



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BİR HASTANENİN PSİKİYATRİ KLİNİKLERİNDE YATAN
HASTALARIN ALGILADIKLARI KONFOR DÜZEYİ VE
KONFOR DÜZEYLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ**

Gülten GÜLEŞEN

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Besti ÜSTÜN**

İSTANBUL-2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BİR HASTANENİN PSİKİYATRİ KLİNİKLERİNDE YATAN
HASTALARIN ALGILADIKLARI KONFOR DÜZEYİ VE
KONFOR DÜZEYLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ**

Gülten GÜLEŞEN

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Besti ÜSTÜN**

İSTANBUL-2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı : Hemşirelik
Program : Psikiyatri Hemşireliği
Öğrenci No : 174204003
Öğrenci Adı Soyadı : Gülten Güleşen

Bir Hastanenin Psikiyatri Kliniklerinde Yatan Hastaların Algıladıkları Konfor Düzeyi ve Konfor Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 30.07.2019 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof.Dr.Selma Doğan
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza



Danışman : Prof.Dr.Besti Üstün
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza



Üye : Prof.Dr.Perihan Güner
(Koç Üniversitesi)

İmza



ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL
Enstitü Müdür V.

ÖZET

Bu çalışma, bir hastanenin psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların algıladıkları konfor düzeyini ve konfor düzeylerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla İstanbul'da hizmet veren özel bir hastanenin psikiyatri kliniklerinde yatan 106 hasta ile yapılmıştır. Veriler; Tanıtıcı Bilgi Formu ve Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) ile toplanmış, sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, t-testi, ANOVA ve Tukey testleri ile değerlendirilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların genel konfor düzeylerinin 1-4 puan arasında değerlendirildiği çalışmada, genel konfor düzey puan ortalamasının 2,67 olduğu; GKÖ toplam puanı üzerinden incelendiğinde en yüksek puanın 2.84 ile rahatlama düzeyinde, en düşük puanın 2,48 ile ferahlama düzeyinde olduğu saptanmıştır. Alt boyut puanları incelendiğinde, en yüksek puanı 3,31 ile sosyokültürel boyuttaki rahatlama düzeyinde; en düşük puanın 2,05 ile fiziksel boyuttaki ferahlama düzeyinde olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişiler, eğitim durumu, yattığı klinik, kronik hastalık varlığı, yatış biçimi ile hastaların algıladıkları konfor düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Hastaların tıbbi tanılarına ve yatış sürelerine göre GKÖ puanı istatistiksel olarak farklı çıkmıştır ($p<0,05$). Yatış süresi 11-15 gün arasında olan hastaların GKÖ puanları diğer yatış sürelerine göre yüksek bulunmuştur. Depresyon ve duygudurum bozukluğu tanısı alan hastaların konfor düzeylerinin de diğerlerinden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırma sonucunda çalışmanın yapıldığı kurumda, hastaların konfor düzeylerinin ortanın üzerinde olduğu belirlenmiş, psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların konfor düzeyinin belirli aralıklarla değerlendirilmesi ve bu düzeyin yükseltilmesi için uygun girişimlerin yapılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: *Psikiyatri Kliniği, Konfor, Hemşirelik, Psikiyatri Hastası*

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE COMFORT LEVEL AND THE FACTORS AFFECTING THE COMFORT LEVEL PERCEIVED BY PATIENTS IN PSYCHIATRIC CLINICS OF A HOSPITAL

This study was conducted with 106 patients who were hospitalized in psychiatry clinics of a private hospital in Istanbul in order to determine the perceived comfort level and the factors affecting the comfort levels of the inpatients in a hospital. Data; Data were collected by using the Descriptive Information Form and General Comfort Questionnaire (GCQ) and evaluated by number, percentage, mean, standard deviation, t-test, ANOVA and Tukey tests.

In the study, the general comfort level of the patients included in the study was evaluated between 1-4 points. When the total scores of GCQ were examined, it was found that the highest score was 2.84 with relief and the lowest score with 2.48. When the subscale scores were examined, the highest score was 3.31 with socio-cultural relaxation level; the lowest score was found to be 2.05 with a physical level of relief.

In the study, no statistically significant difference was found between age, gender, marital status, working status, income status, coexistence, education level, clinical, chronic illness, hospitalization style and comfort level perceived by the patients ($p>0.05$). According to the medical diagnosis and length of hospitalization, the GCQ score was statistically different ($p <0.05$). Patients with a hospital stay of 11-15 days were significantly higher than their other hospitalizations. It was determined that the comfort levels of the patients diagnosed with depression and mood disorder were higher than the others.

As a result of the research, it was determined that the comfort level of the patients was above the middle in the institution where the study was conducted, and it was suggested to evaluate the comfort level of the inpatients in psychiatry clinics periodically and to make appropriate interventions to increase this level.

Keywords: *Psychiatry Clinic, Comfort, Nursing, Psychiatric Patient*

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitiminin boyunca bilgi, birikim ve tecrübelerini esirgemeyen; yoğun, sıkıntılı zor süreçlerinde dahi kıymetli vaktini her daim ayırıp bana cesaret veren çok değerli tez danışmanım; Prof. Dr. Besti Üstün'e;

Tezimde emeği geçen meslektaşlarıma;

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarıma;

Bana güvenen, inanan, attığım her adımda beni destekleyen; anneciğim Atike Güleşen'e, babacığım Mürsel Güleşen'e; ablam Gülden Aydın'a, kardeşim Samet Güleşen'e, yeğenim Mahinur'a ve biricik dostum Sümeyra Gökçe'ye

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.



31/07/2019

Gülten GÜLEŞEN

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	ii
BEYAN	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	viii
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırma Soruları.....	4
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1. Konforun Tanımı.....	5
2.2.Konfor Kuramı.....	5
2.2.1.Konfor Kuramı Tarihi ve Gelişim Süreci.....	5
2.2.2.Konfor Kuramı'nın Kavramları.....	6
2.2.3.Konfor Kuramının Gelişmesinde Yararlanılan Kuramcılar.....	9
2.2.4.Konfor Kuramının Hemşirelik Araştırmalarında Kullanımı.....	11
2.3.Psikiyatri Hastalarının Konfor Kuramına Göre Bakımı.....	13
3.GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1.Araştırmanın Tipi.....	19
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	19
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	20
3.4.Araştırmada Dâhil Edilme Kriterleri.....	20
3.5.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	20
3.5.1.Tanıtıcı Bilgi Formu.....	20

3.5.2.Genel Konfor Ölçeği	21
3.6.Verilerin Toplanması.....	22
3.7.Verilerin Değerlendirilmesi.....	23
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu.....	23
4.BULGULAR.....	24
5.TARTIŞMA.....	32
6.SONUÇ VÖNERİLER.....	38
7.KAYNAKLAR.....	41
8.EKLER.....	48
Ek 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	48
Ek 2: Tanıtıcı Bilgi Formu.....	50
Ek 3: Genel Konfor Ölçeği.....	52
Ek 4: Etik Kurul İzni.....	55
Ek 5: Kurum İzni.....	56
Ek-6: Ölçek Kullanım İzni.....	57
9.ÖZGEÇMİŞ.....	58

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Konforun Taksonomik Yapısı.....	8
Tablo 2: Konfor Düzey ve Boyutları ve Ölçek Maddeleri.....	21
Tablo 3: Hasta Tanıtıcı Bilgilerinin Dağılımı.....	24
Tablo 4: Hastaların Verilen Hizmetlerden Memnuniyet Durumları.....	25
Tablo 5: Hastaların Tedavi Ortamı ile İlgili Değerlendirmelerinin Dağılımı	26
Tablo 6: Hastaların GKÖ'nin konfor boyutlarına göre konfor düzeyleri Puanlarının Dağılımı	27
Tablo 7: Hasta Tanıtıcı Bilgileri ile GKÖ Karşılaştırılması	28
Tablo 8: Hastaların Tanısı ile GKÖ Karşılaştırılması.....	29
Tablo 9: Hastaların Verilen Hizmetlerden Memnuniyet Durumları ile GKÖ Karşılaştırılması	30
Tablo 10: Hastaların Tedavi Ortamı ile İlgili Değerlendirmeleri ile GKÖ Karşılaştırılması.....	31

KISALTMALAR DİZİNİ

- DSÖ :** Dünya Sağlık Örgütü
- PICS:** Psychiatric In-patients Comfort Scale
- NANDA:** North American Nursing Diagnosis Association
- NIC:** Nursing Interventions Classification
- GCQ:** General Comfort Questionnaire
- GKÖ:** Genel Konfor Ölçeği
- ANA:** American Nurses Association
- RTKÖ:** Radyoterapi Konfor Ölçeği
- UIFCQ:** Üriner Konfor Ölçeği
- DSKÖ:** Doğum Sonu Konfor Ölçeği
- AR-GE:** Araştırma Geliştirme
- SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı Ve Önemi

Sağlık bakım sisteminde konfor kavramı doğrudan hemşirelik bilimi ile ilişkili olup bireye verilen bakımın bir sonucu olarak tanımlanabilir. Hemşirelik bakımının amaçları fiziksel, psikospiritüel, sosyal, manevi yönden bireyleri desteklemek ve hastanın konforunu sağlamaktır. Hemşireler, iyileşme sürecinde olan hastalarda, rahatlığı bozan etmenleri ortadan kaldırmaya yönelik bakım uygulamaları yaparak hastanın sağlığına yeniden kavuşmasını destekler (Kolcaba 1991).

Hemşirelik bakımında önemli bir kavram olan konfor, 1990 yılında Katharina Kolcaba tarafından geliştirilmiştir. Gereksinimlerin karşılanması temeline dayanan konfor kavramı, hemşirelik kuramlarında etkin bakımın bir ögesi olarak kabul edilmektedir. Birçok hemşire kuramcı da (*Roy, Watson, Orlando, Peterson*) bu kavramı kuramlarında tanımlamışlardır (Tutton ve Seers, 2003).

“Konfor” kavramı, Latince “güçlendirmek” anlamına gelen “confortare” kelimesinden türemiştir ve sözcük anlamıyla, “fizyolojik gereksinimlerin karşılanması”, “ağrı ve sıkıntıdan kurtularak iyi olma durumu”, “ruhsal sıkıntıdan kurtulma ve destek alma”, “teselli etme, yatıştırma”, “güçlendirme, cesaretlendirme ve yardım etme”, “yaşam kolaylığı, sıkıntılı olmama durumu” şeklinde tanımlanmaktadır (Siefert, 2002; Tutton and Seers, 2003).

Konfor kavramı hemşirelikte; bireyin, ailenin ve toplumun ihtiyaçlarının belirlenmesi, bu ihtiyaçlara yönelik önlemler alınması ve konfor düzeyinin ölçülüp değerlendirilmesi süreçlerinden oluşmaktadır (Kolcaba, 1994). Konfor oldukça karmaşık, bireye özgü ve bütüncül bir kavramdır. Literatür incelendiğinde hemşirelerin hastalara sağladıkları güç, bakım, teselli etme, destek olma, cesaretlendirme ve yardımı, konfor ve konfor önlemleri aracılığıyla gerçekleştirdikleri bilinmektedir (Kolcaba, 1991).

Konfor, en ideal bakımı sağlayacak şekilde ortamdaki tüm kaynakların hasta birey için düzenlenip kullanıldığı ortam ve bu ortamın sonucunda bireyde meydana gelen durum olarak da tanımlamaktadır. Hasta bireyin toplumsal yaşama dönüşü ancak kaliteli bakımın bir sonucu olan konfor ile olabilir. Hastalık, bireyin gereksinimlerini karşılamasına engel olarak bireyin rahatlık düzeyini bozar.

Ruhsal hastalıklarda, bilişsel, fiziksel, sosyal ve işlevsel yeti yitimi sorunlara yol açan çoğunlukla kronik seyirli hastalıklardır. Bu hastalıklarda hemşirelik bakımın amacı, hastanın bakım gereksinimlerini karşılamak ve hastayı etkin bakımın sonucu olan rahatlığa ulaştırmaktır.

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011)'nda belirtildiği gibi hastane temelli sunulan ruh sağlığı hizmetleri hastaların alevlenme dönemine odaklanmakta hastanın biyopsikososyal gereksinimlerine katkı verememektedir. Çoğunlukla hastalığa içgörüsü olmayan, ağır ruhsal bozuklukların taburculuk sonrası tedavi uyumlarında sorunlar yaşanmakta ve hastaneye yeniden yatış oranları artmaktadır. Bu durumda hastalar hem sık ve şiddetli atak geçirmekte hem de toplumda bu hastalar için damgalama davranışı artmaktadır.

Taş ve Buldukoğlu (2018) çalışmalarında, şizofreni hastalarının benlik kavramı, başetme, bilgi gereksinimi, tedavi, bakım, kendine bakım, uyku, rol, ilişkiler, güvenli çevre ve manevi bakım alanlarında gereksinimleri olduğunu belirtmişlerdir.

Hastanede yatış sürelerinin azalması ve biyomedikal tedavilerin daha önemli hale gelmesi gibi nedenlerle terapötik ortam düşüncesi, zamanla önemini kaybetmiş gibi algılansa da psikiyatri kliniklerinde yatan hastalar için hemşirelik aktiviteleri, etkin bir tedavinin temelini oluşturur. Modern psikiyatri hemşireliği uygulamalarının uzmanlık gerektiren üç alanı: terapötik ortamın yönetimi, bakımın sürdürülmesi, bakımın eşgüdümü ve bütünlüğünün sağlanmasıdır. Bu nedenle psikiyatri hemşireleri psikiyatrik popülasyondaki hizmeti, terapötik ortam ilkeleri ile bütünleştirerek sürdürmelidirler (Maree, 2001).

Türkiye’de hemşireler tarafından konfor ile ilgili; cerrahi girişim, doğum, onkoloji, diyabet gibi alanlarda çeşitli araştırmalar yapıldığı görülmektedir. Genel konfor değerinin ölçülmesi için Kolcaba tarafından 1992 yılında geliştirilen “Genel Konfor Ölçeği” de Kuşuoğlu ve Karabacak tarafından 2004 yılında Türk toplumuna uyarlanmıştır. Yaşar(2015) ve ark. yaptıkları araştırmada, Türkiye’de hemşirelerin 2004-2014 yılları arasında Konfor Kuramı’nın kullanıldığı toplam 43 çalışmaya ulaşmışlardır.

