

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**KOLCABA'NIN KONFOR KURAMINA GÖRE NON-İNVAZİV
MEKANİK VENTİLATÖR DESTEĞİ ALAN HASTALARIN
YAŞAM KALİTESİ VE KONFOR DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ**

BUSE YILDIRIM
ORCID ID: 0000-0001-8284-4132
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ BERNA NİLGÜN ÖZGÜR SOY URAN

İZMİR-2023

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**KOLCABA'NIN KONFOR KURAMINA GÖRE NON-İNVAZİV
MEKANİK VENTİLATÖR DESTEĞİ ALAN HASTALARIN
YAŞAM KALİTESİ VE KONFOR DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ**

BUSE YILDIRIM
ORCID ID: 0000-0001-8284-4132
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ BERNA NİLGÜN ÖZGÜR SOY URAN

İZMİR-2023

KABUL VE ONAY

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programında Buse Yıldırım tarafından yürütülmüş olan “Kolcaba’nın Konfor Kuramına Göre Non-İnvaziv Mekanik Ventilator Desteği Alan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Konfor Düzeylerinin İncelenmesi” başlıklı bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 21 / 08 / 2023

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN

ORCID: 0000-0002-4096-4619 İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi SBF

Üye : Prof. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL

ORCID: 0000-0001-6888-0882 İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi SBF

Üye : Doç. Dr. Gülbin KONAKÇI

ORCID: 0000-0002-0567-574X İzmir Demokrasi Üniversitesi SBF

ONAY: Bu yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu’nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hatice YILDIRIM SARI

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir şekilde kullanıma açma iznini İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır. Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

21/08/2023

Buse YILDIRIM

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, “Kolcaba’nın Konfor Kuramına Göre Non-İnvaziv Mekanik Ventilatör Desteği Alan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Konfor Düzeylerinin İncelenmesi” başlıklı çalışmamın, Tez Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

21/08/2023

Buse YILDIRIM

TEŞEKKÜR

Yüksek lisan eğitimi süreci boyunca benden akademik bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen beni destekleyen ve yol gösteren tezimin şekillenmesinde bana rehberlik eden danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN başta olmak üzere, jüri görüşleriyle katkı ve engin bilgilerini paylaşan sayın hocalarım Prof. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL'a ve Doç. Dr. Gülbin KONAKÇI'ya,

Yüksek lisans eğitim sürecim boyunca nöbetlerim ve çalışma şartlarımda yaptıkları fedakarlıklar için başta değerli sorumlum Pınar DÖNMEZ'e ve cerrahi yoğun bakımda görev yapan çok değerli ekip arkadaşlarıma,

Hayatımın her döneminde olduğu gibi bu süreçte de yanımda olan benden sevgi ve desteklerini esirgemeyen sevgili aileme,

Son olarak bu süreçte her zaman arkamda duran, sevgi ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim nişanlıma, teşekkür ederim.

ÖZET

KOLCABA’NIN KONFOR KURAMINA GÖRE NON-İNVAZİV MEKANİK VENTİLATÖR DESTEĞİ ALAN HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ VE KONFOR DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Buse YILDIRIM

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi,

İzmir, Türkiye, 2023

Amaç: Araştırma, Kolcaba’nın konfor kuramına göre noninvaziv mekanik ventilatör desteği alan hastaların yaşam kalitesi ve konfor düzeylerinin incelenmesi amacı ile ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel olarak yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmanın evreni, MCBÜ Hafsa Sultan Hastanesi Yoğun Bakım Ünitelerinde NIMV desteği alan hastalardan; örnekleme ise bu evren içinden dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalardan oluşmuştur. Deney ve kontrol grupları basit rastgele randomizasyon yöntemiyle belirlenmiştir. 30 deney, 30 kontrol olmak üzere 60 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Deney grubundaki hastalara Kolcaba’nın konfor kuramına temellendirilmiş bakım planı uygulanırken kontrol grubuna alanda uygulanan standart bakım uygulanmıştır. Genel konfor ölçeği kısa formu, kısa form-36 ve hazırlanan çoktan seçmeli sorular kullanılarak sonuçlara ulaşılmıştır.

Bulgular: Yoğun bakımlarda noninvaziv mekanik ventilatör desteği alan hastaların konfor düzeyleri incelendiğinde son test ölçümlerinde Kolcaba’nın konfor kuramına göre hazırlanmış bakım planının uygulandığı deney grubu ve kurumdaki standart bakımı alan kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiş ($p<0,05$), bu farklılığın uygulanan bakım planının hastalar üzerindeki etkinliği nedeniyle görüldüğü düşünülmüştür. Yaşam kalitesi puanlarına bakıldığında ise son test puanlarında deney ve kontrol grupları karşılaştırıldığında sadece Enerji Canlılık ve Ağrı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$), bu farklılığın uygulanan bakım planının etkinliği ve ek olarak hastaların hastalık durumunu kabullenmeleri, ortama adapte olma durumları, yatış deneyimleri gibi parametrelere bağlı olduğu düşünülmüştür. Hastaların bakıma ilişkin duygu ve ifadeleri incelendiğinde ise deney grubunda olan hastaların memnuniyet düzeylerinin

oldukça yüksek olduğu, kontrol grubundaki hastaların ise çoğunlukla olumsuz duygular taşıdıkları görülmüş, bu durumun uygulanan bakımın etkinliği ile ilgili olduğu düşünölmüştür.

Sonuçlar: Ulaşılan bulgulara göre yoğun bakımda NIMV desteği alan hastalara uygulanan Kolcaba' nın konfor kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımının hastaların konfor düzeyleri ve yaşam kalitelerine pozitif yönde etki ettiği saptanmıştır. Ayrıca hastaların duygu ve ifadelerine bakıldığında deney grubundaki hastaların memnuniyet düzeylerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: yoğun bakım, nımv, konfor, yaşam kalitesi, Kolcaba, konfor kuramı

ABSTRACT

INVESTIGATION OF QUALITY OF LIFE AND COMFORT LEVELS OF PATIENTS RECEIVING NON-INVASIVE MECHANICAL VENTILATOR SUPPORT ACCORDING TO KOLCABA'S COMFORT THEORY

Buse YILDIRIM

Izmir Katip Celebi University, Graduate School of Health Sciences

Department of Internal Medicine Nursing Master's Thesis, Izmir, Türkiye, 2023

Aim: The study was conducted as a quasi-experimental study with a pretest-posttest control group in order to examine the quality of life and comfort levels of patients receiving non-invasive mechanical ventilator support according to Kolcaba's comfort theory.

Methods: The universe of the research consists of patients receiving NIMV support in MCBÜ Hafsa Sultan Hospital Intensive Care Units; The sample consisted of patients who met the inclusion criteria from this population. Experimental and control groups were determined by simple randomization method. 60 patients, 30 of which were experimental and 30 of which were controls, were included in the study. While the care plan based on Kolcaba's comfort theory was applied to the patients in the experimental group, the standard care applied in the field was applied to the control group. The results were obtained by using the general comfort scale short form, short form-36 and prepared multiple-choice questions.

Results: When the comfort levels of patients receiving noninvasive mechanical ventilator support in intensive care units were examined, it was determined that there was a statistically significant difference in the post-test measurements between the experimental group, to which the care plan prepared according to Kolkaba's comfort theory was applied, and the control group, which received standard care in the institution ($p < 0.05$).), it was thought that this difference was due to the effectiveness of the applied care plan on the patients. When looking at the quality of life scores, when the experimental and control groups were compared in the post-test scores, it was determined that there was a significant difference only in the Energy Vitality and Pain levels ($p < 0.05$). It is thought that it depends on parameters such as their condition and hospitalization experience. When the patients' feelings and expressions

regarding the care were examined, it was seen that the satisfaction levels of the patients in the experimental group were quite high, while the patients in the control group had mostly negative emotions, and this was thought to be related to the effectiveness of the applied care.

Conclusion: According to the findings, it was determined that nursing care based on Kolcaba's comfort theory applied to patients receiving NIMV support in intensive care had a positive impact on the comfort levels and quality of life of the patients. In addition, when the emotions and expressions of the patients were examined, it was determined that the satisfaction levels of the patients in the experimental group were higher than those in the control group.

Key Words: intensive care, nimv, comfort, quality of life, Kolcaba, comfort theory

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
ŞEKİLLER.....	xii
TABLolar.....	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	4
1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi.....	4
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Yoğun Bakım Kavramı ve Tarihi.....	6
2.2. Yoğun Bakım Ünitesinin Özellikleri	6
2.3. Yoğun Bakım Ünitelerinin Basamakları.....	8
2.4. Yoğun Bakım Hemşiresi.....	8
2.5. İnvaziv ve Noninvaziv Mekanik Ventilasyon.....	9
2.5.1. Noninvaziv Mekanik Ventilasyon Endikasyonları ve Kontrendikasyonları.....	10
2.5.2. Noninvaziv Mekanik Ventilasyonda Başarı İçin Hasta ve Takip Birimi	12
2.5.3. Noninvaziv Mekanik Ventilasyon Başlama Protokolü.....	13
2.5.4. Noninvaziv Mekanik Ventilasyon Komplikasyonları	13
2.6. Konfor Kavramı ve Konfor Kuramı	15
2.6.1. Konfor Kuramının Düzey ve Boyutları	15
2.6.2. Yoğun Bakımda Konfor Kuramı ve Konfor Kuramının Uygulanması	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Türü	19

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	20
3.5. Veri Toplama Araçları	20
3.6. İstatistiksel Analiz.....	25
3.7. Araştırma Takvimi	25
3.8. Etik İzinler	25
4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA.....	40
5.1. Çalışmaya Katılan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması.....	40
5.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların GKÖ-KF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	41
5.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların SF-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	43
5.4. Araştırma Sonucunda Hastaların Hissettiklerine Dair Soruya Verilen Yanıtlara İlişkin Bulguların Tartışılması	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	45
7. KAYNAKLAR.....	48
8. EKLER.....	54
Ek 1. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu	54
Ek 2. Birey İzin Formu.....	58
Ek 3. Kişisel Veriler Formu	59
Ek 4. Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu.....	60
Ek 5. Kısa Form-36	61
Ek 6. Ölçek İzinleri.....	64
EK 7. Kurum İzni.....	65
Ek 8. Etik Kurul İzni.....	66
Ek 9. Konfor Kuramı'nın Taksonomik Yapısına Göre Yoğun Bakımda NIVM Desteğindeki Bireyin Hemşirelik Bakımı	67
ÖZGEÇMİŞ	74

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AIDS: Kazanılmış bağışıklık yetersizliği sendromu (Acquired immune deficiency syndrome)

ALI: Akut akciğer hasarı (Acute lung injury)

APACHE II: Akut fizyoloji ve kronik sağlık değerlendirme (Acute physiology and chronic health evaluation)

ARDS: Akut respiratuar distres sendromu

BPAP: İki seviyeli pozitif hava yolu basıncı (Bilevel positive airway pressure)

CPAP: Devamlı pozitif hava yolu basıncı (Continuous positive airway pressure)

IMV: İnvaziv mekanik ventilasyon

IV: İntravenöz

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

NANDA-I: Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (North American nursing diagnosis association)

NIMV: Noninvaziv mekanik ventilasyon

PEG: Perkütan endoskopik gastrotomi

YBÜ: Yoğun bakım ünitesi

ŞEKİLLER

Şekil 1: Araştırma Akış Şeması & Uygulama Süreci.....	24
Şekil 2. Genel Konfor Ölçeği deney ve kontrol arasındaki etki büyüklüğü	39

TABLULAR

Tablo 1. NIMV ve IMV karşılaştırılması	10
Tablo 2. NIMV İçin Hasta Seçim Kriterleri.....	13
Tablo 3. NIMV Başlama Protokolü	14
Tablo 4. NIMV Komplikasyonları ve Alınacak Önlemler	14
Tablo 5. Konfor Kuramın Düzey ve Boyutları (Taksonomik Yapısı)	16
Tablo 6. Kullanılan Ölçek ve Boyutlarının Güvenirlik Analizi Sonuçları	21
Tablo 7. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N_{kontrol}=30, N_{deney}:30).....	27
Tablo 7. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (devam)	28
Tablo 8. Konfor Düzeyi Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırması	29
Tablo 8. Konfor Düzeyi Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırması (devam).....	30
Tablo 9. Yaşam Kalitesi Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırması	32
Tablo 9. Yaşam Kalitesi Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırması (devam).....	33
Tablo 10. Uygulanan Bakım Konusunda Hastaların Duygu ve İfadelerinin İncelenmesi.....	37

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yoğun bakım ünitelerindeki (YBÜ) hasta popülasyonu sağlık durumlarında ani ve kritik değişimlerin meydana gelebileceği, yaşamlarını tehdit eden bir sağlık sorununa sahip olan, yaşamsal faaliyetleri konusunda desteklenmesi gereken, sürekli izlem ve bakıma ihtiyaç duyan hastalardan oluşmaktadır. Yoğun bakım üniteleri donanım olarak çeşitli teknolojiye uyumlu biyomedikal cihazlarla donatılmış, vital bulgu takiplerinin sürekli yapıldığı hastalara holistik ve hümanistik bir bakış açısıyla bakım ve tedavi verilmesinin hedeflendiği multidisipliner bakımın verildiği işleyişin yoğun, stresli ve karmaşık olduğu özellikli birimlerdir (1,2).

Akut miyokart infarktüsü (MI), kardiyojenik şok, kardiyak tamponad, açık kalp cerrahi gibi kardiyak sistemi etkileyen durumlar; akut solunum yetmezliği, pulmoner emboli, masif hemoptizi gibi solunum sistemini etkileyen durumlar; şiddetli kafa travması, koma, subaraknoid kanama gibi nörolojik sorunlar; aşırı doz ilaç alımı ve zehirlenme durumları, gastrointestinal kanama, hepatik yetmezlik, ağır pankreatit gibi gastrointestinal durumlar; cerrahi durumlar ve hemodinamik izlem, yanıklar, çoklu organ yaralanmaları gibi şiddetli sağlık sorunu yaşayan genel durumları stabil olmayan hastalar tedavi ve bakım amaçlı yoğun bakımlara alınarak tedavi edilebilir (3).

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların takip ve tedavisinde birçok biyomedikal cihaz kullanılır. Bu biyomedikal cihazların bazıları tüm hastalara uygulanırken bazıları hastalıklara spesifik olarak uygulanır. Örneğin yoğun bakımdaki tüm hastalar anlık vital bulgu değişimlerini görebilmek için monitörize takip edilir buna ek olarak solunumsal sıkıntı yaşayan ve solunumunu sağlayamayan hastalar içinde solunumu sürdürmeye yardımcı mekanik ventilasyon destekleri kullanılır (4,5).

Mekanik ventilasyon yöntemleri hastaların oksijenlenmesinin yeterli olmadığı, hastanın kendi kendine solunum işini yapamadığı durumlarda hastanın oksijen ihtiyacını karşılamak, kan gazı sonuçlarını iyileştirmek, solunum işi sırasındaki yükünü azaltarak

solunumsal destek sağlamaktadır. Mekanik ventilasyon uygulamalarıyla mortalite ve morbiditeyi azaltmak hedeflenmiştir (6).

Mekanik ventilasyon seçenekleri invaziv (IMV) ve non-invaziv (NIMV) mekanik ventilasyon olmak üzere ikiye ayrılır. İnvaziv yöntem endotrakeal tüp aracılığıyla hastaya uygulanır. İnvaziv mekanik ventilasyon alveolar gaz değişimini olumlu yönde destekleyip oldukça yaygın kullanılıp tedavide büyük bir öneme sahip olsa da hastalarda birçok komplikasyon ve olumsuz durumun gelişmesine neden olmuştur. Bunlar entübasyon tüpünün yerleşmesi sırasında oluşan sorunlar, entübasyon tüpünün varlığı sırasında oluşan sorunlar ve extübasyon sonrası oluşan sorunlar olarak değerlendirilebilir. Entübasyonun getirdiği sorunlar hastanın sağlığının yanı sıra konfor ve yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sorunları önlemek, komplikasyonları azaltmak, konfor ve yaşam kalitesini arttırmak için yeni ventilasyon yöntemleri aranmaya başlanmıştır. Bu arayış sonunda NIMV bulunmuştur (7). Non-invaziv mekanik ventilasyon ise entübasyon tüpü kullanılmadan pozitif hava basınçlı solunum desteğinin bir maske aracılığıyla verilmesi prensibine dayanan tedavi yöntemidir. Bu yöntemin uygulanmasında hem standart mekanik ventilatörler hem de NIMV için özel üretilmiş biyomedikal cihazlar kullanılabilir (8). Bu tedavi sürekli pozitif havayolu basıncı (CPAP) ya da inspiryum ve ekspiryum basınçlarının ayrı olarak belirtilebileceği pozitif havayolu basıncı (BPAP) olarak uygulanabilmektedir (7).

Hem invaziv hem de non-invaziv yöntemler hastaların konforunda ve yaşam kalitelerinde değişimlere neden olmaktadır. Ventilasyon yöntemlerinin uygulandığı hastalar uzun süreli takip, tedavi ve izlem amacıyla daha çok yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) yatırılmaktadır. Hastaların yoğun bakımda olması da ekstra konfor ve yaşam kalitesi düzeylerine etki etmektedir (9). Hastalar yoğun bakımda ses, ışık, oda ısısı, beslenme, tedaviye katılma gibi fiziksel etkilere maruz kalmaktadır. Buna ek olarak ailelerinden uzakta olma ve yalnız kalma, diğer hastalara yapılan işlemlere tanık olma gibi durumlar yaşamaktadır (10). Yoğun bakımdaki bu karmaşık sürecin varlığı ve yoğun bakımın kurallarından dolayı hastalar fiziksel, psikososyal, sosyokültürel ve çevresel boyutta sorunlar yaşamaktadır. Bu sorunlar hastaların sağlıklarını olumsuz etkilemekte, iyileşme sürelerini uzatmakta, hastanede kalış sürelerini arttırmaktadır (11).

Tüm bu olanlara bağılı olarak yaşam kalitesini ve konfor düzeylerini olumsuz olarak etkilemektedir. Hastaların yaşam kalitesi ve konfor durumlarını arttırmak için etkili bir hemşirelik bakımı gerekmektedir. Konfor kavramı hemşirelik literatüründe çeşitli anlamlarda kullanılmıştır. Yaşam kalitesi, ağrı kontrolü, karar verme, hemşirelik girişimleri gibi çeşitli süreçler olarak incelenmiştir. Literatüre bakıldığında konfor kuramının Florance Nightingale ile başlayıp; Peaplaw, Orlando, Roy, Watson gibi kuramcılarında katkılarıyla gelişmiş olan konfor kuramı son olarak kurucusu olan Katherina Kolcaba'nın 1994'te yapmaya başladığı çalışmaları ile günümüzdeki halini almıştır (9). Hemşireliğin önemli fonksiyonlarından biri olan "rahatlatma" işlevi üzerine temellenen konfor kuramı; taksonomik olarak üç düzey ve dört boyutta ele alınmıştır. Konforu fiziksel, sosyokültürel, psikososyal ve çevresel boyutlarda inceleyen Kolcaba, temel insani gereksinimlerin karşılandığı anlık deneyim durumunda bireylerin ferahlama, huzura kavuşma ve üstesinden gelme durumlarını konforun düzeyleri olarak incelemiştir (12-14,15). Literatürde; konfor kuramının sağlık bakımı ortamında "bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım, huzur sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik hemşirelik süreci açısından bir rehber olarak yararlanılabilecek bir kuram olduğu belirtilmiştir (13,15,16).

