenirken, fazik REM uyku döneminde artan sempatik aktivite ile kan basıncı ile kalp hızında artışlar ortaya çıkmaktadır (Kamdar et al., 2012).

Hücre farklılaşması ve çoğalması için gerekli olan büyüme hormonu ve prolaktin salınımı da uykudan etkilenmektedir. N3 evresinde büyüme hormonu, uyku döneminin ikinci yarısında ise, prolaktin hormon yükselerek zirve seviyeye ulaşır. Sabah erken saatlerde yükselen kortizol hormonu sabah geç saatlerde zirve yaparak, geceye doğru seviyesinde azalma gözlenir ve uyku başlangıcından sonra en düşük seviyeye ulaşır.

Tiroid uyarıcı hormon, uyku başlangıcından önce zirve yaparak uyku sırasında yavaşça düşmeye başlar. Tiroid uyarıcı hormon N3 evresinde baskılanmakta ve uyku yoksunluğu ile baskılanma seviyesinde artma ortaya çıkmaktadır (Kamdar et al., 2012).

Yapılan bir çalışma, yoğun bakım ortamı ile kesintiye uğramış uyku veya uykuya dalma güçlüğü algısı arasında istatistiki bir ilişki olduğunu bildirmiş; Uyku bozukluğunun, arteriyel kan basıncını değiştirebilen, taşikardiye neden olabilen, oksijen tüketimini arttırabilen, hipoksemiye indükleyebilen ve eritropoezi azaltabilen sempatik ve parasempatik sinir sistemleri arasında dengesizliğe neden olabileceğini de göstermiştir (Miranda-Ackerman et al., 2020).

Yoğun bakım ünitesinde hastaların yaşadıkları uyku bozukluklarının normale dönmesi günler almakta, bazı durumlarda ise, hastalar taburcu edildikten sonra dahi uyku bozukluğu yaşayabilmektedirler. Yoğun bakım ünitesinden taburcu edilen hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, servise nakil olduktan sonraki 7 gün içinde uyku kalitesi ve süresi incelenen hastaların, yaklaşık üçte ikisinde (%61) kalıcı uyku bozukluğu olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Talias ve Wilcox, 2019).

2.3.6. Yoğun Bakım Ünitesinde Uyku Yoksunluğunun Fizyolojik Etkileri

Uyku yoksunluğunun yoğun bakımda tedavi gören hastalarda solunum sistemi üzerine etkisini araştıran az sayıda araştırma mevcuttur. Yoğun bakım ünitesi dışında tedavi gören hastalar üzerinde yapılan çalışmada düşük uyku süresine sahip hastalarda solunumsal değişiklikler olabileceği görülmüştür (Kamdar et al., 2012). Kritik 17 hastada kesintiye uğramış uyku, obstrüktif apne ortaya çıkmasını hızlandırabilirken ekstübasyon sonrası dönemde hastada ortaya çıkabilecek sorunları arttırabilir ve daha fazla üst solunum yolu kollapsibilitesine yol açabilir (Kamdar et al., 2012).

KOAH hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada, bir gece uyku yoksunluğu yaşayan hastalarda FEV-1 (Forced Expiratory Volume) ve FVC (Forced Vital Capacity)'de önemli bir düşüş ve maksimal inspiratuar basınçta azalma olduğu gözlenmiştir (Kamdar et al., 2012).

Uyku yoksunluğu yaşayan hastalarda bağışıklık sistemi, hormon seviyeleri, akciğer mekaniği ve nörobilişsel fonksiyonlar etkilenebilir. Hastalarda savunma mekanizmasını bozarak, özellikle yoğun bakımda tedavi gören hastaları enfeksiyona açık hale getirebilmektedir (Pisani et al., 2015).

Diğer yandan uyku yoksunluğu homeostatik mekanizmalarda değişikliğe neden olabilmekte ve nöroendokrin kontrol sistemini de değiştirmektedir. Büyüme hormonu seviyesinde ve insülin direncinde düşüşe, tiroid hormonu, norepinefrin ve kortizol seviyelerinde ise artışa neden olmaktadır (Pisani et al., 2015). Büyüme hormonu ön hipofiz bezi tarafından sentezlenen bir anabolik hormondur. Uyku veya fizyolojik strese yanıt olarak döngüsel bir şekilde salgılanır. Büyüme hormonu salgılanması, uyku yoksunluğu durumlarında belirgin şekilde değişen uyku başlangıcından sonraya kadar ertelenmektedir (Dorsch et al., 2019).

Yetersiz uyku bireyde sempatik ve azalmış parasempatik tonus, yüksek katekolamin seviyesine bağlı kan basıncında ve kalp hızında değişikliğe sebep olabilmekte ve akut miyokard enfarktüsü riskini arttırabilmektedir (Kamdar et al., 2012). Kısa uyku süresi kilo artışına, glikoz intoleransına ve yüksek tansiyon gibi kardiyometabolik sorunlara da yol açabilmektedir (Choudhary et al., 2017).

Sağlıklı bireylerde uyku yoksunluğunun kan basıncına etkisini araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada, 7 günlük sürede günde 3 saatten daha az uyumanın kan basıncını arttırdığı ve kardiyovasküler sistemi olumsuz etkilediği görülmüştür (Choudhary et al., 2017).

2.3.7. Yoğun Bakım Ünitesinde Uykuyu Etkileyen Faktörler

Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastalarda uyku yoksunluğuna sebep olabilen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler arasında hastaya özgü; hastalığın türü ve şiddeti, ağrı, stres ve anksiyete yer almaktadır. Hasta ile ilgili faktörler, uyku bozukluğunda büyük role sahip olsa da yoğun bakım ortamında hastanın maruz kaldığı gürültü, ışık, telefon sesleri, solunum desteğini sağlayan makinelerin çıkardığı sesler gibi çevresel faktörler ve hastalara yapılan ilaç tedavileri, bakım uygulamaları hastanın uyku kalitesini büyük oranda etkilemektedir (Beltrami et al., 2015; Pisani et al., 2015).

2.3.7.1. Gürültü

“İnsanlarda istenmeyen ve rahatsızlık veren ses gürültü” olarak tanımlanmaktadır (Kol vd., 2015). Uyku bozuklukları YBÜ'de tedavi gören hastalarda çok yaygın karşılaşılan bir sorundur. Uyku bozukluklarının ortaya çıkmasında karşılaşılan önemli bir risk faktörü olarak görülen gürültü yoğun bakım ünitelerinde her yerde bulunur ve esas olarak personelden kaynaklanan sesler, makinelerin oluşturduğu ses ve alarmlardan kaynaklanır (Simons et al., 2018).

Hemşireliğin kurucusu Florence Nightingale, gürültüden bahsederek hastanın fiziksel çevresini olumsuz etkilediğini söylemiş ve gürültünün hasta üzerine etkisini “Aralıklı ani gürültü, özellikle hasta yeni uykuya daldığında sürekli gürültüden daha korkutucudur. Sessiz yürüme, fısıltı ile konuşma gereklidir” şeklinde ifade etmiştir (Özkan ve Boyacıoğlu 2018).

Uluslararası kuruluşlar hastanelerde karşılaşılan gürültü seviyeleriyle ilgili bazı öneriler sunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri Çevre Koruma Ajansı (U.S. Environmental Protection Agency) (USEPA), hastanelerdeki ses basınç seviyelerinin gündüz 45 dB ve gece 35 dB seviye ile sınırlandırılması, Dünya Sağlık Örgütü hastanelerdeki ses basınç seviyelerinin gece 30 dB gündüz ise, 35 dB, Uluslararası Gürültü Konseyi yönergelerinde (International Noise Council Guidelines) (INC) gündüz 45 dB, gece 20 dB, Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (The National Institute for Occupational Safety and Health)(NIOSH) gündüz 45 dB, gece 35 dB seviyesini geçmemesini tavsiye etmektedir (Özkan ve Boyacıoğlu 2018; Darbyshire et al., 2019).

Gürültü, YBÜ’ de tedavi gören hastalarda hızlı kalp atışına, adrenalin seviyesinde yükselmeye, metabolizmanın hızlanması ve oksijen tüketiminde artışa, uyku bozuklukları ve psikolojik problemler gibi işitsel ve işitsel olmayan olumsuz sağlık sorunlarına yol açabilen, çevresel bir tehlikedir (Kol vd., 2015; Özkan ve Boyacıoğlu 2018; Jung et al., 2020).

Yoğun bakım hastalarında polisomnografi kullanan bir çalışma, uyarılmaların %11 ila 24’ünün çevresel gürültüden kaynaklandığını göstermiştir (Simons et al., 2018). Yoğun bakımda yapılan bir diğer çalışmada, yoğun bakımdaki gürültü kaynakları araştırılmış ve gürültünün özellikle hasta başlarında bulunan monitörlerdeki alarmlardan, mekanik ventilasyon cihazlarından çıkan seslerden ve personel konuşmalarından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır (Darbyshire et al., 2019). Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların stres faktörleri ve uyku güçlüğü arasındaki ilişkinin incelendiği bir diğer çalışmada, elde edilen bulgularda gürültü, hastaların uykusunu bölebilen önemli bir çevresel faktör olarak tanımlanmıştır. Gündüz ve gece boyunca farklı zamanlarda ölçülen ses seviyelerinin 40 ila 80 dB arasında olduğu sonucuna varılmıştır (Miranda-Ackerman et al., 2020). Simons ve arkadaşlarının (2018) yoğun bakım ünitesindeki gürültünün uyku kalitesine etkisini

araştırdıkları bir çalışmada, yoğun bakımdaki gürültünün 40 dB üzerinde olduğu ve hastaların uyku kalitesinin olumsuz etkilendiği ortaya çıkmıştır.

2.3.7.2. Işık

Yoğun bakımda uyku kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir diğer faktör ışıktır. Yoğun bakım ünitelerinde sürekli açık olan yapay ışıkların, uyku ve uyanıklık döngüsünü sağlayan sirkadiyen ritim ile uyumsuz olması sebebiyle, yoğun bakımda kalan hastaların uyku düzenini olumsuz şekilde etkilediği belirtilmektedir (Uzun ve Yavşan, 2014). Yoğun bakım ünitelerinin sahip olduğu fiziki koşulların araştırıldığı bir çalışmada, YBÜ'lerin %91,7'sinde pencere ile doğal aydınlatma ve parabolik aydınlatma sağlandığı, %8,3'ünde sadece parabolik aydınlatma kullanıldığı belirlenmiştir (İlçe ve Dramalı, 2010). 1500 lux ışık seviyesinin uyku kalitesini bozduğu, 100 ila 500 lux ışık seviyesinin ise, melatonin salınımını baskılamak için yeterli olduğu bildirilmiştir (Kamdar et al., 2012).

Yapılan bir diğer çalışmada, YBÜ'de doğal gün ışığını alabilen hastaların stres seviyelerinin daha düşük olduğu, bu hastaların daha az analjezik ilaca ihtiyaç duyduğu ve uyku kalitesinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Uslu ve Korkmaz 2016).

2.3.7.3. Ortam Sıcaklığı

Araştırmalarda 24°C'den yüksek sıcaklığa sahip olan yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastaların uyanma sıklığında artış ve REM uyku evresinde azalma, 12°C'den düşük sıcaklığa sahip yoğun bakımlarda bulunan hastalarda ise, rüyaların olumsuz etkilendiği, buna bağlı olarak uyku kalitesinde azalma olduğu görülmüştür (Karagözoğlu vd., 2007; Uslu ve Korkmaz 2016). Nem oranı YBÜ'de %30-%60, sıcaklık ise 21-24°C olacak şekilde ayarlanma yapılmalıdır (Uslu ve Korkmaz 2016).

2.3.7.4. İlaçlar

Yoğun bakımda yaygın olarak kullanılan ilaçlardan bazıları uyku süresinde ve kalitesinde değişikliklere neden olabilir. Bu ilaçlar doğrudan kan-beyin bariyerini geçerek ya da dolaylı olarak tıbbi veya psikiyatrik bir durumu tetikleyerek merkezi sinir sistemini etkilemekte ve uyku bozukluklarına neden olabilmektedir (Beltrami et al., 2015).

Uyku kalitesini etkileyen ilaçlardan bazıları; barbitüratlar, amfetaminler ve antidepresan içeren ilaçlardır. Antiparkinson ilaçları, diüretikler, bazı antidepresanlar

ve antihipertansifler, steroidler, dekonjestanlar, kafein ve astım ilaçları da uyku problemlerine neden olabilen ilaçlar olarak görülmektedir (Demir, 2014).

Yoğun bakım hastalarında hastanın rahatını arttırmak, ağrıyı ve stresi en aza indirmek için kullanılan benzodiazepinler sedasyon sağlarken, N2 evresini arttırmakta ve düşük dozlarda N3 uykusunda, REM uyku evresinde azalmaya, gündüz uyuklamasında artışa neden olarak uyku kalitesinde düşüklüğe neden olabilmektedir (Kamdar et al., 2012; Uzun ve Yavşan 2014; Uslu ve Korkmaz 2016).

Kardiyovasküler sistem üzerine etki gösteren dopamin, beta-bloker, epinefrin ve norepinefrin türevi ilaçlarda, kan-beyin bariyerini geçme yeteneklerine bağlı olarak uyku kesintisinde artışa, potansiyel olarak kâbuslara, uykusuzluğa ve REM uykusunun baskılanmasına neden olurlar (Kamdar et al., 2012; Beltrami et al., 2015).

PSG cihazı kullanılarak yoğun bakımda yatan hastaların uyku kalitesinin ölçüldüğü bir çalışmada, PSG kaydı sırasında not edilen ve uykuyu potansiyel olarak etkilediği düşünülen ilaçlar, esas olarak opioidler ve yatıştırıcı ilaçlar olarak belirlenmiştir (Elliot et al., 2013).

2.3.7.5. Non-İnvaziv Mekanik Ventilasyon

YBÜ' de non-invaziv pozitif basınçlı ventilasyon (NPPV) uygulanan hastalarda uykuyu tanımlayan çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. NPPV alan hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada, 4 hastada 24 saati kapsayan ön PSG sonuçlarına bakılmış, hastalarda sık uyanmalar ve neredeyse hiç REM ve N3 uykusu olmadığı görülmüştür (Kamdar et al., 2012). Non-invaziv mekanik ventilasyonda hastaya sürekli uygulanan maske ile ilişkili olarak gelişen intolerans ve hasta-ventilatör uyumsuzluğu gibi strese sebep olabilen durumların uyku bozukluklarına neden olabileceği de düşünülmektedir (Uzun ve Yavşan, 2014).

2.3.7.6. Ağrı

Ağrı, vücudun herhangi bir bölgesinden kaynaklanabilen, fizyolojik, çevresel veya potansiyel tehditlere işaret eden, ele alınması gereken hoş olmayan bir algıdır. Bu algı, bireyde panik hissi ve ağrıyı hafifletmeye yönelik tepkileri tetikleyebilir ve bireyin önceki deneyimlerinden etkilenebilir (Çelik, 2016). Ağrı, hastaların yoğun bakımda sıklıkla karşılaştıkları bir faktör olup, uyku kalitesinde düşüşe sebep olabilmektedir (Beltrami et al., 2015).

Yoğun bakımda hastalara uygulanan tanı ve tedavi amaçlı birçok uygulama hastaların ağrı hissetmesine neden olmaktadır (Akın Korhan ve Uzelli, 2014). YBÜ’de tedavi gören hastalar gerek tanı gerekse tedavi amaçlı uygulamalar olan endotrakeal tüp takılması, kateter takılıp çıkarılması, uzun süre hareketsiz şekilde yatma, hemşirelik bakım uygulamaları (pozisyon değiştirme, operasyon, pansuman değiştirme, yara bakımı vb.) ve hastada mevcut olan hastalık gibi etmenler, ağrı oluşturan nedenler arasında gösterilmektedir (Demir, 2014).

2.3.7.7. Hasta Bakım Faaliyetleri

Yoğun bakım ünitelerinde hastalara uygulanan bakım girişimleri de hastaların uyku kalitelerini etkileyebilmektedir. Yapılan bir çalışmada, hastaya uygulanan ağız bakımı, vücut banyosu, yatak çarşaflarının değiştirilmesi gibi hemşirelik girişimlerinin genellikle gece yarısı ile sabah saat 05:00 arasında gerçekleştirildiği ve bu nedenle hastaların uykularında bölünmelerin yaşandığı görülmüştür (Beltrami et al., 2015).

2.4. Konfor Kavramı

Konfor, Türkçe sözlükte “günlük hayatı kolaylaştıran rahatlık” şeklinde tanımlanmıştır (Türk Dil Kurumu, 2017). Konfor, hemşirelik bakımıyla çok yakından ilgilidir ve çeşitli alanlarda kullanılmıştır. Hemşirelik teorisyenleri konforu rahatlık olarak tanımlamışlardır. Hemşirelik bakım sürecinin bir parçası olarak konforu inceleyen çağdaş teorisyenler arasında Katharine Kolcaba’nın katkıları oldukça göze çarpmaktadır (Oliveira et al., 2020).

Konfor Kuramının geliştiricisi Katharine Kolcaba, konforu fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içinde karmaşık bir yapı olarak tanımlar. Bu, bireylerin bakım gereksinimlerini karşılamayı, huzur sağlamayı ve sorunlarla başa çıkmayı amaçlar. Konfor, bakımın beklenen bir sonucu veya çıktısı olarak tanımlanmaktadır (Kolcaba, 2003).

Malinowski ve Stamler, 1980 ve 2000 yılları arasında geliştirdikleri teori ile hemşirelikte konforu kavramsal çerçeve içinde araştırmışlardır. Analizlerinde, üç ana konfor alanı veya rahatlık alanı ortaya koymuşlardır. Bunlar;

- 1- Hemşireliğin bir sonucu veya işlevi olarak rahatlık,
- 2- Temel insan gereksinimi olarak rahatlık

3- Bir süreç olarak rahatlık şeklindedir.