Psikiyatri hastalarının konfor düzeyi ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmaya ulaşılammıştır. Uluslararası çalışmalar incelendiğinde ise psikiyatri hemşireliği ve konfor ile ilgili az sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Bu çalışmalarda, akut psikoz hastanesinde sıcak battaniye uygulamasının hastanın konfor düzeyine etkisi, konfor düzeyi ölçeği çalışması ve imajinasyonun rahatlık düzeyine etkilerinin incelendiği saptanmıştır (Parks MD ve ark.2015; Alves-Apóstolo ve ark. 2007; João Luís Alves Apóstolo ve Katharine Kolcaba, 2009).

Hemşirelik bakımının en önemli çıktularından biri olan konfor, etkin bakımın bir göstergesidir ve gözlemlerimize göre psikiyatri kliniklerinde bu sonuç ölçülmemektedir. Psikiyatri kliniklerinde bakımın ve tedavinin amacı, hastanın hastaneye yatışına neden olan problemi fark edip hastanın rahatlığını sağlayarak iyileşmesini desteklemektir. Hasta ile en uzun süre birlikte olan sağlık personelinin hemşire olması nedeni ile hemşirelerin bu alanda önemli bir rolü vardır.

Psikiyatri kliniklerinde yatan hastalar için etkin bakımın sonuçlarının görülmesi, test edilmesi gerekir. Çünkü hospitalizasyon sürecinde, iyilik hali bozulan birey ancak konforlu bir ortamda tedaviye olumlu yanıt verir. Psikiyatrik semptomu olan hastanın muhakeme yeteneğinin tam olmadığı önyargısı ile hasta konforunun değerlendirilmemiş olması bu konuda farkındalık oluşturmak açısından oldukça önemlidir. Konfor düzeyinin bilinmesi, hastaların gereksinimlerinin ne düzeyde karşılandığının belirlenip bakımının etkinliğinin ölçülmesini sağlar.

Geleneksel modelde de ruhsal hastalıklar bireyi zayıflatıcı hastalıklar olarak görülür. Hastaların rahatlığı ve iyileşmesine temelli hizmet yaklaşımları yerine, semptomların yokluğuna ya da kontrol edebilmeye, semptom azaltmaya, antipsikotik ilaç kullanmaya, nüks olmamasına odaklanılır. Bu da günümüzde iyileşme yaklaşımının temel ilkeleri olan birey merkezli bütüncül bakım ilkelerine ters düşmektedir. Bu çalışmadan elde edilen veriler ile konuya ilişkin farkındalık yaratılması ve bu veriler ile iyileştirme çalışmalarının yapılmasına katkı vermesi beklenmektedir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de bir hastanenin psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların algıladıkları konfor düzeyini ve konfor düzeylerini etkileyen bazı faktörleri belirlemektir.

1.3.Araştırma Soruları

1. Hastaların algıladıkları konfor düzeyleri nedir?
2. Hastaların algıladıkları konfor düzeyleri ve konfor boyutları arasındaki ilişki nasıldır?
3. Hastaların bireysel özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, gelir durumu) göre algıladıkları konfor düzeyi arasında fark var mıdır?
4. Hastaların hastalık öykülerine göre algıladıkları konfor düzeyi arasında fark var mıdır?
5. Hastaların tedavi ortamından memnun olma durumları ile algıladıkları konfor düzeyi arasında fark var mıdır?

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Konforun Tanımı

Kökeni Fransızca olan konfor kelimesi: “*günlük hayatı kolaylaştıran maddi rahatlık*” olarak; Türk Dil Kurumu Sözlüğünde ise “*Üzüntüsü, sıkıntısı, tedirginliği, yorgunluğu olmama veya sıkıntı vermeme durumu*” olarak açıklanmıştır (Siefert, 2002; <http://www.tdk.gov.tr>). Konfor, Kolcaba’ya göre; bireyin mevcut gereksinimleri ile ilgili yardım, huzur sağlama ve sorunlarının üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psiko-spiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde meydana gelen bir sonuçtur (Kolcaba, 1992; Kolcaba, 1995).

Bütüncül görüşe göre, konfor; ferahlamak, huzurlu olmak ve problemlerin üstesinden gelebilmek için bireyin temel gereksinimlerinin karşılanmasıdır (Kolcaba, 1996; Kolcaba, 1997). Kolcaba (2000), bütüncül yaklaşımla “ferahlama, huzura kavuşma ve sorunların üstesinden gelebilmek için temel insan gereksinimlerini karşılamamanın o andaki deneyimi” olarak konfor kavramını özetlemiştir.

2.2.Konfor Kuramı

2.2.1.Konfor Kuramı Tarihi ve Gelişim Süreci

Siefert (2002) hemşirelikte konfor kuramının kronolojisini aşağıdaki şekilde açıklamıştır:

- 1929 yılına kadar konfor, hemşireliğin merkezi ve önemli bir yönü olarak kabul edildi.
- 1930- 1959 yıllarında etkin bakımın sağlanmasında temel bir izlem, bir strateji olarak görüldü.
- 1960-1989 yıllarında psiko-spiritüel konforun önemi artarken hemşirelik bakımının amaçlarında konforun sağlanması da yer aldı.
- 1990-2006 yıllarında konfor, bir kuram haline dönüştü ve bu süreçte; yaşam sonu ve palyatif bakım, ağrı yönetimi konularına önem verildi. Hemşirelik tanı listesinde (NANDA-I) “Rahatsızlık/konforda Bozulma”nın ve Hemşirelik Girişimlerinin Sınıflaması’nda (NIC) “konforu geliştirme”nin yer alması önerildi.

Kolcaba,1988 yılında üç düzey ve dört boyuttan oluşan konforun taksonomik yapısını oluşturdu, 1990 yılında bir hemşirelik kuramı olarak ‘‘Konfor Kuramı’’ nı ortaya attı ve yaklaşık 15 yıl, bu alanda çalışmalarını etkin bir şekilde sürdürdü. Hasta bireylerde beklenen konfor düzeyini ölçmek için 48 maddelik, dörtlü likert tipte olan Genel Konfor Ölçeği’ni geliştirdi, sonuçlarını 1992 yılında açıkladı. Bu yönde oluşturulan, Konfor Kuramının temel hipotezleri ise şu şekildedir (Kolcaba, 1994; Kolcaba, 2001):

- İnsanlar, kompleks uyarılara bütüncül cevaplar verirler.
- Konfor, hemşirenin hedeflediği öncelikli bir sonuçtur.
- Kişiler temel konfor gereksinimlerini kendileri karşılamalı ve ya bu gereksinimler başka birileri tarafından karşılanmalıdır.
- Konfor, hasta merkezli sisteme temellenmiş olup bütüncül, belirli kuralları olan ve tanımlayıcı bir yapıdadır.

2.2.2.Konfor Kuramının Kavramları

Kolcaba (2003), çalışmaları sonucunda Konfor Kuramı’ını geliştirmiş ve 2003 yılında ‘‘Konfor Kuramı ve Uygulama: Bütüncül Bakım ve Araştırma İçin Bir Görüş (Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research)’’ isimli bir kitap yayımlamıştır (Tilton and Drouin 2006). Kolcaba(1991), bireyin konforunun sağlanması ile ilgili çalışmalarının ardından kuramın üç düzey ve dört boyuttan oluşan yapısını geliştirmiş ve konfor kuramını *ferahlama (relief)*, *rahatlama (ease)*, *üstesinden gelme (transcendence)* olmak üzere üç düzeyde incelemiştir:

Ferahlama (Relief); Bireyin rahatsızlıktan ve sıkıntıdan kurtulması, gereksinimlerinin karşılanması ile oluşan ilk durumdur. Bu durum, kişinin özel bir gereksiniminin karşılanmasıyla yaşanır. Bireyin daha önceden sahip olduğu fonksiyonlarını gerçekleştirebilmesi, ağrısının dinmesi, sıkıntısını aktarması, çözüme ulaşması ya da huzurlu bir ölüm için de bu gereklidir. Gereksinim kuramı ile şekillenen ve hemşirelik kuramlarının da kaynağını oluşturan ferahlamayı, Orlando ve Henderson ‘‘gereksinimleri karşılanan bireyin yaşadığı duygu ‘‘olarak tanımlanmışlardır (Kolcaba, 1991).

Rahatlama (Ease); Rahat, sakin, konforlu ya da huzurlu olma durumunun olması ile gereksinimleri karşılanan hasta bireyin memnuniyetten söz edip rahatlamaıdır (Kolcaba, 1991).

Üstesinde Gelme (Transcendence); Yenilenme hissi, kişisel gelişim, hastanın sorunlarının üstesinden gelebilmesi, güçlerinin artırılması durumu olarak tanımlanır. Hastanın kendi seviyesine göre belli durum ve belli zamanda sürecini kontrol edebilmesini ve bu süreci planlamasında özgür olması amaçlanır. Sıkıntısı giderilen, gereksinimleri karşılanan birey, konforun son derecesi olan ‘’sorunların üstesinden gelebilme’’ seviyesine gelebilir (Kolcaba,1991). Üstesinden gelmeyi diğer iki kavramdan ayıran ise hastanın sıra dışı performans potansiyelini ortaya koyabilmesidir. Konfor düzeylerinden her üçü de bireyin performansını olumlu yönde etkileyen, ona güç verici bileşenlerden oluşur ve konfor gereksinimi karşılanmayan birey eksiklik hisseder; gereksinimleri karşılandığında ise bu eksiklik ortadan kalkmış olur (Kolcaba,1991).

Kolcaba (1991), bütüncül görüşten destek alarak oluşturduğu konfor kuramının boyutlarını fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyo-kültürel olmak üzere dört boyutta ele almıştır:

Fiziksel Konfor: İnsan fizyolojisi ile ilgili olup bedensel algılara temellenmiştir. İnsanın homeodinamizmi, beslenmesi, vücudun yanıtları, barsak işlevlerinin sürekliliği gibi fizyolojik faktörleri içermektedir. Bu boyuttaki konforu azaltan en büyük etmen ağrıdır. Fiziksel konforun bozulması ile birey, hastalığına ve rahatsızlık sürecine karşı bir tepki vermiş olur. Bu boyuttaki rahatlık için gerekli fizyolojik işaretler; normal değerlerdeki kan biyokimyası, sıvı elektrolit dengesi, yeterli doku oksijenizasyonu gibi metabolik reaksiyonları da içeren sağlık göstergeleridir. Bu değerlerin herhangi birindeki sapma, konforun fizyolojik boyutunu etkiler (Kolcaba 1991; Kolcaba 1994).

Psiko-Spiritüel Konfor: Emosyonel, ruhsal, mental ve manevi bileşenlerden oluşmaktadır. Bu boyutta, bireyin hayatına anlam katan manevi unsurlar ele alınır. Bu unsurlar öz-saygı, benlik kavramı ve kendinin farkında olma gibi duygulardır (Kolcaba 1991; Kolcaba 1994).

Çevresel Konfor: Dış etkenler ve bu etkenlerin insan üzerindeki etkileri çevresel konforun tanımında ele alınır ve bu bağlamda gürültü, sıcaklık, aydınlık, güvenilirlik, doğal çevre, renk, pencereden görülen manzara gibi bireyin dış dünyası ile ilgili kavramlar incelenir. Bu boyuttaki konforu azaltan faktörler ise düşük ısı, rahat olmayan sedye ve yataklar, gürültü, kötü koku, parlak ışık, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmemesidir (Kolcaba 1991; Kolcaba 1994).

Sosyo-Kültürel Konfor: Sosyo-kültürel bakımı oluşturan unsurlar arasında; ailenin gelenek, görenek ve dini inançları doğrultusunda bakım verme, taburculuğun planlanması ve taburculuk eğitimi, finansal destek sistemlerinden yararlanabilme, bilgi ve danışmanlık, evde bakımın sağlanması, kişilerarası iletişimin etkin sağlanması yer almaktadır. Bu boyuttaki konforu azaltan etkenler ise; bireyin kültürel geleneklerinin önemsenmemesi, bakım kalitesinin kötü olması, aileden ayrılma, bakımın sürekli olmaması, sosyal güvencesinin olmaması gibi faktörlerdir (Kolcaba 1991; Kolcaba 1994). Hastaların çalışanlara karşı duyduğu güvensizlik, konfor düzeyini azaltan bir diğer faktördür. Ayrıca hastane donanımının tam anlamıyla işlevsel olmaması, güvenliğin riske edilmesi, tedavi için uygun tekniklerin uygulanmaması, hastanın sorularına yanıt bulamaması da bireydeki konfor düzeyini azaltan faktörlerdendir (Hawley 2000).

Tablo1: Konforun Taksonomik Yapısı (Kolcaba K, 1991)

KONFOR	DÜZEYLERİ		
BOYUTLARI	Ferahlama	Rahatlama	Üstesinden Gelme
Fiziksel			
Psiko-spirituel			
Çevresel			
Sosyo-kültürel			

Kuramdaki her bileşenin birbiri ile etkileşim içinde olduğu görülmektedir (Tablo1). Örneğin; fiziksel konfor bedensel algılarla ilişkilidir ve fizyolojik ihtiyacı karşılanan birey sıkıntıdan kurtulup ferahlar ve hedeflenen konfor düzeyine ulaşmış olur (Terzi B ve ark.,2015).

2.2.3.Konfor Kuramının Gelişmesinde Yararlanılan Kuramcılar

Konfor kuramının düzeylerinin oluşumuna Paterson, Orlando ve Henderson'ın kuramları büyük katkı sağlamıştır (Kolcaba 1991). Psikiyatri hemşiresi olan Paterson, konforu: sağlık, özgürlük, iletişim gibi gereksinimleri altında tutan bir şemsiyeye benzetirken *“hemşirelik mesleğinin doğası ile daima etkileşimde olan bir yapı”* olarak tanımlar. Rahatlık, Peterson için bireyin potansiyeline göre belli zaman ve durumda geleceğini kontrol etme ve planlamasında özgür olmasını amaçlayan, fizikselden çok ruhsal bir durumdur.

Bir etkileşim kuramcısı olan Orlando, hastayı gereksinimleri olan ve bu gereksinimleri karşılanmadığı zaman sıkıntı yaşayan biri olarak tanımlarken hemşireyi de bu gereksinimleri fark edip değerlendiren, hastanın sıkıntısını gideren kişi olarak açıklar. Kolcaba da bu tanımdan yola çıkarak gereksinimleri karşılanan hastanın yaşayacağı hissin, konforun ilk boyutu olan ferahlama olacağını belirtir. Hemşire, konfor düzeyini vereceği bakım öncesinde ve sonrasında ölçer, hasta ile etkileşim kurarak bireyin ruhsal ve fiziksel konforunu değerlendirebilir (Kolcaba 1991).