Yoğun bakımlarda verilen hemşirelik bakımının konforu etkilediği bilinmektedir. Duman ve ark.nın (17) yaptığı çalışmada atriyal fibrilasyon tanılı bireye konfor kuramına temellendirilmiş hemşirelik tanı ve girişimleri uygulanmış, böylece hastaların rahatlığının ve konforunun sağlandığı, beraberinde yaşam kalitesinin yükseldiği gözlemlenmiştir. Bir diğer çalışmada Koçyiğit ve Karagözoğlu (18) akut miyeloid lösemi tanılı hastaya konfor kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımını uygulamış ve sonuç olarak konfor düzeyinin arttığını gözlemlenmişlerdir. Bu çalışmada, hasta 'gün geçtikçe rahatladığımı' ve 'aldığı bakımdan memnun olduğunu' dile getirmiştir. Arslankılıç ve Göl'ün (19) yaptığı sistematik derlemede, cerrahi operasyon geçiren hastalarla yapılan dört çalışma incelenmiş; hastaların konfor düzeylerine dair olumlu bulguların görülmesi üzerine bu alanda daha çok çalışma yapılması ve kuramın kullanıldığı hemşirelik girişimlerinin yaygınlaştırılması gerektiği sonucuna varılmıştır. Ayrıca bireye özgü bütüncül kurama temellendirilmiş bakımın verilmesinin yaşam kalitesini optimum düzeyde arttıracığı öngörülmüştür.

Yoğun bakım ünitelerinin şartları ve yapılan uygulamalar düşünüldüğünde hastaların stres, anksiyete, konfor düzeylerinin ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği düşünülmektedir. Kolcaba'nın geliştirdiği holistik ve hümanistik konfor kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakım planı ile yaşam kalitesi ve konfor düzeylerinin artırılması, yanı sıra stres ve anksiyete gibi olumsuz duygu süreçlerinin iyileştirilmesine katkı sağlaması beklenmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı; Kolcaba'nın konfor kuramına yönelik oluşturulan hemşirelik bakımının yoğun bakım ünitesinde NIMV desteği alan hastalara uygulanması, bu bakımın hastaların konfor düzeylerine ve yaşam kalitelerine etkisinin incelenmesidir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Konfor kuramına yönelik hemşirelik bakımı verilen hastaların yaşam kaliteleri kontrol grubuna göre daha yüksektir.

H₂: Konfor kuramına yönelik hemşirelik bakımı verilen hastaların konfor düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksektir.

1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi

Hangi sebeple olursa olsun NIMV desteği alan hastaların bütüncül bir destek ve bakıma ihtiyaç duyduğu bilinmektedir. Bu hasta grubunun bireyselleştirilmiş bir hemşirelik bakımı ile yaşam kalitelerini ve konfor düzeylerini yükseltmek, buna bağlı olarak da hastanın tedaviye uyumunu arttırmak, hastanede kalış süresini kısaltmak, entübasyonu önlemek gibi önemli etkileri olacağı düşünülmektedir. Rutinde kliniklerde ve YBÜ'lerde uygulanan hemşirelik bakımlarının; bireyselleştirilmiş ve bir kurama dayandırılmış olarak verilmesi durumunda, hasta, ailesi ve toplum açısından elde edecek olumlu etkilerin benzer çalışmalarla yaygınlaştırılmasına; ortaya çıkabilecek

olumsuz durumların da düzeltilmesine katkı sağlayacak pilot bir çalışma niteliğinde olması ve bu alanda çalışacak sağlık profesyonellerine yön göstermesi hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yoğun Bakım Kavramı ve Tarihi

Yoğun bakım organ bozukluğu olan ve yaşamı tehdit altında olan hastaların tecrübeli hemşireler tarafından teknolojiye uyumlu çeşitli biyomedikal cihazlarla üst düzey takip, tedavi ve bakım aldıkları multidisipliner yaklaşımın olduğu özellikli birimlerdir (20).

Yoğun bakımların tarihi bazı kaynaklara göre 1852 Kırım Savaşı sırasında Florence Nightingale'in hayati tehlikesi olan bazı hastaları bir yere toplayıp sağlık hizmeti vermesiyle başlamıştır. Yoğun bakım ünitelerinin Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'ndeki var oluşu ise operasyonlar sonrası hastalara sağlık hizmeti veren postoperatif derleme odalarının oluşturulması ile başlamıştır. Tarihte ise bu durum 1923'te John Hopkins Hastanesi'nde beyin cerrahi operasyonları sonrası gözlem ve takip amaçlı üç yataklı bir YBÜ kurulmasına öncülük etmiştir (21).

Türkiye'de ise yoğun bakım alanındaki çalışmalar Dr. Cemalettin Öner tarafından 1959 yılında reanimasyon servisi şeklinde Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde kurulmuştur. Bu gelişmelerden sonra 1970'li yıllarda İstanbul Tıp Fakültesi'nde Dr. Cemalettin Öner, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde ise Dr. Sadi Sun öncülüğünde reanimasyon üniteleri kurulmuştur (22).

2.2. Yoğun Bakım Ünitesinin Özellikleri

Yoğun bakım üniteleri dahiliye, cerrahi, anestezi gibi hastalıklara özgü biçimlerde isimlendirilip ayrılabilirler. Yoğun bakım üniteleri mimari planlama, ekipmanlar, yatak ve teknik cihazlar yönüyle diğer birimlerden oldukça farklıdır (23). Türkiye'de YBÜ standartlarına ilişkin genelge 2008 yılında, Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ 2018 yılında Resmî Gazete'de yayımlanmıştır. Bu tebliğe göre

Ülkemizdeki yoğun bakım ünitelerinin özellikleri aşağıdaki maddeleri içermelidir (24,25):

- Duvar ve tavan yüzeyleri kolay temizlenebilir, kolay parçalanmayan, açık renk olmalıdır.

- Zemin yüzeyleri kolay temizlenebilen, mat, kaygan olmayan, mikroorganizma üremesine neden olmayan, kolay hasar almayacak, sürekli temizlik yapılabilcek Şekilde olmalıdır.

- Ünitede aılamayan pencereler bulunmalı, eğer açılabilen pencereler mevcutsa hasta mahremiyeti korunmalı, gün ışığına duyarlı ekipmanlar ve ilaçlar dikkatli kullanılmadır.

- Aydınlatmalar mümkünse her hastaya özel, cildi olduğu gibi gösterebilecek renk ve parlaklıkta olmalıdır.

- Cihaz, ekipman, hasta yatakları ve hemşire ofisleri hastaların sürekli izlenmesine uygun yapıda yerleŐtirilmelidir.

- Diğer birimlerden ayrı, genel kullanım alanlarından ayrı, genellikle asansör, ameliyathane, acil servis, laboratuvar ve görüntüleme ünitelerine yakın olacak Şekilde konumlandırılmalıdır.

- Hasta bakımı için kullanılan ve ilaçların muhafaza edildiği alanlar ışıktan korunmalı izole bir bölümde olmalıdır.

- Tezgâhlar ve dolaplar kolay temizlenebilen, dış yüzeyleri yalıtılmıŐ, nem geçirmeyen, dayanıklı malzemedен yapılmıŐ olmalıdırlar.

- Yoğun bakım üniteleri, izolasyon odaları da dahil olmak üzere, gürültü ve akustiği engelleyecek veya en aza indirecek Şekilde yapılmıŐ olmalıdır.

- Mümkünse dirsek veya ayakla kontrol edilen musluklar veya otomatik açılıp kapanan musluklar bulunmalıdır.

2.3. Yoğun Bakım Ünitelerinin Basamakları

- *I. Basamak (Seviye) Yoğun Bakım:* Serviste izlenmesi sakıncalı olan hayatı tehdit edici bir ya da daha fazla organ hasarı bulunan hastaların bulunduğu yoğun bakım üniteleridir. Hastalar monitörize olarak takip edilir ve minimal desteklere ihtiyaç duyabilirler. Özel olarak yoğun bakım eğitimi almamış fakat yeterli deneyim ve tecrübeye sahip doktorlar alanın sorumluluğunu alabilirler. Bu birimlerde noninvaziv vital bulgu monitörizasyonu, NIMV, oksijen tedavisi ve kısa süreli IMV desteği alan hastalara tedavi ve bakım verilir (26).

- *II. Basamak (Seviye) Yoğun Bakım:* Destek cihaza (replasman tedavisi, hemodinamik destek) bağlı hayatı tehdit edici bir ya da daha fazla organ hasarı olan hastaların bulunduğu yoğun bakım üniteleridir. Sürekli olarak izlenen vital bulguların noninvaziv monitörizasyonuna ek olarak invaziv kan basıncı takibi, santral venöz basınç takibi de yapılmaktadır (27).

- *III. Basamak (Seviye) Yoğun Bakım:* Yaşamı tehdit altında olan ve çoklu organ yetmezliği olan hastaların bulunduğu yoğun bakım üniteleridir. Hastalar çoğunlukla hemodinamiği bozuk, solunum desteği ihtiyacı olan, replasman ihtiyacı olan ve yoğun tedaviler alan hastalardır. Bu birimlerde bu konuda eğitim almış uzman doktor, hemşire ve personel bulunmalıdır. Hastalara invaziv hemodinamik izlem, IMV, renal replasman tedavileri yapılmaktadır. Ayrıca bu birimlerde izolasyon odalarının bulunması da gereklidir (26).

2.4. Yoğun Bakım Hemşiresi

Hastaların yoğun bakımda kaliteli sağlık hizmeti alması için doktor, hemşire ve sağlık personelinin multidisipliner bakım yaklaşımını gerektirmektedir. Bu nedenle karışıklıkların ve kaosu önüne geçmek için sorumluluk ve görev tanımlarının yazılı ve açık bir halde ortaya konulması önem taşımaktadır (28).

Multidisipliner ekibin en önemli profesyonellerinden biri yoğun bakım hemşiresidir. Yoğun bakım hemşiresi; bu alanda gerekli eğitim ve sertifika

programlarını tamamlamış; hemşirelik süreci, etik ilke ve uygulamalar, hasta güvenliğini sağlama, riskleri önleme, klinik uygulama, etkili terapötik iletişim gibi görev, yetki ve sorumluluklara sahip olmalıdır. Aynı zamanda yaşamı tehdit altında olan hastaları sürekli gözlemleyen, alana, görev, yetki ve sorumluluklarına hakim, koruyucu, tedavi edici, iyileştirici ve rehabilite edici bakım uygulamalarını planlayan ve yürüten sağlık profesyonelidir (29).

2.5. İnvaziv ve Noninvaziv Mekanik Ventilasyon

İnvaziv mekanik ventilasyon endotrakeal tüp ile hastanın akciğerlerinin havalandırılması olayıdır. Ancak entübasyon tüpüne ve mekanik ventilasyona ait komplikasyonlar, hava yolu defans mekanizmasının bozulması, ekstübasyon sonrası komplikasyonlar nedeniyle IMV korkulan ve kaçınılan bir yöntem olmuştur. Buna karşılık yeni yöntemlere ilişkin arayış, teknolojinin ve tıbbın gelişimiyle birlikte noninvaziv mekanik ventilasyonu gündeme getirmiştir. Noninvaziv mekanik ventilasyon hastada endotrakeal tüp olmadan çeşitli maskeler aracılığıyla hastanın akciğerlerinin havalandırılmasıdır (30). Bu yöntemin; kollebe olan alveolleri yeniden havalandırmak, solunum kaslarını desteklemek ve böylece solunum yükünü azaltmak, pulmoner gaz değişimini sağlamak, restriktif akciğer hastalıklarında yeterli tidal volümü oluşturmak gibi hedefleri vardır. Bu hedeflerin yanı sıra NIMV kullanımına bağlı kardiyak output azalabilir, venöz dönüş azalabilir ve sistemik hipoperfüzyon gibi komplikasyonlarla da karşılaşılabilir. NIMV amaç her tedavide olduğu gibi doğru zamanda, doğru endikasyonla, doğru uygulama prosedürleri ve konuda yeterliliği kanıtlanmış profesyoneller tarafından uygulamalar yapılmasıdır (31).

Tablo 1. NIMV ve IMV karşılaştırılması

	IMV	NIMV
1. Mekanik desteğin hastaya uygulanma yöntemi	- Endotrakeal tüp	- Maske
2. Uygulanma yeri	- YBÜ	- Acil, Servis, YBÜ, ara yoğun bakım, ev ortamı
3. Sedasyon ihtiyacı	- Genellikle var.	- Nadiren var.
4. Beslenme durumu	- Nazogastrik Sonda, Peg, IV - Kendisi beslenemez.	- Oral, Nazogastrik Sonda, Peg, IV - Kendisi beslenebilir.
5. Sekresyonlar	- Aspire edilmesi gerekir.	- Aspire edilebilir, kendi çıkarabilir.
6. İletişim kurma	- Konuşamaz, iletişim kurmada zorlanır.	- Konuşabilir, iletişim kurabilir.

2.5.1. Noninvaziv Mekanik Ventilasyon Endikasyonları ve Kontrendikasyonları

NIMV uygulamasının yapılabilmesi için hastanın yeterli öksürük refleksi ve yutma fonksiyonunun olması, stabil bir klinikte olması, maska-yüz uyumunun olması ve bilincinin açık olması gerekmektedir. NIMV uygulaması sadece hiperkapni nedeniyle bilinç bulanıklığı yaşanan hastalara kontrendike değildir. Çünkü NIMV uygulaması hiperkapniyi azaltarak bilincin düzelmesini sağlamaktadır. Ayrıca invaziv mekanik ventilasyon entübasyon tüpü sayesinde güvenli bir havayolu açıklığı sağlarken, NIMV maske aracılığıyla uygulandığı için hava kaçaklarına neden olabilir, istenilen basınç ve oksijenizasyon sağlanamayabilir (32). Bunlara ek olarak kalp ve solunum durması, bilinç bulanıklığı (hiperkapni hariç), solunum dışı organ yetersizlikleri, hava yolu açıklığının akut veya kronik olarak bozulduğu, sekresyonların atılamadığı, üst hava yolu obstrüksiyonu ile yüz travması – deformitesi ve/veya yanığı olan hastalarda NIMV uygulaması kontrendikedir. Buna karşın sık kullanıldığı durumlar ise KOAH'ın akut alevlenmeleri, akut kardiyojenik pulmoner ödem, KOAH'lı hastalarda ekstübasyonu kolaylaştırma, immünite zayıflığı, astım, postoperative solunum yetersizliği, hipoksemik solunum yetersizliği, başarısız ekstübasyon / “weaning” olan tablolardır (33).

En çok NIMV uygulanan hasta grubu KOAH akut alevlenme tanısı alan hastalardır. NIMV ile kısa sürede kan gazı sonuçlarında, vital bulgularda iyileşme, mortalite ve hastanede kalış süresinde azalma gözlenmiştir (34). Örneklemini KOAH'lı hastaların oluşturduğu sekiz çalışmanın incelendiği sistematik derlemede NIMV desteği uygulanan hastaların entübasyon ihtiyacının ve mortalitesinin azaldığı görülmüştür. Tedavi başarısızlık oranının da daha düşük olduğu saptanmıştır (35).

Akut kardiyojenik pulmoner ödem tablosunda da NIMV yöntemlerinden CPAP tedavide ilk seçenektir. Bu yöntemin kullanılması hastanın entübasyon sürecine geçmemesini sağlar. Bu yöntem ile kollebe olan alveoller açılarak ve rezidüel volümün artırılması ve gaz değişiminin iyileşmesi hedeflenir. Böylece kalp ve büyük damarlar bu durumdan etkilenir ve kalp duvarının geriliminde azalma olur. Bu duruma bağlı olarak da solunum işi hafifler. Yapılan retrospektif bir çalışmada acil serviste akut kardiyojenik pulmoner ödem tedavisinde hastalara NIMV uygulandığında IMV uygulamasına kıyasla yoğun bakımda kalış süresinde azalma olduğu saptanmıştır (36). Prospektif randomize kontrollü bir çalışmada ise CPAP ve BPAP alan hastalar karşılaştırılmış, BPAP uygulanan hastalarının PaCO₂ değerinin daha çabuk düştüğü görülmüştür. Bu nedenle CPAP uygulaması ile hiperkapnisi ve dispnesi geçmeyen hastalara BPAP uygulanabilmektedir (37).

Akut alevlenme sebebiyle entübe edilmiş KOAH hastalarında direk NIMV ile ekstübasyonun zor 'weaning' olabilecek hastalardan daha iyi sonuç verdiği düşünülmektedir. Geleneksel weaning uygulaması ve NIMV uygulamasıyla ekstübasyon süreçleri yönetilmiş iki uygulama karşılaştırıldığında NIMV uygulanan hastaların daha az IMV bağlı kaldığı, yoğun bakım ve hastanede daha az kaldığı saptanmıştır (38). İmmün sistemi zayıflamış nakil, hematoloji, AIDS hastalarında da IMV endotrakeal tüp nedeniyle ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bu neden bu hastalarda da NIMV uygulamalarının mortalite ve morbiditeyi ciddi oranda azalttığı vurgulanmaktadır (39). NIMV uygulamalar ve CPAP uygulamasının postoperatif dönemde oluşan atelektazileri engellemede ve gaz değişimini iyileştirmede etkili olduğu bilinmektedir. Elektif batın operasyonlarından sonra gelişen akut solunum yetmezliği tablosunda geleneksel oksijen tedavisi ve CPAP uygulaması karşılaştırılmış, CPAP uygulanan

hastaların pnömoni, sepsis ve entübasyon oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (40).

Hipoksemik solunum yetersizliğine bakıldığında ARDS, pnömoni, travma etyolojisinde bağlı gelişen $PaO_2/FiO_2 < 200$ ve solunum sayısı > 35 olarak tanımlanan bir klinik tablodur ve NIMV oldukça sık uygulanmaktadır. Pnömonili hastalarda NIMV başarısız bir yöntem olarak görülse de %50 O_2 ile 6 saatten fazla $PaO_2 > 60$ mmHg ve $SpO_2 < 90$ olan ciddi hipoksemik hastalarda entübasyonu önleyip sağkalımı arttırabilir (41). ALI/ ARDS için NIMV uygulamalarına bakıldığında yapılan bir çalışmada başlangıç tedavisi olarak NIMV uygulanmış olan hastaların APACHE II skorunun 34'ün üzerinde olması ve 1 saatlik tedaviye rağmen PaO_2/FiO_2 oranının 175'in altında olması NIMV uygulamasında başarısızlığın habercisi olmuştur (42).