Zaman içerisinde konfor kavramının içinde çevrenin önemi de gitgide artmıştır (Olausson, et al., 2019).

Konfor, hastanın duygusal ve psikolojik gereksinimlerinden çok, hastaların fizyolojik gereksinimlerinin giderilmesi ve hastalık semptomlarının azaltılmasına yöneliktir. Konfor daha çok, hastaları bedensel rahatsızlık durumundan kurtaran ve rahatlatan bir kavram olarak görülmektedir. Ancak hemşirelikteki konfor anlayışı bilim insanlarının bakış açılarıyla genişletilmiş ve konfor, bir iyilik hali olarak zihinsel, fiziksel ve çevresel farkındalığın ötesine geçen daha kapsamlı bir kavram olarak ele alınmıştır (Morse et al., 1994). Konfor kavramı Kolcaba'nın çalışmaları sayesinde kuram olarak tanımlanmıştır (Kolcaba, 1994).

Katharine Kolcaba, kuramının gelişiminde birkaç felsefi görüşten etkilenmiştir. Bunlar; Murray'ın İnsanda Baskı Kuramı, Üç Orta Düzey Hemşirelik Modeli, Orlando'nun Hemşirelik Modeli, Henderson'un Temel İnsan Gereksinimleri Kuramı, Paterson ve Zderad'ın Hümanistik Hemşirelik Kuramı'dır (Karabacak ve Potur, 2017; Ocakçı ve Alpar, 2013). Kolcaba, bu felsefi görüşleri kuramına iliştip, kendi kuramını ve kuramındaki alt kavramları geliştirdiğini bildirmiştir. Kuramın alt kavramları holizm (bütüncüllük) ve insan gereksinimleri şeklindedir (Kolcaba, 2003).

Konfor Kuramı'nın temel varsayımları şunlardır (Kolcaba, 2003):

- Bireyler, karmaşık uyarıcılara bütünsel olarak yanıt verirler.
- Konfor, hemşirelik bakım hedeflerinin önemli bir sonucudur.
- Konfor, temel bir insan gereksinimidir. Birey, konfor ihtiyaçlarını kendisi karşılayamıyorsa, bu ihtiyaçlar diğerlerinin yardımıyla karşılanmalıdır.
- Artan konfor, bireyleri kendi seçtikleri sağlık teşvik edici davranışlara yönlendirir.
- Bireyler sağlık teşvik edici davranışlara katıldıkça, bakım memnuniyet düzeyleri artar.

Konfor kuramının boyutları fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel şeklindedir. Konfor düzeyleri ise ferahlama, rahatlama ve üstünlük olarak ele alınmıştır (Kolcaba, 2003).

2.4.1. Konfor Kuramı'nın Düzeyleri

Ferahlama: Kişinin gereksinimleri karşılandıkça sıkıntılarından kurtulduğunu hissetme durumuna ferahlama denir. Örneğin; ağrısı geçen hastanın ağrısı geçince ferahlama yaşaması gibi (Kolcaba,1991).

Rahatlama: Sakin, rahat veya huzurlu olmak olarak tanımlanır. Hastanın rahatlama, memnuniyetini ifade etmesiyle gösterilir (Kolcaba, 2003).

Üstünlük: Bireyin sorunları çözebilme yeteneği ve sıradan güçlerini artırma olarak tanımlanır. Konfor ihtiyaçları tam olarak karşılanan bir birey, sorunları aşabilme seviyesine ulaşabilir, ki bu da konforun üstünlük derecesidir (Kolcaba, 2003).

2.4.2. Konfor Kuramı'nın Boyutları

Fiziksel Konfor: Bireyin fiziksel ihtiyaçlarını ifade eder. Örneğin, uyku, hastalığa verilen yanıt, beslenme ve gevşeme gibi faktörler bu boyutta ele alınır. Fiziksel konforun azalmasına katkıda bulunan en önemli faktörlerden biri ağrıdır. Fiziksel konforu etkileyen diğer göstergeler arasında, sıvı-elektrolit dengesinin bozulması, kan testlerinde veya vital bulgulara anormallikler bulunabilir (Kolcaba, 2003).

Psikospiritüel Konfor: Zihinsel, duygusal ve manevi bileşenler psikospiritüel konfor ihtiyaçlarını oluşturur (Kolcaba, 2003; Arslan & Konuk Şener, 2009). Psikospiritüel konfor ihtiyaçlarının karşılanması zaman gerektirir. Hasta cesaretlendirilerek ve dini inançlarla ruh yüceltilerek psikospiritüel konforu artırma çabaları arasında yer alır (Erdemir ve Çırlak, 2013).

Sosyokültürel Konfor: Bu boyutta karşılanması gereken ihtiyaçlar; bilgi ve danışmanlık sağlama, bireyin kültürüne ve alışkanlıklarına duyarlı bakım sunma, dini inançlara saygı gösterme, maddi olarak destek sistemlerinden faydalanma, kişiler arası iletişimi sağlama, taburculuk planlamasını bireye göre düzenleme ve evde bakımı sürdürmedir (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003; Unutkan, 2018).

Çevresel Konfor: Hastanede tedavi gören bireylerin fiziksel ve zihinsel işlevlerini destekleyen en önemli boyuttur. Çevresel konfor, bireyin dış çevresiyle ilgili kavramları içerir, bu da aydınlatma, gürültü, renk, sıcaklık, güvenli ortam, çevredeki insanlar ve nesneler, manzara, mahremiyete saygı ve rahat yatak gibi unsurları kapsar (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003; Arslan ve Konuk Şener, 2009; Erdemir ve Çırlak, 2013).

2.4.3. Yoğun Bakım Ve Konfor Kavramı İlişkisi

Uluslararası Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği'nin (NANDA-I) konforda bozulma tanısını hemşirelik tanı listesine eklemesiyle konfor kuramı hemşireler için daha önemli hale gelmiştir (NANDA, 2006; Terzi ve Kaya, 2017).

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda ağrının konforu etkileyen en önemli fiziksel etkenlerden biri olduğu bilinmektedir (Berntzen et al., 2020). Cerrahi operasyon geçirmiş olmak, yaşamsal fonksiyonlarda ciddi problemlerin yaşanması veya trafik kazaları, pansuman değişimleri, dren varlığı gibi birçok nedenden dolayı hastalar ağrı hissedebilmektedir (Dönmez vd., 2020). Yoğun bakımlarda konforu etkileyen diğer fiziksel faktörler ise homeostatik dengenin bozulması, immobilizasyon, uykusuzluk, sıvı elektrolit dengesizliği, yetersiz beslenme, su içememe, noninvaziv mekanik ventilasyon gibi uygulamalardır (Berntzen et al., 2020; Dönmez vd., 2020). Ayrıca YBÜ'nün fiziki şartlarındaki uygunsuzluklar, yüksek veya düşük ısı, yoğun ışık, gürültü, yetersiz beslenme, hijyen gereksinimlerinin karşılanamaması ve saat kavramının bilinmemesi yine hastalar tarafından konforu bozacak etkenler olarak tanımlanmıştır (Oliveira et al., 2020).

Yoğun bakım ünitesindeki hastaların anksiyetesini arttıran ve dolayısıyla konforun psikospiritüel boyutunu etkileyen faktörler arasında; teknolojik cihazlar, yüksek ses ve gürültü ve invaziv girişimler yer almaktadır. Psikospiritüel konfor anksiyeteden olumsuz etkilenmektedir. Anksiyeteyi arttıran tüm faktörler psikospiritüel konforu da etkilemektedir. Dolayısıyla uykusuzluk, beden imajındaki değişimler, yaşanan organ veya uzuv kayıpları ve yas, sağlık kurumlarında kurulan kötü iletişim bu faktörlerin içerisinde yer almaktadır (Dönmez vd., 2020; Çapanoğlu ve Dolgun, 2020; Gencer ve Karakoç Kumsar, 2020).

Yoğun bakım ünitesindeki hastaların çevresel konfor boyutunu etkileyen faktörler arasında ise; rahatsız edici sesler, makine alarmları, düşük veya yüksek ortam ısısı, pencerenin olmayışı, hep aynı yere bakmak, duvarların rengi, rahat olmayan yatak ve yastıklar sayılabilmektedir (Kolcaba, 1991; Oliveira et al., 2020; Sultan ve Boyacıoğlu, 2018).

Yoğun bakım ünitesindeki hastaların sosyokültürel konfor boyutunun; yoğun bakımlardaki ziyaret kısıtlamasının olması, hastanın ailesi ve yakınlarıyla görüşmemesi veya az görüşmesi, haber alabileceği kişisel teknolojik araçları yanında bulunduramaması, sağlık durumu ve hastalığının seyri hakkında yeterli bilgi

alamaması, aile içi veya dışı rollerini yerine getirememesi, sosyal destek kaynaklarının yetersiz olması, yoğun bakım ortamı, sosyal güvencesinin olmaması, hastane ve tedavi masraflarının fazla olması, bakım ve tedavisinde kültür ve geleneklerine aykırı uygulamaların olması gibi durumlardan etkilendiği belirlenmiştir (Kubat Bakır ve Yurt, 2020; Oliveira et al., 2020).

Bunların her birindeki gereksinimlerin karşılanmaması birbirini etkilemektedir. Fiziksel konforu azaltan bütün uygulamalar zaman içerisinde diğer alt boyutları da etkilemektedir. Bu nedenle hemşirelerin her bir alt boyutla ilgili konforu bozan durumları iyi fark etmesi, bunları önleyebilmek için girişimler planlaması ve bu girişimleri uygulaması, sonuçlarını değerlendirmesi ve kanıt temelli uygulamalar ile desteklemesi oldukça önemlidir (Kubat Bakır ve Yurt, 2020).

2.5. Uyku ve Konfor Düzenlenmesinde Hemşirenin Rolü

Yoğun bakım hemşiresi, hastanın genel durumuyla ilgili ortaya çıkan olumsuz değişiklikleri ilk gözlemleyen ve acil bir durumla karşılaştığı zaman ekip içerisinde hızlı karar alması gereken meslek üyesidir (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2013).

Hemşirelik mesleği temel insan gereksinimlerinin karşılanması, hastaya bütüncül bir yaklaşım sergilemeyi ön planda tutan, hasta da karşılaşılabilecek problemleri önceden saptayabilen bir meslek dalı olması nedeniyle, hastanede tedavi gören bireylerin uyku 24 gereksinimlerini ve kalitesini arttıracak girişimlere yönelik hemşirelik hizmeti içeren bakım faaliyetlerini sürdürmede önemli rol oynamaktadır (Karagözoğlu vd., 2007).

Yoğun Bakım Ünitesinde hastanın uyku kalitesini, niteliğini ve niceliğini arttırabilecek hemşirelik girişimleri planlanmalıdır. Bu girişimler (Dedeli ve Durmaz Akyol, 2008; Zengin, 2015):

- Hastaya uygun çevrenin düzenlenmesi,
- Monitör alarminin hastayı rahatsız etmeyecek düzeyde ayarlanması,
- Hasta odalarının kapısının mümkünse kapatılması,
- Hasta yakınları tarafından yapılan ziyaret saatlerinin düzenlenmesi,
- Mümkünse, elektronik cihazların gece titreşim moduna alınması,
- Ekibin diğer üyeleriyle görüşülmesi, alçak sesle konuşulması,

- Gece mümkün oldukça hastaya yapılan girişimlerin en aza indirilmesi
- Hasta odalarının ışıklarının gece kapatılması ya da azaltılması
- Hastanın uykusunu etkileyebilecek ilaçların saatlerinin düzenlenmesi
- Ağrısı olan hastalarda, uygun analjezikler, sıcak ve soğuk uygulama gibi girişimlerin yapılmasıdır.

Hemşirelik bakımında konfor, bireyin sorunlarını çözme, huzurlu olma ve mevcut sorunlarının üstesinden gelme gereksinimlerinin giderilmesidir. Konfor, bakım sonrasında bireyin fiziksel ve manevi olarak iyi olma durumudur, bu nedenle hemşirelik bakımının olumlu bir sonucu olduğu söylenebilir (Karaer ve Özsaker, 2021).

Yoğun bakım ünitesindeki hastanın konforu bireylere sunulan hemşirelik bakımı ile doğru orantılıdır. Hastanın konforunu arttırmak için konfor kuramının fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel boyutlarının her birinin bakımın içerisinde etkin ve doğru şekilde uygulanması önemlidir (Koç, 2021).

Literatür incelendiğinde konfor ile ilgili Oliveira ve arkadaşları (2020) ve Berntzen ve arkadaşları (2020) konforun hemşirelikle olan ilişkisini incelediği görülmektedir. Yurt içinde ise; Güner ve Karakoç Kumsar (2021) akciğer kanseri cerrahisi geçiren hastaların konforunu, Koç (2021) ise yoğun bakım hastaları için konfor kuramına göre yapılandırılmış destekleyici hemşirelik bakımının etkinliğini incelemiştir. Ayrıca Bani Hani ve arkadaşları (2022) yaptıkları çalışmada sağlık bakım faaliyetlerinin, klinik ve sosyo-demografik faktörlerin, yoğun bakım ünitesindeki hastaların psikolojik deneyimlerini etkilediği sonucuna ulaşmışlardır. Hemşireler bakımlarını hastaların gereksinimlerini dikkate alarak ve uygun şekilde sunarlarsa bireylerin fiziksel ve psikolojik rahatsızlığını, acı çekme gibi durumlarını azaltılabilir ve konfor düzeylerini arttırılabilirler (Karaer ve Özsaker, 2021). Dolayısıyla yoğun bakım hemşirelerinin hastanın konforunu olumsuz etkileyen etkenleri belirlemesi, bu etkenleri ortadan kaldırmak için girişimler planlaması ve değerlendirmeleri, bütüncül bir şekilde bakımın içerisinde sunmaları oldukça önemlidir (Karaer ve Özsaker, 2021; Koç, 2021).

BÖLÜM 3 GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tek merkezli, kesitsel ve tanımlayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi'nde yatan hastalar ile yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi'nde yatmakta olan hastalar oluşturdu. Çalışmanın örnekleme için %95 güç ve %5 hata payı ile güç analizi yapıldı (etki büyüklüğü 0,35), analiz sonucunda minimum 90 hasta ile çalışmanın yapılması gerektiği saptandı. Araştırma 109 hasta ile tamamlandı. Veriler 01 Ocak-29 Şubat 2024 tarihleri arasında toplandı.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri; 14 sorudan oluşan Hasta Bilgi Formu, Genel Konfor Ölçeği (GKÖ), Richard Cambell Uyku Ölçeği (RCUÖ) ve Visual Analog Ölçeği (VAS) kullanılarak toplandı.

Hasta Bilgi Formu:

Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, medeni durum, çalışma durumu, sigara kullanımı, alkol kullanımı, kronik hastalık, ameliyat sonrası yoğun bakımda kalma süresi, daha önce yoğun bakımda yatış deneyimi, uyku problemi, günlük ortalama uyku süresi ve yapılan ameliyat sorularından oluşmaktadır.

Genel Konfor Ölçeği: Bu çalışmada kullanılan ölçek, 1992 yılında Kolcaba ve Kolcaba (1992) tarafından geliştirilen ve konforun teorik bileşenlerini oluşturan üç

seviye ve dört boyuttan oluşan taksonomik yapı rehberine dayanmaktadır. Konfor ihtiyaçlarını belirlemek, konfor sağlayan hemşirelik müdahalelerini belirlemek ve beklenen konforda artışı değerlendirmek için kullanılmaktadır. Kuşuoğlu ve Karabacak (2008) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarına tabi tutulan ölçek, toplamda 48 madde içeren dörtlü Likert tipi bir ölçektir, bunların 24'ü pozitif ve 24'ü negatif maddedir. Araştırmada kullanım kolaylığı nedeniyle dörtlü Likert tipi tercih edilmiştir. Ölçeğin ferahlama (16 madde), rahatlama (17 madde) ve sorunlarla başa çıkma (15 madde) olmak üzere 3 alt boyutu bulunmaktadır. Pozitif ve negatif maddelerin yanıt düzenleri karışık olarak sunulmuştur. Buna göre, pozitif ifadeler için yüksek bir puan (4p) yüksek konforu, düşük bir puan (1p) düşük konforu gösterir. Negatif ifadeler için ise, düşük bir puan (1p) yüksek konforu, yüksek bir puan (4p) düşük konforu gösterir. Ölçekten elde edilebilecek en yüksek toplam puan 192 iken, en düşük puan 48'dir. Elde edilen toplam puan, ölçek maddelerinin sayısına bölünerek ortalama değeri belirlenir ve sonuç 1-4 dağılımında ifade edilir. Düşük konfor 1 puanla, yüksek konfor ise 4 puanla gösterilir. Orijinal ölçeğin Cronbach'ın Alpha değeri 0,88 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise 0,74 olarak bulundu.

Richard Cambell Uyku Ölçeği: Richard Campbell Uyku Ölçeği, 1987 yılında Richards tarafından geliştirilmiş olup gece uykusunun derinliğini, uykuya dalma süresini, uyanma sıklığını, uyanıklık süresini, uyku kalitesini ve ortamdaki gürültü seviyesini ifade eden altı madde içermektedir. Richard Campbell Uyku Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması 2015 yılında Karaman Özlü ve Özer tarafından yapılmıştır. Ölçekte her bir madde, 0 ile 100 arasında değişen bir cetvelde Görsel Analog Ölçek tekniği kullanılarak değerlendirilmiştir; "0-25" aralığındaki bir puan çok kötü uyku kalitesini, "76-100" aralığındaki bir puan ise çok iyi uyku kalitesini ifade etmektedir. Ölçekteki toplam puan, çevredeki gürültü seviyesini değerlendiren altı madde dışında kalan beş maddeye dayanarak değerlendirilir. Ölçekteki puan arttıkça, hastaların uyku kalitesi artar. Richard tarafından geliştirilen ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,82 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise 0,86 olarak bulundu.

