



**KORONER ANJİYOĞRAFI SONRASI KUM TORBASI VE CLOSE
PAD KULLANILAN HASTALARDA UYKU KALİTESİ, KONFOR
DÜZEYİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Mehmet BATMAZ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Hemşirelik Esasları

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Zeliha CENGİZ

Yüksek Lisans Tezi – 2022

**T.C
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KORONER ANJİYOGRAFİ SONRASI KUM TORBASİ VE CLOSE PAD
KULLANILAN HASTALARDA KONFOR, UYKU KALİTESİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Mehmet BATMAZ

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Hemşirelik Esasları
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Zeliha CENGİZ**

**MALATYA
2022**

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Amaç ve Araştırma Hipotezleri	2
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Koroner Arter Hastalığı	4
2.1.1. Koroner Arter Hastalığının Epidemiyolojisi.....	4
2.1.2. Koroner Arter Hastalığının Risk Faktörleri	5
2.1.3. Koroner Arter Hastalığı Tanı ve Tedavi Yöntemleri.....	6
2.1.4. Koroner Anjiyografi İşlemi Öncesi Hemşirelik Bakımı.....	7
2.1.5. Koroner Anjiyo Sonrası Sık Karşılaşılan Sorunlar	8
2.1.6. Koroner Anjiyografi İşlemi Sonrası Hemşirelik Bakımı	11
2.2. Uyku.....	11
2.2.1. Uygunun Fizyolojisi	12
2.2.2. Uyku Gereksinimi ve Uykuyu Etkileyen Faktörler	12
2.2.3. Koroner Yoğun Bakımda Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler	13
2.3. Konfor	14
2.3.1. Konfor Kavramı	14
2.3.2. Konfor Kuramı.....	14
2.3.3. Konfora Etki Eden Faktörler.....	16
2.3.4. Koroner Anjiyografi ve Konfor	17
3. MATERYAL VE METOT	18
3.1. Araştırmanın Türü.....	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	18
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	18
3.4. Verilerin Toplaması	19
3.5. Veri Toplama Araçları	20

3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Formu	20
3.5.2. Koroner Anjiyografi Takip Formu	20
3.5.3. Richard-Cambell Uyku Ölçeği	21
3.5.4. Erken Postoperatif Konfor Ölçeği (EPKÖ)	21
3.6. Araştırma Değişkenleri:	22
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	22
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri:	22
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükler:	22
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	40
KAYNAKLAR	41
EKLER.....	52
EK-1. Özgeçmiş.....	52
EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu.....	53
EK-3. Koroner Anjiyografi İşlem Sırası ve Sonrası Takip Formu	55
EK-4. Richard-Cambell Uyku Ölçeği.....	57
EK-5. Erken Postoperatif Konfor Ölçeği (EPKÖ).....	58
EK-6. Gönüllü Onam Formu	59
EK-7. Richard-Cambell Uyku Ölçeği Kullanım İzni	60
EK-8. Perianestezi Konfor Ölçeği Kullanım İzni	61
EK-9. Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastahanesi Kurum İzni	62
EK-10. Etik Kurulu Kararı.....	63

TEŞEKKÜR

Gerek tez çalışmam süresince gerekse yüksek lisans eğitimim boyunca yardım ve desteğini esirgemeyen, beni sabır ve anlayışla yönlendiren, deneyimlerini içtenlikle paylaşıp yol gösteren, daima teşvik ve özveride bulunan değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Zeliha CENGİZ'e

Çalışmamın veri toplama aşamasında ihtiyacım olan desteği veren Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servisi ve Koroner Yoğun Bakım hemşirelerine,

Tez savunma sınavıma katılan değerli jüri üyelerim Prof. Dr. Esra AKIN'a ve Dr. Öğr. Üyesi Hakime ASLAN'a,

Veri toplama aşamasında araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm kıymetli hastalara,

Çalışmam süresince desteklerini ve anlayışlarını her zaman için gösteren çalıştığım kurum Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Haliliye Ek Bina Koroner Anjiyografi Ünitesinde çalışan kıymetli ekip arkadaşlarıma,

Sadece tez çalışmamda değil hayatımın her aşamasında yanımda olan ve maddi, manevi her türlü desteği veren, bu zorlu sürecin her anında varlığını hissettiren, hayallerimi ve hedeflerimi gerçekleştireceğime inanan ve motivasyonumu korumamı sağlamada destek veren özellikle babam Sefer BATMAZ'a, annem Ayşe BATMAZ'a, abim Erdal BATMAZ, kızkardeşim Fatma BATMAZ ve kardeşlerime,

Varlığıyla bana güç ve huzur veren, her koşulda yanımda olan, desteğini her an hissettiğim nişanlım Kübra KORKMAZ'a,

Bilgi ve tecrübelerini her daim benimle paylaşan, destek olan, kalben her daim yanımda hissettiğim tüm kıymetli arkadaşlarıma teşekkür ederim...