2.5.2. Noninvaziv Mekanik Ventilasyonda Başarı İçin Hasta ve Takip Birimi

Noninvaziv mekanik ventilasyon uygulamasının başarı oranı hasta seçimi ile doğrudan bağlantılıdır (Tablo 2). Hastanın ventilasyon ihtiyacı arteriyel kan gazı ya da solunum işi ile alakalı olabilir. Bu durum klinisyen tarafından iyi saptanmalı ve uygun ventilasyon yöntemi seçilmelidir. Noninvaziv mekanik ventilasyon başarısını etkileyen bir başka durum ise tedaviye başlama zamanıdır. Uygulamadaki gecikmeler hastanın kliniğini daha da kötüleştirip tedavide başarıyı düşürebilir. Noninvaziv mekanik ventilasyon uygulamasının başarısız olacağı düşünülen durumlar ($pH < 7.30$, arter kan gazlarında ve klinik tabloda NIMV ile 1-2 saatte düzelme olmuyorsa, yüksek APACHE II skoru, pnömoni, yapışkan sekresyon, diğ sorunları, kötü beslenme durumu, hipoksemik solunum yetmezliği, bilinç bozukluğu) var ise hastalar YBÜ'de izlenmelidir (43,44).

Tablo 2. NIMV İçin Hasta Seçim Kriterleri

NIMV İçin Hasta Seçim Kriterleri	
1.	Koopere olması
2.	Ventilatör ile uyumlu olması
3.	Genç olması
4.	Düşük APACHE II skoruna sahip olması
5.	Maske ile hava kaçağının az olması
6.	İlk 2 saatte gaz değişiminde, solunum hızında ve kalp hızında azalma olması
7.	Çok ciddi hiperkarbi olmaması (PaCO ₂ < 92 mmHg)
8.	Ciddi asidoz olmaması (pH > 7,10)

Dikensoy O. İkidağ B. Filiz A. Bayram N. Comparison Of Non-Invasive Ventilation And Standard Medical Therapy İn Acute Hypercapnic Respiratory Failure: A Randomised Controlled Study At A Tertiary Health Centre İn SE Turkey. Int J Clin Pract. 2002; 56: 85-88.

2.5.3. Noninvaziv Mekanik Ventilasyon Başlama Protokolü

Uygun hastalar belirlendikten sonra (Tablo 3), NIMV başlanan hasta monitörize edilmeli, uygun pozisyona (baş 30 derece dik) gelmelidir. Hastanın yüz tipi ve kullanılacak ventilasyon cihazına uygun maske seçilmeli, ara bağlantılar yapılıp maske hastaya takılmalıdır. Dispnenin azalması, takipnenin gerilemesi, hiperventilasyonun gerilemesi, istenilen tidal volümün oluşması ve hastanın ventilatör ile uyumu NIMV uygulamasında başarıyı göstermektedir.

2.5.4. Noninvaziv Mekanik Ventilasyon Komplikasyonları

Non-invaziv mekanik ventilasyon, IMV'a göre çok daha avantajlı bir yöntemdir. IMV gibi çeşitli komplikasyonları mevcuttur. Komplikasyonlar genellikle maske ve ventilatör akım ve basınç destekleri ile ilişkilidir (45). Buna karşın NIMV komplikasyonu ve bunlara yönelik alınacak tedbirler Tablo 4'te gösterilmektedir.

Tablo 3. NIMV Başlama Protokolü

NIMV Başlama Protokolü	
1. Hastanın uygun bir şekilde gözlenebilecek yerde olması, SpO ₂ takibi, vital bulgularının takibi	7. Hasta tolere ettikçe basınçlar arttırılabilir. Hasta-ventilatör uyumu kontrol edilir.
2. Gövdenin en az 30 derece yükseltilmesi	8. Hava kaçakları kontrol edilir.
3. Uygun maskenin seçimi	9. Nemlendirici takılabilir.
4. Ventilatör seçimi	10. Hafif sedasyon yapılabilir.
5. Maskenin uygun bir başlık ile yerleştirilmesi, başlık kayışları ile yüz arasına 2 parmak sokulabilmelidir.	11. Hasta daima teşvik edilmelidir.
6. Maske ventilatör hortumuna bağlanır ve ventilatör çalıştırılır.	12. Arter kan gazı ilk 1-2. saatte kontrol edilmeli, sonra gerektiğinde tekrar edilmelidir.

Karakurt S. Noninvazif Mekanik Ventilasyon. Marmara Med J. 2011;24(1):44-58.

Tablo 4. NIMV Komplikasyonları ve Alınacak Önlemler

NIMV Komplikasyonları	Alınacak Önlemler
1- Maske ile ilgili <ul style="list-style-type: none">• Rahatsızlık hissi• Yüz derisinde eritem• Burun sırtında ülserasyon• Klostrofobi• Akne benzeri döküntü	- Bağıın gerginliğini azaltmak, maske ile burun sırtı arasına yapay deri yerleştirmek, maskeyi değiştirmek, basıncı azaltmak.
2- Hava akımı ve basınç ile ilgili <ul style="list-style-type: none">• Nazal konjesyon• Sinüs/kulak ağrısı• Nazal/oral kuruluk• Göz irritasyonu• Aerofaji	- Nazal maske kullanmak, sedasyon. - Steroidli nazal sprey, ısıtıcı nemlendirme. - Ağrı kesici, basınçların azaltılması. - Serum fizyolojik damla, nemlendirici kullan. - Hava kaçağının engellenmesi. - Simetikon, nazogastrik sonda, rektal tüp. - Maske-yüz uyumunun sağlanması, maskenin değiştirilmesi, basınçların azaltılması, volüm yerine basınç kontrollü ventilatör kullanılması.
3- Hava kaçağı	- Yarı oturur pozisyon, antibiyotik. - Sıvı ve inotrop, basınç azaltılması. - Takip ve/yada tüp takılması, basınç azaltılması, entübasyonu düşün.
4- Major komplikasyonlar <ul style="list-style-type: none">• Aspirasyon pnömonisi• Hipotansiyon• Pnömotoraks	

Karakurt S. Noninvazif Mekanik Ventilasyon. Marmara Med J. 2011;24(1):44-58.

2.6. Konfor Kavramı ve Konfor Kuramı

Konfor kelimesi köken olarak Fransızca olan ‘confort’ kelimesinden türemiştir. Kelime anlamı olarak rahatlama, rahatlık anlamlarına gelmektedir. TDK ise konforun tanımını ‘günlük hayatı kolaylaştıran maddi rahatlık’ olarak yapmıştır (46). Akıl, beden ve ruhun birleşimiyle oluşan konforlu hissetme durumu bireyin ihtiyaç ve isteklerinin karşılanmasıyla meydana gelir (47).

Konfor kavramı hemşirelik literatüründe çeşitli anlamlarda kullanılmıştır. Yaşam kalitesi, ağrı kontrolü, karar verme, hemşirelik girişimleri gibi çeşitli süreçler olarak incelenmiştir (48). Özellikle yoğun bakımda hastaların konforlarını etkileyen birçok durum söz konusudur. Kaliteli hemşirelik bakımını ölçen parametrelerden birisi de hiç şüphesiz konfordur. Yoğun bakım hemşiresi de konfora etki eden parametreleri saptayıp uygun ve kaliteli bakımı verdiğinde hastaların konfor düzeylerinde artış görülebilir (49).

Konfor kavramını birçok kuramcı ele almıştır. Bu kuramcılardan Watson insan bakım modelini, Peplau kişiler arası ilişkiler modelini, Orlando etkileşim kuramını geliştirip konfor kuramına katkıda bulunmuşlardır (50-52). Literatüre bakıldığında konfor kuramının Florence Nightingale ile başlayıp kuramın kurucu olan Katherine Kolcaba ile düzenlendiği görülmektedir. Kolcaba bu kuramı 1994’te geliştirmeye başlamış ‘bireye yardım etme, bireyin huzurunu sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmesi için gerekli olan durumları fiziksel, sosyokültürel, psikososyal ve çevresel bağlamda bütünlük halinde karşılanması’ olarak tanımlamıştır (53).

2.6.1. Konfor Kuramının Düzey ve Boyutları

Kolcaba konfor kuramını çalışmaları sonucunda konforu 3 düzey ve 4 alt boyutta ele almıştır. Konfor düzeyleri ferahlama, rahatlama, üstesinden gelme olarak üçe ayrılmıştır (54).

Ferahlama: Bireyin ihtiyaçlarının karşılanmaya başlamasıyla hissettiği sorunlardan kurtulma durumu olarak ifade edilir. Birey ihtiyacının karşılanması durumunda ferahlama hissini yaşar.

Rahatlama: Birey rahatladığını, huzurlu olduğunu hisseder. Bireyin memnun olduğunu belirtmesi durumu olarak ifade edilir.

Üstesinden gelme: Bireyin problemlerinin çözülmesi ve bu işin üstünden kendi başına gelmesi durumudur. Bireyin bazı zaman ve bazı durumlarda kendi durumuna karar vermesi ve olayları yönetebilme yeteneğinin olmasıdır. Konfor gereksinimleri tam anlamıyla karşılanan bireyler problemlerin üstesinden gelme düzeyine ulaşmış olurlar (55).

Konfor boyutları ise fiziksel (bedensel olaylar), psikospiritüel (iç dünya ile ilgili olaylar), sosyokültürel (kişi ve aile ilişkileri) ve çevresel (dış ortam faktörleri) olarak dört birleşenden oluşarak konforun taksonomik yapısını oluşturur (56).

Tablo 5. Konfor Kuramın Düzey ve Boyutları (Taksonomik Yapısı)

KURAMIN TAKSONOMİSİ		KONFOR DÜZEYLERİ		
KONFOR BOYUTLARI		Ferahlama	Rahatlama	Üstesinden Gelme
	Fiziksel			
	Psikospiritüel			
	Çevresel			
	Sosyokültürel			

Khan A. Application Of Katharine Kolcaba Comfort Theory To Nursing Care Of Patient. International Journal Of Scientific And Research Publications. 2017;7(3).

2.6.2. Yoğun Bakımda Konfor Kuramı ve Konfor Kuramının Uygulanması

Konfor kuramına dünden bugüne bakıldığında zamanla farklı şekillerde incelendiği görülmüştür. Konfor 1929'a kadar hemşireliğin ana merkezi ve moral kaynağı, 1930-1959 yılları arasında bakımda kaliteye ulaşmayı sağlayan temel basamak, 1960-1990 yılları arasında konfor kavramı hemşireliğin bir parçası haline gelmeye başlamış ve fiziksel konfor ön plana çıkmıştır. Konforun kuram haline gelmesi ise 1991-2006 yılları arasında olmuştur. Konfor kuram haline geldikten hemen sonra konforu etkileyen çeşitli konulara odaklanılmış, eş zamanlı olarak konfor ile ilgili olan 'konforda bozulma' tanısı Uluslararası Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği'nin (NANDA-

D) çalışmalarıyla hemşirelik tanılarına eklenmiştir. Bu alanda bir hemşirelik tanısının olması konfor kuramına bakış aırlarını değiştirmiş ve alanda konforun ön plana çıkmasını sağlamıştır (57,58).

Yoğun bakım hemşirelerinin temel görevi yaşamı tehdit altında olan ya da organ yetmezlikleri olan hasta gruplarına bakım vermektir. Konfor kuramı ise verilen hemşirelik bakımdan sonra hastanın ferahlamış, rahatlamış ve sorunların üstesinden gelebilmiş olma durumunu irdelemektedir. Dolayısıyla hastalarda fiziksel ve manevi olarak da iyi olma durumu hemşirelik bakımının pozitif sonucu olarak kabul edilmektedir (59). Yoğun bakımlardaki hastaların konfor düzeyleri aldıkları bakım ile doğru orantılıdır. Bakım verirken hastanın konforunu arttırmak için konfor kuramı göz önünde bulundurulmalı; fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel düzeylerin her biri dikkate alınarak doğru ve kaliteli şekilde bakım uygulanmalıdır (57,60).

Yoğun bakımda fiziksel konforu etkileyen faktörler: Ağrı, hemostatik dengenin bozulması, invaziv işlem uygulanması, beslenmede değişim, endotrakeal entübasyon ve mekanik ventilasyon gibi uygulamalar hastanın konforunu etkileyebilir.

Ağrı hastanın fiziksel konforuna etki eden en önemli stresörlerden biridir. Doku hasarından kaynaklı karmaşık ve kişisel bir durumdur. Ağrı fiziksel ve emosyonel olarak tanımlansa da sosyal, bilişsel, kültürel faktörleri de içinde barındırır. Aynı zamanda hastaların hemşirelerden yardım istemesine neden olur (61). Hastalarda en çok ağrıya neden olan faktörler mekanik ventilasyon, girişimsel invaziv işlemler, derin endotrakeal aspirasyon, pozisyon değişimleri gibi durumlardır (62). Yapılan bir çalışmada cerrahi girişim uygulanan hastaların konfor düzeyleri incelenmiş, bakım kalitesi ve hasta memnuniyetini arttırmak için ağrı ve konfor düzeylerinin incelenmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (63). Ağrı ve konfor üzerine hemşirelerin rolünü konu alan bir çalışmada ise hemşirelerin ağrıyı saptama ve sonlandırmada kilit rol oynadığı, çeşitli uygulamaların hastanın ağrısını azaltmak üzerine olumlu etki edebileceği, verilen bakımın ağrıyı azaltırken konfor düzeyini arttırıp iyileşme ve taburculuk süresini hızlandırdığı görülmüştür (64).

Yoğun bakımda psikospiritüel konforu etkileyen faktörler: Daha önce deneyimlenmeyen ses ve gürültünün olması, biyomedikal cihazların olması, stres faktörlerinin olması, hastaya girişimlerde bulunulması ve bireyin baş etmekte olduğu semptomların varlığı hasta için ciddi bir anksiyete kaynağıdır. Anksiyete konforu etkileyen parametrelerden biridir. Uykunun bölünmesi, uyuyamama, solunum cihazına bağlanma, beden imajında bozulma, sosyal izolasyon gibi durumlar anksiyeteye neden olan faktörler arasında sayılabilir (9, 59). Ayrıca hastanın güvende hissetmesi de psikospiritüel konforu etkileyen bir etmendir, hastanın kendisini güvende hissetmesine en çok yardımda bulunanlar ise hemşirelerdir. Hemşireler hastalara gerekli emosyonel ve fiziksel desteği sağlayarak hastanın konforunu bu yönde olumlu etkileyebildiği görülmüştür (15).

Yoğun bakımda çevresel konforu etkileyen faktörler: Yoğun bakımda hastanın maruz kaldığı ışık, sıcaklık, güvenilir çevre ve gürültü gibi kavramların hasta üzerindeki etkisini kapsamaktadır (15). Yastık ve yatakların rahatlığı, mahremiyete gösterilen saygı, kötü kokuların varlığı gibi durumlar konforu olumsuz etkilemektedir. Çevresel etmenler hastanın uyku örüntüsünü bozmakta, konforda ve rahatta bozulmaya yol açmaktadır (68). Hemşireler tarafından risk faktörlerinin belirlenip hastanın konforunu korumaya yönelik kaliteli, uygun ve doğru girişimlerle hemşirelik bakımı verilmesi konforun sağlanması ve korunmasında oldukça önemlidir (69).

Yoğun bakımda sosyokültürel konforu etkileyen faktörler: Aile bağları, giyinme şekli, görenek ve gelenekler gibi kültürel boyutları kapsamaktadır. Bu özellikler göz önüne alınarak bireylere özgü bakım verilmeli, bireyin örf ve adetleri göz önüne alınmalı, tedavi süreci ve bakım ile ilgili yeterli bilgi verilmelidir. Yoğun bakım ünitelerinde ziyaret saatlerinin olması hastalara sosyal destek olmakta memnuniyeti arttırmakta ve konforu iyileştirmektedir (71).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, Kolcaba'nın konfor kuramına göre noninvaziv mekanik ventilatör desteği alan hastaların yaşam kalitesi ve konfor düzeylerinin incelenmesi amacı ile ön test-son test deney ve kontrol gruplu yarı deneysel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Manisa Celal Bayar Hafsa Sultan Üniversite Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi'nde Mart 2023 – Ağustos 2023 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, Manisa Celal Bayar Hafsa Sultan Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım Ünite'sinde yatan hastalardan oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise bu evren içinden dahil edilme kriterlerini karşılayan NIMV desteği alan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmada deney ve kontrol grupları basit rastgele randomizasyon yöntemi olan kura çekimi ile belirlenmiştir. İlk çekilen kura deney grubuna, ikinci çekilen kura kontrol grubuna kaydedilmiş ve bu şekilde tek sayılardaki çekimler deney grubunu, çift sayılardaki çekimler ise kontrol grubunu oluşturmuştur. Araştırmada "G. Power-3.1.9.2" programı kullanılarak, %95 güven düzeyinde minimum örneklem sayısı deney grubu 30, kontrol grubu 30 olmak üzere 60 olarak hesaplanmış ve hesaplanan örneklem büyüklüğüne ulaşılmıştır. Veri toplama aşamasından sonra örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığı tekrar analiz edilmiş, deney ve kontrol grupları arasındaki fark incelenmiştir. Buna göre alfa değeri 0.05; etki büyüklüğü 1.79 alındığında çalışmanın minimum gücü %99,9 olarak hesaplanmıştır.

Deney ve kontrol grubuna dahil edilme özellikleri:

- Araştırmayı kabul etmek
- En az 48 saat NIMV desteği almak

- 18 yaşından büyük olmak
- Bilinci açık, koopere olmak

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: Genel konfor ve yaşam kalitesi düzeyleri

Bağımsız değişken: Hastaların sosyodemografik özellikleri

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri “Kişisel Veriler Formu”, “Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu” ve “SF-36 Sağlık Taraması” kullanılarak araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanacaktır.

Kişisel Veriler Formu (Ek 3): Kişisel bilgi formu hastaların yaş, cinsiyet, hastalık tanısı gibi bağımsız değişkenlerin tanımlandığı 12 soruluk bir formdur. Kişisel bilgi formu literatür bilgilerinden faydalanılarak araştırmacı tarafından oluşturulduktan sonra, iç hastalıkları hemşireliği alanında uzman iki akademisyen, bir anestezi yoğun bakımda uzman hekim, bir yoğun bakım uzman hemşiresi olmak üzere dört uzman görüşüne sunulmuş ve onaylı hali ile çalışmada kullanılmıştır. Bu formda sosyo-demografik özellikler yanında, hastaların hemşirelik bakımına ilişkin algılarını ifade edebilecekleri 6 maddelik ifade soruları da yer almıştır (72,73,78).

Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu (GKÖ-KF) (Ek 4): Kolcaba, konfor kuramı üzerinde çalışmış ve kuramını düzeyler ve boyutlar üzerinden açıklamıştır. Kolcaba tarafından 2006 yılında geliştirilen GKÖ-KF; ferahlama (9 madde), rahatlama (9 madde) ve sorunların üstesinden gelme (10 madde) alt boyutlarını içeren dördü veya altılı likert tipinde bir ölçektir (72). Bu araştırma kapsamında dördü likert türü kullanılmıştır. Pozitif ve negatif maddelerden oluşan ölçeğin değerlendirilmesinde; negatif maddeler ters kodlanarak toplanır. Elde edilen toplam puan, ölçek maddelerinin sayısına bölünerek ortalama değer bulunur. Alınabilecek en düşük değer olan 1 düşük konfor durumunu, en yüksek değer olan 6 ise yüksek konfor durumunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Seyhan Çitlik Sarıtaş ve ark. tarafından 2018 yılında

yapılmıştır. GKÖ-KF'nun Türkçe formunun Cronbach's alpha güvenilirlik katsayısı 0.82 olarak bulunmuştur (72).

Kısa Form – 36 (SF-36) (Ek 5): Amerika'da tasarlanmış, sağlıklı popülasyonda ve farklı hasta gruplarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. SF-36, Koçyiğit ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve Türkçe formunun Cronbach's alpha güvenilirlik katsayısı her bir alt ölçek için 0.7324-0.7612 arasında değişmiştir (73). Bu ölçek sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile incelemektedir.

Tablo 6. Kullanılan Ölçek ve Boyutlarının Güvenirlik Analizi Sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutları	Cronbach's Alpha	
	1.Aşama	2. Aşama
Genel Konfor Düzeyi	0,825	0,881
Ferahlama	0,614	0,735
Rahatlama	0,520	0,709
Üstünlük	0,633	0,572
SF		
Fiziksel Fonksiyon	0,963	0,834
Fiziksel Rol Güçlüğü	0,965	0,958
Emosyonel Rol Güçlüğü	0,984	0,928
Enerji Canlılık	0,611	0,966
Sosyal İşlevsellik	0,600	0,651
Ağrı	0,633	0,709
Genel Sağlık	0,911	0,537

Güvenirlik analizi ölçeklerde yer alan ifadelerin kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini ve ifadelerin tümünün aynı konuyu ölçüp ölçmediğini test etme amacıyla yapılmaktadır (74). Güvenirlik analizinde, 0-1 arasında değişen Cronbach's Alpha (α) katsayısı değeri; 0.00-0.40 arasında ise ölçeğin güvenilir olmadığı; 0.40-0,60

arasında ise düşük güvenilirlikte, 0.60-0,80 arasında ise oldukça güvenilir ve 0.80-1.00 arasında ise yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu şeklinde değerlendirilmektedir (75). Sonuçlara göre, tüm ölçüm araçları ve alt boyut güvenilirlikleri 0,40 üstüdür.

Konfor Kuramına Temellendirilmiş Bakım Planı İçeriği (Ek 6): Konfor kuramına göre hazırlanmış hemşirelik bakım planıdır. Konfor kuramı 3 düzey ve 4 boyuttan oluşmaktadır. Hastanın sıkıntılarından kurtulduğunda hissettiği durum ferahlama düzeyi, hastanın sakin olma ve hoşnut olma durumu rahatlama düzeyi ve sorunların üstesinden gelebilme, sorunlarla baş edebilme durumu üstünlük düzeyi olarak konfor düzeyleri açıklanmaktadır. Konfor boyutları ise hastanın hastalığa karşı verdiği fizyolojik parametrelerden oluşan fiziksel konfor, bireyin benlik kavramı ve cinsellik ile ilgili parametrelerin ele alındığı psikospiritüel konfor, bireyin çevresi ile ilgili parametreleri kapsayan çevresel konfor ve son olarak bireyin ahlaki değerleri, insanlarla ilişki ve tutumları gibi birçok sosyolojik açıyı içine alan sosyokültürel konfordan oluşmaktadır (17,76-80,89).

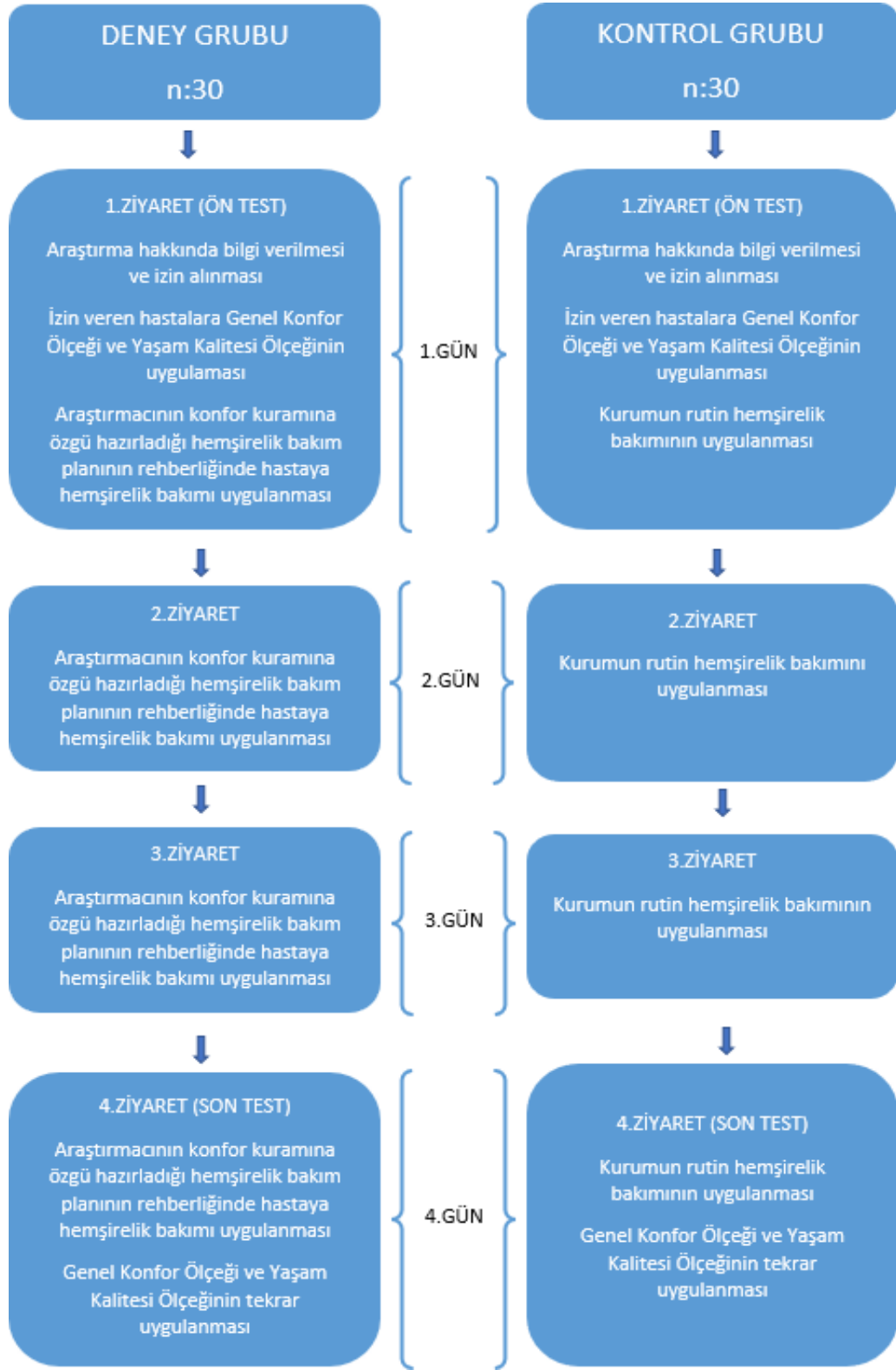
Deney grubuna, kurama göre hazırlanan bakım planı hazırlanıp etkili solunumun sürdürülmesi, sıvı dengesinin sağlanması, beslenme gereksiniminin karşılanması, bulantı ve kusmanın giderilmesi, oral kavitenin korunması, uyku düzeninin sağlanması, eliminasyon sorunlarının giderilmesi, aktivite toleransının artması, yorgunluğun ortadan kalkması, benlik saygısının korunması ve ümitsizliğin giderilmesi sorunlarına yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması amaçlanmıştır.

Kontrol grubuna ise çalışmanın yapıldığı kliniğin rutin hemşirelik bakımı uygulanmıştır. İki gruba da invaziv bir girişim uygulanmamıştır. Daha sonraki aşamalarda ise verilen bakımlara göre hastaların konfor ve yaşam kalitesi düzeyleri karşılaştırılarak hemşirelik bakımının gelişmesi ve revizyonu sağlanmıştır.

Araştırma iki aşamada gerçekleştirilmiş olup, Şekil 1’de süreç özetlenmiştir. ***İlk aşamada*** dahil edilme kriterlerini karşılayan kontrol grubunun verileri toplanmıştır. Kontrol grubuna hiçbir invaziv girişimde bulunulmamış, çalışmanın yapıldığı kliniğin rutin hemşirelik bakımı uygulanmıştır. İlk ziyarette araştırma hakkında bilgi verilmiş, onam alınmış ve veri toplama araçları uygulanarak veriler toplanmıştır. Aynı hastalara

son ziyaret günü olan dördüncü günde tekrar ilk gün kullanılan veri toplama araçları uygulanarak veri toplama aşaması sonlandırılmıştır.

İkinci aşamada ise konfor kuramına temellendirilmiş, yoğun bakımda NIMV desteği alan hastaların bakım ihtiyaçları doğrultusunda bir hemşirelik bakım planı hazırlanmıştır. İlk ziyarette araştırma hakkında bilgi verilmiş, onamları alınmış ve veri toplama araçları uygulanarak veriler toplanmıştır. İlk verilerin toplanmasından sonra Kolcoba Konfor Kuramı'na göre hazırlanan hemşirelik bakım süreci başlatılmış ve 4 gün boyunca bu sürece göre bakım verilmiştir. 4. gün verileri de alındıktan sonra çalışma sonlandırılmıştır.



Şekil 1: Araştırma Akış Şeması & Uygulama Süreci

3.6. İstatistiksel Analiz

Veriler; araştırmacılar tarafından yüzyüze görüşülerek, etik kurul ve hastane izinlerinin ardından toplanmıştır. SPSS 25.0 paket programı ile analiz edilmiştir. Uygun olan parametrik ve nonparametrik analizler yapılmıştır. Frekans analizinin yanı sıra farklı iki grubu karşılaştırmada Mann-Whitney U Testi, ikiden fazla grubu karşılaştırmada Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırma Takvimi

Eylül - Kasım 2022: Literatür taraması

Aralık 2022: Kaynakları okuma

Ocak 2023: Tez konusunun netleştirilmesi

şubat 2023: Etik kurul izninin yazılması

Mart 2023: Kurum izninin alınması

Mart – Temmuz 2023: Verilerin toplanması

Temmuz 2023: Araştırma bulgularının yazılması ve yorumlanması

Ağustos 2023: Tezin savunulması

3.8. Etik İzinler

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 23.03.2023 tarihli 0122 nolu kararı ile etik kurul izni; Manisa Celal Bayar Hafsa Sultan Hastanesi'nden araştırmanın uygulanması için kurum izni alınmıştır (Ek 8 ve 7). Çalışmaya dahil edilen hastalardan, Helsinki Bildirgesi'ne uygun şekilde, bilgilendirilmiş gönüllü onam formu açık ve ayrıntılı olarak anlatılmış onamlar alınmıştır (Ek 1 ve 2). Ayrıca araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerin Türkçe

uyarlama çalışmalarını yapan araştırmacılarından da mail ile yazılı olurları alınmıştır (Ek 6).

4. BULGULAR

Araştırma kapsamında elde edilen bulgular bu bölümde verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların medeni durum, yaş, cinsiyet, meslek, yandaş hastalıklar, yatış tanıları gibi genel konfor düzeylerine ve yaşam kalitelerine etki edebileceği düşünülen sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N_{kontrol}=30, N_{deney}:30)

		Grup				Ki kare	p değeri
		Kontrol		Deney			
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Durum	Exitus	10	33,3	12	40,0	0,287	0,592
	Yaşıyor	20	66,7	18	60,0		
Cinsiyet	Kadın	12	40,0	8	26,7	1,200	0,273
	Erkek	18	60,0	22	73,3		
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	6	20,0	3	10,0	1,981	0,472
	Orta-öğretim	24	80,0	26	86,7		
	Lisans	0	0,0	1	3,3		
Medeni durum	Bekar	9	30,0	8	26,7	0,082	0,774
	Evli	21	70,0	22	73,3		
Meslek	Çalışmıyor	24	80,0	22	73,3	0,373	0,542
	Çalışan	6	20,0	8	26,7		
DM	Var	5	18,5	7	25,9	0,429	0,513
	Yok	22	81,5	20	74,1		
HT	Var	14	51,9	13	48,1	0,074	0,785
	Yok	13	48,1	14	51,9		
KOAHA	Var	9	33,3	7	25,9	0,355	0,551
	Yok	18	66,7	20	74,1		
Akciğer Kanseri	Var	5	18,5	5	18,5	0,000	1,000
	Yok	22	81,5	22	81,5		
KKY	Var	2	7,4	0	0,0	0,519	0,471
	Yok	25	92,6	27	100,0		
SVO	Var	1	3,7	1	3,7	0,000	1,000
	Yok	26	96,3	26	96,3		
Diğer	Var	8	29,6	13	48,1	1,948	0,163
	Yok	19	70,4	14	51,9		

Tablo 7. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (devam)

		Grup						Ki kare	p değeri
		Kontrol			Deney				
		Sayı	Yüzde		Sayı	Yüzde			
Sigara kullanımı	Kullanmıyorum	21	70,0		24	82,8	1,326	0,249	
	Kullanıyorum	9	30,0		5	17,2			
Tanı_Akciğer kanseri	Var	3	10,0		5	16,7	0,577	0,448	
	Yok	27	90,0		25	83,3			
Tanı_ Pnömoni	Var	10	33,3		12	40,0	0,287	0,592	
	Yok	20	66,7		18	60,0			
Tanı_KOAH	Var	6	20,0		7	23,3	0,098	0,754	
	Yok	24	80,0		23	76,7			
Tanı_Diğer	Var	15	50,0		10	33,3	1,714	0,190	
	Yok	15	50,0		20	66,7			
		Ort	SS	Med	Ort	SS	Med	t/z	p
Yaş		69,00	16,39	72,00	67,03	14,24	68,00	-	0,332
Hastanede kalma süresi		11,30	9,05	8,00	13,37	6,77	12,00	-	0,041*
Yoğun bakımda bulunma süresi		8,23	7,31	5,00	10,40	6,39	9,50	-	0,008*
Ventilatörde kalma süresi		4,67	2,09	4,00	4,77	1,22	4,00	-	0,156
APACHE II skoru		21,77	8,22	23,00	20,50	9,35	20,50	0,557 ^t	0,579
Sigara yıl		32,44	7,75	30,00	30,00	12,25	30,00		

*p<0,05

Kategorik değişkenler arasındaki ilişki için ki kare testi kullanıldı.

t: Bağımsız örneklem t testi, z: Mann Whitney U testi z değeri, DM: Diabetes Mellitus, HT: Hipertansiyon, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, KKY: Kronik kalp yetmezliği, SVO: Serebro Vasküler Olay.

Hastaların demografik özelliklerinin gruplara göre dağılımları Tablo 6'da gösterilmiştir. Kontrol grubundaki hastaların %33,3'ünün araştırma sonrasında vefat ettiği (Exitus olduğu), %40'ının kadın olduğu, %80'inin ortaöğretim mezunu olduğu, %70'inin evli olduğu, %80'inin herhangi bir işte çalışmadığı tespit edilmiştir. Hastaların kronik hastalıkları incelendiğinde ise, %18,5'inin DM, %51,9'unun HT, %33,3'ünün KOAH, %18,5'inin akciğer kanseri %7,4'ünün KKY olduğu, %3,7'sinin SVO olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %70'inin sigara kullandığı tespit edilmiştir. Ayrıca hastaların %10'unun akciğer kanseri, %33,3'ünün pnömoni ve %20'sinin KOAH tanısıyla takip edildiği tespit edilmiştir.

Deney grubunda, hastaların %40'ının vefat ettiği (Exitus olduğu), %26,7'sinin kadın olduğu, %10'unun ortaöğretim mezunu olduğu, %26,7'sinin evli olduğu, %73,3'ünün bir işte çalışmadığı tespit edilmiştir. Hastaların kronik hastalıkları incelendiğinde ise, %25,9'unun DM, %48,1'inin HT, %25,9'unun KOAH, %18,5'inin akciğer kanseri %3,7'sinin SVO olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %82,8'inin sigara kullandığı tespit edildi. Hastaların %16,7'sinin akciğer kanseri, %40'ının pnömoni olduğu, %23,3'ünün KOAH tanısıyla takip edildiği görülmüştür.

Hastaların sosyodemografik özelliklerinin homojen bir dağılım gösterdiği tespit edilmiştir ($p>0,05$). Ayrıca hastaların yaşları, ventilatörde kalma süresi, APACHE II skoru bakımından deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmezken ($p>0,05$); hastaların hastanede kalma süresi ve yoğun bakımda kalma süresi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği ve kontrol grubunda ilgili sürelerin daha kısa olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 8. Konfor Düzeyi Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırması

Grup	Ön test			Son test			Test değeri	p değeri
	Ort	SS	Med	Ort	SS	Med		
Genel Konfor Düzeyi								
Kontrol	2,27	0,24	2,30	2,36	0,23	2,38	-4,502^{t1}	0,000*
Deney	2,33	0,26	2,39	2,73	0,18	2,75	-10,486^{t1}	0,000*
Test değeri	-0,913 ^{t2}			-6,956^{t2}				
p değeri	0,365			0,000*				
Ferahlama								
Kontrol	2,28	0,29	2,33	2,42	0,30	2,44	-6,966^{t1}	0,000*
Deney	2,37	0,30	2,39	2,81	0,18	2,78	-9,507^{t1}	0,000*
Test değeri	-1,160 ^{t2}			-6,072^{t2}				
p değeri	0,251			0,000*				

Tablo 8. Konfor Düzeyi Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırması (devam)

Rahatlama								
Kontrol	2,28	0,26	2,22	2,36	0,25	2,33	-3,832^{t1}	0,001*
Deney	2,41	0,30	2,44	2,84	0,24	2,89	-8,244^{t1}	0,000*
Test değeri	-1,794 ^{t2}			-7,597^{t2}				
p değeri	0,078			0,000*				
Üstünlük								
Kontrol	2,24	0,24	2,30	2,29	0,23	2,30	-1,697 ^{t1}	0,100
Deney	2,21	0,31	2,30	2,55	0,18	2,50	-7,409^{t1}	0,000*
Test değeri	0,412 ^{t2}			-4,896^{t2}				
p değeri	0,682			0,000*				

*p<0,05 t1: Bağımlı örneklem t testi; z1: Wilcoxon işaret testi; t2: Bağımsız örneklem t testi; z2: Mann Whitney U testi z değeri

Tablo 8’de verilen konfor düzeyi puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması sonucunda başlangıç ölçümlerinin gruplar arasında benzer olduğu görülmüştür. Tablo 8’de genel konfor düzeyi puanları ön test ölçümlerinde kontrol grubunun puan ortalamasının 2,27±0,24 ve deney grubunun puan ortalamasının 2,33±0,26 olduğu; bu durumda genel konfor düzeyi puanlarının ön test ölçümlerinde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05). Son test ölçümlerinde ise genel konfor düzeyi puanları kontrol grubunun puan ortalamasının 2,36±0,23 ve deney grubunun puan ortalamasının 2,73±0,18 olarak olduğu; genel konfor düzeyi puanlarının son test ölçümlerinde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Deney grubu konfor düzeyi puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hem deney hem de kontrol grubu puanlarının kendi içindeki değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Bu süre içinde her iki grupta puanların arttığı tespit edilmiştir.