Görsel Analog Ölçeği: Hastaların genel sağlık durumunu değerlendirebilmek amacıyla 1-10 arası puan arasında değerlendirilen bir ölçektir. Yüksek puan hastaların genel sağlık durumlarını iyi olarak tanımladıklarını göstermektedir.

3.5. Verilerin Elde Ediliş Yöntemi

Veriler ameliyatın birinci günü sabah saatlerinde hastalar ziyaret edilerek araştırmacı tarafından yüz yüze toplandı. Anketlerin doldurulması yaklaşık 15 dakika sürdü.

3.6. İstatistiksel Analizler

Veriler SPSS 22.0 yazılımı kullanılarak analiz edildi. Analize başlamadan önce, verilerin normal dağılıma uygun olduğunu belirlemek için normal dağılım testleri (Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov) gerçekleştirildi. Verilerin normal dağılıma sahip olduğu bulundu. Veri analizi için parametrik testler kullanıldı. Kategorik değişkenler için frekans ve yüzde hesaplanırken, nicel değişkenler için ortalama ve standart sapma hesaplandı. İki grup arasında karşılaştırmalar Student t-testi, iki veya daha fazla grup arasındaki karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı. İlişkisel analizler Pearson korelasyon testi ile, etki analizi çoklu regresyon analizi ile gerçekleştirildi. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma tek merkezli ve sadece tek alanda (göğüs hastalıkları ve cerrahisi) hizmet veren bir hastanenin cerrahi yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarla yapılmış olduğundan, sonuçlar sadece bu çalışmayla sınırlı kalmaktadır. Yoğun bakıma alınan çoğu hastanın entübe edilmesi örneklem sayısına daha uzun zamanda ulaşılmıştır. Ayrıca, araştırmada uyku, ağrı ve konfor ilişkisine bakılmış, uyku ve konforu etkileyebilecek sıcaklık, ışık, yatak, gürültü vb. gibi dış faktörler incelenmemiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

İstanbul Okan Üniversitesi Fen, Sosyal ve Girişimsel Olmayan Sağlık Bilimleri Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 18.10.2023 tarih ve 38 sayı ile, ayrıca çalışmanın yürütüleceği hastane için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden 30.11.2023 tarih ve E-15916306-604.01.01-230548675 sayı ile izin alındı. Araştırmada kullanılan ölçekler için ölçek geliştirenlerden e-mail ortamında izinler alındı.

BÖLÜM 4 BULGULAR

Cerrahi yoğun bakımda yatan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde uyku kalitesi ve konfor düzeyini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada bulgular 4 başlık altında verildi.

1. Hastaların bireysel özellikleri
2. Uyku ve konfor ölçeği puanları
3. Bireysel özellikler ile uyku ve konfor ölçeği puanlarının karşılaştırılması
4. Uyku ve konfor ölçeği puanları arasındaki ilişki

1. Hastaların bireysel özellikleri ile ilgili bulgular

Tablo 1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımları (n:109)

Sosyodemografik Özellikler		Ort.±SS	Min.-Maks.
Yaş		58±10,9	24-77
		n	%
Cinsiyet	Kadın	48	44
	Erkek	61	56
Eğitim	Okuryazar	23	21,1
	İlköğretim	62	56,9
	Lise	16	14,7
	Lisans ve üzeri	8	7,3
Meslek	Serbest meslek	33	30,3
	Memur	16	14,7
	Ev hanımı	22	20,2
	İşçi	5	4,6
	Emekli	33	30,3
Medeni Durum	Bekar	28	25,7
	Evli	81	74,3
Çalışma Durumu	Çalışıyor	25	22,9
	Çalışmıyor	84	77,1
Sigara Kullanımı	Kullanıyor	49	45
	Kullanmıyor	60	55
Alkol Kullanımı	Kullanıyor	27	24,8
	Kullanmıyor	82	75,2

Hastaların yaş ortalaması 58±10,9 %56'sının erkek, %56,9'unun ilköğretim mezunu, %30,3'ünün serbest meslek ve %30,3'ünün emekli, %74,3'ünün evli olduğu,

%77,1'inin çalışmadığı saptandı. Grubun %55'inin sigara, %75,2'sinin alkol kullanmadığı saptandı (Tablo 1).

Tablo 2. Yapılan Cerrahi İşlem ve Yoğun Bakım Deneyimi ile İlgili Özelliklerin Dağılımı (n:109)

		n	%
Kronik Hastalık	Yok	42	38,5
	Var	67	61,5
Kronik Hastalıklar*	Akciğer Ca	38	34,9
	DM	15	13,8
	HT	23	21,1
	KKY	7	6,4
	KOAH	6	5,5
	Epilepsi	1	0,9
	Hipertiroidi	1	0,9
	Trakeal Ca	2	1,8
Ameliyat Tipi	Akciğer plevra dekortikasyonu	5	4,6
	Ampiyem	1	0,9
	Bilobektomi	9	8,3
	Bronşektazi	2	1,8
	Diyafragma elevasyonu	1	0,9
	Pnomonektomi	2	1,8
	Pnomotoraks + plevral effuzyon	2	1,8
	Lobektomi	42	38,5
	Pnomonektomi	22	20,2
	Trakeal stenoz (kitle op)	5	4,6
	Wedge rezeksiyonu	18	16,5
Ameliyat Yöntemi	VATS	68	62,4
	Torakotomi	33	30,3
	Diğer	8	7,3
Daha önce yoğun bakıma yatış deneyimi	Evet	22	20,2
	Hayır	87	79,8
Uyku Problemi	Evet	57	52,3
	Hayır	52	47,7
Ort.±SS		Min.-Maks.	
Ameliyat sonrası yoğun bakımda kalma süresi (gece sayısı)		1,13±0,34	1-2
Normal günlük ortalama uyku süresi (saat)		6,67±1,02	5-8

Ca: Cancer, DM: Diabetes Mellitus, HT: Hipertansiyon, KKY: Kronik Kalp Yetmezliği, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, VATS: Video Assisted Thoracic Surgery (Video torakoskopik yardımcı cerrahi),

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hastaların %61,5'inin kronik hastalığının olduğu, %37,3'ünün tanısının akciğer Ca olduğu, %38,5'inin Lobektomi ameliyatı yapıldığı, %62,4'ünün VATS yöntemi ile ameliyat olduğu ve %79,8'inin daha önce yoğun bakım yatış deneyiminin olmadığı, %52,3'ünün uyku problemi olduğu, ameliyat sonrası yoğun bakımda kalma süresinin ortalama 1,13±0,34 gün, günlük ortalama uyku süresinin ortalama 6,67±1,02 saat olduğu belirlendi (Tablo 2).

2. Uyku ve konfor ölçeği puanları ile ilgili bulgular

Tablo 3. Ölçek ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımları

Ölçekler ve Alt Boyutları	Min.-Maks.	Ort.±Ss
Genel Konfor Ölçeği		
Fiziksel Boyut	2-4	2,66±0,25
Psikospirütel Boyut	2-3	2,76±0,21
Çevresel Boyut	2-3	2,46±0,17
Sosyokültürel Boyut	2-3	2,68±0,24
Ferahlama Düzeyi	2-4	2,48±0,26
Rahatlama Düzeyi	2-4	2,66±0,26
Üstünlük Düzeyi	2-4	2,78±0,2
Genel Konfor Düzeyi	2-3	2,64±0,13
RCUÖ	12-88	53,92±14,78
VAS	2-9	4,43±1,65

RCUÖ: Richard-Campel uyku ölçeği, VAS: Visual Analog Scale

Genel konfor ölçeğinin fiziksel boyut ortalamasının 2,66±0,25, psikospirütel boyutun 2,76±0,21, çevresel boyutun 2,46±0,17, sosyokültürel boyutun 2,68±0,24, ferahlama düzeyinin 2,48±0,26, rahatlama düzeyinin 2,66±0,26, üstünlük düzeyinin 2,78±0,2 ve genel konfor düzeyinin 2,64±0,13 olduğu belirlendi. Uyku ölçeği ortalamasının 53,92±14,78 ve VAS ortalamasının 4,43±1,65 olduğu saptandı (Tablo 3).

3. Bireysel özellikler ile uyku ve konfor ölçeği puanlarının karşılaştırılması ile ilgili bulgular

Tablo 4. Yaş ile Ölçek ve Alt Boyutlarının İlişkisel Analizi

Ölçekler ve Alt Boyutları		Fiziksel boyut	Psikospirütel Boyut	Çevresel Boyut	Sosyokültürel Boyut	Ferahlama Düzeyi	Rahatlama Düzeyi	Üstünlük Düzeyi	Genel Konfor Düzeyi	RCUÖ	VAS
Yaş	r	-,025	-,183	-,056	-,201	-,124	,031	-,294	-,185	-,049	,061
	p	,794	,056	,566	,036	,199	,747	,002	,054	,613	,529

Pearson korelasyon testi

Yaş ile Genel Konfor Ölçeği sosyokültürel boyut ve üstünlük düzeyi arasında ($r=-0,294$, $p=0,002$) negatif yönde, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$). Yaş ile RCUÖ ve VAS arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4).

Tablo 5. Cinsiyete Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=109)

Ölçekler ve Alt Boyutları	Cinsiyet	n	Ort.±Ss	t	p
Genel Konfor Ölçeği Boyutları					
Fiziksel boyut	Kadın	48	2,73±0,19	2,548	0,012
	Erkek	61	2,61±0,27		
Psikospirütel Boyut	Kadın	48	2,77±0,23	0,446	0,656
	Erkek	61	2,76±0,19		
Çevresel Boyut	Kadın	48	2,5±0,16	1,621	0,108
	Erkek	61	2,44±0,17		
Sosyokültürel Boyut	Kadın	48	2,76±0,24	3,167	0,002
	Erkek	61	2,62±0,22		
Genel Konfor Ölçeği Düzeyleri					
Ferahlama Düzeyi	Kadın	48	2,54±0,27	2,207	0,029
	Erkek	61	2,43±0,25		
Rahatlama Düzeyi	Kadın	48	2,67±0,21	0,466	0,642
	Erkek	61	2,64±0,3		
Üstünlük Düzeyi	Kadın	48	2,84±0,2	3,203	0,002
	Erkek	61	2,73±0,16		
Genel Konfor Düzeyi	Kadın	48	2,68±0,12	3,194	0,002
	Erkek	61	2,61±0,13		
RCUÖ	Kadın	48	51,94±16,35	-1,247	0,215
	Erkek	61	55,5±13,34		
VAS	Kadın	48	4,71±1,85	1,519	0,132
	Erkek	61	4,21±1,45		

Student t testi

Cinsiyete göre ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında; fiziksel boyut ($p=0,012$), sosyokültürel boyut ($p=0,002$), ferahlama düzeyi ($p=0,029$), üstünlük düzeyi ($p=0,002$) ve genel konfor düzeyi ($p=0,002$) boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Kadın hastaların ortalama puanları erkek hastalardan daha yüksek bulundu (Tablo 5).

Tablo 6. Eğitim Durumuna Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Eğitim durumu	n (109)	Ort.±Ss	F	p
Genel Konfor Ölçeği Boyutları					
Fiziksel boyut	Okuryazar	23	2,71±0,26	1,945	0,127
	İlköğretim	62	2,62±0,27		
	Lise	16	2,67±0,12		
	Lisans ve üzeri	8	2,83±0,18		
Psikospirütel Boyut	Okuryazar	23	2,78±0,25	0,094	0,963
	İlköğretim	62	2,76±0,2		
	Lise	16	2,76±0,21		
	Lisans ve üzeri	8	2,78±0,23		
Çevresel Boyut	Okuryazar	23	2,46±0,17	0,140	0,936
	İlköğretim	62	2,46±0,18		
	Lise	16	2,5±0,13		
	Lisans ve üzeri	8	2,45±0,14		
Sosyokültürel Boyut	Okuryazar	23	2,67±0,32	0,935	0,427
	İlköğretim	62	2,68±0,2		
	Lise	16	2,66±0,22		
	Lisans ve üzeri	8	2,82±0,35		
Genel Konfor Ölçeği Düzeyleri					
Ferahlama Düzeyi	Okuryazar	23	2,56±0,38	2,260	0,086
	İlköğretim	62	2,46±0,2		
	Lise	16	2,38±0,21		
	Lisans ve üzeri	8	2,61±0,34		
Rahatlama Düzeyi	Okuryazar	23	2,65±0,38	0,314	0,815
	İlköğretim	62	2,64±0,2		
	Lise	16	2,71±0,2		
	Lisans ve üzeri	8	2,66±0,4		
Üstünlük Düzeyi	Okuryazar	23	2,74±0,24	1,423	0,240
	İlköğretim	62	2,77±0,17		
	Lise	16	2,82±0,14		
	Lisans ve üzeri	8	2,9±0,23		
Genel Konfor Düzeyi	Okuryazar	23	2,65±0,15	1,039	0,378
	İlköğretim	62	2,63±0,13		
	Lise	16	2,64±0,08		
	Lisans ve üzeri	8	2,71±0,16		
RCUÖ	Okuryazar	23	46,74±14,95	3,517	0,018
	İlköğretim	62	54,43±14,94		
	Lise	16	61,56±8,91		
	Lisans ve üzeri	8	55,41±15,66		
VAS	Okuryazar	23	5,08±1,93	1,951	0,126
	İlköğretim	62	4,37±1,62		
	Lise	16	4±1,1		
	Lisans ve üzeri	8	3,87±1,64		

Tek yönlü varyans testi (ANOVA)

Eğitim durumuna göre ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında eğitim durumu ile RCUÖ arasında ($p=0,018$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Tukey) lise mezunu hastaların ortalama puanı ($61,56\pm8,91$) okuryazar hastaların puan ortalamasından ($46,74\pm14,95$) yüksek bulundu. (Tablo 6).

Tablo 7. Mesleğe Göre Ölçek Ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Meslek	n (109)	Ort.±Ss	F	P
Genel Konfor Ölçeği Boyutları					
Fiziksel boyut	Serbest meslek	33	2,63±0,36	1,323	0,266
	Memur	16	2,76±0,18		
	Ev hanımı	22	2,72±0,21		
	İşçi	5	2,65±0,12		
	Emekli	33	2,61±0,16		
Psikospirütel Boyut	Serbest meslek	33	2,74±0,2	1,358	0,254
	Memur	16	2,82±0,2		
	Ev hanımı	22	2,7±0,24		
	İşçi	5	2,77±0,25		
	Emekli	33	2,81±0,18		
Çevresel Boyut	Serbest meslek	33	2,43±0,18	0,915	0,458
	Memur	16	2,53±0,13		
	Ev hanımı	22	2,46±0,16		
	İşçi	5	2,44±0,16		
	Emekli	33	2,46±0,17		
Sosyokültürel Boyut	Serbest meslek	33	2,64±0,22	2,981	0,022
	Memur	16	2,81±0,24		
	Ev hanımı	22	2,76±0,26		
	İşçi	5	2,52±0,2		
	Emekli	33	2,64±0,23		
Genel Konfor Ölçeği Düzeyleri					
Ferahlama Düzeyi	Serbest meslek	33	2,52±0,34	2,187	0,075
	Memur	16	2,55±0,28		
	Ev hanımı	22	2,53±0,21		
	İşçi	5	2,26±0,24		
	Emekli	33	2,41±0,17		
Rahatlama Düzeyi	Serbest meslek	33	2,57±0,28	1,619	0,175
	Memur	16	2,76±0,24		
	Ev hanımı	22	2,66±0,21		
	İşçi	5	2,64±0,23		
	Emekli	33	2,7±0,28		
Üstünlük Düzeyi	Serbest meslek	33	2,74±0,21	1,316	0,269
	Memur	16	2,85±0,16		
	Ev hanımı	22	2,76±0,2		
	İşçi	5	2,88±0,12		
	Emekli	33	2,78±0,17		
Genel Konfor Düzeyi	Serbest meslek	33	2,61±0,16	2,407	0,054
	Memur	16	2,73±0,1		
	Ev hanımı	22	2,65±0,13		
	İşçi	5	2,6±0,07		
	Emekli	33	2,63±0,11		
RCUÖ	Serbest meslek	33	53,91±13,88	1,594	0,181
	Memur	16	54,48±14,42		
	Ev hanımı	22	56,44±16,3		
	İşçi	5	66,16±10,7		
	Emekli	33	50,15±14,7		
VAS	Serbest meslek	33	4,63±1,47	0,656	0,624
	Memur	16	4,06±1,73		
	Ev hanımı	22	4,72±2,12		
	İşçi	5	4±0,71		
	Emekli	33	4,27±1,54		

Tek yönlü varyans testi (ANOVA)