Henderson ise kaynağını Maslow'dan alan kuramında, insanın temel gereksinimleri üzerinde durmuş ve insana yaşamını devam ettirebilmesi için ihtiyacı olan 14 temel gereksinimin karşılanmasında yardım edilmesi gerektiğini belirtmiştir. Bu gereksinimler; yeterli solunum, beslenme, boşaltım, hareket etme, istirahat etme, giyinme, vücut ısısını dengede tutabilme, tehlikeden sakınabilme, iletişim, ibadet etme, temizlik gereksinimlerini karşılama, çalışma hayatında başarılı olma, eğlenebilme, uğraşı sahibi olabilmedir. Kolcaba'ya göre bu aşamalarda birey

dengede olabilirse, konforun rahatlama aşamasında olabilir ve dengesini sürdürebilir (Kolcaba, 1991).

Kolcaba, Konfor Kuramında “Holizm”, “İnsan Gereksinimleri” ve “Gereksinim-Baskı Kuramı” olmak üzere üç benzer görüşten de etkilenmiştir (Kolcaba, 1991):

Holizm Kavramı: İnsan, yaşamının devamlılığı için çeşitli sosyal ortamlarda yer alır, fiziksel yapısı ile bütünleşen mental, spiritüel ve emosyonel bir bütündür ve yaşamını sürdürebilmek için çeşitli ortamlarda bu bütünlüğü sürdürmek zorundadır (Karabacak ve Acaroğlu, 2011; Yücel, 2011).

İnsan Gereksinimleri: İnsanın öncelikli gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik yardımın hedeflendiği bu kuramda, özellikle kişinin beklentilerinin karşılanmasında bireye özgü bütüncül bakımın sürdürülmesinin önemi belirtilmektedir (Yücel, 2011).

Öğrenilmiş Gereksinim-Baskı Kuramı: Fizyolojik eksikliklerden doğduğu öne sürülen insan gereksinimlerinin davranışları kontrol ettiğine inanılan tarafından geliştirilen bu kuramda insan davranışını kontrol ettiğine inanılır. Murray (1939) kuramında bireyin temel gereksinimlerini belirlerken fizyolojik gereksinimlerden çok psikolojik gereksinimlerine odaklanmıştır.

Murray ‘a göre; gereksinimler bir hiyerarşi içindedir ve bu gereksinimler ile çevre arasında etkileşim halinde olan bir baskı vardır. Bu baskı alfa ve beta olarak ikiye ayrılır. Alfa baskısı, bireyin algıladığı çevrenin uyguladığı; beta baskısı ise bireyin bu durumu algısının bir ifadesidir. Bireyin kendi kendisini değerlendirmesi ve sonucunu pozitif algılanması, yaşanılacak diğer durumların da pozitif sonuçlanacağı beklentisini güçlendirir (Murray, 1939).

Kolcaba, Murray’ın gereksinim kuramına göre alfa baskısının negatif güçlerini bireyin bakım gereksinimleri, pozitif güçlerini ise uygulanacak hemşirelik girişimleri olarak ele alır. Beta baskısını da hastanın konforunu sağlayacak hemşirelik girişimlerinin sağlanmasına yönelik uygulanan hemşirelik bakımı olarak tanımlar. Hastanın konfor algısının artması, anksiyeteyi azaltır ve bireyin güçlenmesini sağlar (Kolcaba, 1994).

2.2.4.Konfor Kuramının Hemşirelik Bakım ve Araştırmalarda Kullanımı

Hemşirelik bilimi ve sanatı ile bağdaştırılmış bir kavram olan rahatlık bireye özgü, karmaşık ve bütüncül bir kavramdır. Literatürde hemşirelerin sağladıkları bakım, teselli etme, güç, cesaretlendirme, destek verme ve yardım etme eylemlerini, konfor ve konfor önlemleri ile gerçekleştirdikleri belirtilmektedir (Kolcaba 1991a, Kolcaba 1991b). Çağdaş hemşirelik literatüründe bireyin konfor gereksinimleri üzerinde durulurken bu kavram genellikle ağrı yönetiminde tartışılmıştır. Hemşirelikte, konforlu ve rahat kavramları yaygın olarak kullanılmaktadır (Kolcaba,1991b).

Çeşitli hemşire kuramcılarının yaptığı konfor tanımları şöyledir:

- **Peplau** konforu; “yeme, içme, dinlenme, uyku, arkadaşlık ve iletişim ile birlikte temel bir gereksinim” olarak belirtmiştir.
- **Orlando**, rahatlık ölçütlerini aktarmaya yönelik fiziksel ve psiko-spiritüel konforu tanımlamıştır.
- **Roy**, adaptasyon kuramında psiko-spiritüel konforun belirlenmesinde konfor ölçütlerini kullanmıştır.
- **Watson** bakım kuramında, destekleyici ve koruyucu ortamın sağlanmasıyla oluşan iyileştirici faktörün ilk boyutunun, konfor olduğunu; farmakoterapi, egzersizler, pozisyon verilmesi, gibi uygulamalarla bu boyutun güçlendirildiğini belirtmiştir (Neil and Tomey 2006; Siefert 2002).

Literatürde Kolcaba'nın geliştirdiği konfor kuramı kullanılarak değişik alanlarda yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Novak ve ark.(2001) yapmış olduğu araştırmada, hasta ve hasta yakınları için Yaşam Sonu Konfor Ölçeği'ni (end-of-life comfort instruments (EOL)) test etmişler ve bu çalışmanın sonuçları hemşirelik araştırmaları ve uygulamaları için Amerikan Hemşireler Derneği'ne (ANA) bildirilmiştir.

Kolcaba, hemşireler tarafından konfor kuramının bütüncül olarak ele alınarak perianestezide ortaya çıkan ve olumsuz fizyolojik sonuçlara neden olabilen anksiyetenin azaltılabileceğine dikkat çekmiştir (Kolcaba, 2002). Wilson (2004), perianestezi alanında konfor kuramının önemini vurgularken, Dowd (2002), miksiyon sıklığı ve üriner inkontinans olgularında yaşam kalitesinin yükseltilmesi

amacıyla konfor kuramını kullanmış ve izlemleri neticesinde pozitif sonuçlar elde etmiştir.

Bortolusso (2007), konfor kuramını kanser hastaları üzerinde kullanmanın hemşirelik açısından önemini vurgulamış, Apostolo ve ark (2007) hastanede yatan psikiyatri hastalarında psikiyatrik konfor ölçeği (PICS)'nin özelliklerini geliştirmek ve değerlendirmek amacıyla 18 hasta ile algılanan konfor hakkında görüşmeler yapmış, PICS'nin geçerli ve güvenilir olduğunu belirtmiş ve psikiyatri hastalarında rahatlık ölçümü için kullanılabileceğini ifade etmişlerdir.

Lorente ve ark(2017); "Hastaların Konfor Düzeyini Belirlemek İçin Hastanede Kullanılan Araçlar" isimli sistematik bir derleme ile 1990 ve 2016 yılları arasında yayımlanmış olan 49 makaleyi araştırmış, çalışmaya 13 ülkenin; erişkin ve çocuk klinikleri, doğumhaneler, ameliyathaneler, yoğun bakım üniteleri, post op servisler, bakımevleri ve psikiyatri servislerinde kullanılan ölçekler dahil edilmiştir. Çalışma sonunda Psikososyal Rahatlık Ölçeği (PICS)'nin ve Genel Konfor Ölçeği(GCQ)'nin hastanın rahatlığını değerlendirmek için en uygun araçlar olduğu bildirilmiştir.

Türkiye'de Konfor ile ilgili literatür tarandığı zaman hemşirelerin; cerrahi girişim, doğum, onkoloji, diyabet gibi alanlarda çeşitli araştırmalar yaptığı görülmektedir. Konfor düzeyi, ağrı, anksiyete, uyum, özetkinlik gibi değişkenlerle ilişkilendirilmiştir. Çeşitli alanlarda konfor düzeyi ölçümü için araçlar geliştirilmiştir.

Karabacak'ın (2004), radyoterapi uygulanan meme kanserli hastalarda yaptığı çalışmada, Radyoterapi Konfor Ölçeği'nin (RTKÖ) ülkemiz için geçerli ve güvenilir (cronbach $\alpha=0.76$) bir araç olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde GKÖ'nin Türkçe uyarlaması Kuşuoğlu ve Karabacak (2008) tarafından yapılmış olup yüksek iç tutarlılığa (cronbach $\alpha=0.85$) sahip ve yeterli yapı geçerliliği ve güvenilirliği sahip olduğu belirlenmiştir.

Zengin ve Pınar'ın (2008) "İdrar Kaçıran Kadınlarda Hemşirelik Eğitimi ve Davranışsal Tedavinin Konfor, Pelvik Taban Kas Egzersizi Uygulaması Öz-etkililik Algısı ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu araştırmalarında, "Konfor Üriner Sıklık ve Üriner Konfor Ölçeği (UIFCQ)"nin geçerliliği ve güvenilirliğinin (cronbach $\alpha=0.77$) yeterli olduğu sonucuna varmışlardır.

Çırlak ve Erdemir (2009) “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Bebeklerin Ebeveynlerinin Rahatlık Düzeyi” konulu yüksek lisans tezinde; GKÖ’nden uyarlayarak oluşturdukları, dört alt boyut ve üç düzeyden oluşan Aile için Holistik Rahatlık Ölçeği’nin geçerli ve güvenilir bir araç (cronbach $\alpha=0.86$) olduğu sonucuna varmışlardır.

Üstündağ ve Eti Aslan (2010) koroner arter bypass cerrahisi uygulanan 240 hastayla “Perianestezi Konfor Ölçeği”nin Türk toplumu için kullanılabilirliğini belirlemek amacıyla yürüttükleri çalışmalarında, ölçeğin yüksek geçerlik ve güvenilirliğe sahip (cronbach $\alpha=0.83$) olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Karakaplan ve Yıldız (2010) “Doğum Sonu Konfor Ölçeği” geliştirme çalışmalarında DSKÖ’nin Türkiye’de klinik alanda, doğum yapmış annelerin doğum sonu konforunu ölçmede güvenilir (cronbach $\alpha=0.78$) bir araç olarak kullanılabilmesi sonucunu bulmuşlardır. Aslan ve arkadaşları (2013) çalışmasında, fiziksel ve çevresel konforu değerlendiren “İmmobilizasyon Konfor Ölçeği”nin, artroskopi sonrası immobilize edilmiş hastaların konforunu ölçmede, geçerli ve güvenilir (cronbach $\alpha=0.82$) bir ölçme aracı olduğu sonuca ulaşmışlardır.

2.3.Psikiyatri Hastalarının Konfor Kuramına Göre Bakımı

Kolcaba (1994), hemşirelik bakımında konforun; hasta, aile ya da toplumun gereksinimlerini belirlenmesi, bu gereksinimlere yönelik tedbirler alınması, temel konfor düzeyi ile uygulama sonrasındaki konfor düzeyinin değerlendirilmesi sürecinden oluştuğunu açıklamıştır. Kolcaba(2003), hemşirelik için konfor kuramının bileşenlerini; ferahlama, rahatlama, sorunların üstesinden gelebilme durumu olarak aktarmış ve bu alanlarda konfor ihtiyacı karşılanmayan bireyin eksiklik hissedeceğini, gereksinimleri karşılandığında ise bu eksikliğin ortadan kalkacağını belirtmiştir.

Konfor kuramı fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyo-kültürel olmak üzere dört boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar bireyin gereksinimlerini yansıtmaktadır (Kolcaba,1991). Psikiyatrik bir hastalığı olan bireyin bakım gereksinimlerinin konfor kuramının boyutları kullanılarak tanımlanması, uygun müdahalelerle bakımın nihayi

hedefi olan hasta rahatlığının sağlanması psikiyatri hemşireliğinin temel işlevidir. Hemşire, bireyin gereksinimlerinin karşılanmasıyla sıkıntıdan kurtulmasını, bireyin memnuniyetten söz edip rahatlamasını ve sorunlarının üstesinden gelebilmesini sağlayarak üç düzeyde bakım vererek bireyin konfor gereksinimini karşılar (Kolcaba,1994).

Konfor kuramı kapsamında psikiyatrik tanısı olan hastaların yaşamları incelendiğinde fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyo-kültürel boyutta gereksinimleri olduğu görülmektedir. Psikiyatri hastalarının çoğu kroniktir. Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık koşullarının olumsuz olduğu belirtilmektedir. Psikiyatri hastalarında fiziksel sağlık problemlerinin nedenleri; ilaç tedavisine, sigara bağımlılığı, kötü beslenme gibi olumsuz yaşam tarzı alışkanlıkları hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan negatif belirtiler ya da depresif duygu durum, fiziksel aktivitenin azalması olarak belirtilmektedir (Weiser ve ark., 2009; Erginer ve ark, 2013).

Hastaların tanı ve hastalık sürecine ilişkin yeterince bilgi sahibi olmadıkları bunun da tedaviyi sürdürmede önemli bir engel oluşturduğu ve uyum sorunlarının yaşanmasına neden olarak hastalığın tekrarlama oranını artırdığı çeşitli çalışmalarda belirlenmiştir (Ünal, 2006).

Bazı ruh sağlığı sorunları, hastaların bilişsel işlevlerinde bozulmalara yol açmakta, düşünce içeriğinde ve algılama bozukluğu nedeniyle sağlığı algılama ve yönetme sorunu, kendine ve çevresine zarar verme, beslenme sorunları, sosyal ilişkilerde sorunlar, rolünü yerine getirmede güçlüklerle neden olabilmektedir (Yıldırım, 1991).

Duran ve Eroğlu (2015)'nin çalışmasında hastaların sırasıyla; “Stresle etkili biçimde başetme yolları”, “Depresyon ve intihar düşünceleriyle başetme”, “Hastalık ne kadar yaygındır ve kişi hastalığında ne olur?”, “Hasta hastalığı konusunda neler yaşıyor, ne hissediyor, hastalığını nasıl algılıyor?”, “Hastalığın belirtileri nelerdir?”, “Sorun çözme yöntemleri”, “Hastalığı ve nüksettiğini gösteren erken haberci belirtiler”, “Boş zaman ve eğlence/hobi aktivitelerini arttırma”, “Psikiyatrik teşhis/tanı nasıl konulur?”, “Tatilleri planlama, karşılaşılabilecek durumlarla başetme” konularında eğitim gereksinimleri olduğu belirlemiştir. Toplumumuzda

hastalar aileleriyle birlikte yaşadığı için ailelerin de benzer gereksinimleri olduğu saptanmıştır.