Ferahlama düzeyi puanlarının ön test ölçümlerinde deney grubunun puan ortalamasının $2,37\pm 0,30$ ve kontrol grubunun puan ortalamasının $2,28\pm 0,29$ olduğu; bunun da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Başlangıç ölçümlerinin gruplar arasında benzer olduğu görülmüştür. Ferahlama düzeyi puanlarının son test ölçümlerinde deney grubunun puan ortalamasının $2,81\pm 0,18$ ve kontrol grubunun puan ortalamasının $2,42\pm 0,30$ olduğu; deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Deney grubu ferahlama düzeyi puanları daha yüksek olarak hesaplanmıştır. Ayrıca hem deney hem de kontrol grubu puanlarının kendi içindeki değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Bu süre içinde her iki grupta puanların arttığı tespit edilmiştir.

Rahatlama düzeyi puanlarının ön test ölçümlerinde deney grubunun puan ortalamasının $2,41\pm 0,30$ ve kontrol grubunun puan ortalamasının $2,28\pm 0,26$ olduğu; deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Başlangıç ölçümlerinin gruplar arasında benzer olduğu görülmüştür. Rahatlama düzeyi puanlarının son test ölçümlerinde deney grubunun puan ortalamasının $2,84\pm 0,24$ ve kontrol grubunun puan ortalamasının $2,36\pm 0,25$ olduğu saptanmış, deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Deney grubu rahatlama düzeyi puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hem deney hem de kontrol grubu puanlarının kendi içindeki değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Bu süre içinde her iki grupta puanların arttığı tespit edilmiştir.

Üstünlük düzeyi puanlarının ön test ölçümlerinde deney grubunun puan ortalamasının $2,21\pm 0,31$ ve kontrol grubunun puan ortalamasının $2,24\pm 0,24$ olduğu; deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Başlangıç ölçümlerinin gruplar arasında benzer olduğu görülmüştür. Üstünlük düzeyi puanlarının son test ölçümlerinde deney grubunun puan ortalamasının $2,55\pm 0,24$ ve kontrol grubunun puan ortalamasının $2,29\pm 0,23$ olduğu; deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Deney grubu üstünlük düzeyi puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hem deney hem de kontrol grubu puanlarının kendi içindeki değişimi

incelendiğinde deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu süre içinde puanların arttığı görülmüştür. Ancak kontrol grubunun kendi içindeki değişimi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

Tablo 9. Yaşam Kalitesi Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırması

Grup	Ön test			Son test			Test değeri	p değeri
	Ort	SS	Med	Ort	SS	Med		
Fiziksel Fonksiyon								
Kontrol	36,67	28,02	35,00	39,17	29,94	35,00	-1,980 ¹¹	0,057
Deney	19,50	28,84	5,00	33,00	30,70	22,50	-4,395¹¹	0,000*
Test değeri	-2,580			0,788 ¹²				
p değeri	0,010*			0,434				
Fiziksel Rol Güçlüğü								
Kontrol	50,83	48,01	62,50	52,50	48,84	75,00	-1,000 ¹¹	0,326
Deney	22,50	40,12	0,00	40,00	41,83	50,00	-3,427¹¹	0,002*
Test değeri	2,480¹²			1,065 ¹²				
p değeri	0,016*			0,292				
Emosyonel Rol Güçlüğü								
Kontrol	80,00	40,68	100,00	80,00	40,68	100,00	0,000 ¹¹	1,000
Deney	41,11	48,49	0,00	77,78	39,47	100,00	-4,469¹¹	0,000*
Test değeri	-3,237¹²			-0,421 ¹²				
p değeri	0,001*			0,674				
Enerji Canlılık								
Kontrol	41,00	6,49	40,00	42,33	7,96	40,00	-1,511 ¹¹	0,131
Deney	38,33	11,62	40,00	49,33	7,04	50,00	-4,799¹¹	0,000*
Test değeri	1,097 ¹²			-3,763¹²				
p değeri	0,278			0,000*				

Tablo 9. Yaşam Kalitesi Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırması (devam)

Sosyal İşlevsellik								
Kontrol	50,83	12,69	50,00	55,00	13,37	50,00	-3,010 ^{t1}	0,005*
Deney	37,92	16,24	37,50	57,50	11,65	62,50	-8,000 ^{t1}	0,000*
Test değeri	3,433 ^{t2}			-0,772 ^{t2}				
p değeri	0,001*			0,443				
Ağrı								
Kontrol	58,67	19,22	51,25	61,42	18,02	62,50	-2,127 ^{t1}	0,042*
Deney	48,17	23,04	45,00	72,92	14,10	72,50	-7,614 ^{t1}	0,000*
Test değeri	1,917 ^{t2}			-2,753 ^{t2}				
p değeri	0,060			0,008*				
Genel Sağlık								
Kontrol	53,67	17,66	55,00	50,33	15,75	50,00	2,373 ^{t1}	0,024*
Deney	43,33	23,09	47,50	49,17	16,61	50,00	-2,094 ^{t1}	0,045*
Test değeri	1,947 ^{t2}			0,279 ^{t2}				
p değeri	0,057			0,781				

*p<0,05 t1: Bağımlı örneklem t testi; z1: Wilcoxon işaret testi; t2: Bağımsız örneklem t testi; z2: Mann Whitney U testi z değeri

Araştırma kapsamına alınan hastaların, yaşam kalitesi puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırması Tablo 9’da gösterilmiştir. Buna göre; Fiziksel Fonksiyon düzeyi puanlarının ön test ölçümlerinde deney grubunun puan ortalamasının 19,50±28,84 ve kontrol grubunun puan ortalamasının 36,67±28,02 olduğu; deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Başlangıç ölçümlerinin gruplar arasında benzer olmadığı görülmüştür. Kontrol grubu katılımcıların puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Fiziksel Fonksiyon düzeyi puanlarının son test ölçümlerinde deney grubunun puan ortalamasının 33,00±30,70 ve kontrol grubunun puan ortalamasının 39,17±29,94 olduğu; deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05). Ayrıca deney grubu puanlarının kendi içindeki değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,05). Bu süre içinde deney grubu puanların arttığı tespit

edilmiştir. Kontrol grubunda ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Fiziksel Rol Güçlüğü düzeyi puanlarının ön test ölçümlerinde deney grubunun puan ortalamasının $22,50\pm 40,12$ ve kontrol grubunun puan ortalamasının $50,83\pm 48,01$ olduğu; deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Başlangıç ölçümlerinin gruplar arasında benzer olmadığı görülmüştür. Kontrol grubu katılımcıların puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Fiziksel Rol Güçlüğü düzeyi puanlarının son test ölçümlerinde deney grubunun puan ortalamasının $40,00\pm 41,83$ ve kontrol grubunun puan ortalamasının $52,50\pm 48,84$ olduğu; deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Ayrıca deney grubu puanlarının kendi içindeki değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Bu süre içinde deney grubu puanların arttığı tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Emosyonel Rol Güçlüğü düzeyi puanlarının ön test ölçümlerinde deney grubunun puan ortalamasının $41,11\pm 48,49$ ve kontrol grubunun puan ortalamasının $80,00\pm 40,68$ olduğu; deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Başlangıç ölçümlerinin gruplar arasında benzer olmadığı görülmüştür. Kontrol grubu katılımcıların puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Emosyonel Rol Güçlüğü düzeyi puanlarının son test ölçümlerinde deney grubunun puan ortalamasının $77,78\pm 39,47$ ve kontrol grubunun puan ortalamasının $80,00\pm 40,68$ olduğu; deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Ayrıca deney grubu puanlarının kendi içindeki değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Bu süre içinde deney grubu puanların arttığı tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Enerji Canlılık düzeyi puanlarının ön test ölçümlerinde deney grubunun puan ortalamasının $38,33\pm 11,62$ ve kontrol grubunun puan ortalamasının $41,00\pm 6,49$ olduğu; deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Başlangıç ölçümlerinin gruplar arasında benzer olduğu görülmüştür.

Emosyonel Rol Güçlüğü düzeyi puanlarının son test ölçümlerinde deney grubunun puan ortalamasının $49,33 \pm 7,04$ ve kontrol grubunun puan ortalamasının $42,33 \pm 7,96$ olduğu; deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Deney grubu puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca deney grubu puanlarının kendi içindeki değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu süre içinde deney grubu puanların arttığı tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

Sosyal İşlevsellik düzeyi puanlarının ön test ölçümlerinde deney grubunun puan ortalamasının $37,92 \pm 16,24$ ve kontrol grubunun puan ortalamasının $50,83 \pm 12,69$ olduğu; ölçümlerde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Başlangıç ölçümlerinin gruplar arasında benzer olmadığı görülmüştür. Kontrol grubu katılımcıların puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sosyal İşlevsellik düzeyi puanlarının son test ölçümlerinde deney grubunun puan ortalamasının $57,50 \pm 11,65$ ve kontrol grubunun puan ortalamasının $55,00 \pm 13,37$ olduğu; ölçümlerinde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Ayrıca hem kontrol hem de deney grubu puanlarının kendi içindeki değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu süre içinde kontrol ve deney grubu puanların arttığı tespit edilmiştir.

Ağrı düzeyi puanlarının ön test ölçümlerinde deney grubunun puan ortalamasının $48,17 \pm 23,04$ ve kontrol grubunun puan ortalamasının $58,67 \pm 19,22$ olduğu; ölçümlerde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Başlangıç ölçümlerinin gruplar arasında benzer olduğu görülmüştür. Ağrı düzeyi puanlarının son test ölçümlerinde deney grubunun puan ortalamasının $72,92 \pm 14,10$ ve kontrol grubunun puan ortalamasının $61,42 \pm 18,02$ olduğu; ölçümlerde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Kontrol grubu katılımcıların puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hem kontrol hem de deney grubu puanlarının kendi içindeki değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu süre içinde kontrol ve deney grubu puanların arttığı tespit edilmiştir.

Genel Sağlık düzeyi puanlarının ön test ölümlerinde deney grubunun puan ortalamasının $43,33\pm 23,09$ ve kontrol grubunun puan ortalamasının $53,67\pm 17,66$ olduğu; ölümlerde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Başlangıç ölümlerinin gruplar arasında benzer olduğu görülmüştür. Kontrol grubu katılımcıların puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Genel Sağlık düzeyi puanlarının son test ölümlerinde deney grubunun puan ortalamasının $49,17\pm 16,61$ ve kontrol grubunun puan ortalamasının $50,33\pm 15,75$ olduğu; ölümlerde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Ayrıca hem kontrol hem de deney grubu puanlarının kendi içindeki değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Bu süre içinde kontrol ve deney grubu puanların arttığı tespit edilmiştir.

Tablo 10. Uygulanan Bakım Konusunda Hastaların Duygu ve İfadelerinin İncelenmesi

		Grup				Ki kare değeri	p değeri
		Kontrol		Deney			
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
13.a.	Kendimi güvende hissediyorum	9	30,0	30	100,0	32,308	0,000*
	Kendimi güvende hissetmiyorum	21	70,0	0	0,0		
13.b.	Kendimi rahat hissediyorum	4	13,3	30	100,0	45,882	0,000*
	Kendimi rahat hissetmiyorum	26	86,7	0	0,0		
13.c.	Burada sağlık hizmeti almaktan dolayı memnunum	7	23,3	30	100,0	37,297	0,000*
	Burada sağlık hizmeti almaktan dolayı memnun değilim	23	76,7	0	0,0		
13.d.	Yardıma ihtiyacım olduğunda benimle ilgilenen kişiler var	17	56,7	30	100,0	16,596	0,000*
	Yardıma ihtiyacım olduğunda benimle ilgilenen kişiler yok	13	43,3	0	0,0		
13.e.	Hayatımın değerli olduğunu ve benim iyiliğim için uygulamalar yapıldığını düşünüyorum	11	36,7	30	100,0	27,805	0,000*
	Hayatımın değerli olduğunu ve benim iyiliğim için uygulamalar yapıldığını düşünmüyorum	19	63,3	0	0,0		

Ki kare testi kullanıldı.

Araştırma kapsamına alınan hastaların, uygulanan bakım konusunda hissettikleri duygu ve ifadeler Tablo 10'da gösterilmiştir. Buna göre; görüşler ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kontrol grubundaki hastaların %30'unun, deney grubundaki hastaların ise tamamının kendini güvende hissettiği tespit edilmiştir. Kontrol grubundaki hastaların %13,3'ü, deney

grubundaki hastaların tamamı kendini rahat hissettiği belirtmiştir. Kontrol grubundaki hastaların %23,3'ü, deney grubundaki hastaların tümü buldukları birimden sağlık hizmeti almaktan memnun olduklarını belirtmişlerdir. Kontrol grubundaki hastaların %56,7'sinin, deney grubundaki hastaların tamamının yardıma ihtiyacı olduğunda kendisi ile ilgilenen kişilerin olduğunu belirttikleri görülmüştür. Son olarak kontrol grubundaki hastaların %36,7'sinin, deney grubundaki hastaların tamamının hayatını değerli olduğunu ve kendisi için uygun uygulamalar yapıldığını düşündüğü tespit edilmiştir. Bu verilerde deney grubunda olan hastaların memnuniyet düzeylerinin oldukça yüksek olduğu, kontrol grubundaki hastaların ise çoğunlukla olumsuz duygular taşıdıkları görülmüştür. Buna göre, yapılan hemşirelik bakımının yararları subjektif olarak da dile getirilmiştir.

Değişkenler	Kontrol			Deney			Cohen's d with 95% CI	Weight (%)
	N	Ortalama	SS	N	Ortalama	SS		
Ön test								
Genel Konfor Düzeyi	30	2.27	.24	30	2.33	.26	-0.24 [-0.75, 0.27]	14.30
Ferahlama	30	2.28	.29	30	2.37	.3	-0.31 [-0.81, 0.20]	14.24
Rahatlama	30	2.28	.26	30	2.41	.3	-0.46 [-0.98, 0.05]	14.03
Üstünlük	30	2.24	.24	30	2.21	.31	0.11 [-0.40, 0.61]	14.39
Heterogeneity: $I^2 = 0.00\%$, $H^2 = 0.86$							◆ -0.22 [-0.48, 0.03]	
Test of $\theta_1 = \theta_2$; $Q(3) = 2.59$, $p = 0.46$								
Son test								
Genel Konfor Düzeyi	30	2.36	.23	30	2.73	.18	-1.79 [-2.39, -1.19]	10.28
Ferahlama	30	2.42	.3	30	2.81	.18	-1.58 [-2.16, -1.00]	10.99
Rahatlama	30	2.36	.25	30	2.84	.24	-1.96 [-2.57, -1.34]	9.74
Üstünlük	30	2.29	.23	30	2.55	.18	-1.26 [-1.81, -0.71]	12.02
Heterogeneity: $I^2 = 4.18\%$, $H^2 = 1.04$							◆ -1.63 [-1.92, -1.33]	
Test of $\theta_1 = \theta_2$; $Q(3) = 3.13$, $p = 0.37$								
Overall							◆ -0.83 [-1.02, -0.63]	
Heterogeneity: $I^2 = 87.48\%$, $H^2 = 7.99$								
Test of $\theta_1 = \theta_2$; $Q(7) = 55.92$, $p = 0.00$								

Şekil 2. Genel Konfor Ölçeği deney ve kontrol arasındaki etki büyüklüğü

Deney ve kontrol grubu arasındaki Genel Konfor ölçümleri için etki büyüklükleri Şekil 2'de gösterilmiştir. Sonuçlara göre Genel Konfor Ölçeği ve tüm alt boyutları ön test ölçümlerinde hesaplanan etki büyüklüğü anlamsız olarak hesaplanmıştır. Ancak son test ölçümlerine ilişkin farklar incelendiğinde tüm etki büyüklüklerinin anlamlı olduğu görülmüştür. Ön test sonuçlarına göre yapılan analizlerde deney ve kontrol gruplarının sonuçları arasında anlamlı fark olmamasının nedeni ölçeğin uygulamalar yapılmadan önce uygulanmasına bağlıdır. Son test ölçümlerinde ise iki grubun da puanlarının artması sebebiyle anlamlı farklar görülmüş ve deney grubunun puanlarındaki artışın kontrol grubuna göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Deney grubundaki puanların artışının daha fazla olması ise uygulanan bakım planı ile ilişkilidir.

5. TARTIŞMA

Yoğun bakımda NIMV desteği alan hastalara uyguladığımız Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmiş bakım planının yaşam kalitesi ve konfor düzeylerindeki değişimi inceleme amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulguların, deney ve kontrol grubundaki hastaların GKÖ-KF ve SF-36 puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin elde edilen bulguların tartışması bu kısımda yer almıştır.

5.1. Çalışmaya Katılan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması

Konfor, hemşirelik bakımının kalitesini etkileyen en önemli parametrelerdendir. Yoğun bakımda tedavi olan hastalara uygulanan birçok girişimsel işlem, yoğun bakım ortamı, aileden uzak kalma gibi durumlar konforu etkilemektedir. Hemşireliğin temel görevlerinden biri de hastayı fiziksel, duygusal, kültürel, spiritüel boyutları ile bir bütün olarak ele almak, ihtiyacı olan bakımı vermek, en kısa sürede günlük yaşam aktivitelerini ve bağımsızlığını kazanmasını sağlamak, sosyal hayatına uyum sağlamasına yardımcı olmak ve konforda iyileşme sağlamaktır (57, 76).

Araştırmada Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmiş bakım planı yoğun bakımda NIMV desteği alan hastalara uygulanırken; bakımın etkinliğini değerlendirmek amacıyla yaş, cinsiyet, tanılar, NIMV uygulanma süresi, yoğun bakım ve hastanede kalma süresi gibi demografik özellikleri göz önünde bulundurularak kişisel veriler formu (Ek 3) hazırlanmıştır. Deney ve kontrol gruplarına kişisel veriler formu uygulanmıştır.