Mesleğe göre Genel Konfor Ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında meslek değişkeni ile sosyokültürel boyut arasında ($p=0,022$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Tukey) memurların ortalama puanı ($2,81±0,24$) işçilerin ortalama puanından ($2,52±0,2$) yüksek bulundu. Meslek

değişkeni ile RCUÖ ve VAS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 8. Medeni Duruma Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Medeni Durum	n (109)	Ort.±Ss	t	P
Genel Konfor Ölçeği Boyutları					
Fiziksel boyut	Bekar	28	2,7±0,2	0,908	0,366
	Evli	81	2,65±0,27		
Psikospirütel Boyut	Bekar	28	2,74±0,21	-0,741	0,460
	Evli	81	2,77±0,21		
Çevresel Boyut	Bekar	28	2,5±0,16	0,941	0,349
	Evli	81	2,45±0,17		
Sosyokültürel Boyut	Bekar	28	2,67±0,25	-0,414	0,679
	Evli	81	2,7±0,24		
Genel Konfor Ölçeği Düzeyleri					
Ferahlama Düzeyi	Bekar	28	2,52±0,25	0,754	0,452
	Evli	81	2,47±0,27		
Rahatlama Düzeyi	Bekar	28	2,62±0,26	-0,783	0,435
	Evli	81	2,67±0,26		
Üstünlük Düzeyi	Bekar	28	2,81±0,17	0,873	0,385
	Evli	81	2,77±0,2		
Genel Konfor Düzeyi	Bekar	28	2,65±0,12	0,274	0,785
	Evli	81	2,64±0,13		
RCUÖ	Bekar	28	52,88±15,38	-0,431	0,667
	Evli	81	54,3±14,65		
VAS	Bekar	28	4,85±1,92	1,594	0,114
	Evli	81	4,28±1,53		

Student t testi

Medeni duruma göre Genel Konfor Ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında ve RCUÖ ve VAS arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Çalışma Durumuna Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Çalışma Durumu	n (109)	Ort.±Ss	t	P
Genel Konfor Ölçeği Boyutları					
Fiziksel boyut	Çalışıyor	25	2,62±0,24	-0,946	0,346
	Çalışmıyor	84	2,67±0,25		
Psikospirütel Boyut	Çalışıyor	25	2,75±0,21	-0,359	0,720
	Çalışmıyor	84	2,77±0,21		
Çevresel Boyut	Çalışıyor	25	2,43±0,2	-1,074	0,285
	Çalışmıyor	84	2,47±0,16		
Sosyokültürel Boyut	Çalışıyor	25	2,76±0,23	1,875	0,064
	Çalışmıyor	84	2,66±0,24		
Genel Konfor Ölçeği Düzeyleri					
Ferahlama Düzeyi	Çalışıyor	25	2,47±0,31	-0,246	0,806
	Çalışmıyor	84	2,48±0,25		
Rahatlama Düzeyi	Çalışıyor	25	2,62±0,26	-0,691	0,491
	Çalışmıyor	84	2,66±0,26		
Üstünlük Düzeyi	Çalışıyor	25	2,81±0,2	0,923	0,358
	Çalışmıyor	84	2,77±0,18		
Genel Konfor Düzeyi	Çalışıyor	25	2,63±0,15	-0,255	0,799
	Çalışmıyor	84	2,64±0,13		
RCUÖ	Çalışıyor	25	57,66±12,25	1,447	0,151
	Çalışmıyor	84	52,82±15,34		
VAS	Çalışıyor	25	4,2±1,25	-0,949	0,347
	Çalışmıyor	84	4,5±1,75		

Student t testi

Çalışma durumuna göre ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Sigara Kullanma Durumuna Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Sigara Kullanımı	n (109)	Ort.±Ss	t	p
Genel Konfor Ölçeği Boyutları					
Fiziksel boyut	Kullanıyor	49	2,62±0,17	-1,488	0,140
	Kullanmıyor	60	2,7±0,3		
Psikospirütel Boyut	Kullanıyor	49	2,74±0,18	-0,965	0,337
	Kullanmıyor	60	2,78±0,23		
Çevresel Boyut	Kullanıyor	49	2,44±0,14	-1,378	0,171
	Kullanmıyor	60	2,48±0,18		
Sosyokültürel Boyut	Kullanıyor	49	2,7±0,21	0,613	0,541
	Kullanmıyor	60	2,67±0,27		
Genel Konfor Ölçeği Düzeyleri					
Ferahlama Düzeyi	Kullanıyor	49	2,48±0,31	-0,162	0,871
	Kullanmıyor	60	2,5±0,22		
Rahatlama Düzeyi	Kullanıyor	49	2,61±0,22	-1,839	0,069
	Kullanmıyor	60	2,7±0,3		
Üstünlük Düzeyi	Kullanıyor	49	2,78±0,2	0,336	0,737
	Kullanmıyor	60	2,77±0,18		
Genel Konfor Düzeyi	Kullanıyor	49	2,62±0,12	-1,309	0,193
	Kullanmıyor	60	2,65±0,14		
RCUÖ	Kullanıyor	49	59,71±12,87	3,981	<0,001
	Kullanmıyor	60	49,21±14,65		
VAS	Kullanıyor	49	4,14±1,38	-1,706	0,091
	Kullanmıyor	60	4,67±1,82		

Student t testi

Sigara kullanma durumuna göre ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında sigara kullanma durumu ile RCUÖ arasında ($p=0,001$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Sigara kullanan hastaların ortalama puanı ($59,71\pm12,87$) sigara kullanmayan hastaların ortalama puanından ($49,21\pm14,65$) daha yüksek bulundu. Sigara kullanma durumu ile RCUÖ ve VAS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11. Alkol Kullanma Durumuna Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Alkol kullanımı	n (109)	Ort.±Ss	t	P
Genel Konfor Ölçeği Boyutları					
Fiziksel boyut	Kullanıyor	27	2,66±0,18	-0,037	0,971
	Kullanmıyor	82	2,66±0,27		
Psikospirütel Boyut	Kullanıyor	27	2,71±0,16	-1,496	0,138
	Kullanmıyor	82	2,78±0,22		
Çevresel Boyut	Kullanıyor	27	2,41±0,15	-1,090	0,064
	Kullanmıyor	82	2,43±0,17		
Sosyokültürel Boyut	Kullanıyor	27	2,7±0,21	0,290	0,773
	Kullanmıyor	82	2,68±0,25		
Genel Konfor Ölçeği Düzeyleri					
Ferahlama Düzeyi	Kullanıyor	27	2,44±0,26	-0,939	0,350
	Kullanmıyor	82	2,5±0,26		
Rahatlama Düzeyi	Kullanıyor	27	2,62±0,22	-0,706	0,482
	Kullanmıyor	82	2,67±0,27		
Üstünlük Düzeyi	Kullanıyor	27	2,77±0,21	-0,217	0,829
	Kullanmıyor	82	2,78±0,18		
Genel Konfor Düzeyi	Kullanıyor	27	2,61±0,13	-1,210	0,229
	Kullanmıyor	82	2,65±0,13		
RCUÖ	Kullanıyor	27	58,73±10,32	2,421	0,018
	Kullanmıyor	82	52,34±15,71		
VAS	Kullanıyor	27	3,96±1,31	-1,964	0,054
	Kullanmıyor	82	4,58±1,72		

Student t testi

Alkol kullanma durumuna göre ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında alkol kullanma durumu ile RCUÖ arasında ($p=0,018$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Alkol kullanan hastaların ortalama puanı ($58,73\pm10,32$) alkol kullanmayan hastaların puan ortalamasından ($52,34\pm15,71$) daha yüksek bulundu. Alkol kullanma durumu ile RCUÖ ve VAS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 12. Daha Önce Yoğun Bakımda Yatma Durumuna Göre Ölçek Ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Daha önce yoğun bakımda yatış deneyimi	n (109)	Ort.±Ss	t	p
Genel Konfor Ölçeği Boyutları					
Fiziksel boyut	Evet	22	2,66±0,18	-0,047	0,963
	Hayır	87	2,66±0,26		
Psikospirütel Boyut	Evet	22	2,8±0,24	0,841	0,402
	Hayır	87	2,75±0,2		
Çevresel Boyut	Evet	22	2,48±0,17	0,734	0,464
	Hayır	87	2,46±0,16		
Sosyokültürel Boyut	Evet	22	2,67±0,26	-0,230	0,819
	Hayır	87	2,7±0,24		
Genel Konfor Ölçeği Düzeyleri					
Ferahlama Düzeyi	Evet	22	2,47±0,21	-0,146	0,884
	Hayır	87	2,48±0,28		
Rahatlama Düzeyi	Evet	22	2,71±0,31	0,947	0,346
	Hayır	87	2,64±0,25		
Üstünlük Düzeyi	Evet	22	2,77±0,2	-0,260	0,795
	Hayır	87	2,78±0,2		
Genel Konfor Düzeyi	Evet	22	2,65±0,12	0,496	0,621
	Hayır	87	2,64±0,13		
RCUÖ	Evet	22	48,86±13,88	-1,818	0,072
	Hayır	87	55,21±14,8		
VAS	Evet	22	4,77±1,85	1,086	0,280
	Hayır	87	4,34±1,6		

Student t testi

Daha önce yoğun bakımda yatma durumuna göre ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 12).

Tablo 13. Uyku Problemi Olma Durumuna Göre Ölçek ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Uyku Problemi Varlığı		n (109)	Ort.±Ss	t	p
Genel Konfor Ölçeği Boyutları					
Fiziksel boyut	Evet	57	2,68±0,23	0,828	0,410
	Hayır	52	2,64±0,27		
Psikospirütel Boyut	Evet	57	2,77±0,22	0,110	0,913
	Hayır	52	2,76±0,2		
Çevresel Boyut	Evet	57	2,47±0,18	0,422	0,674
	Hayır	52	2,45±0,15		
Sosyokültürel Boyut	Evet	57	2,7±0,26	0,140	0,889
	Hayır	52	2,68±0,22		
Genel Konfor Ölçeği Düzeyleri					
Ferahlama Düzeyi	Evet	57	2,51±0,3	0,924	0,358
	Hayır	52	2,46±0,22		
Rahatlama Düzeyi	Evet	57	2,64±0,24	-0,565	0,573
	Hayır	52	2,67±0,3		
Üstünlük Düzeyi	Evet	57	2,8±0,2	1,080	0,283
	Hayır	52	2,76±0,18		
Genel Konfor Düzeyi	Evet	57	2,65±0,14	0,632	0,529
	Hayır	52	2,63±0,12		
RCUÖ	Evet	57	55,05±16,21	0,834	0,406
	Hayır	52	52,7±13,1		
VAS	Evet	57	4,35±1,85	-0,530	0,597
	Hayır	52	4,52±1,41		

Student t testi

Uyku problemi olma durumuna göre ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 14. Ameliyat Sonrası Yoğun Bakımda Kalma Süresi (Gece Sayısı) ile Ölçek ve Alt Boyutlarının İlişkisel Analizi

		Fiziksel boyut	Psikospirütel Boyut	Çevresel Boyut	Sosyokültürel Boyut	Ferahlama Düzeyi	Rahatlama Düzeyi	Üstünlük Düzeyi	Genel Konfor Düzeyi	RCUÖ	VAS
Ameliyat sonrası yoğun bakımda kalma süresi (Gece sayısı)	r	,109	,161	-,022	-,013	,091	-,083	,251	,107	-,055	-,024
	p	,260	,094	,819	,892	,347	,389	,008	,270	,567	,806

Pearson korelasyon testi

Ameliyat sonrası yoğun bakımda kalma süresi ile üstünlük düzeyi arasında ($r=0,251$, $p=0,008$) pozitif yönde, düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$). Ameliyat sonrası yoğun bakımda kalma süresi ile RCUÖ ve VAS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 15. Günlük Ortalama Uyku Süresi ile Ölçek ve Alt Boyutlarının İlişkisel Analizi

		Fiziksel boyut	Psikospiritüel Boyut	Çevresel Boyut	Sosyokültürel Boyut	Ferahlama Düzeyi	Rahatlama Düzeyi	Üstünlük Düzeyi	Genel Konfor Düzeyi	RCUÖ	VAS
Günlük ortalama uyku süresi (saat)	r	-,226	,215	-,025	,080	-,190	,135	,055	,007	-,081	,090
	p	,018	,025	,799	,411	,047	,160	,573	,942	,403	,351

Pearson korelasyon testi

Günlük ortalama uyku süresi ile fiziksel boyut arasında ($r=-0,226$, $p=0,018$) negatif yönde ve düşük düzeyde, psikospiritüel boyut arasında ($r=0,215$, $p=0,025$) pozitif yönde ve düşük düzeyde, ferahlama düzeyi arasında ($r=-0,190$, $p=0,047$) negatif yönde ve düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$). Günlük ortalama uyku süresi ile RCUÖ ve VAS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 15).

4. Uyku ve Konfor Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular

Tablo 16. Genel Konfor Ölçeği ile RCUÖ ve VAS'ın İlişkisel Analizi

		RCUÖ	VAS
Genel Konfor Düzeyi	r	-,296	-,189
	p	,002	,049

Pearson korelasyon testi

Genel konfor ölçeği ile RCUÖ ve VAS'ın ilişkisel analizinde; genel konfor ölçeği ile RCUÖ arasında negatif yönde ve düşük düzeyde, VAS ile negatif yönde ve düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$) (Tablo 16).

Tablo 17. Genel Konfor Ölçeği ile RCUÖ ve VAS Arasındaki Etki Analizi

	R ²	t	Sig.
Sabit		37,108	,000
RCUÖ	0,093	-2,589	,011
VAS		,789	,432

Çoklu doğrusal regresyon analizi

Genel konfor ölçeği ile RCUÖ ve VAS arasındaki etki analizinde RCUÖ'nün genel konforu negatif yönde ve %9,3 ($R=0,093$) oranında ve istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilediği saptandı ($p<0,05$). VAS'ın genel konfor üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etki etmediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 17).

BÖLÜM 5 TARTIŞMA

Bu araştırma, cerrahi yoğun bakım ünitesine yatan hastaların erken dönemde uyku kalitesi ile hasta konforu arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla yapılan çalışmada bulgular 4 ana başlık altında literatür bilgisi ile tartışıldı.

1. Hastaların bireysel özellikleri ile ilgili bulguların tartışılması
2. Uyku ve konfor ölçeği puanları ile ilgili bulguların tartışılması
3. Bireysel özellikler ile uyku ve konfor ölçeği puanlarının karşılaştırılması ile ilgili bulguların tartışılması
4. Ölçekler arasındaki ilişki ve etki analizlerin tartışılması

1. Hastaların bireysel özellikleri ile ilgili bulguların tartışılması

Yoğun bakım hastalarının tedavisi, sadece teknik bilgi ve becerilere değil, aynı zamanda hemşirelik bakım fonksiyonlarının yeterliliğine, planlamasına ve kalitesine de bağlıdır. Bu hastalardaki cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum ve kronik hastalık gibi bireysel özellikler, tedaviyi, hasta konforunu ve yoğun bakım ünitesinde algılanan stres faktörlerini etkilemektedir (Pınar vd., 2009; Alaca vd., 2011; Terzi, 2014).

Literatürle karşılaştırıldığında, Gaudry ve arkadaşları (2016) tarafından yoğun bakım ünitelerinde gerçekleştirilen çalışmada, yaş ortalaması $64,8 \pm 14,2$ olarak rapor edilmiştir. Karabacak ve arkadaşları cerrahi yoğun bakım ünitesinde hastaların yaş ortalamasının $48,7$ ve $\%60,5$ 'inin erkek olduğunu belirtmiştir. Kavuncu'nun (2016) "Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren bireylerin yoğun bakım deneyimleri ve etkileyen faktörlerin saptanması" isimli çalışmasında, katılımcıların $\%54,7$ 'sinin 60-79 yaş aralığında ve $\%82$ 'sinin erkek olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda yoğun bakımda yatan hastaların yaş ortalaması $58 \pm 10,9$, $\%56$ 'sı erkektir. (Tablo 1). Yapılan çalışmalar incelendiğinde cerrahi yoğun bakımda yatan hastaların 50 yaş üzerinde ve çoğunluğunun erkek olduğu görülmektedir. Araştırma bulgularımız literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Türkiye’de sigara kullanım oranı TÜİK’in 2022 yılı raporuna göre %28,3 olarak saptanmıştır. Aynı raporda alkol kullanma oranı ise %12,1 bulunmuştur (TÜİK, 2023). Çalışmamızda hastaların %45’i sigara, %24,8’i alkol kullandığını belirtmiştir (Tablo 1). Hastalarda aynı zamanda akciğer kanseri ve diğer kronik hastalıkların fazla olduğu da görülmektedir. Çalışmamızın göğüs hastalıkları ve cerrahisi hastalarıyla yapılmış olması nedeniyle çalışmamızdaki sigara kullanım oranları daha yüksek çıkmış olabilir. Bugün her on yetiştikenden altısında kronik bir hastalık olduğu ve bu bireylerin dördünde iki veya daha fazla kronik hastalık olduğu bilinmektedir (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2022). Çalışmamızda hastaların %61,5’inin kronik hastalığı vardı ve bu oran CDC’nin belirttiği oran ile uyumluydu (Tablo 1).

Çalışma, göğüs hastalıkları ve cerrahisine hizmet veren bir hastanenin cerrahi yoğun bakım ünitesinde yapıldığı için hastaların tamamına göğüs hastalıkları ile ilgili bir cerrahi işlem uygulanmış ve bu işlemlerin çoğunluğu video yardımlı torakoskopik cerrahi (VATS) ile yapılmıştır. VATS, torasik prosedürler için standart bir yaklaşım haline gelmiştir. Genellikle minimal kesilerle ve kaburgaları ayırmadan 3 veya 4 erişim portundan gerçekleştirilir. Bu yaklaşım, sadece postoperatif dönemde daha az ağrı ve düşük morbidite ve mortalite oranları ile ilişkili değildir, aynı zamanda daha kısa hastane kalış süreleri ve daha düşük tıbbi maliyetlerle de ilişkilidir (Sezen ve Gökçe, 2023). Çalışmada hastaların %62,4’ü VATS yöntemi ile ameliyat olmuş ve yoğun bakımda kalış süresinin ($1,13 \pm 0,34$ gün) düşük olmasının VATS yönteminden kaynaklanmış olabileceğini düşündürmüştür (Tablo 2).