Ayrıca ruhsal bozukluğu olan kişiler damgalanma nedeniyle genellikle izole, yalnız ve yanlış anlaşılmiş olarak yaşamak zorunda kalabilirler. Ruhsal hastalıklara yönelik “damgalama” eğilimi ve bu eğilimin sonucu hastaların toplumdan “dışlanması”, hastaların ve yakınlarının yaşam kalitesini bozmakta, tedaviye uyumlarını ciddi şekilde engellemektedir (Bostancı, 2005).

Psikiyatri kliniklerinde tedavi hizmeti birçok hastanede kilitli ve yatılı birimlerde verilmekte olup bireyin yatış süresi içinde fiziksel özgürlüğüne çeşitli kısıtlamalar getirilmektedir (Moran, Topp, 2007).

Yukarıda tanımlanan psikiyatrik hastalığın getirdiği sorunlar ve hastanelerin olumsuz fiziksel koşulları hastanın fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel boyutlardan oluşan konfor gereksinimini etkilediği görülmektedir.

Psikiyatri kliniklerinde tedavi ve bakımın amacı, bireyin yatış nedeni olan psikiyatrik problemini fark edip iyileşmesine katkıda bulunmak ve bireyin topluma yeniden kazanılmasını sağlamaktır. Bu sebeple, ideal bir hastane ortamları, hasta ve yakınlarının sığınak niteliğinde kullandıkları bir alan olmaktan çok sosyal destekler ile bireyin benlik güçlerinin en iyi şekilde kullanımına fırsat veren akılcı ortamlar olmalıdır (Maree,2001; Perko ,1988; O'Brien ,2001). Terapötik bakımın hedefi hastanede kalma süresini azaltmak, iyileşmeyi destekleyen ve hastaların tedavilerine katılmalarına izin veren çevreler oluşturmaktır (Levin, 2007).

Hemşireler, tedavi edici ortamda, hastaların gereksinimlerini karşılayarak konforunu sağlamaktan sorumludur. Bu nedenle hemşire, ihtiyacı olanlara yardım etmek için sürekli olarak değerlendirmeler yapmak zorundadır. Hastanın biyopsikososyal durumun değerlendirilmesi ve bakımın planlanması bütüncül tedaviyi vurgulayan psikiyatrik ortamda gözden kaçırılmaması gereken önemli bir hemşirelik görevidir (Echternacht, 2010).

Kolcaba (2003), sağlık bakımı ortamında, bireyin temel gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik yardımın hedeflendiği aşamada, özellikle beklentilerinin karşılanmasında bireysellik ve kültürel özellikleri doğrultusunda bütüncül bakımın

sürdürülmesinin önemi üzerinde durmuştur. Bireyin temel gereksinimleri, bulunduğu ortamda sürdürmeyi ya da yeniden kazanmayı istediği her türlü ihtiyacını ifade eder. Sosyal destek almak, barınmak, anlaşılmak, ekonomik güvence ve fonksiyonel sağlığı sürdürmek gibi gereksinimler fiziksel, çevresel psikospiritüel ve sosyokültürel gereksinimleri ifade eden bütüncül konforun yapısını oluşturur (Kolcaba 1991; Kolcaba 1992; Kolcaba 2003).

Orlando, etkileşim kuramında, hastayı gereksinimleri olan ve bu gereksinimler karşılanmadığı zaman sıkıntı yaşayan bir birey, hemşireyi de bu gereksinimleri değerlendirip hastanın sıkıntısını giderme yeteneği olan kişi olarak tanımlamaktadır. Bu tanımdan yola çıkan Kolcaba (2003), gereksinimleri karşılanan bireyin yaşadığı duyguyu konforun ilk boyutunu oluşturan ve sıkıntıdan kurtulmayı ifade eden ferahlama olarak açıklamıştır. Henderson ise insan varlığının dengesini sürdürmesi için karşılanması gereken 14 temel fizyolojik ve psikolojik bileşeni tanımlamıştır. Bunlar; normal solunum, yeterli beslenme, boşaltım, hareket ve pozisyon verme, dinlenme ve uyku, uygun giyim, beden ısısını normal düzeyde tutma, deri hijyeni ve bütünlüğünü sağlama, çevrede tehlikelerden ve diğer inciticilerden kaçınma, iletişim kurma, inanışa göre ibadet etme, çalışma, eğlence ve normal gelişme sağlık ve sağlıkla ilgili bilgilerin kullanımına olanak sağlamak üzere keşfetme, öğrenme ve merakını gidermedir.

Rahatlık gereksiniminin bir boyutu da fiziksel çevreyle ilgilidir. Klinikte odaların yapısı, eşyalar, renkler, kalabalık, aydınlatma gibi özelliklerin bireyin konforunu etkilediği belirtilmektedir. Fiziksel çevrenin psikiyatrik rahatsızlıkları da içeren birçok sağlık sorununu etkilediği ve şekillendirdiği bilinmektedir (Jackson, Tester, 2008). Bir çalışmada psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların saldırganlık ve zarar verme girişimlerinin, ait olmadıklarını düşündükleri ortamlara verdikleri tepkiler olarak tanımlanmıştır (NHS Estates, 1996). Yeterli aydınlatma ve işlevsel eşyalar konforlu çevreler sağlamaya yöneliktir. Kliniklerde kullanılan aydınlatma elemanları, doğal güneş ışığı, yataklar, dolaplar, duvar renkleri, etkinlik alanları gibi öğelerle bu gereksinim karşılanabilir (Chuang, Chiou, 2009).

Memnuniyet verici çevreler, insana pozitif rahatlık algısı sunan çevrelerdir ve bu algı ile zihnin strese duyarlı aktiviteleri azaltılır. Fiziksel çevre ne kadar rahat olursa hastaların anksiyete düzeyi de o kadar azalır, iyilik hissi artar (Dijkstra, 2009).

Hastane ortamının iyileştirici ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik olarak sosyal, manevi, estetik, uyarıcı, rahatlatıcı, tutarlı ölçü ve armoniye sahip biçim, ışık, malzeme, renk ve dokuyu karşılayacak hem dış hem de iç mekanlara sahip olması ve güvenilirlik, temizlik, profesyonellik mesajı iletmesi önerilmiştir (Ergenoğlu ve ark., 2007). İyileşme arayışında, psikiyatrik tanı alan hastaların öncelikle rahatlıkları göz önünde bulundurulur ve hastanelerin tasarımında bu amaç öncelikli olmalıdır (Hassell, 2014).

Psikiyatri servislerinde hastalara konforlu alanlar sağlanmasıyla hastaların tedavilerine daha hızlı uyum gösterebilecekleri belirtilmektedir (Dikeç, 2015). Norveç'te bir psikiyatri servisinde yapılan çalışmada, tespit ve tecrit odalarının ev rahatlığında olmasının hasta memnuniyetini arttırdığını saptanmıştır (Ulrich, Bogren, Lundin, 2012).

Psikiyatri hastalarının odaları sosyal işlevselliği ve iletişim becerilerinin artmasını sağlayacak şekilde konforlu olmalıdır (Malkin, 1992). Hastaların birlikte vakit geçirmesi teşvik edilmeli ve sosyal etkileşimi arttıracak uygulamalara da güvenlik ve rahatlığı barındıran iç mekanlarda yer verilmelidir, iç mekanlar güvenlik ve rahatlığı bünyesinde bulundurmalıdır (Chuang, Chiou, 2009). Özet olarak fiziksel çevrenin ruhsal sağlığı da içeren birçok sağlık problemini etkilediği ve şekillendirdiği hastaların bakım kalitesini etkilediği ve bazı tasarım stratejileri ile hastaların rahatlık gereksinimlerini karşılayabileceği belirtilmektedir (Ulrich, 2000; Jackson, Tester, 2008).

Fiziksel koşulların iyileştirilmesinin yanında hastaların beslenme gereksiniminin karşılanması, dinlenmesi, uyuması, sosyal ve spiritüel aktiviteleri, arkadaş ilişkilerinin geliştirilmesi de bireyin daha rahat olmasını sağlar. Bunun için önce kişinin gereksiniminin neler olduğu belirlenmeli, müdahaleler bireye özgü planlanmalıdır. Bu anlamda teröpatik sonuçlar elde etmek için hastaların cesaretlendirilmesi, güçlendirilmesi, desteklenmesi, fiziksel olarak rahatlatılması ile zihinsel rahatlığının sağlanması kolaylaşır (Kolcaba ve Kolcaba, 1991; Kolcaba ve Dimarco, 2005).

Rahatlatıcı girişimler üç grupta toplanabilir; (Kolcaba, 2003)

- a) Ağrıyı gidermeye ve homeostazisi sağlamaya yönelik standart fiziksel girişimler,
- b) Anksiyeteyi gidermek, bilgi ve güven vermek, ümit aşlamak, dinlemek ve iyileşmeye yönelik planlarına yardım etmek için danışmanlık yapma gibi psikososyal girişimler,
- c) Masaj, imajinasyon, müzik terapi gibi girişimler yaparak bireyin kendine özen/ilgi gösterildiğini, bakım verildiğini, güçlendirildiğini hissetmesini sağlayarak ruhu/maneviyatı besleyen, sorunlarla başetme becerisinin gelişmesine yardım eden girişimler şeklinde sınıflanabilir.

Hastaların birey olarak kabul görme, kişilerarası ilişkiler ve karar vermeye katılma gibi içsel gereksinimleri karşılandığında diğer bir anlatımla konforları sağlandığında memnuniyet düzeylerinin arttığını; konforları dikkate alınmadığında ise memnuniyetsizlik oluştuğunu ileri sürülmüştür (Merkouris ve ark. 1999). Yapılan çalışmalarda, hastaların hastane deneyimleri ile ilgili memnuniyet durumlarında hemşirelik hizmetinin çok önemli bir faktör olduğu ve bu nedenle hemşirelerin hasta ile etkileşimlerinin hasta memnuniyetinde temel bir unsur olduğu belirtilmektedir (Evans 1998, Forbes ve Brown 1995, Merkouris ve ark. 1999a)

Hastanelerin hastalar sağladığı konforun memnuniyetlerini arttırdığı bilinmektedir. Yeterince bilgilendirilen, değer verilen ve kendini evindeymiş gibi hisseden hastalar, hem aldıkları tedavi ve bakıma, hem de bu hizmeti veren sağlık ekibine daha çok güvenmektedir (Walker ve ark. 1998).

Hemşirelik bakımının sonuç kriteri bireyin konforudur. Hemşire böylece hastaların beklenti ve bakım gereksinimlerini karşılar, hastanın kendini değerli hissetmesini sağlar, tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini arttırmasına yardım eder (Tuğut ,2013).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, bir hastanenin psikiyatri kliniğinde yatan hastaların algıladıkları konfor düzeyi ve konfor düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, 2019 yılı Ocak ve Şubat aylarında NP İstanbul Beyin Hastanesi, psikiyatri kliniklerinde yatan hastalar ile yapıldı. Çalışmanın yapıldığı hastane 2007 de 48 yatak kapasiteli kurulmuş olup, Aralık 2014 tarihinde Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'ndan AMATEM ruhsatı almaya hak kazanan ilk Joint Commission International (JCI) akreditasyonlu özel psikiyatri hastanesi olmuştur. 2017 yılında yeni binasına taşınmış ve genel hastane olarak hizmet vermektedir. Hastanenin kapalı erkek servis, kapalı kadın servis, AMATEM ve Açık Servis olmak üzere dört psikiyatri servisi bulunmaktadır.

Psikiyatri servisleri 80 yataklıdır. Hastanede çalışan 40 uzman doktor, 25 Psikolog, 56 hemşire çalışmaktadır. Yatan her hasta haftanın yedi günü doktor viziti, bir gününde ise konsey vizitine girmektedir. Her sabah psikologlar ile Günaydın Toplantısı yapılmaktadır. Haftada dört defa grup terapisi, her gün ergoterapi çizelgesine göre dört psikiyatri servisine ergoterapi yapılmaktadır. Hemşireler, hastanın ilaç ve somatik tedavilerinin takibi ve uygulanması, yaşam bulgularının takibi ve gözlem gibi bakım hizmetlerini yürütmektedir

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini Ocak ve Şubat 2019 tarihleri arasında NP İstanbul Beyin Hastanesi, psikiyatri servislerinde yatan, dâhil edilme ölçütlerine uyan toplam 106 hasta ile çalışılmıştır.

3.4. Araştırmada Dâhil Edilme Kriterleri

Hastanın ;

- 18 yaşını doldurmuş olması
- Türkçe okuma yazma bilmesi
- Soruları algılayıp yanıtlayabilecek düzeyde olması
- Hastanede kalma süresinin en az beş gün olması

3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada Tanıtıcı Bilgi Formu ve Genel Konfor Ölçeği kullanılmıştır.

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Tanıtıcı bilgi formu araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulmuştur. Hastaların; yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi gibi demografik özellikleri ile; kronik hastalık durumu, hastaneye yatış biçimi, hastanede yatış süresi gibi hastalık özellikleri; sunulan hemşirelik, hekimlik, yemekhane vb. hizmetlerden memnuniyet durumu, klinikte uygulanan düzenli bir program, eğitim ve bilgilendirme hizmeti varlığı durumunu içeren 17 soru soruldu.

3.5.2. Genel Konfor Ölçeği (GKÖ)

Genel Konfor Ölçeği (GKÖ), konforun kuramsal bileşenlerini oluşturan üç düzey ve dört boyutun yer aldığı taksonomik yapı rehber alınarak Kolcaba tarafından oluşturulmuştur. Ölçek, bireyin konfor gereksinimlerinin belirlenmesi, konforu sağlayan hemşirelik girişimlerinin uygulanması ile beklenen konforda artma sonucuna ulaşma durumunu değerlendirmek için kullanılmaktadır. Ölçek dördümlük tipinde olup toplam 48 madde içermektedir.

Ölçekteki düzeyler; bireyin gereksinimlerinin karşılanmaya başlanmasıyla, sıkıntıdan kurtulup hissettiği durum olan **ferahlama** (16 madde), konforlu olma durumu olarak tanımlanan **rahatlama** (17 madde) ve sıradan güçlerin artırılması durumu olarak tanımlanan **üstesinden gelme** (15 madde) dir (Kuğuluoğlu ve ark, 2008). GKÖ maddelerinin, alt boyutlarının ve hangi maddenin hangi alt boyutta olduğu, Tablo 2 de gösterilmiştir.