Hastaların dağılımlarına ilişkin özellikler incelendiğinde homojen bir dağılım gösterdiği tespit edilmiştir ($p>0,05$). Dağılımlar incelendiğinde, kontrol grubunda, %40'ının kadın olduğu, deney grubunda ise %10'unun kadın olduğu görülmüştür. Literatüre bakıldığında ise Karahan ve ark (75)'nin yoğun bakımda yatan hastaların deneyimleri ile ilgili çalışmada araştırmanın örneklemini oluşturan hastaların %51'inin erkek olduğu, Tosun ve ark (81)'nin yaptığı cerrahi girişim uygulanan hastalarda ağrı ve

konfor ilişkisi incelenmiş örneklem grubunun 70'i erkek (%53) erkek olduğu görülmüştür.

Kontrol grubunda hastaların tanı durumları incelendiğinde %10'unun akciğer kanseri, %33,3'ünün pnömoni olduğu, %20'sinin KOAH olduğu tespit edildi. Deney grubunda ise hastaların tanı durumları incelendiğinde %16,7'sinin akciğer kanseri, %40'ının pnömoni olduğu, %23,3'ünün KOAH olduğu tespit edildi. Uzun ve ark (82)'nin solunum yoğun bakım ünitesinde NIMV ile takip edilen hastalarla yaptığı çalışmada, NIMV uygulanan 64 hastanın %66'sı (n:42) KOAH'a bağlı hiperkapnik solunum yetmezliği bulunan ve ataktaki hastalardan oluştuğu, diğer 22 hastanın 10 (%16)'unda konjestif kalp yetmezliği, 6'sında (%9) pnömoni, 6'sında da (%9) astım mevcut olduğu saptanmıştır. Hastaların %60'ı ek hastalığa sahipti olduğu görülmüştür. Altıntaş ve ark (83)'nin yaptığı YBÜ'ye yatan kronik akciğer hastalığı olan hastalarda mortaliteyi belirleyen faktörleri saptamayı hedefleyen çalışmada bulgular. Kronik akciğer hastalığı tanılarına bakıldığında hastaların 54'ünde (%72.0) KOAH, 6'sında (%8.0) astım, 4'ünde (%5.3) restriktif akciğer hastalığı, 3'ünde (%4.0) obstrüktif sleep apne, 1'inde (%1.3) bronşektazi mevcut olduğunu saptamıştır.

5.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların GKÖ-KF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Konfor kuramının temeli hastalara bütüncül ve holistik bakış açısıyla bakım vermeyi hedefler, hastaların standart bir bakıma değil bireye özgü bir bakıma ihtiyacı olduğunu hastanın konfor ihtiyacının farklı olduğunu savunur. Literatür incelendiğinde hastaların konfor durumlarını iyileştirmek için müzik, masaj, gevşeme egzersizleri, planlanmış eğitimler ve bu doğrultuda hazırlanmış bakım planlarının hastalara uygulandığı görülmüştür. Ayrıca bu girişimlerin konfor düzeylerini yükselttiği, ağrı, anksiyete, stres, depresyon gibi yaşam kalitesine etki eden parametreleri de barındırdığı görülmüştür (84-86).

Çalışmamızda hastalar deney ve kontrol grupları olmak üzere iki grupta ele alınmıştır. Deney grubuna Kolcaba'nın konfor kuramı doğrultusunda hazırlanmış olan bakım planı, kontrol grubuna ise alanın standart bakımı dahil edilme kriterlerini

karşılayan hastalara uygulanmıştır. GKÖ-KF her iki grup için çalışmaya başlanan ilk gün onamdan alındıktan sonra uygulanmış ve yine her iki grup için çalışmanın son günü uygulanmıştır. Çalışmanın bulgularına bakıldığında genel konfor düzeyi puanlarının ön test ölçümlerinde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Başlangıç ölçümlerinin gruplar arasında benzer olduğu görülse de genel konfor düzeyi puanlarının son test ölçümlerinde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Deney grubu konfor düzeyi puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hem deney hem de kontrol grubu puanlarının kendi içindeki değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Duman ve ark (17)'nin, atriyal fibrilasyon tanısı nedeniyle kardiyoversiyon ve ablasyon uygulanan bir hastanın konfor kuramına göre hemşirelik bakım sürecini değerlendirdikleri makalelerinde, konfor kuramı ile atriyal fibrilasyon tanılı bireylere sistematik bakımın verilebileceğini, hemşireliğin hedefi olan rahat ve konforun sağlanarak yaşam kalitesinin artırabileceği önerilmiştir. Kaynak ve ark (87) yoğun bakım ünitesinde 15 yaşındaki serebral palsili bir çocuk hastada, konfor kuramına göre hemşirelik bakım planı doğrultusunda uygulanan girişimlerle çocuk ve ailesinin fiziksel, psikospirüel, çevresel ve psikososyal boyutta, ferahlama, rahatlama ve üstünlük bileşenleri ile bütünlüğünü sağlamaya çalışmışlar ve konfor kuramının hastanın hastane ortamında hemşirelik bakımları esnasında, rahatının sağlanması ve bakımının planlanması adına hemşirelik uygulamalarında büyük kolaylık sağladığı sonucuna varmışlardır. Yapılan başka bir çalışmada ise Erbay ve ark (88) rektum kanseri nedeni ile kalıcı kolostomi açılan hastanın yaşadığı konfor sorununa yönelik konfor kuramı doğrultusunda hazırlanan bakım planı uygulanmıştır. Yapılan uygulamalar sonrası konfor düzeyinin arttığı kanıtlanmış, bu alanda konfor kuramına göre hazırlanan bakım planlarının kullanılabilirliği ve etkinliğinin olacağı öngörülmüştür.

Ek olarak çalışmamızda konfor düzeylerindeki değişimlerde incelenmiştir. Analizler sonucunda ferahlama, rahatlama, üstünlük düzeylerinde ön test ölçümlerinin gruplar arasında benzer olduğu görülmüştür. Son test ölçüm puanlarına bakıldığında deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit

edilmiştir ($p<0,05$). Deney grubu ferahlama, rahatlama, üstünlük düzeyi puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hem deney hem de kontrol grubu puanlarının kendi içindeki değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Zaman içinde her iki grupta puanların arttığı tespit edilmiştir.

5.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların SF-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Yoğun bakımda bulunma, mekanik ventilatör ve biyomedikal cihazlara bağlı olma durumu hem konfora hem de yaşam kalitesine etki etmektedir. SF-36 fiziksel fonksiyon, fiziksel tol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji canlılık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık gibi alt başlıklarda incelenmektedir.

Soyyigit ve ark (89)'nın çalışmasında, KOAH olan hastaların yaşam kalitelerinin fonksiyonel ve nonfonksiyonel parametrelerle uyumu incelenmiştir. Stabil olan hastalarda spirometrik muayeneleri, akciğer volümleri, difüzyon kapasiteleri, altı dakika yürüme mesafesi, BORG skalası, dispne ölçümünün yaşam kalitesine etkisi değerlendirilen bu çalışmada, hastaların yaşam kalitesinin, özellikle de fiziksel düzeylerinin etkilendiği görülmüştür. Ek olarak hastalık ağırlaştıkça diğer düzeylerinde olumsuz etkilendiği görülmüştür. Yapılan başka bir çalışmada ise huzurevinde kalan yaşlıların cerrahi girişim geçirme sıklığı ve yaşam kalitesine etkisi incelenmiş, cerrahi girişim sıklığının yaşla arttığı ve cerrahi girişim geçiren bireylerin yaşam kalitesinin bozulduğu, bununla beraber bakım maliyeti ve ihtiyacının arttığını saptanmıştır (90).

5.4. Araştırma Sonucunda Hastaların Hissettiklerine Dair Soruya Verilen Yanıtlara İlişkin Bulguların Tartışılması

GKÖ-KF ve SF-36 baz alınarak hazırladığımız hastaların duyguları ve düşüncelerine ilişkin görüşlerini içeren kısım incelendiğinde, görüşler ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Kontrol grubundaki hastaların %70'i kendini güvende hissetmediğini, %86,7'si kendini rahat hissetmediğini, %76,7'si sağlık hizmeti olmaktan dolayı kendini memnun hissetmediğini, %43,3'ünün yardıma ihtiyacı olduğunda kendisi ile ilgilenen kişilerin

olmadığını, %63,3'ünün hayatını değerli olduğunu ve kendisi için uygun uygulamalar yapıldığını düşünmediğini ifade ederken deney grubundaki hastaların ifadeleri kontrol grubunun aksine olumlu bütün ifadelerde %100 olarak bulunmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada yoğun bakımda NIMV desteği alan hastaların deney ve kontrol olmak üzere iki grup halinde Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmiş destekleyici bakım planının konfor ve yaşam kalitesi üzerine etkisi incelenmiştir.

- Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmiş bakım planının uygulandığı deney grubundaki hastaların genel konfor düzeyi grubunun puan ortalamasının $2,73\pm 0,18$ bulunurken standart bakım alan kontrol grubundaki hastaların genel konfor düzeyi puan ortalaması $2,36\pm 0,23$ olarak bulunmuştur.
- Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmiş bakım planının uygulandığı deney grubundaki hastaların ferahlama puan ortalamasının $2,81\pm 0,18$ bulunurken standart bakım alan kontrol grubundaki hastaların ferahlama düzeyi puan ortalaması $2,42\pm 0,30$ olarak bulunmuştur.
- Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmiş bakım planının uygulandığı deney grubundaki hastaların rahatlama puan ortalaması $2,84\pm 0,24$ bulunurken standart bakım alan kontrol grubundaki hastaların rahatlama düzeyi puan ortalaması $2,36\pm 0,25$ olarak bulunmuştur.
- Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmiş bakım planının uygulandığı deney grubundaki hastaların üstünlük puan ortalaması $2,55\pm 0,18$ bulunurken standart bakım alan kontrol grubundaki hastaların üstünlük düzeyi puan ortalaması $2,29\pm 0,23$ olarak bulunmuştur.
- Sonuçlara göre Genel Konfor Ölçeği ve tüm alt boyutu birinci ölçümlerde hesaplanan etki büyüklüğü anlamsız olarak hesaplanmıştır. Ancak ikinci ölçümlere ilişkin farklar incelendiğinde tüm etki büyüklüklerinin anlamlı olduğu görülmüştür.
- Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmiş bakım planının uygulandığı deney grubundaki hastaların fiziksel fonksiyon düzeyi puanları ön testte puan ortalaması $19,50\pm 28,84$ iken son testte puan ortalaması $33,00\pm 30,70$ olduğu; deney grubu puanlarının kendi içindeki değişimleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Zaman içinde deney grubunun puanlarının arttığı gözlemlenmiştir.

- Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmiş bakım planının uygulandığı deney grubundaki hastaların fiziksel rol güçlüğü düzeyi puanları ön testte puan ortalaması $22,50 \pm 40,12$ iken son testte puan ortalaması $40,00 \pm 41,83$ olduğu; deney grubu puanlarının kendi içindeki değişimleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Zaman içinde deney grubunun puanlarının arttığı gözlemlenmiştir.
- Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmiş bakım planının uygulandığı deney grubundaki hastaların emosyonel puanları ön testte puan ortalaması $41,11 \pm 48,49$ iken son testte puan ortalaması $77,78 \pm 39,47$ olduğu; deney grubu puanlarının kendi içindeki değişimleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Zaman içinde deney grubunun puanlarının arttığı gözlemlenmiştir.
- Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmiş bakım planının uygulandığı deney grubundaki hastaların enerji canlılık puanları ön testte puan ortalaması $38,33 \pm 11,62$ iken son testte puan ortalaması $49,33 \pm 7,04$ olduğu; deney grubu puanlarının kendi içindeki değişimleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Zaman içinde deney grubunun puanlarının arttığı gözlemlenmiştir.
- Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmiş bakım planının uygulandığı deney grubundaki hastaların sosyal işlevsellik düzeyi puanları ön testte puan ortalaması $37,92 \pm 16,24$ iken son testte puan ortalaması $57,50 \pm 11,65$ bulunmuştur. Zaman içinde hem deney hem de kontrol grubunun puanlarının arttığı gözlemlenmiştir.
- Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmiş bakım planının uygulandığı deney grubundaki hastaların ağrı düzeyi puanları ön testte puan ortalaması $48,17 \pm 23,04$ iken son testte puan ortalaması $72,92 \pm 14,10$ bulunmuştur. Ayrıca hem deney hem de kontrol grubunun puanlarının kendi içindeki değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Zaman içinde kontrol ve deney grubunun puanlarının arttığı gözlemlenmiştir.
- Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmiş bakım planının uygulandığı deney grubundaki hastaların genel sağlık düzeyi puanları ön testte puan ortalaması $43,33 \pm 23,09$ iken son testte puan ortalaması $49,17 \pm 16,61$ bulunmuştur. Ayrıca hem deney hem de kontrol grubunun puanlarının kendi içindeki değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Zaman içinde kontrol ve deney grubunun puanlarının arttığı gözlemlenmiştir.

Sonuç olarak;

- Yoğun bakım ünitesinde NIMV desteği alan hastaların konfor ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi,
- Bireye özgü holistik bakımın verilmesinin gerekliliğinin savunulması,
- Hemşirelik bakımında konfor kuramının kullanılması
- Alanda konu ile ilgili daha fazla çalışma yapılmasının gerekliliği önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Dilek F. Yoğun Bakım Tedavisi Alan Yaşlı Hastalarda Sık Görülen Sorunlar Ve Hemşirelik Bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2015;19(1):29-35.
2. Zaybak A. ve Çevik K. Yoğun Bakım Ünitesindeki Stresörlerin Hasta Ve Hemşireler Tarafından Algılanması. Yoğun Bakım Derg. 2015;6:4-9.
3. Çelik S. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Kabul Ve Taburculuk Kriterleri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2007;11(2):96-101.
4. Doğdu A. Ergezen F. Ve Kol E. Yoğun Bakımda Hemşirelerin Kullandığı Hasta Değerlendirme Yöntemleri: Teknoloji Ve Fiziksel Muayene Kullanımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2019;23(2):102-106.
5. Ak H. Ve Yıldız M. Mekanik Ventilasyona Pratik Yaklaşım. Koşuyolu Heart J. 2018;21(1):65-69. Doi: 10.5578/Khj.53920.
6. Uçgun İ. Mekanik Ventilasyon Komplikasyonları. Yoğun Bakım Dergisi. 2008;8(1):44-59.
7. Mehta S. ve Hill Ns. Noninvasive Ventilation. Am J Respir Crit Care Med. 2001;163:540-77.
8. Meyer Tj. ve Hill Ns. Noninvasive Positive Pressure Ventilation To Treat Respiratory Failure. Ann Intern Med. 1994;120:760-70.
9. Zengin N. Konfor Kuramı ve Yoğun Bakım Ünitesinin Hasta Konforuna Etkisi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2010;14(2):61-6
10. Kol E. İlaslan E. Özdemir S. Erdoğan A. Toraks Cerrahisinde Yoğun Bakım Ortamına İlişkin Hasta Görüşlerinin Belirlenmesi. 2018;4(3):133-141. Doi:10.5222/Jaren.2018.36349
11. Zaybak A. Ve Çevik K. Yoğun Bakım Ünitesindeki Stresörlerin Hasta ve Hemşireler Tarafından Algılanması. Yoğun Bakım Derg. 2015;6:4-9
12. Tsai Js. Wuch Chiu Ty. Chen Cy. Significance Of Symptom Clustering in Palliative Care of Advanced Cancer Patients. J Pain Symptom Manage. 2010;39(4):655-62. Doi: 10.1016/J.jpainsymman.
13. Kolcaba K. Evolution Of The Mid Range Theory Of Comfort For Outcomes Research. Nurs Outlook. 2001;49(2):86-92. Doi: 10.1067/Mno.2001.110268.
14. Erdemir F. ve Çırlak A. Rahatlık Kavramı Ve Hemşirelikte Kullanımı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2013;6(4): 224-230.
15. Yücel ŞÇ. Kolcaba'nın Konfor Kuramı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2011;27(2):79-88.
16. Kolcaba K. Dowd T. Steiner R. Mitzel A. Efficacy Of Hand Massage For Enhancing The Comfort Of Hospice Patients. Journal Of Hospice And Palliative Nursing. 2004;6(2):91-102.
17. Duman H. Yıldırım Y. Fadıloğlu Ç. ve Aykar F. Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Atriyal Fibrilasyon Olgusu. Turk J Cardiovasc Nurs. 2020;11(24):37-42.
18. Koçyiğit H. Ve Karagözoğlu Ş. Akut Miyeloid Lösemi Tanılı Bir Olgunun Hemşirelik Bakımı Yönetiminde Kolcaba Konfor Kuramının Kullanımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2021;37(3):235-243. DOI:10.53490/Egehemsire.857874.

19. Arslankılıç Ç. Ve Göl E. Kolcaba'nın Konfor Kuramının Cerrahi Operasyon Geçiren Hastalarda Kullanımı: Sistematik Derleme. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 2020;3(1):34-44.
20. Uysal N. Gündoğdu N. Börekçi Ş. Dikensoy Ö. Bayram N. Uyar M. ve Ark. Üçüncü Basamak Merkezde Dahili Yoğun Bakım Hastalarının Prognozu. Yoğun Bakım Dergisi. 2010;1: 1-5.
21. Çelikel T. Dünya Ve Türkiye' De Yoğun Bakım Uzmanlığı. Yoğun Bakım Dergisi. 2001;1(1):5-9.
22. Terzi B. Yoğun Bakım Ünitesinde Planlı Kabul Protokolü Uygulamasının Hastanın Konfor Düzeyi ve Fizyolojik Parametrelere Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi;2014.
23. Yılmaz M. Yoğun Bakım Ünitesi Personelinin Yapılandırılması Ve Enfeksiyon Açısından Önemi. J Turk Soc Intens Care. 2003;2.
24. Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları. 11395 Sayılı Genelge (2008) Tc Sağlık Bakanlığı. Available At: Http://Www.İstanbulsağlık.Gov.Tr/W/Sb/Egt/Pdf/Yogun_Bakim_Genelgesi_2008_53.Pdf (Erişim: 07.06.2023).
25. Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. Available At: <Https://Www.Mevzuat.Gov.Tr/Mevzuat?Mevzuatno=15146&Mevzuattur=9&Mevzuattertip=5> (Erişim: 07.06.2023).
26. Marshall Jc. Bosco L. Adhikari Nk. Connolly B. Diaz Jv. Dorman T. Fowler Ra. Meyfroidt G. Nakagawa S. Pelosi P. Vincent JI Vollman K. Zimmerman J. What is An Intensive Care Unit? A Report Of The Task Force Of The World Federation Of Societies Of Intensive And Critical Care Medicine. J Crit Care. 2017;37:270-76. Doi: 10.1016/J.Jcrr.2016.07.015.
27. Rollas K. Yoğun Bakım Yapılanması. Göğüs Hastalıkları, 125.
28. Valentin A. Ferdinande P. Esicm Working Group On Quality Improvement Recommendations On Basic Requirements For Intensive Care Units: Structural And Organizational Aspects Intensive Care Med. 2011;37:1575–1587.
29. Ergün Y. Demir H. Sağnak N. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Görev Tanımları İle İlgili Çalışma. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2007;11(2):102-113.
30. Ursavaş A. ve Özyardımcı N. Akut Solunum Yetersizliklerinde Noninvaziv Mekanik Ventilasyon. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2003;29(3):55-59.
31. Kunter E. Noninvaziv Mekanik Ventilasyon Uygulamaları. Tüsad Eğitim Kitapları Serisi. Ekim 2017.
32. Non-İnvazif Mekanik Ventilasyon Uygulaması. [Home Page On The İnternet] C2023 [Cited 2023] Available From: <Https://Toraks.Org.Tr>.
33. Uçgun İ. KOAH'da Mekanik Ventilasyon. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2013;1(1):65-79.
34. Keenan SP. Sinuff T. Cook DJ. Hill NS. Which Patients With Acute Exacerbation Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Benefit From Noninvasive Positive-Pressure Ventilation? A Systematic Review Of The Literature. Ann Intern Med. 2003 Jun 3;138(11):861-70. DOI: 10.7326/0003-4819-138-11-200306030-00007.