18-60 yaş aralığındaki bireyler için önerilen uyku süresinin günde en az 7 saat olduğu belirtilmektedir (Watson et al., 2015). Çalışmamızda hastaların günlük normal uyku süresinin ortalama $6,67 \pm 1,02$ saat ve önerilen uyku süresine yakın olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Uluslararası bir çalışmada, ABD, batı Avrupa ve Japonya’da 15 yaş ve üzerindeki 10,132 birey katılmış ve katılımcılar arasında uyku sorunlarının yaygınlığı ABD’de %56, batı Avrupa’da %31 ve Japonya’da %23 olarak bulunmuştur (Leger et al., 2008). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise, 5,521 yetişkin üzerinde yapılan çalışmada, uykusuzluk sıklığının %15,3, uykuya ilişkili solunum bozukluğunun %13,7, aşırı gündüz uykuluğunun %5,4 ve huzursuz bacak sendromunun %5,2 olduğu bulunmuştur (Demir vd., 2015). Yoğun bakım hastalarının uykusunu araştıran birçok araştırmacı, uykunun süre ve kalite açısından olumsuz etkilendiğini, uyku yapısının bozulduğunu

ve sık sık uyku sorunları yaşandığını ortaya koymuştur. Uyku ile ilişkili sorunlar yaşayan bireyler, bağışıklık fonksiyonu, yara iyileşmesi, bilişsel fonksiyon, duygusal stres ve fonksiyonel durumlarının olumsuz etkilendiğini bildirmektedir (Frisk ve Nordström, 2003; Lusk ve Lash, 2005; Tamburri, 2004; Erol ve Enç, 2009). Çalışmamızda hastaların yarısından fazlasının (%52,3) uyku problemi olduğu belirlendi (Tablo 2). Çalışmamızda uyku problemi çeken hastaların oranı yüksek bulunmuş fakat bunun nedeninin hastalık kaynaklı olabileceği düşünülmüştür. Çalışmanın yapıldığı hastanedeki hastaların çoğunluğu Akciğer Ca'lı hastalardan oluşmakta, bu hastalığa bağlı (ağrı, tedavi süreci, stres vb.) nedenlerle uyku problemi yaşıyor olabilecekleri değerlendirilmiştir.

2. Uyku ve konfor ölçeği puanları ile ilgili bulguların tartışılması

Günümüz sağlık hizmetleri bağlamında, konfor kavramı bakım kalitesinin ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilir ve konforlu ve sıkıntısız hastaların daha hızlı iyileşme eğiliminde olduğu, hastalıkla ilişkili stresle daha iyi başa çıktığı, daha iyi rehabilitasyon deneyimlediği ve daha huzurlu bir ölüm geçirdiği gözlemlenmiştir (Kolcaba ve Kolcaba, 1991; Malinowoski ve Stamler, 2002). Konfor ölçeğinde, ferahlama düzeyi hastanın konfor ihtiyaçlarının karşılanmaya başladığı ve problemle ilgili çözümün devam ettiği ilk durumu ifade eder; ferahlama düzeyi memnuniyeti, sakinliği veya huzuru ifade eder. Üstünlük düzeyi ise hastanın sorunlarının çözüldüğünü veya sorunla başa çıkma yeteneğini gösterir. Fiziksel konfor, bireyin fiziksel ihtiyaçlarını ele alır; psikospiritüel konfor, bireye özgü zihinsel, duygusal ve ruhsal bileşenleri içerir; çevresel konfor, bireyin fiziksel ve zihinsel fonksiyonlarını destekleyen temel boyuttur ve sosyokültürel konfor, aile geçmişi, giyim tarzı, gelenekler ve görenekler gibi kültürel boyutları içeren kültürel boyutu temsil eder (Kolcaba, 2003). Çalışmamızda fiziksel konfor boyutu ortalamasının $2,66 \pm 0,25$, psikospiritüel konfor boyutunun $2,76 \pm 0,21$, çevresel konfor boyutunun $2,46 \pm 0,17$, sosyokültürel konfor boyutunun $2,68 \pm 0,24$, ferahlama düzeyinin $2,48 \pm 0,26$, rahatlama düzeyinin $2,66 \pm 0,26$, üstünlük düzeyinin $2,78 \pm 0,2$, GKÖ'nün $2,64 \pm 0,13$, RCUÖ ortalamasının $53,92 \pm 14,78$, VAS ortalamasının $4,43 \pm 1,65$ olduğu saptandı (Tablo 3). Bıyıklı'nın (2020) "Açık kalp cerrahisi olan hastaların anksiyete ve konfor düzeylerinin değerlendirilmesi" isimli çalışmasında fiziksel konfor boyutu ortalamasının $3,34 \pm 0,036$, psikospiritüel konfor boyutunun $4,33 \pm 0,35$, çevresel konfor

boyutunun $3,47 \pm 0,41$, sosyokültürel konfor boyutunun $2,76 \pm 0,25$, ferahlama düzeyinin $4,47 \pm 0,43$, rahatlama düzeyinin $4,87 \pm 0,4$ üstünlük düzeyinin $4,58 \pm 0,4$ ve GKÖ puan ortalaması $2,9 \pm 0,2$ bulunmuştur. Doğan'ın (2023) "Dahiliye yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların algıladıkları çevresel stresörlerin uyku kalitesine etkisinin incelenmesi" isimli çalışmasında RCUÖ ortalaması $40,9 \pm 13,5$ bulunmuştur. Kubat Bakır ve Yurt'un (2020) çalışmalarında cerrahi operasyon geçiren hastaların genel konfor düzeyinin ortalamasının üzerinde olduğunu belirtmişlerdir. Bıyıklı'nın (2020) çalışmasında en yüksek puan psikospiritüel konfor boyutunda olduğu ($4,33 \pm 0,35$), bizim çalışmamızda benzer şekilde en yüksek puanın psikospiritüel konfor boyutunda ($2,76 \pm 0,21$) olduğu saptandı. Fakat bu çalışmadaki puan ortalamaları Bıyıklı'nın çalışmasındaki puan ortalamalarından daha düşük bulundu. Çalışmamızdaki RCUÖ puan ortalaması ($53,92 \pm 14,78$) Doğan'ın (2023) çalışmasındaki puan ortalamasından ($40,9 \pm 13,5$) daha yüksek bulundu. Çalışmalar arasındaki puan farklarının olması farklı cerrahi işlemlerden/hasta popülasyonundan kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir.

3. Bireysel özellikler ile uyku ve konfor ölçeği puanlarının karşılaştırılması ile ilgili bulguların tartışılması

Literatürdeki çalışmalarda yaş ve ölçeklere ilişkin sonuçlar arasında farklılıklar bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada, orta yaşın konfor düzeyinin yaşlılara göre daha yüksek olduğu belirtilmiş ve yaş ile konfor düzeyi arasında negatif yönde bağlantı olduğu savunulmuştur (Pamukçu, 2011). Bıyıklı'nın (2020) çalışmasında yaş grupları ile üstünlük düzeyi arasında anlamlı fark saptanmıştır. Aynı çalışmada 36-54 yaş arası grubun puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Çandır'ın (2021) "Abdominal cerrahi sonrası hastaların erken mobilizasyon durumlarının konfor düzeyine etkisi" ve Koç'un (2021) "Yoğun bakım hastaları için konfor kuramına göre yapılandırılmış destekleyici hemşirelik bakımı" çalışmalarında yaş grupları ile GKÖ, alt boyutlar ve konfor düzeyleri arasında bir ilişki saptanmamıştır. Kızılcık Özkan ve arkadaşlarının (2023) "Cerrahi yoğun bakım hastalarında uyku kalitesi ve ilişkili faktörler" isimli çalışmasında yaş ile RCUÖ arasında pozitif yönde, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Mısırlı'nın (2019) "Cerrahi yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların uyku kalite düzeylerinin hasta konforu ile ilişkisinin incelenmesi" çalışmasında RCUÖ ölçeği ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu

çalışmada yaş ile sosyokültürel konfor boyutu ve üstünlük düzeyi arasında negatif yönde, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4). Çalışmalarda farklı sonuçların çıkması tek başına yaşın uyku ve konfor ile ilişkili olamayabileceğini, eğitim, gelir ve benzeri farklılıkların da bu duruma etki edebileceğini düşündürmektedir.

Literatürde cinsiyetin konfor üzerinde etkisi olmadığı bildirilmektedir (Kubat Bakır ve Yurt, 2020). Ancak, konfor ile cinsiyet değişkenini karşılaştıran çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalarda erkeklerin konfor düzeyleri daha yüksek bulunmuşken (Çandır, 2021; Koç, 2021; Tunç, 2023; Şahin, 2016; Sönmez, 2013; Üstündağ, 2009), bazı çalışmalarda ise kadınların konfor düzeyleri daha yüksek saptanmıştır (Bıyıklı, 2020). Çalışmamızda cinsiyete göre ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında; fiziksel konfor boyutu ($p=0,012$), sosyokültürel konfor boyutu ($p=0,002$), ferahlama düzeyi ($p=0,029$), üstünlük düzeyi ($p=0,002$) ve GKÖ'de ($p=0,002$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Yani kadın hastaların fiziksel, sosyokültürel, ferahlama, üstünlük ve genel konfor düzeyi ortalama puanları erkek hastalardan daha yüksek bulundu (Tablo 3). Bıyıklı'nın (2020) çalışmasında sosyokültürel konfor boyutunda cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ve bu çalışmaya benzer şekilde kadınların puan ortalaması daha yüksek saptanmıştır. Tunç'un (2023) "Cerrahi yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların algıladıkları çevresel stresörlerin konfor düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi" başlıklı çalışmasında cinsiyete göre psikospiritüel, sosyokültürel ve GKÖ boyutlarında anlamlı fark saptanmış ve erkeklerin puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Şahin'in (2016) "Ameliyat geçiren hastalarda konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi", Sönmez'in (2013) "Koroner arter bypass greft ameliyatı uygulanan hastaların konfor ve kaygı deneyimlerinin değerlendirilmesi" ve Üstündağ'ın (2009) "Koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastaların konfor düzeyi" isimli çalışmalarında erkeklerin konfor düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çandır'ın (2021) yapmış olduğu çalışmada erkeklerin GKÖ ortalama puanı kadınların ortalama puanından daha yüksek belirlenmiştir. Koç'un (2021) çalışmasında cinsiyete göre GKÖ ve ferahlama, psikospiritüel konfor boyutlarında ve çevresel düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş erkeklerin puan ortalamalarının kadınlar'dan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda cinsiyet değişkeni ile RCUÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı

(Tablo 3). Sevilmişdal'ın (2023) "Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların algıladıkları çevresel stresörler ve uyku kalitesine etkisi" çalışmasında da benzer şekilde cinsiyete göre RCUÖ arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmalar arasındaki farklılıkları açıklamak için birçok faktör (eğitim, gelir düzeyi vb. gibi) söz konusu olabilir. Fakat nedenine yönelik literatürde herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çeşitli çalışmalar, hastaların eğitim düzeyleri ile konfor düzeyleri arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Örneğin, Smith ve Jones (2015), daha yüksek eğitim düzeyine sahip olan hastaların genellikle daha yüksek bir konfor düzeyi bildirdiğini gözlemlemişlerdir. Ancak, Wensley ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi ile konfor arasında net bir ilişki kurulamamıştır. Çalışmamızda eğitim durumu ile konfor ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Çandır (2021)'ın çalışmasında eğitim durumu ile GKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Koç (2021)'un "Yoğun bakım hastaları için konfor kuramına göre yapılandırılmış destekleyici hemşirelik bakımı" çalışmasında eğitim durumu (ortaokul altı-lise ve üzeri) ile ferahlama düzeyi arasında anlamlı fark bulunmuş ve lise üzeri eğitime sahip hastaların puan ortalamaları daha yüksek belirlenmiştir. Gürçayır'ın (2011) "Kalça protezi ameliyatı olacak hastalara verilen eğitimin ameliyat sonrası konfor düzeyi ve günlük yaşam aktivitelerine etkisi" başlıklı çalışmasında eğitim durumunun konfor düzeyini etkilemediği bulunmuştur. Sarier'in (2019) "Ameliyat öncesi aç kalma süresinin, durumluk kaygı ve genel konfor düzeyine etkisi", Sayedfatemi ve arkadaşlarının (2014) "Ameliyat olan hastalarda anestezi öncesi dönemde rahatlık ve umut" ve Üstündağ'ın (2009) yaptıkları çalışmalarda eğitim seviyesinin artmasıyla konfor düzeyinin arttığı saptanmıştır.

Doğan'ın (2023) çalışmasında eğitim durumuna göre RCUÖ'de anlamlı fark saptanmış, eğitim seviyesi yüksek olanların diğer eğitim seviyelerine göre puan ortalaması anlamlı düşük bulunmuştur. Sevilmişdal'ın (2023) çalışmasında eğitim durumuna göre RCUÖ arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Mısırlı'nın (2019) çalışmasında eğitim düzeyi ile RCUÖ arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamızda eğitim durumu ile RCUÖ'nün karşılaştırılmasında eğitim durumu ile RCUÖ arasında ($p=0,018$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde lise mezunu hastaların ortalama puanı ($61,56\pm 8,91$) okuryazar hastaların puan ortalamasından ($46,74\pm 14,95$) istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (Tablo

4). Doğan'ın (2023) çalışmasında eğitim seviyesi yüksek olan hastaların RCUÖ puanı düşük bulunmuşken, bu çalışmada daha yüksek bulunmuştur. Çalışmalar arasındaki farklılıklar, çalışmalardaki farklı yoğun bakım ünitelerinden kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmada mesleğe göre sosyokültürel konfor boyutu arasında ($p=0,022$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde memurların ortalama puanı ($2,81\pm0,24$) işçilerin ortalama puanından ($2,52\pm0,2$) istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (Tablo 5). Literatürde bu konu ile ilgili yapılan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak, memurların sosyokültürel konfor boyutu puan ortalamasının yüksek çıkması bireysel özellikler, eğitim seviyesi vb. faktörlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Yoğun bakımda yatan hastaların medeni durumları, konfor düzeylerini belirlemede önemli bir rol oynar. Evli hastalar, genellikle eşlerinden aldıkları sürekli destek sayesinde daha yüksek bir konfor düzeyi yaşarlar. Bu destek, duygusal rahatlama sağlarken aynı zamanda hastaların günlük ihtiyaçlarının daha iyi karşılanmasına yardımcı olur (Lee ve ark., 2017). Eşlerin varlığı, hastaların yalnızlık duygusunu azaltır ve bu durum, hastaların stres seviyelerini düşürerek genel konforlarını artırır (Pochard ve ark., 2001). Buna karşın, bekar, dul veya boşanmış hastalar, sosyal destek eksikliği nedeniyle daha düşük bir konfor düzeyi deneyimleyebilirler. Bu durum, onların hem fiziksel hem de psikolojik iyilik hallerini olumsuz etkiler (Johnson ve ark., 2013). Dolayısıyla, medeni durum, yoğun bakımda yatan hastaların konfor düzeylerini etkileyen kritik bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Çalışmamızda medeni duruma göre ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 8). Benzer şekilde Bıyıklı (2020), Üstündağ (2009), Sönmez (2013), Çandır (2021), Akdağ Karaağaç (2021) ve Koç'un (2021) çalışmalarında da medeni duruma göre GKÖ alt boyutları ve düzeylerinde anlamlı fark bulunmamıştır. Tunç'un (2023) "Cerrahi yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların algıladıkları çevresel stresörlerin konfor düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi" çalışmasında ise medeni duruma göre psikospiritüel konfor ve GKÖ boyutlarında anlamlı fark saptanmış ve bekarların puan ortalamaları daha yüksek saptanmıştır.

Yoğun bakımda yatan hastaların uyku kaliteleri, medeni durumlarına bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Araştırmalar, evli hastaların daha yüksek uyku kalitesine sahip olma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Bu durum, evli hastaların eşlerinden

aldıkları duygusal ve fiziksel destek sayesinde daha az stres ve anksiyete yaşamalarıyla ilişkilidir (Freedman ve ark., 2001). Eşlerin varlığı, hastaların güven duygusunu artırarak daha rahat uyumalarını sağlar (Simpson ve Lee, 2010). Buna karşılık, bekar veya dul hastalar, sosyal destek eksikliği nedeniyle daha fazla yalnızlık ve stres yaşayabilir ve bu da uyku kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilir (Frieze, 2008). Sevilmişdal'ın (2023) çalışmasında medeni duruma göre RCUÖ'de anlamlı fark bulunmazken, Doğan'ın (2023) çalışmasında medeni duruma göre RCUÖ'de anlamlı fark saptanmış ve evlilerin puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada da Sevilmişdal'ın çalışmasına benzer şekilde medeni durumuna göre RCUÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamızda çalışma durumuna göre ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 7). Bıyıklı'nın (2020) çalışmasında ise psikospiritüel alt boyutu ile çalışma durumu arasında anlamlı fark bulunmuş ve çalışan hastaların puan ortalaması daha yüksek saptanmıştır. Mısırlı'nın (2019)' çalışmasında çalışanların RCUÖ puan ortalaması istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Çalışan bireylerin genel konfor ölçeği psikospiritüel rahatlama puanlarının çalışmayan kişilere göre anlamlı şekilde yüksek olduğu benzer çalışmalar görülmektedir (Yıldırım ve Atalay, 2002; Oflaz ve Varol, 2010). Bununla birlikte çalışmamıza benzer şekilde Sevilmişdal'ın (2023) çalışmasında, çalışma durumu ile RCUÖ arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmalar arasındaki farklı sonuçlar hastaların yaş gruplarının farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Uyku bozukluklarının yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, tıbbi ve psikiyatrik koşullar, alkol ve sigara bağımlılığı, yaşam stresi ve ilaç kullanımı ile doğrudan ilişkili olduğu belirtilmiştir (Sahlin et al., 2009). Çalışmamızda sigara kullanma durumuna göre ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında sigara kullanma durumu ile RCUÖ arasında ($p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ($p<0,05$), GKÖ ve alt boyutlarında ve VAS'ta istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Sigara kullanan hastaların RCUÖ ortalama puanı ($59,71\pm12,87$), sigara kullanmayan hastaların ortalama puanından ($49,21\pm14,65$) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 10). Çandır'ın (2021) çalışmasında ise sigara kullanma durumuna göre GKÖ arasında anlamlı fark bulunmuş ve sigara kullanmayan hastaların ortalama puanı daha yüksek saptanmıştır. Çalışmada alkol kullanma durumu ile RCUÖ arasında ($p=0,018$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken ($p<0,05$), GKÖ ve alt boyutları ve VAS

arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Alkol kullanan hastaların RCUÖ ortalama puanı ($58,73\pm10,32$) alkol kullanmayan hastaların puan ortalamasından ($52,34\pm15,71$) daha yüksekti (Tablo 11). Çandır'ın (2021) çalışmasında ise alkol kullanma durumuna göre GKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ve alkol kullanmayan hastaların puanı daha yüksek saptanmıştır. Sahlin ve arkadaşları (2009) kadınlar üzerinde yapılan toplum temelli bir çalışmada sigara ve alkol kullanımının uyku kalitesini düşürdüğünü belirlemişlerdir. Bu çalışmada sigara ve alkol kullanan hastalar yoğun bakımda oldukları sürede bu alışkanlıklarına ara vermek zorunda kaldıklarından uyku kalitelerinde bir iyileşme yaşamış olabilirler.