Mehmet BATMAZ

ÖZET

Koroner Anjiyografi Sonrası Kum Torbası ve Close Pad Kullanılan Hastalarda Uyku Kalitesi, Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılması

Amaç: Bu araştırma, koroner anjiyografi sonrası uyku kalitesi, konfor düzeyi ve bu değişkenleri etkileyen faktörlerin kum torbası ve Close Pad cihazı kullanımına bağlı olarak farklılık gösterip göstermediğini araştırmak için yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Karşılaştırmalı ve kesitsel olarak yapılan bu araştırma koroner yoğun bakım ve kardiyoloji servisinde yatan koroner anjiyografi uygulanan 210 hasta (kum torbası:105 Close Pad:105) ile yürütülmüştür. Veriler Tanıtıcı Özellikler Formu, Koroner Anjiyografi Takip Formu, Richard-Cambell Uyku Ölçeği, Erken Postoperatif Konfor Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Hastaların ortalama konfor puanları Close Pad kullanan hastalarda (4.02) kum torbası kullananlara (3.8) göre yüksek bulunmuştur. Hem kum torbası hem de Close Pad kullanan hastalarda ağrı durumunun konforu olumsuz etkilediği görülmüştür. Mobilizasyon durumunun sadece kum torbası kullanan hastalarda konfor üzerinde etkisi olduğu ve mobilize edilmiş hastalarda konforun yüksek olduğu bulunmuştur. Hastaların ortalama uyku puanları Close Pad kullananlarda (57.18) kum torbası kullananlara (51.99) göre daha yüksek bulunmuştur. Kum torbası kullanan hastalarda şiddetli ağrının, uzun cerrahi girişim süresinin, geniş hematoma büyüklüğünün uyku kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür. Sürekli ilaç kullanımının ise her iki grupta da uyku kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür.

Sonuç: Koroner anjiyografi geçirmiş hastalarda kum torbası ve Close Pad kullanımının uyku kalitesi ve hasta konforunu etkilediği, Close Pad kullanılan hastaların kum torbası kullanılan hastalara göre konfor ve uyku kalitesi bakımından daha iyi olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Koroner Anjiyografi, Kum Torbası, Close Pad, Konfor, Uyku

ABSTRACT

Comparison of Sleep Quality, Comfort Level and Affecting Factors in Patients Using Sandbag and Close Pad After Coronary Angiography

Aim: This study was conducted to investigate whether the sleep quality, comfort level and the factors affecting these variables differ depending on the use of sandbag and Close Pad device after coronary angiography.

Materials and Method: This comparative and cross-sectional study was conducted with 210 patients (sandbag: 105 Close Pad: 105) who underwent coronary angiography in the coronary intensive care and cardiology service. Data has been collected with using the Introductory Features Form, Coronary Angiography Follow-up.

Results: The Average comfort scores of patients, in patients using Close Pad(4.02) was found higher than those who use sandbags (3.8). It has been observed that pain negatively affected comfort in patients both using Close Pad and sand bags. It has been observed that the mobilization affected the comfort of patients using only sandbags and mobilized patients were found to have higher comfort. The average sleep scores of patients use Close Pad(57.18) was higher than patients use sandbag(51.99). Pain, long surgical procedure time, large hematoma size was found to be adversely affected sleep quality of patients using sandbags. Continuous drug use was found to be adversely affected sleep quality in both groups.

Conclusion: It has been observed that Sandbag and Close Pad use in patients who have undergone coronary angiography affects sleep quality and patient comfort. Comfort and sleep quality levels in Close pad users were found to be higher than the sand bag users.