35. Ram FS. Picot J. Lightowler J. Wedzicha JA. Non-Invasive Positive Pressure Ventilation For Treatment Of Respiratory Failure Due To Exacerbations Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(1):CD004104. DOI: 10.1002/14651858.CD004104.Pub2.
36. Sacchetti A. Ramoska E. Moakes ME. Mcdermott P. Moyer V. Effect Of ED Management On ICU Use In Acute Pulmonary Edema. *Am J Emerg Med*. 1999 Oct;17(6):571-4. DOI: 10.1016/S0735-6757(99)90198-5.
37. Mehta S. Jay GD. Woolard RH. Et Al. Randomized Prospective Trial Of Bi-Level Versus Continuous Positive Airway Pressure In Acute Pulmonary Edema. *Crit Care Med*. 1997;25:620-8.
38. Ferrer M. Esquinas A. Arancibia F. Bauer TT. Gonzalez G. Carrillo A. Rodriguez-Roisin R. Torres A. Noninvasive Ventilation During Persistent Weaning Failure: A Randomized Controlled Trial. *Am J Respir Crit Care Med*. 2003 Jul 1;168(1):70-6. DOI: 10.1164/Rccm.200209-1074OC. Epub 2003 Apr 10.
39. Hilbert G. Gruson D. Vargas F. Valentino R. Gbikpi-Benissan G. Dupon M. Reiffers J. Cardinaud JP. Noninvasive Ventilation In Immunosuppressed Patients With Pulmonary Infiltrates, Fever, And Acute Respiratory Failure. *N Engl J Med*. 2001 Feb 15;344(7):481-7. DOI: 10.1056/NEJM200102153440703.
40. Squadrone V. Cocha M. Cerutti E. Schellino MM. Biolino P. Occella P. Belloni G. Vilianis G. Fiore G. Cavallo F. Ranieri VM. Piedmont Intensive Care Units Network (PICUN). Continuous Positive Airway Pressure For Treatment Of Postoperative Hypoxemia: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2005 Feb 2;293(5):589-95. DOI: 10.1001/Jama.293.5.589.
41. Ferrer M. Esquinas A. Leon M. Gonzalez G. Alarcon A. Torres A. Noninvasive Ventilation In Severe Hypoxemic Respiratory Failure: A Randomized Clinical Trial. *Am J Respir Crit Care Med*. 2003 Dec 15;168(12):1438-44. DOI: 10.1164/Rccm.200301-072OC.
42. Antonelli M. Conti G. Esquinas A. Montini L. Maggiore SM. Bello G. Rocco M. Maviglia R. Pennisi MA. Gonzalez-Diaz G. Meduri GU. A Multiple-Center Survey On The Use In Clinical Practice Of Noninvasive Ventilation As A First-Line Intervention For Acute Respiratory Distress Syndrome. *Crit Care Med*. 2007 Jan;35(1):18-25. DOI: 10.1097/01.CCM.0000251821.44259.F3.
43. Dikensoy O. Ikidag B. Filiz A. Bayram N. Comparison Of Non-Invasive Ventilation And Standard Medical Therapy In Acute Hypercapnic Respiratory Failure: A Randomised Controlled Study At A Tertiary Health Centre In SE Turkey. *Int J Clin Pract*. 2002; 56: 85-88.
44. BTS Guideline. Non Invasive Ventilation In Acute Respiratory Failure. *British Thoracic Society Standards Of Care Committee*. *Thorax* 2002; 57: 192-211.
45. Karakurt S. Noninvazif Mekanik Ventilasyon. *Marmara Med J*. 2011;24(1):44-58.
46. Siefert Ml. Concept Analysis Of Comfort. *Nursing Forum*. 2002;37(4):16-23.
47. Malinowski A. Stamler Ll. Comfort: Exploration Of The Concept In Nursing. *J Adv Nurs*. 2002;39(6):599-606.
48. Krinsky R. Murillo I. Johnson J. A Practical Application Of Katharine Kolcaba's Comfort Theory To Cardiac Patients. *Appl Nurs Res*. 2014; 27(2):147-150.

49. Kabasakal A. Kitiş Y. Watson'ın İnsan Bakım Modelinin Kavramsal Açından İncelenmesi. Sağlık Akademisi Kastamonu (Sak). 2021;6(2):125-137.
50. Çırlak A. Hildegard E. Peplau'nun Kişilerarası İlişkiler Kuramının Klinik Uyum Sürecinde Yeni Mezun Hemşire-Rehber Hemşire İlişkisine Uyarlanması: Bir Özel Hastane Örneği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;22 (1):71-7.
51. Çakı B. Ve Güngörmüş Z. Orlando'nun Hemşirelikte Etkileşim Kuramı'nın Uygulamada Kullanımına Bir Örnek: Olgu Sunumu. Yobu Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2022;2(3):324-336.
52. Kolcaba K. Wilson L. Comfort Care: A Framework For Perianesthesia Nursing. Journal Of Perianesthesia Nursing. 2002;17(2):102-114.
53. Kolcaba K. A Theory Of Holistic Comfort For Nursing, Journal of Advanced Nursing. 1994;19:1178-1184.
54. Karabacak Ü. Meme Kanseri Hastalarda Konforu Destekleyici Hemşirelik Bakımının Ve Eğitimin Radyoterapi Uygulaması İle Etkileşimi. Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi,2004, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, Türkiye.
55. Khan A. Application of Katharine Kolcaba Comfort Theory To Nursing Care Of Patient. International Journal of Scientific And Research Publications. 2017;7(3).
56. Kolcaba K. Tilton C. Ve Drouin C. Comfort Theory. A Unifying Framework To Enhance The Practice Environment. The Journal Of Nursing Administration. 2006;36(11):538-544.
57. Terzi B. Ve Kaya N. Konfor Kuramı Ve Analizi. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;20(1):67-74.
58. Üstündağ H. Ve Eti Aslan F. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Uygulanan Hastanın Bakımı Ve Konforu. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2011;15(1):22-8.
59. Kolcaba K. ve Dimarco MA. Comfort Theory and Its Application To Pediatric Nursing. Pediatr Nurs. 2005;31(3):187-94.
60. Demir Y. ve Khorshid L. Göğüs Tüpü Çıkarma İşlemi Sırasında Yaşanan Ağrının Kontrol Altına Alınması: Literatür İncelemesi. 2008;24(2):113-126.
61. Aktaş YY. Karabulut N. Yılmaz D. Özkan AS. Perception Of Environmental Stressors By Critical Care Patients Treated İn Cardiovascular Surgery Intensive Care Unit. Kafkas Journal Of Medical Sciences. 2015;5(3):81-6.
62. Tosun H. Ödül B. Uz F. Gül A. Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Ağrı ve Konfor İlişkisi. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;7(1):47-52
63. Konateke S. Ve Güngörmüş Z. Yoğun Bakımda Ağrı, Sedasyon Ve Konfor Yönetiminde Hemşirenin Rolü. Social Sciences Studies Journal (Sssjournal). 2018;20(4):3041-45.
64. Stein-Parbury J. Ve Mckinley S. Patients' Experiences Of Being in an İntensive Care Unit: A Select Literature Review. Am J Crit Care. 2000;9(1):20-7.
65. Ören B. Göğüs Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konfor Ve Anksiyete Düzeyini Etkileyen Faktörler. HSP. 2018;5(3):324-332. Doi: 10.17681/Hsp.409359.
66. Wilson L. Kolcaba K. Practical Application Of Comfort Theory in Theperianesthesia Setting. J Perianesth Nurs. 2004;19(3):164-73.
67. Çam C. Atay E. Işık B. Yaşlılarda Yalnızlık ve Yaşam Kalitesi. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2018;3(2):50-67.

68. Koyuncu F. Yılmaz Şahin S. İyigün E. Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörlerin Uyku Düzenine Olan Etkisinin İncelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2021;25(3):152-59.
69. Lawson N. Thompson K. Saunders G. Saiz J. Richardson J. Brown D. Ince N. Caldwell M. Pope D. Sound İntensity And Noise Evaluation İn A Critical Care Unit. *Am J Crit Care*. 2010 Nov;19(6):88-98. DOI: 10.4037/Ajcc2010180.
70. Çıtlık Sarıtaş S. Çevik S. Özden G. Genel Konfor Ölçeği Kısa Formunun Türkçe Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Diyabet, Obezite Ve Hipertansiyonda Hemfirelik Forumu Dergisi*. 2018;10(2):16-22.
71. Koçyiğit H. Aydemir Ö. Fişek G. Ölmez N. Memiş A. Kısa Form-36 (KF-36) Versiyonunun Güvenirliği Ve Geçerliliği. *İlaç Ve Tedavi Dergisi*. 1999;12(2):102-6.
72. Ural A. ve Kılıç İ. Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi. Ankara. 2006. Detay Yayıncılık.
73. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Ankara. 2005. Nobel Yayın Dağıtım.
74. Terzi B. Kaya N. Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı. *Yoğun Bakım Derg* 2011; 1: 21-5.
75. Karahan E. Akın N. Çelik S. Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Deneyimleri Ve Aile Gereksinimlerinin İncelenmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;6(2):140-9. DOI:10.30569.Adiyamansaglik.710495
76. Lin, Y., Zhou, Y. & Chen, C. Interventions and practices using Comfort Theory of Kolcaba to promote adults' comfort: an evidence and gap map protocol of international effectiveness studies. *Systematic Reviews* 2023;12, Article number: 33. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02202-8>
77. Garlock Abby E. Effects of Comfort Education on Maternal Comfort and Labor Pain. *Nursing Theses and Capstone Projects*. 2015. 220.
78. Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. 2010. Nobel Tıp Kitabevleri.
79. Karadakovan A. Ve Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım (2 Cilt Takım) (4. Baskı). Ankar. 2017. Akademisyen Kitapevi.
80. Çalışkan T. Yıldırım Y. Fadiloğlu Ç. Şenuzun Aykar F. Akut Atak Dönemindeki Kronik Obstrüktif Akciğerhastalığı Olgusunun Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)* 2022;31(3)
81. Tosun H. Ödül Özkaya B. Uz F. Gül A. Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Ağrı Ve Konfor İlişkisi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2022;7(1):47-52.
82. Uzun K. Turgut Teke E.K. Korkmaz C. Maden E. İmecik O. Solunum Yoğun Bakım Ünitesinde Noninvaziv Mekanik Ventilasyon (NIMV) Uygulanan Hastalarımızın İlk Sonuçları. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 2008;6(1):31-5.
83. Altıntaş ND. Türkoğlu M. İskit A. Kronik Akciğer Hastalığı Olan Yoğun Bakım Hastalarında Noninvazif Mekanik Ventilasyon Daha Düşük Mortalite İle İlişkilidir. *Yoğun Bakım Derg*. 2011;1:12-5.
84. Karakaplan S. Yıldız H. Doğum Sonu Konfor Ölçeği Geliştirme Çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilimi Ve Sanatı Dergisi*. 2010;3(1):55–65.
85. Çınar Yücel Ş. Ergin E. Yaşlılıkta Konfor. *STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2020;29(1):69–73. DOI: 10.17942/Sted.483793.

86. Ergin E. Ve Çınar Yücel Ş. The Effect Of Music On The Comfort And Anxiety Of Older Adults Living In A Nursing Home In Turkey. *Journal Of Religion And Health*. Springer US. 2019;58(4):1401–1414. DOI: 10.1007/S10943-019-00811-Z.
87. Kaynak S. Yıldırım Y. Fadiloğlu Z.Ç. Şenuzun Aykar F. Yoğunbakım Ünitesinde İzlenen Serebral Palsili Çocuğun Konfor Kuramına Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2022;11(2):41-346. DOI: 10.53424/Balikesirsbd.944655.
88. Erbay Ö. Yıldırım Y. Fadiloğlu Ç. Şenuzun Aykar F. Rektum Kanseri Nedeni ile Kolostomi Açılan Bir Olgunun Hemşirelik Yönetiminde Kolcaba Konfor Kuramı'nın Kullanımı. *J Tradit Complem Med*. 2019;2(1):42-8.
89. Soyyiğit Ş. Erk M. Güler N. Kılınç G. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Yaşam Kalitesinin Belirlenmesinde SF-36 Sağlık Taramasının Değeri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2006;54(3):259-266.
90. Andsoy I.I. Aydın T. Şahin A. Dinç S. Karabük İlindeki Bir Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Cerrahi Girişim Geçirme Sıklığı ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;5(3):30-5.

8. EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu

Ek 2. Birey İzin Formu

Ek 3. Kişisel Veriler Formu

1. Yaş:
2. Cinsiyet: Kadın Erkek
3. Eğitim durumu: İlköğretim ve altı Orta-öğretim
 Lisans Lisansüstü
4. Medeni durum: Bekar Evli
5. Meslek: Çalışmıyor Çalışıyor
6. Özgeçmiş – Ek hastalıklar:
7. Sigara kullanımı: Kullanmıyorum Kullanıyorum (..... yıldır, günde
..... adet)
8. Tıbbi Tanı:
9. Hastanede kalma süresi:
10. Yoğun bakımda bulunma süresi:
11. Non-invaziv mekanik ventilatörde kalma süresi:
12. APACHE Skoru:
13. Sizlere verilen tıbbi bakım konusunda hissettikleriniz için aşağıda verilen ifadelerden hangileri sizi en iyi şekilde ifade etmektedir. Her seçenekte uygun olan yanıtı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.
 - 13.a. Kendimi güvende hissediyorum. / hissetmiyorum.
 - 13.b. Kendimi rahat hissediyorum. / hissetmiyorum.
 - 13.c. Burada sağlık hizmeti almaktan dolayı memnunum. / memnun değilim.
 - 13.d. Yardıma ihtiyacım olduğunda benimle ilgilenen kişiler var / yok.
 - 13.e. Hayatımın değerli olduğunu ve benim iyiliğim için uygulamalar yapıldığının düşünüyorum. / düşünmüyorum.
 - 13.f. Diğer (hissettiklerinizi açıkça yazınız)

Ek 4. Genel Konfor Ölçeği Kısa Formu

Aşağıda şuanda konfor durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için dört seçenek sunuldu. Sizden istenen; **şu andaki** konfor durumunuzu en iyi ifade eden numarayı daire içine alarak işaretlemenizdir. Katkılarımızdan dolayı teşekkür ederiz.

Konfor Durumunuzu Tanımlayan İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.Yardıma gereksinim duyduğum güvenebileceğim kişiler var.	1	2	3	4
2.Egzersiz yapmak istemiyorum.	1	2	3	4
3.Durumum beni bunaltıyor.	1	2	3	4
4.Kendimi güvende hissediyorum.	1	2	3	4
5.Şuanda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum.	1	2	3	4
6.Sevildiğimi bilmek beni mutlu ediyor.	1	2	3	4
7.Gürültü dinlenmemi engelliyor.	1	2	3	4
8.Kimse beni anlamıyor.	1	2	3	4
9.Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum.	1	2	3	4
10.Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum.	1	2	3	4
11.Burada olmaktan hoşlanmıyorum.	1	2	3	4
12.Şuanda kabızım.	1	2	3	4
13.Şuanda kendimi sağlıklı hissetmiyorum.	1	2	3	4
14.Odam beni ürkütüyor.	1	2	3	4
15.Bundan sonra olacaklardan korkuyorum.	1	2	3	4
16.Çok yorgunum.	1	2	3	4
17.Memnunum.	1	2	3	4
18.Bu sandalye/yatak rahatsız.	1	2	3	4
19.Bu manzara beni rahatlatıyor.	1	2	3	4
20.Özel eşyalarım burada değil.	1	2	3	4
21.Kendimi buraya ait hissetmiyorum.	1	2	3	4
22.Arkadaşlarım telefon ederek ya da elektronik posta/kart atarak beni hatırlıyor.	1	2	3	4
23.Sağlığım hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum.	1	2	3	4
24. Fazla seçeneğim yok.	1	2	3	4
25. Bu oda kötü kokuyor.	1	2	3	4
26. Kendimi huzurlu hissediyorum.	1	2	3	4
27.Kederliyim	1	2	3	4
28.Hayatımın anlamlı olduğunu farkettim.	1	2	3	4

Ek 5. Kısa Form-36

YÖNERGE: Bu tarama formu size sağlığınıza ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinizi ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır. Bütün soruları belirttiği şekilde cevaplayın. Eğer bir soruyu ne şekilde cevaplayacağınızdan emin olmazsanız, lütfen en yakın cevabı işaretleyin.

1. Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

Mükemmel Çok iyi İyi Orta Kötü

2. Geçen seneye karşılaştırıldığında, şimdi sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

Çok daha iyi Biraz iyi Hemen hemen aynı Biraz daha kötü Çok daha kötü

3. Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Şu sıralarda sağlığınız sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

FAALİYETLER	Evet, Oldukça Kısıtlıyor	Evet, Biraz Kısıtlıyor	Hayır, Hiç Kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren faaliyetler, örneğin ağır eşyalar kaldırmak, futbol gibi sporlarla uğraşmak	1	2	3
b. Orta zorlukta faaliyetler, örneğin masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak	1	2	3
c. Çarşı-pazar torbalarını taşımak	1	2	3
d. Birkaç kat merdiven çıkmak	1	2	3
e. Bir kat merdiven çıkmak	1	2	3
f. Eğilmek, diz çökmek, yerden bir şey almak	1	2	3
g. Bir kilometre 'den fazla yürümek	1	2	3
h. Birkaç yüz metre yürümek	1	2	3
i. Yüz metre yürümek	1	2	3
j. Yıkınmak ya da giyinmek	1	2	3

4. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınız nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a. İş ya da iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak	1	2
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)	1	2
c. Yapabildiğiniz iş türünde ya da diğer faaliyetlerde kısıtlanmak	1	2
d. İş ya da diğer uğraşları yapmada zorlanmak	1	2

5. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemlerinizi nedeniyle (üzüntülü ya da kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a. İş ya da iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak.	1	2
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)	1	2
c. İş ya da diğer uğraşları her zaman gibi dikkatlice yapamamak	1	2

6. Son bir ay (4 hafta) içerisinde bedensel sağlığınız ya da duygusal problemlerinizi, aileniz, arkadaşlarınız, komşularınızla ya da diğer gruplarla normal olarak yaptığınız sosyal faaliyetlere ne ölçüde engel oldu?