Özer ve Akyıl'ın (2005) çalışmalarında hastaların yoğun bakım deneyimlerinin hastaların yoğun bakımı algılamalarını etkilemediğini belirtmiştir. Çalışmamızda daha önce yoğun bakımda yatma durumuna göre konfor ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 10). Mısırlı'nın (2019) çalışmasında RCUÖ ölçeği ile daha önce yoğun bakımda yatma durumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Akdağ Karaağaç'ın (2021) "Yoğun bakım hastalarının çevresel stresör algısının konfor düzeyi üzerine etkisi" isimli çalışmasında daha önce yoğun bakımda yatma durumuna göre GKÖ arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Tunç'un (2023) "Cerrahi yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların algıladıkları çevresel stresörlerin konfor düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi" isimli çalışmasında daha önce yoğun bakımda yatma durumuna göre psikospiritüel ve GKÖ boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ve daha önce yoğun bakım deneyimi olmayanların puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Sevilmişdal'ın (2023) çalışmasında daha önce yoğun bakımda yatma durumuna göre RCUÖ arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yoğun bakımda yatma deneyimi bazı durumlarda strese neden olabilirken bazı durumlarda ise deneyim nedeniyle rahat davranmaya neden olabilmektedir. Önceki deneyimlerin olumlu veya olumsuz olmasının sonucu etkileyebileceği düşünülmektedir.

Kulaksız (2018), yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastaların uykusuzluk yaşadığını ve bu durumun hastaların konforunu olumsuz etkilediğini gözlemlemiştir. Bu sorunu ele almak ve hastaların konforunu artırmak için hastalar iki gruba ayrılmış, müdahale grubuna gece uyku bandı ve uyku kulaklığı verilmiştir. Çalışmada RCUÖ kullanılmış ve uyku bandı ile uyku kulaklığının hastaların uyku kalitesini artırdığı ve

dolayısıyla hastaların konfor düzeyini artırdığı belirlenmiştir. Fakat bizim çalışmamızda uyku problemi olma durumuna göre konfor ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 12). Mısırlı'nın (2019) ve Doğan'ın (2023) çalışmalarında da benzer şekilde RCUÖ ölçeği ile uyku problemi olma durumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Yoğun bakım ünitesinde kalma süresi ile konfor düzeyi arasındaki ilişki klinik araştırmaların ilgi odağı olmuştur. Araştırmalar, uzun süreli YBÜ kalışlarının hastaların konfor düzeylerini önemli ölçüde etkileyebileceğini göstermiştir. Bunun nedeni, uzun süre YBÜ'de kalmanın hastaları invaziv işlemler, sürekli hareket kısıtlılığı ve YBÜ'nün yüksek stresli ortamına maruz bırakmasıdır. Özellikle, YBÜ'de uzun süre kalan hastaların daha düşük konfor seviyelerine sahip olduğu, artan ağrı ve daha sık uyku bozuklukları yaşadıkları gözlenmiştir (Johansson ve ark., 2012; Elliott ve ark., 2013; Chlan ve Halm, 2013; Diab ve ark., 2015). Örneğin, Johansson ve ark. (2012) yaptığı bir çalışmada, uzun süre YBÜ'de kalan hastaların sürekli gürültü, ışık ve tıbbi müdahaleler nedeniyle uyku ve dinlenme düzenlerinin bozulduğu ve bunun da konfor seviyelerini olumsuz etkilediği bulunmuştur. Benzer şekilde, Chlan ve Halm (2013) uzun süreli YBÜ kalışlarının artan stres ve anksiyete ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Diab ve ark. (2018) ise, YBÜ'de kalma süresinin uzamasıyla birlikte hasta konforunun azaldığını ve bu durumun hastaların genel sağlık durumunu da etkilediğini göstermiştir. Çalışmamızda ameliyat sonrası yoğun bakımda kalma süresi ile konfor ölçeği üstünlük düzeyi alt boyutu arasında ($r=0,251$, $p=0,008$) pozitif yönde, düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$) (Tablo 14). Akdağ Karaağaç'ın (2021) çalışmasında ameliyat sonrası yoğun bakımda kalma süresi ile GKÖ arasında anlamlı fark saptanmış, yoğun bakımdaki yatış süresi artan hastaların GKÖ puan ortalamasının azaldığını belirlemişlerdir. Kubat'ın çalışmasında (2017) cerrahi operasyon geçiren hastaların yatış süresi arttıkça konfor düzeyinin azaldığı tespit edilmiştir. Bülbül ve arkadaşları (2023) yoğun bakımda kalma süresi ile RCUÖ arasında düşük düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptamışlardır. Sevilmişdal'ın (2023) çalışmasında ise yoğun bakımda yatış süresine göre RCUÖ arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yoğun bakımda kalma süresi arttıkça hastada istenmeyen durumların oluşmasına, sağlığının daha iyiye gittiği düşüncesinin olumsuz yönde değişmesine neden olabilir. Bununla birlikte kalış

süresinin uzaması ağırlı işlemlerin tekrarına yol açarak hastanın genel konfor düzeyini ve uyku kalitesini düşürebilir.

Yoğun bakım ünitesinin fiziksel koşullarındaki yetersizlikler, yüksek veya düşük sıcaklıklar, yoğun aydınlatma, gürültü, yetersiz beslenme, karşılanamayan hijyen ihtiyaçları ve zaman algısının olmaması gibi faktörler hastaların konforunu bozan etmenler olarak tanımlanmıştır (Akdağ Karaağaç, 2021; Oliveira et al., 2020). Çalışmalarda, uyku problemlerinin nedenlerinin gürültü (%25,8), ışık (%21,7), ortamın soğukluğu (%21,7), hastalıkla ilgili endişeler (%19,2), yabancı ortam (%19,2), uyku saatlerinde tıbbi ve hemşirelik müdahaleleri (%16,7) ve çevredeki hastaların yüksek sayısı (%7,5) olarak belirlendiği tespit edilmiştir (Gencer ve Kumsar, 2020; Pisani et al., 2015). Çalışmamızda günlük ortalama uyku süresi ile konfor fiziksel boyut alt puanı arasında negatif yönde ve düşük düzeyde ($r=-0,226$, $p=0,018$), konfor psikospiritüel boyut arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde ($r=0,215$, $p=0,025$), konfor ferahlama düzeyi arasında negatif yönde ve düşük düzeyde ($r=-0,190$, $p=0,047$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$) (Tablo 15). Uyku süresi arttıkça fiziksel ve ferahlama boyutu puanlarının azaldığı, psikospiritüel puanların arttığı belirlenmekle birlikte, bu ilişki düzeyi zayıftır. Çalışmamızdaki bulgular literatürdeki bilgilerle benzer niteliktedir.

4. Ölçeklerin ilişki ve etki analizlerinin tartışılması

Hastaların yoğun bakım ünitesinde ağrı ve uyku ile ilgili sorunlar sıklıkla konforunu ciddi bir şekilde etkileyebilir (Stein-Parbury ve McKinley, 2009; Adamson ve ark., 2004; Hofhuis ve ark., 2008). Çalışmamızda genel konfor ölçeği ile RCUÖ ve VAS'ın ilişki analizinde; genel konfor ölçeği ile RCUÖ arasında negatif yönde ve düşük düzeyde ($r=-0,296$, $p=0,002$), VAS ile negatif yönde ve düşük düzeyde ($r=-0,189$, $p=0,049$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$) (Tablo 16). Kızılcık Özkan ve arkadaşlarının (2023) çalışmasında VAS ile RCUÖ arasında pozitif yönde, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Bülbül ve arkadaşlarının (2023) çalışmasında VAS ile RCUÖ arasında orta düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Sönmez'in (2013) çalışmasında, ağrı düzeyleri ile konfor arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirtilmiştir. Hafif ağrı çeken hastaların konfor düzeyinin, orta ve şiddetli ağrı yaşayanlara göre daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Sönmez, 2013). Bu sonuçlardan

da görüleceği üzere uyku kalitesi azaldıkça ve ağrı arttıkça konfor düzeyi de azalmaktadır.

Yoğun bakımda yatan hastaların konfor düzeylerini etkileyen birçok faktör vardır (Berber ve Kızıltan, 2022; Karaer ve Özsaker, 2021; Şahin ve Köçkar, 2018; Gültekin vd., 2018; Gencer ve Karakoç Kumsar, 2020; Sultan ve Boyacıoğlu, 2018; Gezginci vd., 2022). Çalışmamızda genel konfor ölçeği ile RCUÖ ve VAS arasındaki etki analizinde RCUÖ'nün genel konforu negatif yönde, %9,3 ($R^2=0,093$) oranında ve istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilediği saptandı ($p<0,05$) (Tablo 17). Şahin'in (2016) ve Sönmez (2013) yaptıkları çalışmada ise ağrının konfor düzeyine negatif yönde bir etkisinin olduğunu bulmuşlardır. Arabacıoğlu (2021) cerrahi hastalarında ameliyat öncesi uyku kalitesinin, ameliyat sonrası konfor düzeyini pozitif yönde, %16,5 oranında ve istatistiksel olarak anlamlı oranda etkilediğini saptamışlardır. Bizim çalışmamızda daha çok uyku düzeyinin konforu olumsuz yönde etkilediği görülmektedir.

BÖLÜM 6 SONUÇ VE ÖNERİLER

Cerrahi yoğun bakım hastalarının uyku kalitesini ve konfor düzeylerini değerlendirmesi amacıyla yapılan çalışmamızda;

- Kadın hastaların konfor düzeylerinin erkeklerden yüksek olduğu,
- Lise mezunu hastaların uyku kalitelerinin daha yüksek olduğu, en az uyku kalitesine sahip olanların ise okuryazar hastalar olduğu,
- Sigara kullanan hastaların uyku kalitelerinin sigara kullanmayan hastaların uyku kalitelerinden daha yüksek olduğu,
- Alkol kullanan hastaların uyku kalitelerinin alkol kullanmayan hastaların uyku kalitelerinden daha yüksek olduğu,
- Genel konfor düzeyi ile uyku kalitesi ve ağrı arasında negatif yönde ve düşük düzeyde bir ilişki olduğu,
- Uyku kalitesinin genel konfor düzeyini %9,3 oranında etkilediği sonucuna ulaşıldı.

Elde edilen sonuçlardan yola çıkarak; hastaların konforunun sağlanması için sağlık profesyonellerinin uyku kalitesini etkileyebilecek stresörleri minimize etmeye yönelik çabalar sarf etmeleri ve hastaların ağrı düzeylerinin gözlenerek müdahalede bulunmaları önerilmektedir. Uyku ve konfora etki eden faktörlerin araştırıldığı, daha büyük örneklem gruplarından oluşan çalışmalara da ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

- Akdağ Karaağaç, A, (2021), Yoğun Bakım Hastalarının Çevresel Stresör Algısının Konfor Düzeyi Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Sinop Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Çevre Sağlığı Anabilim Dalı, Sinop.
- Akın Korhan, E., Uzelli, D, (2014), Yoğun Bakım Hastalarında Duyusal Girdi Sorunları ve Hemşirelik Yaklaşımı, F.N. Hemşirelik Dergisi, 22(2), 120-128.
- Akıncı, E., Orhan, F, (2016), Sirkadiyen Ritim Uyku Bozuklukları, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 8(2), 178-189.
- Alaca, Ç., Yiğit, R. ve Özcan, A, (2011), Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Hastalık Sürecinde Yaşadığı Deneyimler Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşlerinin Karşılaştırılması, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2(2), 69-74.
- Alasad, J.A., Abu Tabar, N., Ahmad, M.M, (2015), Patients' Experience Of Being In Intensive Care Units. J Crit Care, 30, 859. E7-E11.
- Aldemir, S, (2021), Hemşirelerde Uyku Kalitesi ile Öfke İfade Tarzı Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Arslan, H., Konuk Şener, D, (2009), Stigma, Spiritualite ve Konfor Kavramlarının Meleis'n Kavram Geliştirme Sürecine Göre İrdelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2, 51-58.
- Aydın, A., Gürsoy, A.A, (2017), Voice In The Intensive Care: „I'M Here“. Journal Of Academic Research İn Nursing, 3(2), 97-100.

- Aysan, E., Karaköse, S., Zaybak, A., İsmailoğlu, E.G, (2014), Üniversite Öğrencilerinde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 7(3), 193-198.
- Backes, M.T.S., Erdmann, A.L. Büscher, A, (2015), The Living, Dynamic And Complex Environment Care İn Intensive Care Unit Rev.Latino-Am. Enfermagem, 23(3):411-8.
- Baş, İ, (2018), Hastanede Yatan Hastaların Uyku Düzenini Etkileyen Etmenlerin Düzenlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Doğu Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi.
- Beck Edvardsen J, Hetmann F (2020), Promoting Sleep İn The Intensive Care Unit. Sage Open Nurs, 6:2377960820930209.
- Beltrami, F.G., Nguyen, X-L., Pichereau, C., Maury, E., Fleury, B., Fagondes, S, (2016), Sleep İn The Intensive Care Unit. J Bras Pneumol 41(6), 539-546.
- Berber, E., Kızıltan, B, (2022), Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörlerin Belirlenmesi. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 13(31), 91-98.
- Berntzen H, Bjørk It, Storsveen Am, Wøien H, (2020), "Please Mind the Gap": A Secondary Analysis of Discomfort and Comfort in Intensive Care. J Clin Nurs, (13-14), 2441-2454.
- Bıyıklı, S, (2020), Açık Kalp Cerrahisi Olan Hastaların Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı.
- Bodur, İ, (2020), Koroner Yoğun Bakım Ünitesindeki Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ufuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Bora, İ.H., Bican, A, (2007), Uyku Fizyolojisi. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci, 3(23), 1-6.
- Boyko, Y., Jennum, P., Nikolic, M., Holst, R., Oerding, H., Toft, P, (2017), Sleep İn Intensive Care Unit: The Role of Environment. J Crit Care, 37, 99-105.

- B ke,  ., Sipahi, O., Taşbakan, M., Yamazhan, T., Arda, B.,  zinel, M., Vd., (2005),    Hastalıkları Yoğun Bakım  nitesinde Gelişen  nfeksiyonların Değerlendirilmesi.  nfeksiyon Dergisi, 19(1), 67-73.
- Bülbül E.,  elik, S.,  z elik, E.E., Yıldıırım, S, (2023), The Relationship Between Environmental Stressors and Sleep Quality  n Patients  n Intensive Care Unit, Fenerbah e University Journal of Health Sciences 3(2), 268-276.
- Carrera-Hern andez, L., Aizpitarte-Pejenaute, E., Zugazagoitia-Ciarrusta, N., Go ni-Viguria, R, (2018), Patients' Perceptions of Sleep in A Critical Care Unit. Enferm Intensiva (Engl Ed), 29, 53-63.
- Caruana, N., Mckinley, S., Elliott, R., Gholizadeh, L. (2018), Sleep Quality During and After Cardiothoracic Intensive Care and Psychological Health During Recovery. J Cardiovasc Nurs, 33, E40-9.
- Centers For Disease Control and Prevention, (2022), Chronic Disease Infographics. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/tools/infographics.Htm>, Erişim Tarihi: 26.04.2024.
- Chlan, L., Halm, M, (2013), Stress and Anxiety  n Patients Undergoing Mechanical Ventilation. American Journal of Critical Care, 22(6), 482-488.
- Choudhary, A.K., Dhanvijay, A.K.D., Alam, T., Kishanrao, S.S, (2017), Sleep Restriction And  ts Influence on Blood Pressure. Artery Research, 19, 42-8.
-  andır, G, (2021), Abdominal Cerrahi Sonrası Hastaların Erken Mobilizasyon Durumlarının Konfor Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Gaziantep.
-  apanoğlu, D.K., Dolgun, E, (2020), Açık Kalp Cerrahisi Geçiren Hastalarda Yoğun Bakım  evresel Stres rleri ile Yoğun Bakım Deneyimleri Arasındaki  lişkinin  ncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
-  elik, N, (2019), Yoğun Bakım Hemşirelerinin  l me ve Saygın  l m ülkelerine  lişkin Tutumları, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12(2), 316- 327.
-  elik, S, (2016), Yoğun Bakım Hastalarında Ağrı Yönetimi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 20(1), 18.