Tablo 2: Konfor Düzey ve Boyutları ve Ölçek Maddeleri

Konfor	Düzeyleri		
Boyutları	Ferahlama	Rahatlama	Üstesinden Gelme
Fiziksel	14- 19- 48- 25-	1+ 36+ 20- 28-	15+ 29+ 5- 6-
Psikosprituël	44+ 46+ 22- 40-	2+ 7+ 31+ 38+ 24-	9+ 17+ 41- 45-
Çevresel	3+ 27+ 12- 34-	11+ 47+ 32- 42-	30+ 33+ 18- 21- 35-
Sosyokültürel	37+ 8- 13- 26-	4+ 23+ 43+ 39-	10+ 16+

Pozitif ve negatif maddelerden oluşan ölçeğin yanıt düzenleri karışık halde verilmiştir. Buna göre pozitif ifadelerde yüksek puan (4p) yüksek konfora, düşük puan (1p) düşük konfora, negatif maddelerde ise düşük puan (1p) yüksek konfora, yüksek puan (4 p) ise düşük konfora işaret etmektedir (Kuğuluoğlu ve ark, 2008).

Ölçekteki pozitif maddeler:1, 36, 15, 29, 44, 46, 2, 7, 31, 38, 9, 17, 3, 27, 11, 47, 30, 33, 37, 4, 23, 43, 10, 16; negatif maddeler; 14, 19, 48, 25, 20, 28, 5, 6, 22, 40, 24, 41, 45, 12, 34, 32, 42, 18, 21, 35, 8, 13, 26, 39 numaralı maddelerdir.

Ölçeğin değerlendirilmesinde; elde edilen negatif puanlar ters kodlanarak pozitif maddelerle toplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 192, en düşük toplam puan ise 48 dir. Elde edilen toplam puan ölçek maddelerinin sayısına bölünerek ortalama değer saptanır ve sonuç 1-4 dağılımında belirtilir. Düşük konfor bir puan, yüksek konfor dört puan ile ifade edilmektedir. Puanın yüksekliği konfor algısının olumlu olduğunu göstermektedir (Kuğuluoğlu ve ark, 2008). Ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0.88 olarak saptanmıştır.

3.6.Verilerin Toplanması

NP İstanbul Beyin Hastanesi, AR-GE biriminden yazılı kurum izni alınarak çalışmaya başlanmıştır. Başhemşire, eğitim hemşireleri, klinik sorumlu hemşireleri ve servis hemşireleri ile bağlantı kurulup çalışmanın içeriği aktarılarak veri toplama araçlarının uygulanabileceği hastaların seçiminde destek alınmıştır.

Psikiyatri kliniklerinde yatan hastalardan gönüllü olur formunu okumaları istenmiş, gönüllü olur formunu okuduktan sonra onam alınan kişiler, tanıtıcı bilgi formu ve genel konfor ölçeğini doldurmaları için yalnız bırakılmıştır. Bazı hastaların okumaktan sıkıldıklarını ifade etmeleri nedeni ile ölçek maddeleri yüz yüze sorularak işaretlenmiştir.

3.7.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada, katılımcı bireylerden elde edilen verilerin analizi SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 16.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Bireylerden toplanan demografik özelliklerin ve ölçeklere verilen cevapların tespiti için tanımlayıcı istatistiklerden olan frekans, yüzde, ortalama değerleri hesaplanarak yorumlanmıştır. İkili grupların karşılaştırılmasında Independent Samples t Testi, ikiden fazla grupların karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA), ileri analizler için Tukey testi uygulanmıştır.

3.8.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için, Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin, ayrıca çalışmanın yapıldığı hastaneden kurum izni alınmıştır. Araştırma kriterlerine uyan psikiyatri hastalarından bilgilendirilmiş onam formu için imza alınmıştır.

4.BULGULAR

Bu bölümde bir hastanenin psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların algıladıkları konfor düzeyi ve bu düzeyi etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular verilmiştir.

Tablo 3: Hasta Tanıtıcı Bilgilerinin Dağılımı (n=106)

Hastalarının Demografik Özellikleri	Değişkenlerin Kategorileri	s	%
Yaş	18-24	25	23,6
	25-39	47	44,3
	40-54	30	28,3
	55 ve üzeri	4	3,8
Cinsiyet	Kadın	36	34,0
	Erkek	70	66,0
Medeni durum	Evli	47	44,3
	Bekar	51	48,1
	Boşanmış/Dul	8	7,5
Eğitim Düzeyi	Okuryazar	2	1,9
	İlköğretim	11	10,4
	Lise	32	30,2
	Yükseköğrenim ve üzeri	61	57,5
Çalışma Durumu	Evet	66	62,3
	Hayır	40	37,7
Yaşadığı kişi/ler	Yalnız	21	19,8
	Anne baba	40	37,7
	Eş ve çocuk	45	42,5
Gelir Durumu	Gelir giderden az	7	6,6
	Gelir gidere denk	42	39,6
	Gelir giderden fazla	57	53,8
Yatış Biçimi	Kendi isteğim ile	83	78,3
	Zorla yatış	23	22,7
Yatış Süresi	5-10 gün	38	35,8
	11-15 gün	32	30,1
	16-20 gün	19	17,9
	21 gün ve üzeri	17	16,2

Tablo 3 incelendiğinde hastaların %44,3'ü 25-39 yaş arasında, %66'sı erkek, %48,1'i evli, %57,5'inin eğitim düzeyi yükseköğrenim ve üzeri, %62,3'ü çalışmakta, %41,5'i eş ve çocuğuyla yaşamakta ve %53,8'inin geliri giderinden fazladır. Hastaların %78,3'ü kendi isteği ile hastaneye yatmış olup, yatış süresinde 5-10 gün %35,8 ile ilk sırada yer almaktadır.

Tablo 4: Hastaların Verilen Hizmetlerden Memnuniyet Durumları (n=106)

Memnuniyet Durumu	Yanıtlar	n	%
Hemşirelik Bakımı	Evet	103	97,2
	Hayır	3	2,8
Hekimlik Hizmetleri	Evet	106	100,0
Klinik Temizliği	Evet	106	100,0
Yemekhane Hizmetleri	Evet	87	82,1
	Hayır	19	17,9
Kişisel Temizlik Yapabilme Olanığı	Evet	103	97,2
	Hayır	3	2,8
Ekip ile İletişim	Evet	106	100,0

Tablo 4 incelendiğinde, hastaların %97,2'si hemşirelik hizmetlerinden memnun olduğunu, memnun olmayanların ise iletişim, kurallar ve tedavi şeklinden şikayet ettikleri; hastaların %100'ü hekimlik ve temizlik hizmetlerinden memnun olduğunu, %82,1'i yemekhane hizmetlerinden memnun olduğunu, memnun olmayanların ise en çok (%6,7) yemeklerin soğuk olmasından şikayet ettikleri; %97,2'si kişisel temizlik hizmetinden memnun olduklarını ve memnun olmayanların ise banyo ve kişisel eşyalar konusunda şikayetçi oldukları ve son olarak hastaların %100'ünün iletişimden memnun olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5: Hastaların Tedavi Ortamı ile İlgili Değerlendirmelerinin Dağılımı(n=106)

Değerlendirme Kriteri	Yanıtlar	n	%
Klinikte Uygulanan Düzenli Program Varlığı	Evet	97	91,5
	Hayır	9	8,5
Klinikte Yazılı Kuralların Varlığı	Evet	95	89,6
	Hayır	11	10,4
Kurallara Uygulanma Durumu	Evet	99	93,4
	Hayır	7	6,6
Eğitim-Bilgilendirme Hizmetinin Varlığı	Var	99	93,4
	Yok	7	6,6
Eğitim -Bilgilendirme Hizmetinin Kalitesi	İyi	62	59
	Orta	41	38,2
	Kötü	3	2,8

Tablo 5 incelendiğinde hastaların; klinikte uygulanan düzenli program var mı sorusuna %91,5'i evet, yazılı kurallar var mı sorusuna %89,6'sı evet, kurallara uyuyor musunuz sorusuna %84'ü evet, eğitim-bilgilendirme hizmeti sorusuna %93,4'ü evet ve son olarak eğitim-bilgilendirme hizmetinin kalitesi sorusuna ise %51,9 ile iyi yanıtı verilmiştir.

Tablo 6: Hastaların GKÖ'nin Konfor Boyutlarına Göre Konfor Düzeyleri Puanlarının Dağılımı (n=106)

Konfor Boyutları	Düzeyleri		
	Ferahlama	Rahatlama	Üstesinden Gelme
Genel (ort.2,67)	2,48±0,31	2,84±0,3	2,68±0,3
Fiziksel	2,05±0,45	2,69±0,45	2,69±0,51
Psikospiritüel	2,71±0,62	3,11±0,41	2,47±0,4
Çevresel	2,78±0,46	2,2±0,45	2,61±0,54
Sosyo Kültürel	2,39±0,54	3,31±0,47	3,27±0,69

Tablo 6 da hastaların konfor boyutlarına göre konfor düzeylerinin dağılımı görülmektedir. GKÖ toplam puanı üzerinden incelendiğinde en yüksek puanın 2.84 ile rahatlama alt düzeyinde en düşük puanın 2,48 ile ferahlama alt düzeyinde olduğu; GKÖ puan ortalamasının ise 2,67 olduğu görülmektedir.

GKÖ alt düzey ve boyutları incelendiğinde; fiziksel boyutta rahatlama ve üstesinden gelme puanlarının aynı değerde (2,69) olduğu, ferahlama puanının (2,48) düşük olduğu; psikospiritüel boyuttaki incelemede en yüksek puanın (3,11) rahatlama düzeyinde, en düşük puanın (2,47) üstesinden gelme düzeyinde olduğu; çevresel boyuttaki incelemede en yüksek puanın (2,78) ferahlama düzeyinde, en düşük puanın (2,20) rahatlama düzeyinde olduğu; sosyokültürel boyutta en yüksek puanın (3,31) ferahlama düzeyinde, en düşük puanın (2,39) ise rahatlama düzeyinde olduğu saptanmıştır.

Tablo 7: Hasta Tanıtıcı Bilgileri ile GKÖ Karşılaştırılması (n=106)

Kategoriler		Genel				
		n	ort.	ss	f/t	P
Yaş	18-24	25	2,63	0,22	1,35	0,263
	25-39	47	2,73	0,23		
	40-54	30	2,66	0,27		
	55 ve üzeri	4	2,55	0,26		
Cinsiyet	Kadın	36	2,69	0,24	0,29	0,77
	Erkek	70	2,67	0,24		
Medeni Durum	Evli	47	2,68	0,22	0,633	0,533
	Bekar	51	2,65	0,26		
	Boşanmış/Dul	8	2,75	0,14		
Eğitim Durumu	Okuryazar	2	2,47	0,02	0,619	0,604
	İlköğretim	11	2,72	0,18		
	Lise	32	2,68	0,22		
	Yükseköğrenim ve üzeri	61	2,67	0,26		
Çalışma Durumu	Evet	66	2,69	0,23	0,923	0,358
	Hayır	40	2,65	0,26		
Yaşadığı Kişiler	Yalnız	21	2,75	0,24	0,897	0,464
	Anne baba	40	2,65	0,27		
	Eş ve çocuk	45	2,63	0,21		
Gelir Durumu	Gelir giderden az	7	2,74	0,31	1,393	0,253
	Gelir gidere denk	42	2,63	0,27		
	Gelir giderden fazla	57	2,71	0,21		
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	26	2,72	0,27	-0,992	0,323
	Hayır	80	2,66	0,23		
Yatış Biçimi	Kendi isteği ile	83	2,69	0,22	0,961	0,339
	Zorla	23	2,63	0,31		
Yatış Süresi	5-10 gün	38	2,73	0,21	5,698	0,001
	11-15 gün	32	2,75	0,24		
	16 -20 gün	19	2,50	0,26		
	21 gün ve üzeri	17	2,63	0,20		
Servis	Açık	54	2,68	0,26	0,24	0,80
	Kapalı	52	2,67	0,22		

Tablo 7 incelendiğinde yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı kişiler, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, yatış biçimi, bulunduğu servis ile GKÖ karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yatış süresi ile GKÖ ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analiz sonuçlarına göre GKÖ 5-10 gün ile 15-20 gün (lehine), 11-15 gün (lehine) olmak üzere 16- 20 gün ile istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 8: Hastaların Tanısı ile GKÖ Karşılaştırılması (n=106)

TANI	Genel				
	n	ort.	ss	f	P
Kategoriler					
Alkol Kul.Boz.	10	2,67	0,21	1,067	0,39
Madde Kul.Boz.	44	2,67	0,22		
Duygu Durum Boz.	16	2,79	0,22		
Depresyon	7	2,61	0,23		
Atipik Psikoz	14	2,61	0,21		
Yeme Boz.	5	2,53	0,15		
Konversiyon Boz.	4	2,69	0,24		
OKB	6	2,67	0,20		

Tablo 8 incelendiğinde; genel konfor puan ortalamasının en düşük, yeme bozukluğu tanımlı hastalarda (2,53), en yüksek duygudurum bozukluğu tanımlı hastalarda (2,79) olduğu bulunmuştur. Hastaların psikiyatrik tanısı ile genel konfor düzeyi arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. ($p<0,05$). Yapılan Tukey analizinde bu farkın duygu durum bozukluğu ve depresyon tanımlarında pozitif yönde olduğu görülmüştür.