Keywords: Coronary Angiography, Sandbag, Close Pad, Comfort, Sleep

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BKI	: Boy Kilo İndeksi
EPKÖ	: Erken Postoperatif Konfor Ölçeği
KAG	: Koroner Anjiyografi
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
MI	: Miyokard İnfarktüsü
PKG	: Perkutan Koroner Girişim

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Kum Torbası.....	10
Şekil 2.2. Close Pad.....	10



TABLÖLAR DİZİNİ

TabloNo	Sayfa No
Tablo 4.1. Kum Torbası ve Close Pad Kullanan Hastaların Demografik Özellikleri....	24
Tablo 4.2. Kum Torbası ve Close Pad Kullanan Hastaların Tıbbi Özellikleri	25
Tablo 4.3. Kum Torbası ve Close Pad Kullanan Hastaların Anjiyografi Sırasındaki Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	26
Tablo 4.4. Kum Torbası ve Close Pad Kullanan Hastaların Komplikasyonlara İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması	26
Tablo 4.5. Kum Torbası ve Close Pad Kullanan Hastaların Konfor Durumu Karşılaştırılması	27
Tablo 4.6. Konfor Ölçeği Puanlarının Kum Torbası ve Close Pad Kullanan Hastalarda Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.7. Konfor Ölçeği Puanlarının Kum Torbası ve Close Pad Kullanan Hastalarda Tıbbi Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.8. Konfor Ölçeği Puanlarının Kum Torbası ve Close Pad Kullanan Hastalarda Anjiyografi Sırası ve Sonrası Komplikasyonlara Göre Karşılaştırılması	29
Tablo 4.9. Konfor Ölçeği Puanlarının Kum Torbası ve Close Pad Kullananlarda Anjiyografi Sırasında Hastaya Ait Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.10. Kum Torbası ve Close Pad Kullanan Hastalarda Anjiyografi Sonrası Uyku Durumu Karşılaştırılması	31
Tablo 4.11. Uyku Ölçeği Puanlarının Kum Torbası ve Close Pad Kullanan Hastalarda Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması	32
Tablo 4.12. Uyku Ölçeği Puanlarının Kum Torbası ve Close Pad Kullanan Hastalarda Tıbbi Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.13. Uyku Ölçeği Puanlarının Kum Torbası ve Close Pad Kullanan Hastalarda Anjiyografiye Bağlı Gelişen Komplikasyonlara Göre Karşılaştırılması	34
Tablo 4.14. Uyku Ölçeği Puanlarının Kum Torbası ve Close Pad Kullananlarda Anjiyografi Sırasında Hastaya Ait Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	35

1. GİRİŞ

Koroner Arter Hastalığı (KAH) kalbi besleyen damarların aterosklerotik bir plakla(kolesterol ve yağ birikintileri) daralması veya tıkanması sonucunda oluşan bir hastalıktır (1). Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler arasında ölüm nedenleri arasında yer alan KAH gelişen teknoloji, belirlenen risk faktörleri ve yapılan başarılı müdahalelere rağmen ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır (2). KAH genç nüfus yapısına sahip olan Türkiye’de her yıl yaklaşık 210 bin kişinin ölümüne sebep olmaktadır. Koroner arter hastalığına bağlı ölümlerde Türkiye üst sıralarda yer almaktadır (3).

Koroner arter hastalığının tedavisinde medikal tedavi ve kateterizasyon işlemleri gibi hayat kurtarıcı ve riskleri minimum olan girişimsel yöntemler sıklıkla tercih edilmektedir. En yaygın olarak kullanılan girişimsel yöntem ise Koroner Anjiyografi (KAG)’ dir (4). KAG radial, brakial veya femoral arterlerden birine takılan sheat (kılıf) içerisinden gönderilen kateterlerin kalbin sağ ve sol ana damarına oturtulup radyopak madde verilerek koroner arter damarlarının görüntülenmesini sağlayan invaziv bir girişimdir(5). “Altın standart” olarak adlandırılan KAG, koroner arterlerin görüntülenmesi, tanınması ve tedavisinde güvenilir bir yöntem olarak kabul edilir (6). Günümüzde KAG işlemleri giderek yaygınlaşan uygulamalardır (7). Bu invaziv girişimler sonrası en sık karşılaşılan lokal damarsal komplikasyonlar; hematoma, kanama, psödoanevrizma ve arteriyovenöz fistüldür. Bu lokal damarsal komplikasyonların görülme oranının yaklaşık olarak %1-7 aralığında olduğu bildirilmiştir (8).

KAG ve Perkutan Koroner Girişim (PKG) işlemleri için en sık femoral arter kullanılmaktadır (7).KAG ve PKG sonrası femoral arter bölgesindeki kanama ve diğer komplikasyonları önleyebilmek için klasik kum torbası yöntemi sıklıkla kullanılmaktadır. (9). Klasik kum torbası yönteminde femoral arter bölgesinde kanama kontrolünü sağlayabilmek için elle 10-15 dakika boyunca bası uygulanarak kanamanın durdurulması sağlanır. Daha sonra elle bası uygulanan bölgeye 2.3-4.5 kg ağırlığında olan kum torbası yerleştirilir ve 4 ile 6 saat aralığında kalması sağlanır. Bu zaman aralığında hastanın hareketleri sınırlandırılır ve supine pozisyonunda yatması sağlanır (10).Gelişen teknolojiyle beraber kum torbası yönteminin yanı sıra vasküler kapama