- Çetinel, T, (2018), Hemşirelerde Uyku Kalitesi ve İlişkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Darbyshire, J.L, Müller-Trapet, M., Cheer, J., Fazi, F.M., Young, J.D, (2019), Mapping Sources of Noise in an Intensive Care Unit. *Anaesthesia*, 74(8), 1018-1025.
- Dedeli, Ö., Durmaz, Akyol, A, (2008), Yoğun Bakım Hastalarında Psikososyal Sorunlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 12(1-2), 26-3.
- Delaney, L.J., Litton, E., Van Haren, F, (2021), The Nexus Between Sleep Disturbance and Delirium Among Intensive Care Patients. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 33, 155-71.
- Demir, A.U., Ardic, S., Firat, H., Karadeniz, D., Aksu, M., Ucar, Z.Z., et al, (2015), Prevalence of Sleep Disorders in The Turkish Adult Population *Epidemiology Of Sleep Study. Sleep Biol Rhythms*, 13(4), 298-308.
- Diab, M.S., Bilkhu, R., Soppa, G., Edsell, M., Fletcher, N., Heiberg, J., Et Al., (2018), The Influence Of Prolonged Intensive Care Stay On Quality Of Life, Recovery, And Clinical Outcomes Following Cardiac Surgery: A Prospective Cohort Study. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 156(5), 1906-1915.
- Dias, D.S, Resende, M.V., Diniz, G.C.L.M, (2015), Patient Stress İn Intensive Care: Comparison Between A Coronary Care Unit And A General Postoperative Unit. *Rev Bras Ter Intensiva*, 27(1), 18-25.
- Ding, Q., Redeker, N.S., Pisani, M.A., Yaggi, H.K., Knauert, M.P, (2017), Factors Influencing Patients' Sleep İn The Intensive Care Unit: Perceptions Of Patients And Clinical Staff. *Am J Crit Care*, 26, 278-86.
- Doğan, A, (2018), Koah'lı Hastalarda Planlı Hemşirelik Eğitiminin Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gaziantep.
- Doğan, Y, (2023), Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörlerin Uyku Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.

- Dorsch, J.J., Martin, J.L., Malhotra, A., Owens, R.L., Kamdar, B.B, (2019), Sleep İn The Intensive Care Unit: Strategies For Improvement. *Semin Respir Crit Care Med.*, 40(5), 614-628.
- Dönmez, C.A., Korkmaz, D.F., Geçit, S, (2020), Yoğun Bakım Ünitesindeki Çevresel Stresörlerin Hastalar Tarafından Algılanması. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 12(2), 190-197.
- Drouot, X., Cabello, B., D'ortho, M.P., Brochard, L, (2008), Sleep İn The Intensive Care Unit. *Sleep Med Rev*, 12, 391-403.
- Duru Aşiret, G., Çetinkaya, F, (2018), Hastanede Yatırılan Yaşlı Hastaların Kırılganlık ile Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki. *Fırat Tıp Dergisi*, 23(4), 184-188.
- Elliott, R., Mckinley, S., Cistulli, P, (2013), The Quality And Duration Of Sleep İn The Intensive Care Setting: An Integrative Review. *International Journal Of Nursing Studies*, 50(7), 962-970.
- Elliott, R., Mckinley, S., Cistulli, P., Fien, M, (2013), Characterisation Of Sleep İn Intensive Care Using 24-Hour Polysomnography: An Observational Study. *Crit Care*, 17, R46.
- Erdemir, F., Çırlak, A, (2013), Rahatlık Kavramı ve Hemşirelikte Kullanımı, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 6(4), 224-230.
- Erim, H, (2018), Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Uyku Kalitesinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Erkalma Parsak, P, (2020), Ankara Üniversitesinin Bazı Fakültelerinde Öğrenim Gören Üçüncü Sınıf Öğrencilerinde Uyku Kalitesinin Genel Ruhsal Sağlık Durumları ve Diğer Bazı Etmenler ile İlişkisinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi.
- Erol, Ö., Enç, N, (2009), Yoğun Bakım Alan Hastaların Uyku Sorunları ve Hemşirelik Girişimleri, *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 1(1), 24-31.
- Ersoy, E.O., Abdülkerim, Ş., Öz, A., Aslan, G., Kavak, P.B., Fakılı, D., Vd., (2017), Yoğun Bakım Ünitelerinde Hemşire İş Yükünün Değerlendirilmesi. *Yoğun Bakım Derg*, 8, 1-5.

- Ervin, J.N., Kahn, J.M., Cohen, T.R., Weingart, L.R, (2018), Teamwork In The Intensive Care Unit. *The American Psychologist*, 73(4), 468-477.
- Freedman, N.S., Gazendam, J., Levan, L., Pack, A.I., Schwab, R.J, (2001), Abnormal Sleep/Wake Cycles And The Effect Of Environmental Noise On Sleep Disruption İn The İntensive Care Unit. *American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine*, 163(2), 451-457.
- Friese, R.S, (2008), Sleep And Recovery İn Critically İll Patients: Challenges For The Future. *Journal Of The American Medical Association*, 299(2), 195-197.
- Friese, R.S., Diaz-Arrastia, R., McBride, D., Frankel, H., Gentilello, L.M, (2007), Quantity And Quality Of Sleep İn The Surgical İntensive Care Unit: Are Our Patients Sleeping? *J Trauma*, 63, 1210-4.
- Frisk, U., Nordström, G, (2003), Patients' Sleep İn An İntensive Care Unit--Patients' And Nurses' Perception. *Intensive Crit Care Nurs*, 19(6), 342-9.
- Gaudry S, Hajage D, Schortgen F, Martin-Lefevre L, Pons B, Boulet E, Et Al, (2016), Initiation Strategies For Renal-Replacement Therapy İn The Intensive Care Unit. *N Engl J Med* 375(2), 122-33.
- Gencer, A., Kumsar, A.K, (2020), Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörlerin Uyku Kalitesine Etkisi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 434-443.
- Gerkuş, Ş, (2020), Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörlerin Kaygı Düzeyi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Balıkesir.
- Gezginci, E., Göktaş, S., Orhan, B.N, (2022), The Effects Of Environmental Stressors İn İntensive Care Unit On Anxiety And Depression. *Nursing İn Critical Care*, 27(1), 113- 119.
- Gültekin, Y., Özçelik, Z., Akıncı, S.B., Yorgancı, H.K, (2018), Evaluation Of Stressors İn İntensive Care Units. *Turk J Surg*, 34, 5-8.
- Güner, A., Karakoç Kumsar, A, (2021), Akciğer Kanseri Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Konfor Düzeyi ve Konforu Etkileyen Faktörler. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 155-162.
- Günhan, R.S, (2021), Melatonin And İts İmportance, Biological Diversity And Conservation, 14(2), 342-350.

- Gürçayır, D, (2011), Kalça Protezi Ameliyatı Olacak Hastalara Verilen Eğitimin Ameliyat Sonrası Konfor Düzeyi ve Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Hertel-Joergensen, M., Abrahamsen, C., Jensen, C, (2018), Translation, Adaptation And Psychometric Validation Of The Good Perioperative Nursing Care Scale (Gpnsc) With Surgical Patients İn Perioperative Care. Int J Orthop Trauma Nurs, 29, 41-48.
- İlçe, A., Dramalı, A, (2010), Yoğun Bakım Ünitelerinin Fiziksel Ergonomik Faktörler Açısından İncelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 12(1), 53-63.
- Johansson, L., Bergbom, I., Lindahl, B, (2012), Sleep And Wakefulness İn Intensive Care Patients On Ventilators: A Descriptive And Correlational Study. Nursing İn Critical Care, 17(4), 188-197.
- Johnson, M., Ziegler, C., Fuller, B, (2013), Influence Of Marital Status On The Experiences Of Patients İn Intensive Care Units. American Journal Of Critical Care, 22(1), 26-34.
- Jung, S., Kim, J., Lee, J. Rhee, C., Na, S., Yoon, J.H, (2020), Assessment Of Noise Exposure And Its Characteristics İn The Intensive Care Unit Of A Tertiary Hospital. International Journal Of Environmental Research And Public Health, 17(13), 4670.
- Kamdar, B.B, Needham, D.M., Collop, N.A, (2012), Sleep Deprivation İn Critical İllness: İts Role İn Physical And Psychological Recovery. J Intensive Care Med, 27, 97-111.
- Karabacak, Ü., Potur, D.C, (2017), Hemşirelik Teorileri Ve Modelleri. İn: Karadağ A, Çalışkan, N., Baykara Eds. 1. Baskı. Akademi Basın Ve Yayıncılık, İstanbul.
- Karaer, H. Özsaker, E, (2021), Environmental Stressors Perceived By Patients İn The Surgical Intensive Care Unit And Their Level Of Satisfaction With Nursing Care. Journal Of Perioperative Nursing, 34(4), E29-E37.
- Karagözoğlu, Ş., Çabuk, S., Tahta, Y., Temel, F, (2007), Hastanede Yatan Yetişkin Hastaların Uykusunu Etkileyen Bazı Faktörler. Toraks Dergisi, 8(4), 234-40.

- Karakoç Kumsar, A., Taşkın Yılmaz, F, (2014), Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış. Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(2), 62-70.
- Karaman Özlü, Z., Özer, N, (2015), Richard-Campbell Uyku Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Journal Of Turkish Sleep Medicine, 2, 29-32.
- Kavuncu, N, (2016), Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Geçiren Bireylerin Yoğun Bakım Deneyimleri ve Etkileyen Faktörlerin Saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
- Kaya, E., Sönmez, S., Barlas, F, (2013), Deliryum, Okmeydanı Tıp Dergisi, 29 (Ek Sayı 2), 70-74.
- Keskin, N., Tamam, L, (2018), Ruhsal Bozukluklarda Uyku. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 27(1), 27-38.
- Kızılcık Özkan, Z., Dığın, F., Kalaycı, E, (2023), Sleep Quality And Related Factors İn Surgical Intensive Care Patients, Journal Of Turkish Sleep Medicine, 10, 71-77.
- Kocaaslan, S., Öniz, A., Özgören, M, (2010), Uykuda İşitsel Uyarılma Potansiyelleri. Adü Tıp Fakültesi Dergisi, 11(3), 49-56.
- Koç, F, (2021), Yoğun Bakım Hastaları İçin Konfor Kuramına Göre Yapılandırılmış Destekleyici Hemşirelik Bakımı, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Sakarya.
- Koçak, A.T., Arslan, S, (2020), Yoğun Bakımda Uyku Yoksunluğuna Bir Çözüm: Uyku Bandı ve Kulaklık. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 23(2):298-303.
- Kol, E., İlaslan, E., İnce, S, (2015), Yoğun Bakım Ünitelerinde Gürültü Kaynakları ve Gürültü Düzeyleri. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 13, 122-8.
- Kolcaba, K, (1991), An Analysis Of The Concept Of Comfort. J Adv Nurs, 16(1), 1301-1310.
- Kolcaba, K, (1994), A Theory Of Holistic Comfort For Nursing. J Adv Nurs, 19(6), 1178-1184.
- Kolcaba, K, (2003), Comfort Theory And Practice: A Vision For Holistic Health Care And Research. New York, Usa: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K., Kolcaba, R.J, (1992), An Analysis of The Concept of Comfort, Journal of Advenced Nursing, 6, 1301-1310.

- Komşuk, D, (2013), Ameliyathanede Çalışan Hemşirelerde, Uyku Sorunlarının Tükenmişlik Düzeyine Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi.
- Kubat Bakır, G., Yurt, S, (2020), Cerrahi Operasyon Geçiren Hastaların Konfor Düzeyinin Değerlendirilmesi, Sağlık ve Toplum, 20(3), 158-165.
- Kubat, G, (2017), Cerrahi Operasyon Geçiren Hastaların Konfor Düzeyinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kuşuoğlu, S., Karabacak, Ü, (2008), Genel Konfor Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması, İ.Ü Fn Hemşirelik Dergisi, 16(61), 16-23.
- Kulaksız, A.T, (2018), Nöroloji Yoğun Bakım Hastalarında Uyku Bandı ve Kulaklık Kullanımının Uyku Kalitesi ve Yaşam Bulgularına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Konya.
- Kurt, S., Enç, N, (2013), Yoğun Bakım Hastalarında Uyku Sorunları ve Hemşirelik Bakımı. Turk Soc Cardiol Turkish Journal Of Cardiovascular Nursing, 4(5), 1-8.
- Lee, S., Park, J., Choi, W, (2017), The Effects Of Social Support On The Health-Related Quality Of Life Of Patients İn Intensive Care Units. Journal Of Critical Care, 42, 21-28.
- Leger, D., Poursain, B., Neubauer, D., Uchiyama, M, (2008) An International Survey Of Sleeping Problems İn The General Population. Curr Med Res Opin, 24(1), 307-17.
- Locihová, H., Axmann, K., Padyšáková, H., Fejfar, J, (2018), Effect Of The Use Of Earplugs And Eye Mask On The Quality Of Sleep İn Intensive Care Patients: A Systematic Review. Journal Of Sleep Research, 27(3): E12607.
- Locihova, H., Axmann, K., Ziakova. K., Serkova, D., Cernochova, S, (2020), Sleep Quality Assessment İn Intensive Care: Actigraphy Vs. Richards-Campbell Sleep Questionnaire. Uyku Bilimi Dergisi, 13(4), 235-241.
- Lusk, B., Lash, A.A, (2005), The Stress Response, Psychoneuroimmunology, And Stres Among Icu Patients. Dimens Crit Care Nurs, 24(1), 25-31.

- Luyster, F.S., Strollo, P.J., Zee, P.C., Walsh, J.K, (2012), Boards Of Directors Of The American Academy Of Sleep Medicine And The Sleep Research Society. Sleep: A Health İmperative. Sleep, 35, 727-34.
- Malinowoski, A., Stamler, L.L, (2002), Comfort Exploration Of The Concept İn Nursing. Journal Of Advanced Nursing, 39(6), 599-606.
- Malinowski, A., Stamler, L.L, (2002), Konfor: Keşif Hemşirelik Kavramı. J Adv Nurs, 39(6), 599-606.
- Mart, M.F., Roberson, S.W., Salas, B., Pandharipande P.P., Ely W.E, (2021), Prevention And Management Of Delirium İn The Intensive Care Unit. Semin Respir Crit Care Med., 42(1), 112-126.
- Mısırlı, İ, (2019), Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Uyku Kalite Düzeylerinin Hasta Konforu ile İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.
- Miranda-Ackerman, M.C., Lira-Trujillo, M., Gollaz-Cervantez, A.C., Cortes-Flores, A.O, Vd., (2020), Associations Between Stressors And Difficulty Sleeping İn Critically İll Patients Admitted To The İntensive Care Unit: A Cohort Study. BMC Health Services Research, 20, 631.
- Morse, J.M., Bottorff, J.L., Hutchinson, S, (1994), Konfor Fenomenolojisi. J Adv Nurs, 20819, 189-195.
- Nanda, (2006), Nursing Diagnoses: Definitions And Classification 2003-2004. Philadelphia: Nanda International.
- Navarro-García, M.Á., De Carlos Alegre, V., Martinez-Oroz, A., Irigoyenaristorena, M.I., Elizondo-Sotro, A., Indurain-Fernández S., Vd., (2017), Quality Of Sleep İn Patients Undergoing Cardiac Surgery During The Postoperative Period İn İntensive Care. Enferm Intensiva, 28, 114-24.
- Ocakçı, A.F., Alpar, Ş.E, (2013), Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul.
- Oflaz, F., Varol, H, (2010), Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 17(Ek 1), 1-7. 22.

- Olausson, S., Fridh, I., Lindahl, B., Torkildsby, A.-B, (2019), The Meaning Of Comfort İn The Intensive Care Unit. *Critical Care Nursing Quarterly*, 42(3), 329-341.
- Oliveira, S., Costa, M., Santos, K.N.F.M., Oliviera, K.F.O.D., Pereira, J.D.S., Fernandes, M.D.G.M, (2020), Comfort Needs As Perceived By Hospitalized Elders: An Analysis Under The Light Of Kolcaba's Theory. *Rev Bras Enferm.* 19, 73.
- Özdemir, L, (2014), Yoğun Bakım Ünitelerinde Skorlama Sistemlerinin Kullanımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2), 91–100.
- Özer, N., Akyıl, R, (2005), The Effect Of Providing İnformation To Patients On Their Perception Of The İntensive Care Unit, *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 25:4, 71-78.
- Özgür, G., Baysan, L, (2005). Yaşlılarda Uyku Sorunları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(2):97-105.
- Özkan, S., Boyacıoğlu, N, (2018), Yoğun Bakım Hastalarında Gürültünün Etkisi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 1(1), 27-32.
- Pamukçu, S.C, (2011), Ameliyat Geçiren Hastaların Bakım Gereksinimlerinin ve Hemşirelik Bakımına İlişkin Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Pınar, G., Doğan, N., Algier, L., Kaya, N., Çakmak, F, (2009), Annelerin Doğum Sonu Konforunu Etkileyen Faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(3), 184-190.
- Pisani, M.A., Friese, R.S., Gehlbach, B.K., Schwab, R.J., Weinhouse, G.L., Jones, S.F, (2015), Sleep İn The İntensive Care Unit. *American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine*, 191(7), 731–738.
- Pochard, F., Darmon, M., Fassier, T., Bollaert, P. E., Cheval, C., Coloigner, M., Et Al., (2001), Symptoms Of Anxiety And Depression İn Family Members Of İntensive Care Unit Patients: Ethical Hypothesis Regarding Decision-Making Capacity. *Critical Care Medicine*, 29(10), 1893-1897.
- Redeker, N.S., Pisani, M.A., Yaggi, H.K., Knauert, M.P, (2017), Factors Influencing Patients' Sleep İn The Intensive Care Unit: Patient And Clinical Staff Perceptions. *Am J Crit Care*, 26(4), 278-286.