Tablo 9: Hastaların Verilen Hizmetlerden Memnuniyet Durumları ile GKÖ Karşılaştırılması (n=106)

Hizmet	Yanıtlar	Genel Konfor Düzeyi					
		n	%	ort.	ss	t	P
Hemşirelik Bakımı	Evet	103	97,2	2,67	0,24	-1,029	0,306
	Hayır	3	2,8	2,82	0,04		
Hekimlik Hizmetleri	Evet	106	100	-	-	-	-
	Hayır	0	0	-	-		
Klinik Temizliği	Evet	106	100	-	-	-	-
	Hayır	0	0	-	-		
Yemekhane Hizmetleri	Evet	87	82,1	2,68	0,23	0,526	0,6
	Hayır	19	7,9	2,65	0,29		
Kişisel Temizlik Yapabilme Olanığı	Evet	103	97,2	2,68	0,24	-0,573	0,568
	Hayır	3	2,8	2,76	0,13		
Ekip ile İletişim	Evet	106	100	-	-	-	-
	Hayır	0	0	-	-		

Tablo 9 incelendiğinde, hastaların %97,2'sinin hemşirelik hizmetlerinden, %100'ünün hekimlik ve temizlik hizmetlerinden, %82,1'inin yemekhane hizmetlerinden, %97,2'si kişisel temizliğini yapabilme olanaklarından, %100'ünün de ekip ile iletişimden memnun olduğu tespit edilmiştir. Verilen hizmetler ile GKÖ ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 10: Hastaların Tedavi Ortamı ile İlgili Değerlendirmeleri ile GKÖ Karşılaştırılması (n=106)

Değerlendirme	Yanıtlar	Genel Konfor Düzeyi				
		n	ort.	ss	t	P
Klinikte Uygulanan Düzenli Program Varlığı	Evet	97	2,67	0,24	0,995	0,322
	Hayır	9	2,75	0,28		
Klinikte Yazılı Kuralların Varlığı	Evet	95	2,67	0,25	0,962	0,338
	Hayır	11	2,74	0,18		
Kurallara Uygulanma Durumu	Evet	99	2,51	0,23	0,874	0,416
	Hayır	7	2,60	0,25		
Eğitim-Bilgilendirme Hizmetinin Varlığı	Var	99	2,67	0,23	0,781	0,436
	Yok	7	2,75	0,36		
Eğitim – Bilgilendirme Hizmetinin Kalitesi	İyi	62	2,41	0,25	0,865	0,319
	Orta	41	2,38	0,21		
	Kötü	3	2,57	0,28		

Tablo 10 incelendiğinde; klinikte uygulanan düzenli program varlığı, mevcut yazılı kuralların varlığı, kurallarının uygulanma durumu, eğitim bilgilendirme hizmeti varlığı, eğitim bilgilendirme hizmetinin kalitesi ile GKÖ ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların klinikte uygulanan düzenli program var mı sorusuna %91,5'i, yazılı kurallar var mı sorusuna %89,6'sı, kurallara uyuyor musunuz sorusuna %84'ü, eğitim-bilgilendirme hizmeti varlığı sorusuna %93,4'ü evet yanıtını vermiş; hastaların %51,9'i eğitim-bilgilendirme hizmetinin kalitesini iyi olarak değerlendirmiştir.

5. TARTIŞMA

Bir hastanenin psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların algıladıkları konfor düzeyi ve konfor düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular, ülkemizde psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların konfor düzeylerinin ölçümüne ait herhangi bir çalışmaya ulaşamadığından, dahili ve cerrahi kliniklerde yapılan çalışmalar doğrultusunda, literatür bilgileri eşliğinde tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların, dağılım aralığı 1-4 arasında olan genel konfor düzey puanlarının 2,67 olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Üstündağ (2009) ın koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastalarda cerrahi sonrası konfor düzeyini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, genel konfor düzeyi 3.33 olarak bulunurken, Özden (2018) 'in tip 2 diyabetes mellitus'lu hastalarda hastalığı kabulün konfor düzeyine etkisini araştırdığı çalışmasında genel konfor düzey ortalaması 2,79 olarak bulmuştur. Bu çalışmanın sonucunun ortanın üzerinde olduğu söylenebilir. Ancak diğer çalışma sonuçlarından düşük olduğu görülmektedir. Çalışmanın yapıldığı hastanenin hem fizik koşulları hem de akredite olması nedeniyle GKÖ puanının hangi alanlarda en yüksek ve düşük olduğunun ayrıntılı anlaşılmasını sağlamak için genel konfor boyutlarına göre konfor düzeylerinin puanları incelenmiştir.

Fiziksel boyutta, en düşük düzeyin "rahatlama" olduğu, diğer iki düzeyinde benzer puanda olduğu görülmektedir. Ayrıca üç düzeyin de üç puanın altında olduğu dikkat çekici bir sonuçtur. Fiziksel konfor bedensel algılarla ilgilidir. Bireyin fiziksel durumunu etkileyen dinlenme ve gevşeme, hastalığa karşı yanıtları, beslenme ve homeodinamizm, bağırsak işlevlerinin sürekliliği gibi fizyolojik faktörleri içermektedir. Bu kapsamda değerlendirme yapıldığında hastaların fiziksel sağlıkları açısından gereksinimlerinin yeterince karşılanamadığı düşünülebilir. Bu bulgu, psikiyatri kliniklerinde hastaların fiziksel sağlıklarının yeterince ele alınmadığını gösteren diğer çalışma sonuçlarıyla da benzerdir (Erginer, Günüşen 2013, Lök ,Lök 2016, Blythe, White 2012).

Psikospiritüel boyutta, en yüksek değerin rahatlama düzeyinde, en düşük ise üstesinden gelme düzeyinde olduğu görülmektedir. Psikospiritüel konfor bireyin yaşamına anlam veren öğeler, öz-saygı, benlik kavramı, cinsellik ve kendinin farkında olma ile ilgili duyguları kapsamaktadır (Kolcaba 1991; Kolcaba and Kolcaba 1991). Bu bulgu, hastaların psikospiritüel boyuttaki gereksinimlerinin karşılanarak rahatladıklarını ancak deneyimlerden anlam bulma ve başetme becerilerinin geliştirilmesi gereksinimlerinin de devam ettiği şeklinde yorumlanabilir.

Çevresel konfor boyutunda, en yüksek puanın da ferahlama düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Bu boyut dış etkenler, durumlar ve bunların birey üzerindeki etkilerini kapsamaktadır. Bu kapsamda aydınlatma, gürültü, ortamın rengi, ortam ısısı, güvenilir çevre, pencereden görülen manzara gibi insanın dış ortamı ile ilgili kavramlar yer almaktadır (Kolcaba 1991; Kolcaba and Kolcaba 1991). Hastanın çevresel ortamdaki gereksinimlerinin karşılanmaya başlanıp sıkıntıdan kurtulması ile ferahlama düzeyinin arttığı söylenebilir. Ancak yine çevresel konfor boyutunda en düşük puanın rahatlama düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Çevresel ortamın hastanın sıkıntıdan kurtulmasını sağladığı ancak henüz yeterince rahatlayıp memnun olmadığını göstermesi açısından göz önünde tutulması gereken bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Sosyo-Kültürel Konfor boyutunda, bilgi ve danışmanlık verme, bireyin/ailenin gelenekleri ve alışkanlıklarına duyarlı bakım verme, dini inançlar, finansal destek sistemlerinden yararlanma, kişilerarası iletişimin sağlanması, taburculuğun planlanması ve taburculuk eğitimi, evde bakımın sağlanması gibi sosyo-kültürel bakımı oluşturan faktörler yer almaktadır (Kolcaba 1991; Kolcaba and Kolcaba 1991). Bu kapsamdaki boyutta en yüksek puanın rahatlama düzeyinde olduğu saptanmıştır. Sakin, rahat ya da huzur içinde olma durumu olarak tanımlanan rahatlama düzeyi hasta bireyin rahatlama, memnuniyetten söz etmesi, memnun olduğunu belirtmesi durumudur. Kişi, fiziksel ve duygusal deneyimler ile çevresel özelliklerden etkilenir (Kolcaba 1991).

Genel konfor ölçeğinin boyutlarına göre konfor düzeyi incelendiğinde de benzer şekilde en yüksek sosyokültürel boyutta 3.31 puanla rahatlama düzeyinin olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın yapıldığı hastanede yukarıda tanımlanan sosyokültürel boyutta yer alan aktivitelerin birçoğunun yapılmasının bu sonuca neden olduğu düşünülebilir.

İnsanların yaşadıkları sıkıntılara verdiği tepkiler her yaş döneminde farklı olabilmektedir. Araştırma kapsamında alınan hastaların çoğunluğu 25-39 yaş arasındadır. Genç yetişkinlik dönemine denk gelen bu yaş grubundaki hastaların genel konfor düzeyi diğer yaş gruplarına göre 2,73 puan ile en yüksek değeri aldığı görülmektedir. Ancak yaş ile genel konfor düzeyi arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Çiftçi (2011) de müziğin yoğun bakım ünitesinde serebrovasküler olay tanısıyla yatan hastalarda konfor, anksiyete ve ağrıya etkisini incelediği çalışmasında yaş ile konfor düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışmaya katılan hastaların %66 sını erkekler oluşturmaktadır. Erkek ve kadın hastaların konfor düzeylerinin 2,69 ve 2,67 puan ile birbirlerine yakın olduğu saptanmış olup cinsiyet ile algılanan konfor düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Bu çalışmalara benzer şekilde Özden (2018) de Tip 2 diyabetli hastalar ile yaptığı çalışmasında hastaların cinsiyetlerine göre konfor düzeylerinde değişiklik olmadığı sonucunu bulmuştur. Cinsiyetin algılanan konfor düzeyini etkileyen bir faktör olmadığını, cinsiyetten çok araştırmanın yapıldığı hastanenin özellikle fiziksel koşullarının iyi olmasının bu sonuçla ilişkili olduğu söylenebilir.

Araştırmada, katılımcıların %48,1 inin bekar olduğu belirlenmiş olup medeni durumun konfor puanına etkisi açısından evli ve bekar hastaların konfor puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Şahin (2016) in ameliyat geçiren hastalarda konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi ve Sönmez(2013)'in koroner arter bypass greft ameliyatı uygulanan hastaların konfor ve kaygı deneyimlerinin değerlendirilmesi isimli çalışmalarında da bu araştırmanın sonucuna benzer şekilde medeni durumun konfor puanına etkisi açısından evli ve bekar hastaların konfor puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hastaların %42 si eş ve çocuğu ile birlikte yaşamakta olup hastanın birlikte yaşadığı kişiler ile konfor düzeyi arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Hastaların bekar olsalar bile çoğunluğunun aile içinde yaşamalarının medeni duruma göre de genel konfor algısını etkilemediği düşünülmektedir.

Araştırmada, katılımcıların %62 sinin mevcut bir işte çalışmakta olduğu belirlenmiştir. Buna paralel hastaların gelir durumunun %53 ile iyi ve birbirine benzer olduğu saptanmış olup gelir durumu ile konfor düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Hastaların özel bir hastanede kaldıkları göz önünde bulundurulursa hospitalizasyon sürecinde mevcut maddi desteklerinin yeterli olduğu ve çalışma durumlarının da konfor düzeylerini etkilemeyeceği söylenebilir. Şahin (2016)'in ameliyat geçiren hastalarda konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi isimli çalışmasında da gelir durumunun konfor düzeyini etkilemediği saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların %57 sinin yükseköğrenim ve üzerinde eğitim aldığı ve bireyin eğitim düzeyin konfor düzeyini etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$). Günçayır (2011)'in kalça protezi ameliyatı olacak hastalara verilen eğitimin ameliyat sonrası konfor düzeyi ve günlük yaşam aktivitelerine etkisi isimli çalışmasında ve Şahin (2016)'in ameliyat geçiren hastalarda konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi isimli çalışmasında da eğitim durumu ile hastaların konfor düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Bu araştırmada, mevcut psikiyatrik hastalığa ilave kronik hastalık varlığının konfor düzeyini etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$). Bu çalışmadan farklı olarak Hohenstein(2018) araştırmasında, kronik hastalığı olan bireylerin konfor düzeylerinin orta seviyede olduğunu saptamıştır. Şahin (2016) in ameliyat geçiren hastalarda konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi ve Sönmez(2013)'in koroner arter bypass greft ameliyatı uygulanan hastaların konfor ve kaygı deneyimlerinin değerlendirilmesi isimli çalışmalarında ise bu araştırmanın sonucuna benzer şekilde kronik hastalık varlığı ile konfor arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuç, hastaların çoğunluğunun psikiyatrik hastalığa ilave kronik bir hastalığa sahip olmamasıyla ilişkilendirilebilir.

Bu araştırmada, yatış biçimi ile GKÖ puanı karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p<0,05$). Hastalar kendi istekleri dışında hastaneye yatmış olsalar bile ölçeğin, yatış süresi en az bir hafta olan hastalara uygulanmasıyla klinik ortamın fiziksel özellikleri ve algılanan konforu etkilememiş olması olasıdır.

Bu araştırmada, yatış süresi ile GKÖ ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Yatış süresi 11-15 gün arasında olan hastaların GKÖ puanları diğer yatış günlerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yatış süresinin konfor düzeyini etkilediği söylenebilir. Yatışın ikinci haftasının hastaların akut evreyi geçirdikleri hastanenin mevcut programlarını öğrendikleri ve kurallara uyum sağladıkları dönem olarak değerlendirilebilir.

Araştırmaya katılan hastaların tıbbi tanılarına göre GKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak fark belirlenmiştir (Tablo 8). Farkın duygudurum bozukluğu ve depresyon tanısı alan hastalar arasında olduğu ve duygu durum bozukluğu tanısı alan hastaların genel konfor puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. İyileşme aşamasındaki depresyon ve mani dönemini geçirmiş duygudurum bozukluğu tanısı alan hastaların, sakin, huzurlu olma durumu olarak tanımlanan rahatlık düzey puanlarının yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur.

Araştırma kapsamına alınan hastaların, hemşirelik ve hekimlik hizmetlerinden memnuniyet durumunun, yemekhane hizmetlerinden memnuniyet durumunun, eğitim bilgilendirme hizmeti varlığının, kişisel temizlik ihtiyaçlarının karşılanması hizmetinden memnuniyet durumunun, klinikte uygulanan düzenli program varlığının, yazılı kuralların varlığı durumunun konfor düzeyini etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Wong (2010) araştırmasında ameliyat olan hastalara verilen eğitimin hastaların endişelerini azalttığı, hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerini ve genel olarak hastaların konfor düzeyini arttırdığı sonucu bulunmuştur. Hastaların gereksinimlerin karşılanması ile algılanan konfor düzeyinin arttığı söylenebilir ve bu düzeyin artması için de hemşirelik bakımı oldukça önemlidir. Hastanede verilen tedavi, bakım, fiziksel gereksinimlerin karşılanması hizmetlerinin hastaların memnuniyetini

arttırarak algılanan konfor düzeyini etkileyebilir. Hastaların bu hizmetlerden memnun olma durumlarının yüksek çıkması bu sonuçla ilişkilendirilebilir.

Araştırmanın yapıldığı hastanenin fiziksel koşullarının diğer psikiyatri kliniklerine göre daha iyi olmasına rağmen literatürde psikiyatri dışı kliniklerde yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında hastaların genel konfor düzeyi daha düşük çıkmıştır. Hastaların bireysel ve hastalık özelliklerinin de genel konfor düzeyini etkilemediği belirlenmiştir. Bu da, genel konfor düzeyini bu değişkenlerden ziyade terapötik ortamla, özellikle de ilişkiler ve kişisel gelişim boyutlarıyla bağlantılı olduğunu ve bunun da incelenmesine gereksinim olduğunu düşündürmektedir.

Bunlara rağmen genel konfor düzeylerinin yüksek çıkmasına hastaların ideal psikiyatri kliniklerinin ne olması gerektiği konusunda yeterli bilgi sahibi olmaması neden olabilir.