cihazları (Close Pad) cihazları da son zamanlarda sıklıkla kullanılan bir yöntem haline gelmiştir (9). Close Pad girişim yerine kısa süreli bası uygulandıktan sonra femoral arter bölgesine basıyı devam ettirmek için geliştirilmiş yeni bir pnömatik kompresyon cihazıdır. Balon kesesi saydam görünümlü olan Close Pad girişim yerine konularak bası yapması sağlanmaktadır. Close Pad yönteminin kum torbasına göre yatış süresini kısalttığı, kanamayı durdurma süresini kısalttığı, hasta konforunu ve uyku kalitesini arttırabileceği düşünülmektedir (10).KAG ve PKG sonrası hastalar uyku kalitesinde bozulma, yorgunluk ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük gibi birçok sorunla karşılaşmaktadır (11).

KAG ve PKG sonrası yoğun bakımda yatan hastalarda özellikle uyku kalitesinde yetersizlik ve sirkadiyen ritimde bozulmalar sık görülmektedir (12). Vural ve arkadaşlarının uyku kalitesi üzerine yaptığı bir çalışmada KAH tanısı konulmuş hastaların %68.6'sının uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir. İncekara ve Pınar'ın, çalışmasında koroner yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların %54.4' ünün uyku problemi yaşadığını belirlemiştir. KAG sonrası uyku kalitesinde bozulma, yorgunluk ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük gibi durumların hasta konforunu etkileyebileceği unutulmamalıdır. KAG sonrası gelişebilecek komplikasyonları önlemek hasta konforunu ve memnuniyeti sağlayacaktır. Koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda olumlu sonuçlar elde edebilmek için, hastanın konforu bütüncül bir yaklaşımla sağlanabilir (13).Hastaya uygulanan invaziv girişim sonrası hastaların konforunun sağlanması ve sürdürülmesi bütüncül hemşirelik bakımının amaçlarından olmalıdır. Hastayı sonra ki süreç hakkında bilgilendirmek, kendisini rahat ve güven içinde hissetmesi hedeflenmelidir (14). Özden'in hastaların ağrı, konfor ve yaşam bulguları üzerine yaptığı çalışmada; hemşirelerin hastalar için kullandığı nonfarmakolojik yöntemler, pozisyon değişikliği, hareketini artırma ve mobilizasyon için destekleme gibi girişimler hastayı rahatlattığı, konforu artırdığını görülmüştür (15). Araştırma sonucunda her iki yöntemin etkinliği ile ilgili sunulacak kanıtlar hasta konforunun sağlanmasına ve uyku kalitesinin arttırılmasına katkı sağlayacaktır.

1.1. Amaç ve Araştırma Hipotezleri

Bu araştırma koroner anjiyografi işlemleri sonrasında kum torbası ve Close Pad kullanılan hastalarda uyku kalitesi, konfor düzeyi ve bunları etkileyen faktörlerin karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın hipotezleri;

H₁ Hipotezi: KAG sonrası kum torbası kullanımı uyku kalitesi ve konfor düzeyini etkiler.

H₂ Hipotezi: KAG sonrası Close Pad kullanımı uyku kalitesi ve konfor düzeyini etkiler.

H₃ Hipotezi: KAG sonrası kum torbası ve Close Pad kullanan hastaların uyku kalitesi ve konfor düzeyleri arasında fark vardır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koroner Arter Hastalığı

Koroner Arter Hastalığı (KAH), kolesterol, yağ ve inflamatuvar atıkların birleşerek oluşturdukları plakların koroner arterleri daraltması ya da tıkanması nedeniyle kalbi besleyen miyokard dokusuna olan kan akımının azalması veya kesilmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır (16). Koroner arterlerin daralması veya tıkanması sonucunda kalbin kasılma ve gevşeme yeteneğinin bozulması hayatı tehdit edebilmektedir (17). KAH aynı zamanda aterosklerotik kalp hastalığı, koroner kalp hastalığı ve iskemik kalp hastalığı olarak da adlandırılmaktadır (17). KAH'ın gelişimine bağlı olarak akut koroner sendromlar; miyokard infarktüsü (MI), aritmiler, kalp yetmezliği ve kardiyak arrest gibi ciddi komplikasyonlar gelişebilmektedir (18).