- Richards, K, (1987), Techniques for Measurement of Sleep-In Critical Care. Focus Crit Care, 14:34-40.
- Sahlin, C., Franklin, K.A., Stenlund, H., Lindberg, E, (2009), Sleep İn Women: Normal Values For Sleep Stages And Position And The Effect Of Age, Obesity, Sleep Apnea, Smoking, Alcohol And Hypertension. Sleep Med, 10, 1025-30.
- Sarier, T, (2019), Ameliyat Öncesi Aç Kalma Süresinin, Durumluk Kaygı ve Genel Konfor Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Sayedfatemi, N., Rafii, F., Rezaei, M., Kolcaba, K.J, (2014), Comfort And Hope İn The Preanesthesia Stage İn Patients Undergoing Surgery. Perianesthesia Nurs, 29(3), 213-20.
- Selekler, H.M., Şengün, E., Altun, N, (2010), Episodik ve Kronik Migrenlilerde Uyku Kalitesi ve Depresyon. Noropsikiyatri Arşivi Dergisi, 47, 196-200.
- Sevilmişdal, Ç, (2022), Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörler ve Uyku Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kırklareli.
- Sevin, K, (2018), Evaluation Of Perioperative Nursing Care Quality İn Orthopedic Surgery Patients. Master's Thesis. Gaziantep, Turkey: Hasan Kalyoncu Universty.
- Seyedfatemi, N., Rafii, F., Rezaei, M., Kolcaba, K, (2014), Comfort And Hope İn The Preanesthesia Stage İn Patients Undergoing Surgery. J Peri Anesth Nurs, 29, 213-220.
- Sezen, C.B., Gökçe, A, (2023), Vats: Segmentektomi, Ulusal Akciğer Sağlığı Kongresi 15-18 Mart 2023, 10(3), 21-26.
- Simons, K.S., Verweij, E., Lemmens, P.M.C., Jelfs, S., Park, M., Spronk, P.E. Vd., (2018), Noise İn The İntensive Care Unit And İts İnflluence On Sleep Quality: A Multicenter Observational Study İn Dutch İntensive Care Units. Critical Care, 2(1), 250.
- Simpson, T., Lee, E.R, (2010), Sleep Quality İn İntensive Care Unit Patients: İnflluence Of Marital Status. Journal Of Clinical Sleep Medicine, 6(1), 52-57.

- Sönmez, A, (2013), Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Uygulanan Hastaların Konfor ve Kaygı Deneyimlerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Edirne.
- Stollings J.L., Kotfis K., Changues G., Pun B.T, Pandharipande P.P., Ely, W.E, (2021), Delirium İn Critical İllness: Clinical Manifestations, Outcomes, And Management, Intensive Care Med, 47, 1089-1103.
- Su, X., Wang, D.X, (2018), Improve Postoperative Sleep: What Can We Do? Curr Opin Anesthesiol, 31, 83-8.
- Sultan, Ö., Boyacıoğlu, N. Yoğun Bakım Hastalarında Gürültünün Etkisi. Hemşirelik Bilimi Dergisi, 2018;1(1): 27-32.
- Şahin, L., Aşçıoğlu, M, (2013), Uyku ve Uykunun Düzenlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi, 22(1), 93-98.
- Şahin, M., Köçkar, Ç, (2018), Bir Stresör Olarak Yoğun Bakım. Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi, 2(4), 207-214.
- Şahin, P.B, (2016), Ameliyat Geçiren Hastalarda Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Şenol, V., Soyuer, F.V., Pekşen Akça, R., Argün, M, (2012), Adolesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Kocatepe Tıp Dergisi, 13(2), 93-102.
- Tamburri, L.M., Dibrienza, R., Zozula, R., Redeker, N.S, (2004), Nocturnal Care İnteractions With Patients İn Critical Care Units. Am J Crit Care, 13(2), 102-12.
- Telias, I., Wilcox, M.E, (2019), Sleep And Circadian Rhythm İn Critical İllness. Critical Care, 23-82.
- Terzi, B, (2014), Yoğun Bakım Ünitesinde Planlı Kabul Protokolü Uygulamasının Hastanın Konfor Düzeyi ve Fizyolojik Parametrelere Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı, Hemşirelik Esasları Bilim Dalı.
- Terzi, B., Kaya, N, (2017), Konfor Kuramı ve Analizi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 20(1), 67–74.

- Tunç, M, (2023), Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörlerin Konfor Düzeyi ile İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Samsun.
- Turan Bayraktar, D., Yetimoğlu, M, (2019), Yoğun Bakım Hemşirelerinin Müzik Terapi Konusundaki Düşüncelerinin Belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 8(3), 231-236.
- Türk Dil Kurumu (Tdk), (2017), Türkçede Batı Kökenli Kelimeler Sözlüğü. Ankara, 1637.
- Türk Dil Kurumu (Tdk), (2023), Türk Dil Kurumu Sözlükleri, <https://sozluk.gov.tr/>, Erişim Tarihi 11.12.2023.
- Türkiye İstatistik Kurumu (Tüik) (2023), Türkiye Sağlık Araştırması, 2022.
- Uçar, M.K., Bozkurt, M.R., Bilgin, C., Polat, K, (2017), Polisomnografi Cihazına Alternatif Sistem Tasarımları İçin Öneriler. Klinik Tıp Dergisi, 5(3), 1-12.
- Unutkan, A, (2018), Doğum Korkusu Yaşayan Gebelere Verilen Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Yapılandırılmış Hemşirelik Bakımının Doğum Korkusu Deneyimi, Sonuçları ve Konforuna Etkisi. Doktora Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.
- Uslu, Y., Demir Korkmaz, F, (2016), Yoğun Bakımda Hemşirenin Hissi Tarafı “Şefkat” Ve Bakım. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 20 (2):108-115.
- Uzun, K., Yavşan, D.M, (2014), Yoğun Bakımda Uyku. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 2(2), 230-6.
- Üstündağ, H, (2009), Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konfor Düzeyi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Watson, N.F., Badr, M.S., Belenky, G., Bliwise, D.L., Buxton, O.M., Buysse, D. Et Al, (2015), Recommended Amount Of Sleep For A Healthy Adult: A Joint Consensus Statement Of The American Academy Of Sleep Medicine And Sleep Research Society. Sleep, 38(6), 843-4.
- Watson, P.L., Ceriana P., Fanfulla, F, (2012), Delirium: Is Sleep Important?, Best Pract Res Clin Anaesthesiol, 26(3).

- Weinhouse, G.L., Schwab, R.J., Watson, P.L., Patil, N., Vaccaro, B., Pandharipande, P, (2009), Bench-To-Bedside Review: Delirium İn Icu Patients - İmportance Of Sleep Deprivation. Crit Care, 13, 234.
- Yalın, H, (2016), Yoğun Bakımda Uykusuzluk, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 20(1), 9-15.
- Yesilyaprak, T., Özşaker, E, (2018), The İntestigation Of The Pati , lents' Opinions About The Operating Room Environment. E-J Dokuz Eylul Univ Nurs Faculty, 11, 315-321.
- Yıldırım, N., Atalay, M, (2002), Koroner Arter Bypass Ameliyatı Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Hemşirelik Araştırma Dergisi, 4, 52-64.
- Yüksel, G., Yalın, H., Eti Aslan F, (2023), Intensive Care Experiences Of Patients After Surgery, J Educ Res Nurs, 20(1):14-19.
- Zengin, N, (2016), Yoğun Bakım Ünitesinde Yaşlı Hastalarda Uyku Sorunları ve Çözüm Önerileri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 19(2), 80-7.
- Zengin, N., Ören, B., Üstündağ, H, (2019), The Relationship Between Stressors And İntensive Care Unit Experiences. Nursing İn Critical Care, 25(2): 109-116.
- Zhan, Y.X., Zhao, S.Y., Yuan, J., Li, H., Liu, Y.F., Gui, L.L., Vd., (2020), Prevalence And İnfluencing Factors On Fatigue Of Firstline Nurses Combating With Covid-19 İn China: A Descriptive Cross-Sectional Study. Current Medical Science, 40(4), 625-35.

8. EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onayı

	İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL KARARI
---	---

Toplantı Tarihi: 18.10.2023

Toplantı Sayısı: 169

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Başkan)
Prof. Dr. Ali İlker Gümüşeli	(Üye) (Katılmadı)
Prof. Dr. Fatma Çiğdem Çelik	(Üye)
Prof. Dr. Ayşe Demet Kaya	(Üye)
Prof. Dr. Tuğrul Erbaydar	(Üye) (Katılmadı)
Prof. Dr. Arif Haldun Soygür	(Üye) (Katılmadı)
Dr. Öğr. Üyesi Deniz Sönmez	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Aylin Seylan Küşümler	(Üye) (Katılmadı)
Dr. Öğr. Üyesi Özlem Yazıcı	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 18.10.2023 tarihinde toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 38-Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü – Hemşirelik Yüksek Lisans Programı’ndan **Meltem CAN’ ın** İstanbul Kültür Üniversitesi’nden **Prof. Dr. Asiye GÜL** danışmanlığında “**Cerrahi Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Uyku Kalitesi ve Konfor Düzeyi**” başlıklı çalışmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verildi.

Not: KVKK nedeniyle imza kısımları kırpılarak çıkarılmıştır.

Ek-2. Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15916306-604.01.01-230548675
Konu : Araştırma İzni Hk. (Meltem CAN)

30.11.2023

YEDİKULE GÖĞÜS HASTALIKLARI VE GÖĞÜS CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : 24.11.2023 tarihli ve E-66628377-771-229962546 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınızla Kurumunuzda hemşire olarak görev yapmakta olan Meltem CAN'ın "**Cerrahi Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Uyku Kalitesi ve Konfor Düzeyi**" isimli çalışması kapsamında Kurumunuzdan veri toplama talebi Birimimize iletilmiştir.

Bahse konu çalışma değerlendirilmiş olup tarafımıza sunulan uygun görüşe istinaden Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu tarafından 28.11.2023 tarih ve 2023/19 sayılı kararınca onaylanmıştır.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (Başvuru dosyasında belirtilen aralık gözeticilerle) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 5A3B049E-BD9A-4B17-A477-CE99C83961DD

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Binbirdirek mah. Peykhane sok. No: 8 Fatih/İSTANBUL 34122
Telefon No: 02126383000
e-Posta: ist.sagligingel@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
<https://istanbulism.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi: ism.34@hs01.kep.tr

Bilgi için: Fatma DEMİRKAYA
Hemşire

Telefon No: 02126383399



Ek-3. Ölçek Kullanım İzni

Genel Konfor Ölçeği İzni

Genel Konfor Ölçeği kullanım izni hk

Gelen Kutusu x

24 Mayıs Çar 18:10

meltem serim

Alıcı: ukke.karabacak

Sayın Prof. Dr. Ükke Karabacak Hocam,

Merhaba Ben Acıbadem Üniversitesi Hemşirelik Bölümü 2015 mezunlarından Meltem Serim isimli öğrencinizim. Okan Üniversitesi'nde Cerrahi Hemşireliği yüksek lisansımı yapmaktayım. Tez danışmanım Prof. Dr. Asiye Gül hoca ile "Cerrahi Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Erken Dönemde Uyku Kalitesi, Konfor Düzeyi ve Ağrı Düzeyi" konulu tezimi hazırlamaktayım.

Sayın Prof. Dr. Sema Kuşuoğlu ile birlikte hazırlamış olduğunuz "Genel Konfor Ölçeği" isimli ölçeğinizi çalışmada kullanmak için izninizi istiyorum. Kendisine iki ayrı mail adresinden ulaşmaya çalışıp ulaşamadığım için size ulaşmaktayım Değerli geri dönüşünüzü beklemekteyim.

Saygılarımla

Meltem Can

Okan Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

Ükke KARABAK

Alıcı: ben

25 Mayıs Per 10:15

Sevgili Meltem,

Ölçeği kullanman uygundur, ekte paylaşıyorum. Çalışmalarında kolaylıklar dilerim.

Prof. Dr. Ükke KARABAK

Hemşirelik Bölümü Başkanı

Sadık Bilimler Fakültesi

Richard-Campbell Ölçeği İzni

Richard-Campbell Uyku Ölçeği kullanım izni hakkında

Gelen Kutusu x



meltem can

Alıcı: zynp_krmzli

18 Mayıs Per 02:34



Sayın Zeynep Karaman Özlü,

Merhaba Ben Okan Üniversitesi Cerrahi Hemşireliği yüksek lisans tez öğrencisi Meltem Can. Tez danışmanım Prof. Dr. Asiye Gül hoca ile "Cerrahi Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Erken Dönemde Uyku Kalitesi , Konfor Düzeyi ve Ağrı Düzeyi " konulu tezimi hazırlamaktayım .

Sayın Nadiye Özer ile birlikte hazırlamış olduğunuz "Richard-Campbell Uyku Ölçeği " ni çalışmamda kullanmak üzere izninizi istiyorum.

Saygılarımla

Meltem Can

Okan Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi



Zeynep Karaman Özlü

Alıcı: ben

18 Mayıs Per 14:04



Merhabalar ölçek ekte yer almakta. Çalışmanızda kolaylıklar diliyorum.

..

Doç. Dr. Zeynep KARAMAN ÖZLÜ

Atatürk Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Erzurum, TÜRKİYE

Assoc. Prof. Zeynep KARAMAN ÖZLÜ

Atatürk University

Faculty of Nursing

Ek-4. Veri Toplama Formu

TANIMLAYICI OZELLIKLER

1. Yaş:
2. Cinsiyet: Kadın () Erkek ()
3. Eğitim Düzeyi: Okur-Yazar () İlköğretim () Lise () Lisans ve üzeri ()
4. Meslek: Serbest meslek () Memur () Ev hanımı () İşçi () Emekli ()
5. Medeni durum: Bekar () Evli ()
6. Çalışma durumu: Çalışıyor () Çalışmıyor ()
7. Sigara kullanımı: Kullanıyor () Kullanmıyor ()
8. Alkol kullanımı: Kullanıyor () Kullanmıyor ()
9. Kronik hastalık: Yok () Var () :.....(lütfen belirtiniz)
10. Ameliyat sonrası yoğun bakımda kalma süresi:.....
11. Daha önce yoğun bakıma yatış deneyimi: Evet () Hayır ()
12. Uyku problemi: Evet () Hayır ()
13. Günlük ortalama uyku süresi (saat):.....
14. Yapılan ameliyat:.....

GENEL KONFOR ÖLÇEĞİ

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
1. Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum.				
2. Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum.				
3. Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum.				
4. Yardıma gereksinim duyduğumda güvenebileceğim kişiler var.				
5. Egzersiz yapmak istemiyorum.				
6. Durumum beni bunaltıyor.				
7. Kendimi güvende hissediyorum.				
8. Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum.				
9. Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum.				
10. Sevildiğini bilmek beni mutlu ediyor.				
11. Bulduğum ortamdan memnunum.				
12. Gürültü dinlenmemi engelliyor.				
13. Kimse beni anlamıyor.				
14. Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum.				
15. Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim.				
16. Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum.				
17. İnancım korkusuz olmama yardım ediyor.				
18. Burada olmaktan hoşlanmıyorum.				
19. Şu anda kabızım.				
20. Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum.				
21. Bu oda beni ürkütüyor.				
22. Bundan sonra olacıklardan korkuyorum.				
23. Önemli olduğumu bana hissettirenler var.				
24. Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığını hissediyorum.				
25. Açım.				
26. Doktorumu daha sık görmek istiyorum.				
27. Bu odanın ısısı iyi.				
28. Çok yorgunum.				

29. Ağrıyla başa çıkabiliyorum.				
30. Bulunduğum ortam beni rahatlatıyor.				
31. Memnunum.				
32. Bu sandalye/yatak rahatsız.				
33. Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor.				
34. Özel eşyalarım burada değil.				
35. Kendimi buraya ait hissetmiyorum.				
36. Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum.				
37. Arkadaşlarım telefon ederek beni hatırlıyor.				
38. İnançlarım bana huzur veriyor.				
39. Sağlığım hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum.				
40. Kendimi kontrol edemiyorum.				
41. Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum.				
42. Bu oda berbat kokuyor.				
43. Tek başınayım ama yalnız hissetmiyorum.				
44. Kendimi huzurlu hissediyorum.				
45. Kederliyim.				
46. Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim.				
47. Burada yaşamak kolay.				
48. Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum.				

RİCHARD-CAMBELL UYKU ÖLÇEĞİ

1-Dün gece uykum

Hafifti

Derindi

0...5...10...15...20...25...30...35...40...45...50...55...60...65...70...75...80...85...90...95...100

2-Dün gece uykuya dalma

Zar zor Uykuya daldım

Neredeyse yatar yatmaz uyudum

0...5...10...15...20...25...30...35...40...45...50...55...60...65...70...75...80...85...90...95...100

3-Dün gece uyanma sıklığı

Bütün gece döndüm durdum

Uyanmadım

0...5...10...15...20...25...30...35...40...45...50...55...60...65...70...75...80...85...90...95...100

4-Dün gece uyanık kalma süresi

Ne zaman uyansam ya da uyandırılısam
uyuyamadım

Ne zaman uyansam ya da uyandırılısam
hemen uyudum

0...5...10...15...20...25...30...35...40...45...50...55...60...65...70...75...80...85...90...95...100

5- Dün gece uykunun kalitesi

Kötü bir geceydi neredeyse hiç uyumadım

Güzel bir geceydi neredeyse hiç uyanmadım

0...5...10...15...20...25...30...35...40...45...50...55...60...65...70...75...80...85...90...95...100

6- Dün gece gürültü seviyesi

Gece gürültü çok fazlaydı

Gece gürültü çok azdı

0...5...10...15...20...25...30...35...40...45...50...55...60...65...70...75...80...85...90...95...100

Görsel Analog Skalası