6.SONUÇ

Bir hastanenin psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların algıladıkları konfor düzeyi ve konfor düzeylerini etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir.

- Hastaların, genel konfor düzeyi ortalama puanı 2,67 olarak bulunmuştur.
- Genel Konfor Ölçeği toplam puanı üzerinden incelendiğinde en yüksek puanın 2,84 ile rahatlama, en düşük puanın 2,48 ile ferahlama alt düzeyinde olduğu bulunmuştur.
- Genel Konfor Ölçeği alt düzey ve boyutları incelendiğinde;
 - **Fiziksel boyutta** rahatlama ve üstesinden gelme puanlarının aynı değerde (2,69) olduğu, ferahlama puanının (2,48) düşük olduğu;
 - **Psikospiritüel boyuttaki** incelemede en yüksek puanın (3,11) rahatlama düzeyinde, en düşük puanın (2,47) üstesinden gelme düzeyinde olduğu;
 - **Çevresel boyuttaki** incelemede en yüksek puanın (2,78) ferahlama düzeyinde, en düşük puanın (2,20) rahatlama düzeyinde olduğu;
 - **Sosyokültürel boyutta** en yüksek puanın (3,31) ferahlama düzeyinde, en düşük puanın (2,39) ise rahatlama düzeyinde olduğu saptanmıştır (Tablo 4).
- Hastaların çoğunluğunun 25-39 yaş arasında, erkek, evli, çalışmakta, iyi bir gelir durumunda olduğu; eş ve çocukları ile birlikte yaşadığı, yükseköğrenim ve üzeri eğitim aldığı saptanmış olup yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişiler, eğitim durumu, yatış biçimleri ve psikiyatrik hastalığa ilave kronik hastalık varlığı ile algıladıkları konfor düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Hastaların psikiyatrik tanılarının algıladıkları konfor düzeyini etkilediği belirlenmiştir ($p<0,05$). Depresyon ve duygudurum bozukluğu tanısı alan hastaların konfor düzeylerinin diğerlerinden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Hastaların yatış sürelerinin konfor düzeyini etkilediği belirlenmiştir ($p < 0,05$). Yatış süresi 11-15 gün arasında olan hastaların GKÖ puanları diğer yatış sürelerine göre yüksek bulunmuştur.
- Hastaların, hemşirelik ve hekimlik hizmetlerinden memnuniyet durumunun, yemekhane hizmetlerinden memnuniyet durumunun, eğitim bilgilendirme hizmeti varlığının, kişisel temizlik ihtiyaçlarının karşılanması hizmetinden memnuniyet durumunun, klinikte uygulanan düzenli program varlığının, yazılı kuralların varlığı durumunun algıladıkları konfor düzeyini etkilemediği saptanmıştır ($p > 0,05$).



ÖNERİLER

İstanbul’da özel bir psikiyatri hastanesinde, hastaların algıladıkları konfor düzeyinin incelendiği bu çalışmadan elde edilen bu sonuçlar ışığında şu şekilde öneriler yapılabilir;

- Hastaların, öncelikle konfor düzeyinin düşük çıktığı alanlarda (soğuk yemek, sınırlılıklar) verilen hizmetlerden memnuniyetini arttırmaya yönelik hemşirelere ve diğer sağlık personellerine hizmet içi eğitim programları düzenlenmesi,
- Psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların, bireysel ve hastalık özelliklerinin algıladıkları konfor düzeyini etkilemediği için konunun farklı değişkenlerle incelenmesi ya da niteliksel araştırmalarla ölçümün yeniden yapılması,
- Konfor ile ilgili çalışmaların düzenli olarak tekrarlanması,
- Araştırmanın, özel bir hastanede yapılmış olması nedeniyle kamu hastanelerinde yatan farklı grup hastalarda yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

ASLAN, Ö., TOSUN, B., TUNAY, S., AKYÜZ, A., ÖZKAN, H., BEK, D. & AÇIKSÖZ, S., (2013). İmmobilizasyon Konfor Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik Güvenirlik Çalışması, 14.Ulusal Hemşirelik Kongresi, 25-27 Ekim MUĞLA, ss.99

APOSTOLO A, KOLCABA K, CRUZ-MENDES A, CALVÁRIO-ANTUNES MT. (2007) Development and psychometric evaluation of the Psychiatric Inpatients Comfort Scale (PICS). *Enferm Clin.* 2007 Jan-Feb;17(1):17-23.

APOSTOLO A, KOLCABA K, (2009) The Effects of Guided Imagery on Comfort, Depression, Anxiety, and Stress of Psychiatric Inpatients with Depressive Disorders. *Archives of Pschiatric Nursing* December 2009 Volume 23, Issue 6, Pages 403–411

BLYTHE, J. & WHITE, J. (2012). Role of the mental health nurse towards physical health care in serious mental illness: An integrative review of 10 years of UK Literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21 (3): 193–201.

BORTOLUSSO V, BOSCOLO A, ZAMPİERON A. Survey About The Comfort Level According To Kolcaba On A Sample Of Oncologic Patients. *Professioni Infermieristiche*, 2007, 60: 166-169

BOSTANCI N, (2005), Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Stigma Ve Bunun Azaltılmasına Yönelik Uygulamalar'', *Düşünen Adam*, 2005, 32-38.

CHUANG, W., CHİOU S. (2009). The Study of the Need of Interior Design Based on the Interaction between Humans and Environment, *The International Journal of Humanities* 7(4): 145-160. Common Ground Pub.

ÇIRLAK A, ERDEMİR F, (2012) Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Bebeklerin Ebeveynlerinin Rahatlık Düzeyi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013;16:2

ÇİFTÇİ H.(2011) Müziğin Yoğun Bakım Ünitesinde Serebro Vasküler Olay Tanısıyla Yatan Hastalarda Konfor, Anksiyete Ve Ağrıya Etkisinin İncelenmesi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilimdalı, Yüksek Lisans Tezi, 2011

DİJKSTRA, K. (2009). Understanding Healing Environments: Effects of Physical Environmental Stimuli on Patients' Health and Well-Being. University of Twente, PhD Thesis, Netherlands.

DİKEÇ G, KUTLU Y,(2014) Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak İçin Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2015;6(1):40-46

DOWD T, KOLCABA K, STEİNER R. (2002) Correlations among measures of bladder function and comfort. *Journal of Nursing Measurement*, 2002, 10: 27-38.

DURAN S, EROĞLU S, (2016), Psikiyatrik Hastalık Tanılı Hasta ve Ailelerinin Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi, *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* (Journal of Harran University Medical Faculty) Cilt 13. Sayı 3, 2016

ECHTERNACHT MS, (2010), A Regulatory Model for Transitioning Newly Licensed Nurses to Practice, *Journal of Nursing Regulation*. July 2010 Volume 1, Issue 2, Pages 18–25

ERGİNER D,GÜNÜŞEN N,(2013) Kronik Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlık Durumu: İhmal Edilen Bir Alan, *DEUHYO ED* 2013, 6(3) 159-164

ERGENOĞLU AS, AYTUĞ A (2007) Sağlık Kurumlarında Değişen Paradigmalar Ve İyileştiren Hastane Kavramının Mimari Tasarım Açısından İrdelenmesi. *Megaron Yıldız Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi E-Dergisi*,2:44-63

EVANS, G. W. (2003). The Built Environment and Mental Health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 80(4): 536-555.

EVANS, G. W., MCKOY, J. M. (1998). When Buildings Don't Work: The Role of Architecture in Human Health. *Journal of Environmental Psychology* 18: 85-94. Academic Press.

GÜRÇAYIR, D., (2011). Kalça Protezi Ameliyatı Olacak Hastalara Verilen Eğitimin Ameliyat Sonrası Konfor Düzeyi ve Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi, Yüksek lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum

HAWLEY MP (2000). Nurse comforting strategies: Perceptions of emergency department patient, *Clinical Nursing Research*, 9(4):441-459

HASSELL. (2014). Future Directions in Design for Mental Health Facilities. Melbourne,Australia.http://hassellstudio.com/docs/final_futuredirections_designformentalhealth_2014.pdf Erişim Tarihi:05.07.2018

HOHENSTEİN KS. Factors related to the self-perceived comfort of chronically ill,institutionalizedolderadults.https://mspace.lib.umanitoba.ca/bitstream/handle/1993/19435/Hohenstein_Factors_re_lated.pdf Erişim Tarihi: 21.04.2018.

IP HY, ABRİSHAMİ A, PENG PW, WONG J, CHUNG F. Predictors Of Postoperative Pain And Analgesic Consumption: A Qualitative Systematic Review. *Anesthesiology* 2009;111(3):657– 77.

JACKSON R. J.J., TESTER, J. (2008). Environment Shapes Health, Including Children's Mental Health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47(2): 129-131.

KARABACAK Ü, ACAROĞLU R.(2011) Konfor Kuramı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2011;4(1):197-202.

KARABACAK Ü.(2004) Meme Kanserli Hastalarda Konforu Destekleyici Hemşirelik Bakımının ve Eğitimin Radyoterapi Uygulaması İle Etkileşimi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2004.

KARAKAPLAN S, YILDIZ H, (2010) Doğum Sonu Konfor Ölçeği Geliştirme Çalışması, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt:3,Sayı:1.2010;55-65

KOLCABA K, TILTON C, DROUIN C. (2006); Comfort Theory: A Unifying Framework to Enhance the Practice Environment, *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 36(11):538-544, November 2006.

KOLCABA KY, KOLCABA RJ. (1991) An Analysis of the Concept of Comfort. *Journal of Advanced Nursing* 1991;16(11):1301-10.

KOLCABA KY. A (1991) Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Image: The Journal of Nursing Scholarship* 1991;23(4):237-40.

KOLCABA K (1992a). Holistic Comfort: Operationalizing the construct as a nurse sensitive outcome, *Advances in Nursing Science*, 15(1):1-10.

KOLCABA K (1992b). The concept of comfort in an environmental framework. *Journal of Gerontological Nursing* 18(6), 33– 38.

KOLCABA KY. A (1994) Theory of Holistic Comfort for Nursing. *Journal of Advanced Nursing* 1994;19 (6):1178-84.

KOLCABA K (1995a). Comfort as process and product, merged in holistic nursing art. *Journal of Holistic Nursing* 13(2), 117– 131.

KOLCABA K (1995b). The art of comfort care. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 27(4), 287–289.

KOLCABA K, FISHER E (1996). A holistic perspective on comfort care as an advanced directive. *Critical Care Nursing Quarterly* 18(4), 66–78.

KOLCABA K, STEINER R (2000) Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing* 18, 46–62.

KOLCABA K. (2001) Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research. *Nursing Outlook* 2001;49(2):86-92.

KOLCABA K, WILSON L. (2002) Comfort care: A framework for perianesthesia nursing. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 2002, 17: 102-111.

KOLCABA K (2003). Comfort Theory and Practice A vision for holistic health care and research, *Springer Publishing Company*, New York. 57.

KUĞUOĞLU S, KARABACAK Ü.(2008) Genel konfor ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2008, 16: 16–23

LEVİN, A. (2007). Psychiatric Hospital Design Reflects Treatment Trends. *Psychiatric News* 42 (2): 9

LORENTE S, LOSİLLA J,VİVES J. (2017) Instruments to assess patient comfort during hospitalization: A psychometric review. *J Adv Nurs*. 2018 May;74(5):1001-1015.

LÖK S, LÖK N (2016) Kronik Psikiyatri Hastalarına Uygulanan Fiziksel Egsersiz Programlarının Etkinliği: Sistemik Derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2016;8(4):354-366

MALKİN, J. (1992). Hospital Interior Architecture, Creating Healing Environments For Special Patient Populations, Chapter 11-Psychiatric Facilities. Toronto: John Wiley & Sons Inc.

MAREE EG. (2001) Hospital-based psychiatric nursing care. GW Stuart, MT Laraia (eds), *Principles and Practices of Psychiatric Nursing*, yedinci baskı, St. Louis, Mosby, 2001, s.712-727.

MERKOURİS A, İFANTOPOULOS J, LANARA V, LEMONİDOU C. Patientsatisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal of Nursing Management* 1999;7: 19-28..

MORAN, J. E., TOPP, L. (2007). Introduction: Interpreting Psychiatric Spaces in Madness, Architecture, and the Built Environment pp. 1-16. Routledge, New York: Taylor & Francis Group.

NEİL RM, TOMEY AM. Nursing Theorists and Their Work. 6 th ed. United States of America: Mosby Inc.; 2006. p. 91-115.

NHS ESTATES. (1996). Health Building Note 35. Part 1. Accommodation for People With Mental Illness: The Acute Care Unit. London: HMSO, Crown.

NOVAK B, KOLCABA K, STEİNER R, DOWD T. Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life care. *The American Journal of Hospice and Palliative Care*, 2001, 18: 170-180.

O'BRIEN AP, WOODS M, PALMER C. The emancipation of nursing practice: Applying anti-psychiatry to the therapeutic community. *Aust N Z J Mental Health Nurs* 2001; 10:3-9.,

OFLAZ F. (2006). Psikiyatri kliniğinde tedavi edici ortam kavramı ve hemşirenin sorumlulukları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 55-61.

ÖZDEN G, Tip 2 Diyabetes Mellitus'lu Hastalarda Hastalığı Kabulün Konfor Düzeyine Etkisi, T.C İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi, 2018

PARKS MD, (2015) An Evaluation of Patient Comfort During Acute Psychiatric Hospitalization, *Perspect Psychiatr Care*. 2017 Jan;53(1):29-37.

PERKO JE, KREİGH HZ. Therapeutic environment. Psychiatric Mental Health Nursing - A Commitment to Care and Concern, üçüncü baskı, Connecticut, Appleton & Lange, 1988, s.43-56.

POYRAZ, A. (2015) Akıl Hastanelerinde Hasta-Mekan Etkileşimi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2015.

SİEFERT ML.(2002) Concept Analysis Of Comfort. Nursing Forum 2002;37(4):16-23

SÖNMEZ A, (2013) Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Uygulanan Hastaların Konfor ve Kaygı Deneyimlerinin Değerlendirilmesi, Yüksek lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tekirdağ

ŞAHİN P, (2016) Ameliyat Geçiren Hastalarda Konfor Düzeyi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023. Ankara.

TAŞ S., BULDUKOĞLU K., (2018) "Şizofreni hastalarının taburculuk sonrası erken dönemde öz-bakım gücü ve bakım gereksinimleri ", *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, vol.9, pp.11-22, 2018.

TERZİ B, KAYA N. A Planned Admission Protocol Application in Intensive Care Units. *Nursing in Critical Care Epub* 2015 Jul 22 (doi: 10.1111/nicc.12194).