2.1.1. Koroner Arter Hastalığının Epidemiyolojisi

KAH hem Türkiye'de hem de dünyada en önde gelen sağlık sorunları ve ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (19). KAH gelişmiş ve gelişmekte olan devletler arasında ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer alırken gelişmemiş devletler arasında ise dördüncü sırada yer almaktadır (20).

Kardiyovasküler hastalıkların dünya üzerinde her yıl yaklaşık 17.3 milyon ölüme neden olduğu ve 2030 yılında ise yaklaşık 23.3 milyon ölüme ulaşabileceği varsayılmaktadır (21). Avrupa'da da ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer alan KAH her yıl yaklaşık 1.8 milyon ölüm oranına sahiptir (22).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye'deki KAH prevalansı 2008 yılında %6.3; 2010 yılında %4.7; 2012 yılında %4.4; 2014 yılında %8.5 ve 2016 yılında ise %6.5 olarak saptanmıştır. Ölüm istatistikleri açısından bakıldığında; 2017 yılında dolaşım sistemi hastalıkları kaynaklı 167.267 ölüm arasında 66.885 (%40), 2018 yılında 161.920 ölüm arasında 64.301 (%39.7) ölümün KAH nedeniyle olduğu görülmüştür. Koroner arter hastalığı, istatistiki olarak ölüm nedenleri arasında birinci sıradadır (23).

2017 yılında Türk Kardiyoloji Derneği'nin öncülüğünde yapılan çalışma verilerine göre, Türkiye'de 3.5 milyon kişide KAH bulunduğu ve yılda 210 bin kişinin

KAH' dan öldüğü belirlenmiştir. Tüm ölüm nedenleri arasında KAH % 43'lük bir pay ile ilk sırada yer almıştır (24).

2.1.2. Koroner Arter Hastalığının Risk Faktörleri

KAH için risk faktörleri, değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörleri olmak üzere ikiye ayrılır.

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Yaş, cinsiyet ve aile öyküsü gibi risk faktörleri değiştirilemez faktörlerdir. KAH prevalansı erkeklerde ve kadınlarda 35 yaşından sonra artmakla beraber 40 yaşından sonra erkeklerde ve kadınlarda yaşam boyu KAH gelişme riski sırasıyla %49 ve %32'dir (25). Bireyin birinci derece akrabalarından erkeklerde 55, kadınlarda 65 yaşından önce MI veya ani ölüm durumu varsa KAH riski artış göstermektedir (26).

Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Koroner arter hastalığında değiştirilebilir risk faktörleri hipertansiyon, sigara, obezite ve diabetes mellitustur. Değiştirilebilir risk faktörlerinin KAH'ı önlemede rolü önemlidir ve hastaların sadece üçte ikisi optimal müdahaleleri almaktadır. Hastaların değiştirilebilir risk faktörleri yönetilebilirse KAH'ta ciddi bir azalma olacaktır (27).

Hipertansiyon: Hem koroner arter hastalığı hem de diğer kardiyovasküler hastalıkların patogenezinde önemli rolü olan hipertansiyonun, sol ventrikül hipertrofisi, kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği ve stroke vakalarında önemli bir etkisinin olduğu çok sayıda çalışma ile gösterilmiştir (28). Hipertansiyon KAH için önemli bir risk faktörü olmakla birlikte, aterosklerotik kardiyovasküler olayların %35'inden sorumludur. Hipertansiyonu olan bireyler, normal bireylere göre 2-3 kat daha risk altındadır. Bu nedenle tansiyon kontrolü KAH'ı engellemek için önemli bir etkiye sahiptir (29).

Sigara: Koroner arter hastalığında önemli bir risk faktörü olan sigara kullanımı bireyin ve toplumun sağlığını bozan; ciddi bir halk sağlığı sorunudur (30). Sigara kullanımı; KAH riskini 2-3 kat arttırmakla beraber diğer risk faktörleri ile de etkileşmektedir. Sigara kullanımının kesin olmamakla beraber LDL-K (kötü kolesterol)'yü yükselttiği, HDL-K (iyi kolesterol)'yü ise düşürdüğü düşünülmektedir (31). Ayrıca tütün kullanımı kan basıncını arttırıcı bir risk faktörüdür. KAH riski içilen sigara miktarı ile doğrusal orantılıdır. Sigara içen bireylerin sigara içmeyenlere oranla ölüm oranı ve MI geçirme

riski erkeklerde 2.7, kadınlarda 4.7 kat daha fazla bulunmuştur. Sigara kullanımının terkedilmesinden sonraki bir yıl içerisinde KAH riski %50 azaltmaktadır (29).