Hiç Biraz Orta derecede Epeyce Çok fazla

7. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde ne kadar bedensel ağrılarınız oldu?

Hiç Çok hafif Hafif Orta hafiflikte Aşırı derecede Çok aşırı derece

8. Son bir ay (4 hafta) içerisinde, ağrı normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?

Hiç olmadı Biraz Orta derecede Epey Çok fazla

9. Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiğiyle ilgilidir. Lütfen, her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarı?

Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarı	Her Zaman	Çoğu Zaman	Epeyce	Arada Sırada	Çok Ender	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi hayat dolu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi oldunuz?	1	2	3	4	5	6
c. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu?	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve huzurlu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjik oldunuz?	1	2	3	4	5	6
f. Mutsuz ve kederli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
g. Kendinizi bitkin hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu ve sevinçli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
ı. Yorgun hissettiniz?	1	2	3	4	5	6

10. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde, bu sürenin ne kadarında bedensel sağlığınız ya da duygusal problemleriniz, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu?

Her zaman

Çoğu zaman

Bazen

Çok ender

Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar DOĞRU ya da YANLIŞ?

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çok kere Yanlış	Kesinlikle Yanlış
a. Başkalarından biraz daha kolay hastalandığımı düşünüyorum	1	2	3	4	5
b. Ben de tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötü gideceğini sanıyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmeldir	1	2	3	4	5

Ek 6. Ölçek İzinleri

EK 7. Kurum İzni

Ek 9. Konfor Kuramı'nın Taksonomik Yapısına Göre Yoğun Bakımda NIMV Desteğindeki Bireyin Hemşirelik Bakımı

KONFOR		DÜZEYLERİ		
BOYUTLARI	FERAHLAMA	RAHATLAMA	ÜSTÜNLÜK	
<p>Fiziksel;</p> <ul style="list-style-type: none"> NIMV maskesinin yaptığı basınca ve immobiliteye bağlı; deri bütünlüğünde bozulma riski Hastanın doku oksijenlenmesinin yetersizliğine bağlı; akut-kronik ağrı Dispne ve yetersiz oksijenlenmeye bağlı; aktivite intoleransı İştahsızlık, enerji kaybı ve NIMV nedeniyle oral kavite kuruluşuna bağlı; beden gereksiniminden az beslenme 	<ul style="list-style-type: none"> Hastaya pozisyon verilir, bariyer kremler ve jel barlar kullanılır. NIMV ile ilgili eğitim verilir. Hastanın ağrısını gidermeye yönelik farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi yöntemleri kullanılır. Dispne nedenleri ve süreç hakkında hastaya bilgi verilir. Hastaya beslenme eğitimi verilir, oral alımı sınırlılığı devam ederse enteral ya da parenteral yolla beslenmeye başlanır. 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın NIMV ile ilgili eğitimden sonra anksiyete, korku ve endişeleri giderilerek rahatlatılması sağlanır. Ağrıyı gidermeye yönelik uygulamalar sonrası hastanın rahatlaması sağlanır. Günlük yaşam aktivitelerine destek olarak aktivite intoleransının ortadan kalkması ve hastanın rahatlaması sağlanır. Hastaya gerekli besinlerin enteral ya da parenteral yolla verileceği açıklanarak rahatlatılır. 	<ul style="list-style-type: none"> Pozisyon verilirken hastanın katılımı sağlanır. Ağrısına yönelik baş etme stratejileri geliştirilir. Hasta rehabilite edilir ve günlük yaşam aktivitelerine katılımı sağlanır. Besin ve sıvı alımı için cesaretlendirilir eğer alımı yeterli olmazsa enteral ya da parenteral yolla beslenme başlanır. 	
<p>Psikospiritüel;</p> <ul style="list-style-type: none"> NIMV uygulaması ve yoğun bakımda bulunmasına bağlı; korku NIMV uygulamasına ve tedavi sürecindeki uyum sorunlarına bağlı; etkisiz baş etme Dispne, gaz değişiminde yetersizlik ve NIMV uygulamasına bağlı; anksiyete 	<ul style="list-style-type: none"> Tedavi süreci ve ortama bağlı oluşan korkularını ifade etmesine olanak sağlanır. Yaşadığı uyum sorunlarına yönelik bilgi, eğitim verilir. Hastanın endişelerini ifade etmesine fırsat verilir ve dispneyi azaltacak girişimlerde bulunulur. 	<ul style="list-style-type: none"> NIMV uygulamasına karşı korkularını ifade etmesi için zaman tanınır ve hasta rahatlatılır. NIMV uygulama hakkında bilgi verilerek hastanın rahatlaması sağlanır. NIMV uygulamaya uyum sağlaması desteklenerek hasta rahatlatılır. 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın korkularına yönelik baş etme stratejileri geliştirilir. Hastanın kendine inanarak ve güvenerek baş etmesi sağlanır. NIMV uygulaması ile ilgili desteklenir, anksiyete ile baş etme stratejileri oluşturulur. 	
<p>Çevresel;</p> <ul style="list-style-type: none"> Dispne, NIMV uygulaması ve yoğun bakım ortamına bağlı; uyku örüntüsünde bozulma Bulunduğu ortam ve tedaviye bağlı; düşme riski Dispne, NIMV uygulamasına bağlı; konforda bozulma 	<ul style="list-style-type: none"> Dispneyi azaltan uygulamalar yapılır, ortamdaki ses ve gürültüler en aza indirilir. Ortamda hastanın düşmesine sebep olacak durumlar engellenir. Hastanın konforunu arttıracak girişimlerde bulunulur. 	<ul style="list-style-type: none"> Uyku örüntüsünün düzenlenmesi için ortam ayarlanarak hasta rahatlatılır. Hastanın düşmesine neden olacak faktörler ortadan kaldırılarak rahatlaması sağlanır. Hastaya girişimde bulunurken konforun bozulmamasına dikkat edilir. 	<ul style="list-style-type: none"> Uyku örüntüsünün sürdürülmesi konusunda hasta cesaretlendirilir. Düşme riskinin önlenmesi konusunda alınan önlemlere hastanın katılımı sağlanır. Hastanın konforunu koruması sağlanır. 	
<p>Sosyokültürel;</p> <ul style="list-style-type: none"> Yoğun bakımda bulunma ve tedavi sürecine bağlı; sosyal izolasyon Yoğun bakımda bulunma ve NIMV desteğine bağlı; rol performansında etkisizlik 	<ul style="list-style-type: none"> Hastalığın kendisini izole etmesine neden olmayacağı bu sürecin geçici olduğu hastaya anlatılır. Hastalığın rollerini yerine getirmede etkili olmayacağı konusunda bilgi verilir. 	<ul style="list-style-type: none"> Hastalığın ve tedavinin sosyal aktivitelere neden olmayacağı açıklanarak rahatlaması sağlanır. Hastanın ev ve sosyal yaşamındaki rolleri yerine getirememeye, başkalarına muhtaç hissetme gibi korkularının konuşularak ve bu durumun geçici bir süreç olduğu anlatılarak hastanın rahatlatılması sağlanır. 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta normal yaşama dönme ve kendine güvenme konusunda cesaretlendirilir. Hasta rol ve sorumluluklarını yerine getirme konusunda cesaretlendirilir. 	

Fiziksel Konfor Boyutuna İlişkin Tanılar ve Hemşirelik Girişimleri

1. Deri bütünlüğünde bozulma riski

- Hastanın yatışından itibaren bası yarası gelişme riski açısından hasta değerlendirilir ve kayıt altına alınır.
- Braden skalası kullanılarak hastanın risk durumu değerlendirilir.
- Hastanın cildinin temiz, nemli olması sağlanır.
- Hastaya 2 saat ara ile pozisyon verilir.
- NIMV uygulandığı sürece bası bölgelerine destek materyaller kullanılır.
- Bası yarası açılmaya yatkın bölgelere koruyucu bariyer kremler uygulanır.
- Yatak çarşaflarının kuru, temiz ve kırışksız olmasına dikkat edilir.
- Aldığı çıkardığı takibi ve kontrendike değilse hidrasyonu sağlanır.
- Hasta inkontinans açısından gözlemlenir, inkontinans fazla ise sık perine bakımı verilir.
- Hastanın diyeti düzenlenir.
- Gerekirse havalı yatak kullanılır.
- Hasta ve yakınına deri bütünlüğünün korunmasına yönelik eğitimler verilir ve durum açıklanır (76,77).

2. Akut-kronik ağrı

- Ağrıya neden olan faktörler incelenir.
- Ağrının süresi, tipi, şiddeti, yayılımı ve ağrıya etki eden faktörler belirlenir.
- Görsel Analog Skala (VAS) ve Wong Baker Yüzler Ağrı Ölçeği (Wong- Baker Faces Pain Rating Scale) yüz skalası ile ağrı değerlendirilir.
- Vital bulgu takibi yapılır.
- Hekim istemine göre ağrı kesiciler düzenli olarak yapılır.
- Ağrı olan bölgeye duruma soğuk ya da sıcak lokal uygulama yapılır.
- Anksiyeteyi azaltmak için hastaya bilgi verilir.
- Hastaya ağrıyı azaltıcı gevşeme teknikleri, derin solunum egzersizleri öğretilir.

- Göğüs ağrısı olan kişilerde;
 - EKG çekilir.
 - Yatak istirahati sağlanır.
 - Semi fowler pozisyonu verilir.
 - Hekim istemine göre oksijen desteği verilir (76-79).

3. Aktivite intoleransı

- Hekim istemine göre aktivite kısıtlanması uygulanır.
- Vital bulgu takibi yapılır.
- Hastanın laboratuvar bulguları takip edilir.
- Hastaya aktivitenin önemi anlatılır.
- Gerekirse hastaya öz bakım aktivitelerinde yardım edilir.
- Hasta mobilize olacaksa hastaya destek olunur.
- Hastaların kendilerine ait kullanabileceği araç gereçler hastaya yakın kendisinin alabileceği yerlere konumlandırılır.
- Hekim istemine göre oksijen uygulanır.
- Hastaya nefes daralması, göğüs ağrısı, yorgunluk hissetmesi durumunda aktivite sonlandırılır.
- İyileşme sürecine bağlı olarak aktiviteler zamanla arttırılır.
- Uzun süre yatak içi immobil olan hastalara ROM egzersizleri yaptırılır.
- Gereksi ise fizyoterapist gibi diğer sağlık çalışanları ile iş birliği yapılabilir (78,79).

4. Beden gereksiniminden az beslenme

- Malnütrisyon belirti ve bulguları izlenir.
- Hastanın ağız takibi ve kilo takibi yapılır.
- Hastanın beslenme alışkanlıkları değerlendirilir ve öğünleri kayıt altına alınır.
- Hasta yemek yerken semi fowler pozisyonu verilir.
- Yemeklerden önce ve sonra ağız bakımı yapılır.

- Diyetisyen ile işbirliği yapılarak uygun beslenme planı oluşturulur ve hastanın bu plana uyumu desteklenir.
- NIMV desteği alan hasta için öğünlerin zamanları düzenlenir.
- Hasta ve yakınlarına beslenme konusunda eğitim verilir.
- Gerekirse hasta enteral ya da parenteral olarak desteklenir (76-79).

Psikosipritüel Konfor Boyutuna İlişkin Tanılar ve Hemşirelik Girişimleri

1. Korku

- Korkunun nedeni belirlenir.
- Hastanın çevreye, uygulamalara uyum sağlamasına yardımcı olunur.
- Hastaya açıklama yapılırken sakin, yavaş ve basit kelimeler seçerek konuşulur.
- Duygularını ifade etmesi için hasta cesaretlendirilir.
- Gevşeme egzersizleri, derin solunum egzersizleri gibi rahatlama yardımcı aktiviteler öğretilir (89).

2. Etkisiz baş etme

- Hastanın olaylara tepkisi mevcut baş etme durumu değerlendirilir.
- Hastanın kendisini ifade etmesi için zaman ayrılır ve izin verilir.
- Hasta öfkeli ise;
 - Çevredeki uyaranlar (ses, ışık) en aza indirilir.
 - Hasta öfkeli durumlardan araştırılır.
 - Hastayla tartışmaya girmekten kaçınılır.
- Hastanın mimikleri, el-kol hareketleri, ses tonu gözlemlenir.
- Hastanın kendine zarar verme durumu gözlemlenir ve hasta ortamda risk teşkil eden ekipmanlardan uzak tutulur.
- Hastanın içinde bulunduğu durumu değerlendirmesi için kişiye yardımcı olunur, cesaretlendirilir.
- Problem çözme becerileri geliştirilir.
- Uygun baş etme yöntemleri hastayla birlikte seçilir.
- Hastanın eş, akraba, çocuk gibi yakınlarından destek alması sağlanır.

- Psikiyatrist gibi sağlık çalışanlarından gerekli ise destek alınır.
- Gevşeme teknikleri hastaya öğretilerek hastanın durumla baş etmesine katkı sağlanır (80,89).

3. Anksiyete

- Anksiyeteye neden olan durumlar incelenir.
- Ses, ışık, gürültü gibi uyaranlardan uzak sakin bir ortam sağlanır.
- Hastanın yanında olup destek sağlanır.
- Hastanın duygularını ifade etmesine izin verilir.
- Hastaya tedavisi, yapılan girişim ve uygulamalar (NIMV) hakkında bilgi verilir.
- Mümkin olduğu sürece aile ve yakınlarının hastaya destek olmasına ve bakıma katılmasına izin verilir.
- Sakin, destekleyici ve açıklayıcı şekilde bir bakım sağlanır.
- Hastanın çevreye, cihazlara ve uygulamalara oryantasyonu sağlanır.
- Hekim istemine göre sedasyon kullanılır.
- Gerekirse psikolog gibi sağlık personelleriyle görüşmesi sağlanır (78,79,89).

Çevresel Konfor Boyutuna İlişkin Tanılar ve Hemşirelik Girişimleri

1. Uyku örüntüsünde bozulma

- Hastanın uyku alışkanlığı ve uyku düzeni öğrenilir.
- Hastanın uyku durumunu etkileyen durumlar belirlenir.
- Hasta hastalık süreci ile ilgili bilgilendirilir.
- Uyku ve dinlenme durumlarında hastanın rahat edeceği ve uygun pozisyonda olmasına dikkat edilir.
- Hastanın zaman oryantasyonu sağlanarak uyku alışkanlığı kazandırılmaya çalışılır.
- Hastanın durumu stabil ise vital alımı için hasta uyandırılmaz.
- Tedavi planı daha çok gündüz saatleri ve hastaların uyanık olduğu saatlere konularak uyku düzeni korunmaya çalışılır.
- Hastanın gündüzleri uyanık kalması için aktivite programı planlanır.

- Kitap okuma, bitki çayı içme gibi hastanın uykuya dalmasını sağlayacak aktiviteler sağlanır.
- Ağrı var ise ağrıyı gidermeye yönelik hemşirelik girişimler uygulanır.
- Hekim istemine göre sedatifler verilebilir (77,80).

2. Düşme riski

- Hastanın düşmesine neden olacak risk faktörleri değerlendirilir, belirlenir.
- Çalışanlar düşme riski olan hastalar hakkında bilgilendirilir.
- Hastanın kendi başına hareketini ve buna bağlı düşmesini engellemek için kısıtlama prosedürü uygulanabilir.
- Hasta yardım istemesi konusunda cesaretlendirilir.
- Düşme riski bulunan hastalar hemşire desğine daha yakın gözetime daha uygun alanlardaki yataklarda tedavi alacak şekilde yatırılır.
- Kullanılan ekipmanlar hastayı riske sokmayacak şekilde düzenlenir.
- Mobilizasyonda hastaya destek olunur, yeterli aydınlatma sağlanır ve zemine uygun ayakkabılar tercih edilir.
- Hasta transferi sırasında dikkatli olunur, hastaya yardım edilir, yatakların ayakları ve kenarları kilitli tutulur.
- Hastanın hijyen, tuvalet ihtiyacına destek olunur.
- Hastanın dengesini sağlaması ve bağımsızlığına devam edebilmesi için portatif yemek masası hastaya yakın konumlandırılır (76,77,79).

3. Konforda bozulma

- Hastanın rahatsızlık duyduğu ve konforunun kaçtığı durumlar belirlenir.
- Hastaların huzursuzluk duyduğu konular üzerine odaklanılmalı ve çözüm yolu bulunmalıdır.
- NIMV ile ilgili daha çok bilgi verilmeli eğer hastanın durumuna uygunsa ve hekim onayı varsa NIMV aralar verilmeli ya da aralar uzatılmalıdır.
- Hastanın rahatsızlık duyduğu ve konforunun kaçtığı durumlarda ailesi ile görüşmesime olanak sağlanmalı.
- Stres ve anksiyete minimum düzeyde tutulmalı.

- Hastanın ailesi ile iletişime geçerek diş fırçası, tarağı, saç tokası, müzik çaları ya da kitapları gibi kişisel eşyaları alınıp hastanın kullanması sağlanmalıdır.
- Hastanın kendisini anlatmasına izin verilmesi, kafasına takılan soruları sormasının gerekli olduğu belirtilir (78,89).
-

Sosyokültürel Konfor Boyutuna İlişkin Tanılar ve Hemşirelik Girişimleri

1. Sosyal izolasyon

- Hastada sosyal izolasyona neden olan faktörler saptanır.
- Hastanın kendini ifade edebilmesine olanak sağlanır.
- Hasta günlük yaşam aktivitelerine katılması için cesaretlendirilir.
- Hastanın sosyalleşmesine yardımcı olunur.
- Hasta ve hasta yakınlarına bilgi gereksinimlerine önelik eğitim verilir.
- Hastanın duygularını ifade etmesine soru sormasına fırsat verilir (80).

2. Rol performansında etkisizlik

- Hastanın rol performansında etkisizliğe neden olan faktörler belirlenir.
- Hastaya duygu ve düşüncelerini açıklaması için fırsat verilir.
- Hastaya uygun aktiviteler belirlenir ve katılımı sağlanır.
- Hastanın rol ve sorumluluklarını yerine getirmesine yardımcı olan araçlar temin edilir.
- Süreç ile ilgili hasta ve hasta yakınlarına bilgi verilir.
- Hastanın durumu göz önünde bulundurularak rolleri tekrar belirlenir.
- Bireyin kendisini ihmal etmemesi için destek verilir, yardımcı olunur (76-80,89).

ÖZGEÇMİŞ