TUĞUT N, GÖLBAŞI Z. Bir üniversite hastanesi kadın hastalıkları ve doğum servisinde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri ve etkileyen bazı faktörler. *Hemşirelikte eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013; 10(2): 38-44.

TUTTON E, SEERS K (2003). An exploration of the concept of comfort. *Journal of Clinical Nursing*. 12: 689– 696

TUTTON E, SEERS K (2004). Comfort on a ward for older people. *Journal of Advanced Nursing*. 46:4, 380-389.

TÜRK DİL KURUMU SÖZLÜKLERİ [<http://www.tdk.gov.tr>]. Erişim Tarihi: 20.02.2019

- ULRICH RS(1992) How design impacts wellness. *Healthc Forum J*,35(5):20-25.
- ULRICH RS (1991) Effects of interior design on wellness: Theory and recent scientific research. *J Health Care Inter Des*, 3:97-109
- ULRICH, R. S. (2000). Effects of Healthcare Environmental Design on Medical Outcomes International Academy for Design and Health, 49-59.
- ULRICH, R. S. (2005). Evidence-Based Design for Better Healthcare Buildings. HeFMA Conference.
- ULRICH, R. S. (2013). State of Evidence-Based Research: Effects on Visual Distractions on Outcomes in Healthcare Facilities. Aarhus, Denmark: Playscapes.
- ULRICH, R. S., Bogren, L., Lundin, S. (2012). Toward A Design Theory For Reducing Aggression in Psychiatric Facilities. ARCH 12. Gothenburg: Chalmers.
- ÜNAL S, ÇAKIL G, ELYAS Z. (2006)Taburculuk Sonrası Tedaviye Gelmeyen Psikotik Hastaların Özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006; 7: 69-75.
- ÜSTÜNDAĞ H, ETİ ASLAN F,(2010), Perianestezi Konfor Ölçeğinin Türkçeye Uyarlaması, *Türkiye Klinikleri J Nurs*. 2010;2(2):94-9
- VAN BOGAERT, P., CLARKE, S., WILLEMS, R., & MONDELAERS, M. (2012). Staff engagement as a target for managing work environments in psychiatric hospitals: implications for workforce stability and quality of care. *Journal of Clinical Nursing*, 22(11-12), 1717- 1728.
- WALKER, E., BROOKSBY, A., MCLNERNY, E., TAYLOR, A. (1998). Patient perceptions of hospital care: building confidence, faith and trust, *J Manag.*, 6 (4): 193-200.
- WEISER, P., BECKER, T., LOSERT, C., ALPTEKİN, K., BERTİ, L.,BURTİ, L. (2009). European Network Forpromoting The Physical Health Of Residents İnmpsyiatric And Social Care Facilities (HELPS):Background, Aims And Methods. *BMC Public Health*,9:315.
- WILSON L, KOLCABA K. Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 2004, 19: 164-173.
- YAŞAR E, YÜCEL Ş, (2015) Türkiye’de Hemşirelerin 2004-2014 Yılları Arasında Konfor Kuramını Kullandıkları Çalışmaların Değerlendirilmesi, *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi* 2015, s 113-128
- YILDIRIM İ (1991) Araştırma ve uygulama hastanesinde yatan yetişkin hastaların, hastane gürültüsünden nasıl etkilendiklerinin belirlenmesi (Yüksek lisans tezi). Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi.
- YÜCEL ŞÇ.(2011) Kolcaba’nın Konfor Kuramı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2011;27(2):79-88.

ZENGİN N. (2008) İdrar Kaçıran Kadınlarda Hemşirelik Eğitimi ve Davranışsal Tedavinin Konfor, Pelvik Taban Kas Egzersizi Uygulaması Öz-Etkililik Algısı ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2008.



EKLER

EK- 1 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

CALIŞMANIN ADI:

Bir Hastanenin Psikiyatri Bölümünde Yatan Hastaların Algıladıkları Konfor Düzeyi Ve Konfor Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

*Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir./ Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.*

CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Konfor, sağlıklı bakım davranışları ile ilişkili olumlu bir sonuçtur. Hemşirelikte konfor, gereksinimlerin karşılanması temeline dayanmaktadır ve birçok hemşirelik kuramında kaliteli bakımın bir parçası olarak kabul edilmiştir. Psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların konfor düzeyini belirlemek ve hizmet planlayabilmek için mevcut konfor düzeylerinin bilinmesine gereksinim vardır.

Bu gereksinim dikkate alınarak Türkiye'de bir psikiyatri kliniğinde yatan hastaların konfor düzeyinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

CALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu çalışmaya katıldığınız takdirde size doldurmanız gereken iki adet form verilecektir. Bunlardan ilkinde bazı demografik verilerinizle ilgili sorular bulunmaktadır. Bu form çalışmacılar tarafından hazırlanmıştır. Diğer form ise standardize bir ölçektir. Bu ölçek sizlerin algıladığı konfor düzeyini sorgulamaktadır. Tüm formları eksiksiz doldurmanız beklenmektedir.

CALIŐMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılmanız durumunda literatüre bu konu hakkında destek sağlayarak veri eklememize yardımcı olacaksınız.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

İsim, soy isim veya şahsınızı deŐifre edebilecek hiçbir bilgi kullanılmayacak ve açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŐVURULACAK KİŞİLER :

Araştırmacı Gülten GÜLEŞEN

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıŐtıım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek Şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Vasi (var ise) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>AraŐtırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
--	--	-----------------------

1.Kaç yaşındasınız?

- 1) 18-24 yaş arası 2) 25-39 yaş arası 3) 40-54 yaş üzeri 4) 55 ve üzeri

2.Cinsiyetiniz nedir?

- 1) Kadın 2) Erkek

3. Medeni durumunuz nedir?

- 1) Evli 2) Bekar 3)Diğeri (boşanmış, dul)

4. Eğitim durumunuz nedir?

- 1) Okur-yazar 2) İlköğretim 3) Lise 4) Yüksek Öğrenim ve üzeri

5. Çalışma durumunuz nedir?

- 1)Evet 2) Hayır

6. Kiminle yaşıyorsunuz?

- 1) Yalnız 2) Anne- Baba ile 3) Eş ve çocuklar ile 4) Diğerleri...

7. Gelir durumunuz nedir?

- 1) Gelir giderden az
2) Gelir gidere denk
3)Gelir giderden fazla

8.Herhangi bir kronik hastalığınız var mı ?

- 1) Hayır 2) Evet (ise belirtiniz :)

9. Hastaneye yatış biçiminiz nedir?

- 1) Kendi İsteğim İle 2.) Zorla 3)Diğer.....

10. Hastanede yatış süreniz nedir?

- 1) 5-10 gün 2)10-15 gün 3) 15-20 gün 4) 20 gün ve üzeri

11.Şimdiye kadar size sunulan hizmetlerden memnun musunuz?

Hizmet	Evet, Memnunum	Hayır, Memnun Değilim (Nedenini Belirtiniz)
Hemşirelik Bakımı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hekimlik Hizmetleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kliniğin Temizliği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yemekhane Hizmetleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kişisel Temizlik İhtiyaçlarının Karşlanması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekip İle Hasta İletişimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.Kliniğin düzenli uygulanan bir programı var mı?

- 1) Hayır 2) Evet

13.Kliniğin yazılı kuralları var mı ?

- 1) Hayır 2) Evet (Evet ise 14. soruya geçiniz)

14.Bu kurallar uygulanıyor mu?

- 1)Evet 2) Hayır

15.Hastalar için eğitim, bilgilendirme hizmeti var mı?

- 1) Hayır 2) Evet (Evet ise 16. soruya geçiniz)

16.Evet ise bilgilendirme hizmetini nasıl değerlendirirsiniz?

- 1) İyi 2) Orta 3) Kötü

EK-3

GENEL KONFOR ÖLÇEĞİ (GKÖ)

YÖNERGE: Aşağıda şu andaki rahatlık durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için “tamamen katılıyorum”dan “kesinlikle katılmıyorum”a kadar giden dört seçenek vardır. Lütfen **şu andaki** rahatlık durumunuzu en iyi ifade eden numarayı daire içine alarak belirtiniz.

SORULAR	KESİNLEKLE KATILMIYORUM			
	Tamamen Katılıyorum	3	2	1
Örnek: Rahatlığıma ilişkin doldurduğum bu anketten memnunum	4	3	2	1
1.Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum	4	3	2	1
2.Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum	4	3	2	1
3.Mahremiyetimi yeterince sürdürebiliyorum	4	3	2	1
4.Yardıma gereksinim duyduğumda güvenebileceğim kişiler var	4	3	2	1
5. Egzersiz yapmak istemiyorum	4	3	2	1
6. Durumum beni bunaltıyor	4	3	2	1
7. Kendimi güvende hissediyorum	4	3	2	1
8. Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum	4	3	2	1
9. Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum	4	3	2	1
10. Sevildiğimi bilmek beni mutlu ediyor	4	3	2	1
11. Bulduğum ortamdan memnunum	4	3	2	1

12. Gürültü dinlenmemi engelliyor	4	3	2	1
13. Kimse beni anlamıyor	4	3	2	1
14. Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum	4	3	2	1
15. Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim	4	3	2	1
16. Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum	4	3	2	1
17. İnançım korkusuz olmama yardım ediyor	4	3	2	1
18. Burada olmaktan hoşlanmıyorum	4	3	2	1
19. Şu anda kabızım	4	3	2	1
20. Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum	4	3	2	1
21. Bu oda beni ürkütüyor	4	3	2	1
22. Bundan sonra olacaklardan korkuyorum	4	3	2	1
23. Önemli olduğumu bana hissettiren kişi(ler) var	4	3	2	1
24. Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığını hissediyorum	4	3	2	1
25. Açım	4	3	2	1
26. Doktorumu daha sık görmek istiyorum	4	3	2	1
27. Bu odanın ısısı iyi	4	3	2	1
28. Çok yorgunum	4	3	2	1
29. Ağrıyla başa çıkabiliyorum	4	3	2	1
30. Bulduğum ortam beni rahatlatıyor	4	3	2	1

31. Memnunum	4	3	2	1
32. Bu sandalye/yatak rahatsız	4	3	2	1
33. Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor	4	3	2	1
34. Özel eşyalarım burada değil	4	3	2	1
35. Kendimi buraya ait hissetmiyorum	4	3	2	1
36. Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum	4	3	2	1
37. Arkadaşlarım telefon ederek ya da elektronik posta/ kart atarak beni hatırlıyor	4	3	2	1
38. İnançlarım bana huzur veriyor	4	3	2	1
39. Sağlığım hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum	4	3	2	1
40. Kendimi kontrol edemiyorum	4	3	2	1
41. Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum	4	3	2	1
42. Bu oda berbat kokuyor	4	3	2	1
43. Tek başınayım ama yalnızlık hissetmiyorum	4	3	2	1
44. Kendimi huzurlu hissediyorum	4	3	2	1
45. Kederliyim	4	3	2	1
46. Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim	4	3	2	1
47. Burada yaşamak kolay	4	3	2	1
48. Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum	4	3	2	1

EK-4: ETİK KURUL İZİNİ



www.uskudar.edu.tr

Altunizade Mahallesi Haluk Türksöy Sokak No:14 34662 Üsküdar/İSTANBUL
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 bilgi@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI


SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2018/824

25/09/2018

Prof.Dr.Besti ÜSTÜN
(Gülten GÜLEŞEN)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 03/09/2018 tarihinde yapılan 10 No.lu toplantısında “Bir Hastanenin Psikiyatri Kliniklerinde Yatan Hastaların Algıladıkları Konfor Düzeyi Ve Konfor Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.


Doç.Dr.Cumhur FAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

UU.FR.DT5:Revizyon No: 0115.03.2017

EK 5: KURUM İZİNİ



NPİSTANBUL BEYİN HASTANESİ

Saray Mah. Ahmet Tevfik İleri Cad. No:18 34768 Ümraniye/İstanbul
T:0216 633 06 33 | bilgi@npistanbul.com
F:0216 634 12 50 | www.npistanbul.com

Sayı :-307.99/ 473
Konu :Araştırma İzni Hk.

28/11/2018

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI'NA

Gülten GÜLEŞEN isimli Yüksek Lisans öğrencinize ait "Bir Hastanenin Psikiyatri Kliniklerinde Yatan Hastaların Algıladıkları Konfor Düzeyi ve Konfor Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" isimli çalışmanın, Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunuzca verilecek etik onay sonrasında Özel NPİSTANBUL Beyin Hastanesi'nde yapılmasına izin veriyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr.Boray ERDİNÇ

Mesul Müdür

ÖZEL NPİSTANBUL
BEYİN HASTANESİ
Uzm.Dr. Boray ERDİNÇ
Dip. Tes. No:06549
Bağhekim & Dahiliye Uzmanı

Evrakı Doğrulamak için : <http://ebys.uskudar.edu.tr/enVision/Dogrula/KVA3E6>



EK-6: ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ



Gülten Güleşen <gultengulesen@gmail.com>

Genel Konfor Ölçeği

5 ileti

Gülten Güleşen <gultengulesen@gmail.com>
Alıcı: ukke.karabacak@acibadem.edu.tr

10 Mayıs 2018 17:53

İyi günler dilerim.

Üsküdar Üniversitesinde Psikiyatri hemşireliği alanında yüksek lisans yapan bir öğrenciyim.
İsmim Gülten.

Öncelikle "Genel Konfor Ölçeğinin Türkçe' ye Uyarlanması" isimli değerli makaleniz-
çalışmanız için hemşirelik adına teşekkürlerimi sunarım.

Tez danışmanım Prof.Dr.Besti ÜSTÜN ile makalenizdeki ölçeği kullanmak istiyorum.

Bunun için izninizi rica ediyorum.

İyi çalışmalar

Ükke KARABACAK <ukke.karabacak@acibadem.edu.tr>
Alıcı: Gülten Güleşen <gultengulesen@gmail.com>

14 Mayıs 2018 12:31

Gülten hanım merhaba,

Ölçeği kullanabilirsiniz, çalışmalarınızda başarılar diliyorum.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Gülten GÜLEŞEN

Doğum Yeri ve Tarihi: Üsküdar /20.06.1993

Yabancı Dili: İngilizce

İletişim Bilgileri: *gultengulesen@gmail.com*

Eğitim Bilgileri:

Lise: Hüseyin Bürge Anadolu Lisesi 2007-2011

Lisans: Dumlupınar Üniversitesi 2012-2016

Yüksek Lisans: Üsküdar Üniversitesi- Psikiyatri Hemşireliği

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

- Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi 2016-2017
- Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi / Akut Erkek Psikoz Kliniği / 2017- devam etmekte