Obezite: Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunlarından biri olan obezite, BKİ(Beden Kitle Endeksi)'nin 30 kg\m²' den büyük olduğu durumlar olarak kabul edilmektedir. Morbidite ve mortalite artışına neden olan obezitenin kalp hastalıkları ile arasında kuvvetli bir ilişki vardır (29). Amerikan Kalp Derneğinde obeziteyi tıpkı sigara gibi kuvvetli bir risk faktörü olarak tanımlamıştır. Obezite HDL-K (iyi kolesterol) seviyesini azaltırken, LDL-K(kötü kolesterol) seviyesini yükselterek hipertansiyon ve Tip 2 diyabet gelişmesine de neden olmaktadır (32).

Diyabetes Mellitus: Yapılan çalışmalar diyabetin, kardiyovasküler hastalıklar açısından önemli bir risk faktörü olduğunu göstermiştir (33). Kan şekeri kontrolünün koroner mortaliteye etkisini araştıran çalışmada ortalama HbA1c seviyesi %6.2 olan sıkı tedavi grubu hastalarda %22 oranında mortalite artışı görülmüştür (34). Diyabetik hastalarda LDL kolesterolün 100 mg/dl ve trigliseritin 150mg/dL değerlerinin altında ve HDL-c'nin 50 mg/dL üstünde olması hedeflenmelidir (35).

Kardiyovasküler hastalıklar diyabeti bulunan erkeklerde 2-3 kat, kadınlarda ise 3-5 kat fazladır. Bütün diyabetik hasta ölümlerinin %50-80'inden kardiyovasküler hastalıkların sorumlu olduğu ve bu ölümlerin çoğunluğunun koroner arter hastalığına bağlı olduğu bildirilmektedir (36). Ayrıca KAH Tip 2 diyabetli hastalarda Tip 1 diyabetli hastalara oranla daha fazla görülmektedir ve bunun nedeninin insülin direnci olduğu bilinmektedir (37).

2.1.3. Koroner Arter Hastalığı Tanı ve Tedavi Yöntemleri

Koroner arter hastalıkları ve miyokard infarktüsü gibi semptomları tanı ve tedavi etmek amacıyla görüntüleme teknikleri kullanılmaktadır. Hastalara yapılacak olan tanısal testler acil durumlar dışında öncelikle elektrokardiyogramı (EKG) ile başlar. Sonraki süreçte miyokardiyal perfüzyon görüntüleme, bilgisayarlı tomografi (BT), anjiyografi ve bazen de MR anjiyografiyi de içerebilmektedir. Koroner anjiyografi KAH'ın tanı ve tedavisinde altın standart olarak kabul edilir (38).

Koroner Anjiyografi

Koroner anjiyografi koroner arter damarlarının görüntülenmesi ve incelenmesi amacıyla KAH' ın tedavisinde kullanılan invaziv görüntüleme işlemidir (39). Koroner

anjiyografi ile ilgili çalışmalar hayvan deneyleriyle 1844'te Claude Bernard ve ekibi tarafından başlatılmıştır. Selektif koroner anjiyografiyi ise 1959 yılında ilk kez F.Mason Sones brakial arterden uygulamaya başlamıştır. Daha sonra 1967 yılında Judkins tarafından perkütan uygulama teknik ve kataterlerini geliştirmesiyle koroner anjiyografinin uygulama alanı genişlemiştir (40).

Koroner anjiyografi radial, brakial ya da femoral arter kullanılarak yapılmaktadır. Femoral arter daha geniş ve komplikasyon riski daha az olduğundan daha çok tercih edilmektedir (40). Koroner anjiyografide arterlerden birisine katater desteğiyle girilir. Daha sonra kalbin sağ ve sol ana damarlarına rapdyoopak madde verilerek kalbin ana damarları görüntülenip kayıt alınır. Yapılan görüntüleme işleminin ardından tüm koroner damarlar incelenir ve koroner arter anatomisi belirlenir (41).

Perkütan koroner anjiyoplasti

Perkütan koroner anjiyoplasti (PTKA), tanısal koroner anjiyografi işlemi sonrasında kalbi besleyen damarlardaki daralma, tıkanma ya da kan akımın sağlanamaması durumunda tedavi amaçlı kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntemde koroner ostiuma yerleştirilen kataterin ucundan koroner balon veya stent gönderilip darlığın olduğu bölgeye yerleştirilerek koroner arterlerin açılması sağlanır. İlk zamanlarda kullanılan stentler özel paslanmaz ve çıplak nitelikte kullanılırken ilerleyen zaman ve gelişen teknoloji ile beraber ilaç salınımlı stentler kullanılmaktadır. Tıkanan ve daralan damarın durumuna göre kullanılacak stente hasta ile birlikte karar verilir (42).

2.1.4. Koroner Anjiyografi İşlemi Öncesi Hemşirelik Bakımı

Koroner anjiyografi günümüz şartlarında kolay ve kısa süreli bir işlem olarak görünse de insan hayatının en önemli organlarından kalbin koroner damarlarına müdahaleyi içerdiğinden riskli bir işlemdir. Hastanın işleme hazırlanması, işlemin etkin ve başarılı olması noktasında hemşirenin görev ve sorumlulukları önemlidir (40).

Koroner anjiyografi işlemi öncesi hemşirenin sorumlulukları aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- Hastadan bilgilendirilmiş onam, analjezi ve sedasyon onamının alınması
- Bilgi eksikliği ve anksiyete durumuna yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması ve hastanın işlem öncesi rahatlatılması

- Fizik muayenenin yapılması,
- Günlük hayatta sürekli kullandığı ilaçlar hakkında bilgi alınması (antikoagülan/antitrombosit tedavisi veya metformin gibi),
- Böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesi, kan tahlillerinin yapılması ve serum elektrolitlerinin bakılması,
- Koroner anjiyografi sırasında oluşabilecek kanama, mortalite ve radyoopak kaynaklı nefropati gibi komplikasyonların hastaya açıklanması,
- Periferik nabızların takibi ve periferik vasküler sistemin değerlendirilmesi,
- Elektrokardiyografi çekilmesi,
- Koroner anjiyografi işlemi sırasında uygulanacak pozisyon ile ilgili bilgi verilmesi,
- Koroner anjiyografi işlemi öncesinde hastanın aç bırakılması ve açlık süresinin değerlendirilmesi
- İntravenöz damar yolunun açılması ve açıklığın sürdürülmesi (43).

2.1.5. Koroner Anjiyo Sonrası Sık Karşılaşılan Sorunlar

Koroner anjiyografi yapıldıktan sonraki ilk 24 saat çok önemlidir ve gelişen komplikasyonların anjiyografiden kaynaklandığı kabul edilir. İşlem sonrasında komplikasyonların görülme oranının %2 olduğu bildirilse de yüksek riskli bireylerde (yaş, cinsiyet, antitrombosit ve antikoagülan ilaç kullanımı, diyabet ve hipertansiyon) komplikasyon görülme riski daha fazladır (44). Koroner anjiyografi sonrası MI, stroke, bypass, geçici pacemaker ve elektroşok gerektiren durumlar, vazovagal reaksiyonlar, ritim bozuklukları, hipotansiyon, damarsal komplikasyonlar, onarım gerektiren bölgesel vasküler sorunlar, anjiyo esnasında kullanılan radyoopak maddeye bağlı böbrek yetmezliği, alerjik ürtiker ve anafilaksi gibi komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir (45). Vasküler girişim yeri komplikasyonları olan hematoma, kanama, akut tromboz, morarma, apse, yalancı anevrizma, arteriyovenöz fistül, distal embolizasyon, femur sinir felci ve mikotik anevrizmalar da görülmektedir (46). Bunlar arasında işlem sonrasında en sık görülen komplikasyonlar, hipotansiyon, kanama, hematoma ve bölgesel ağrıdır (40). Ek olarak koroner anjiyografide daralan veya tıkanan damara balon ve stent işlemi yapıldıktan sonra tekrar tıkanma veya daralma görülebilir. Tüm bu komplikasyonlar

anjiyo sonrası ilk 24 saat içerisinde gelişebileceği gibi taburculuk sonrasında da gelişebilmektedir (47).

Periferik Vasküler Komplikasyonların Önlenmesi ve Tedavisi

Günümüzde koroner anjiyografi sonrası hemostazı sağlamada manuel bası, mekanik bası ve vasküler kapama cihazı kullanılmaktadır (48). Manuel bası bunlar arasında en çok kullanılan geleneksel yöntemdir. Manuel bası hem kuvvet gerektirmekte hem de 15-20 dakikalık bir zaman aralığında gerçekleştirilmektedir (4). Vasküler girişim yerine bası yapacak kişinin kolunda meydana gelebilecek bir yorgunluk basının azalmasına ve femoral girişim yerinde komplikasyon gelişmesine neden olabilmektedir (49).

Kompresyon cihazlarında ise invazif giriş yerine sabit bir basınç uygulaması, takibini yapan hemşire için büyük bir kolaylık sağlamaktadır. Uygulamada iki tür kompresyon cihazı bulunmaktadır. Bunlar; (1) C-Clamp (CompressAR, Advanced Vascular Dynamics) ve (2) pnömotik (FemoStop, Close Pad) kapama cihazıdır. Mekanik kompresyon cihazları hemostazı sağlamada en az kum torbası yöntemi kadar başarılıdır (50).

Vasküler kapama cihazları iki amaç için üretilmiştir. Birincisi daha hızlı ve güvenli bir hemostaz sağlamak, ikincisi de hem sağlık çalışanları hem de hasta bireyler için daha konforlu ve erken mobilizasyonu sağlamaktır (51). Vasküler kapama cihazları KAG sonrası femoral sheat çekilmesi esnasında deneyimli bir sağlık profesyoneli tarafından uygulanmaktadır. Piyasada farklı türde (kollajen içerikli, sütür içerikli, prokoagülan madde içerikli) kapama cihazları bulunmasına rağmen, bu ürünlerin birbirlerine üstünlükleri henüz gösterilebilmiş değildir (52). Ancak, mekanik kompresyon cihazları ile manüel kompresör yöntemi birbirleri ile kıyaslandığında, kapama cihazlarında vasküler komplikasyon riskinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (53).

1. Kum Torbası Uygulaması

Koroner anjiyografi kullanım kolaylığı ve daha az riskli olması bakımından femoral arter bölgesine daha çok uygulanmaktadır (48). Koroner anjiyografi sonrası servis veya yoğun bakıma alınan hasta supine pozisyonunda 4-6 saat aralığında hareketsiz bir şekilde uzandıktan sonra profesyonel bir sağlıkçı tarafından femoral arter

bölgesindeki sheat (kılıf) çekilir. İnvaziv girişim yerine 15-20 dakika aralığında baskı uygulanarak kanama durdurulup hematoma, ekimoz ve psödoanevrizma yönünden kontrol yapılır. Ardından femoral arter bölgesi sıkı bir bandajla kapatılır ve 2.3-4.5 kg. ağırlığındaki kum torbası girişim bölgesinin durumuna göre 4-6 saat kadar femoral arter üzerinde bekletilir (10). Şekil 2.1’de bir kum torbası örneği gösterilmektedir.



Şekil 2.1. Kum Torbası

2. Vasküler Kompresyon Cihazı (Close Pad) Uygulaması

Vasküler kompresyon cihazlarının (Close Pad) son zamanlarda kullanım sıklığı giderek artmıştır. Close Pad kardiyoloji servisi ve koroner yoğun bakımlarda hasta tercihiyle bağlı dışarıdan alımı sağlanarak kullanılabilir. Close Pad’in kum torbasına oranla daha konforlu olduğu, hastanede kalma süresini kısaltmaya katkı sağladığı, personel ihtiyacını ve kanamayı durdurma süresini azalttığı bildirilmektedir (54). Şekil 2.2’de bir Close Pad örneği gösterilmektedir.



Şekil 2.2. Close Pad

2.1.6. Koroner Anjiyografi İşlemi Sonrası Hemşirelik Bakımı

Koroner anjiyografi işlemi sonrası hastanın servis veya yoğun bakıma alınmasıyla hemşirenin sorumlulukları başlar. Bu süreçte komplikasyonları önlemek veya erken dönemde tanılamak hemşire tarafından uygulanacak bakımın temel gereksinimidir.

Koroner anjiyografi işlemi sonrası hemşirenin sorumlulukları aşağıdaki gibidir;

- İşlem sonrası koroner yoğun bakıma veya kardiyoloji servisine yatırılıp yapılan hastanın hemşire tarafından yaşam bulguları takip edilir.
- Vasküler girişim yeri kanama, hematoma, ekimoz ve psödoanevrizma yönünden takip edilip değerlendirilir.
- Hastanın periferik nabızları kontrol edilir ve kaydedilir.
- Koroner anjiyografi işlemi esnasında damarın görüntülenmesi için verilen radyopak maddenin atılımı için sıvı alımı desteklenir.
- Hasta ritim bozukluğu, reaksiyon gelişmesi ve hareket kısıtlılığı ile ilişkili olarak gelişebilecek komplikasyonlar açısından takip edilir.
- Hastaya beslenme ve mobilizasyonun sağlanması gibi konular ile ilgili taburculuk sonrası bakıma yönelik eğitim verilir (26).

2.2. Uyku

Temel insan gereksinimleri hiyerarşisinde fizyolojik olarak yer alan uyku, bireyin hayatına sağlıklı biçimde devam edebilmesi için önemlidir. Uykunun vücudun dinlenmesi, hafıza işlevlerinin düzenlenerek öğrenmenin sağlanması, hücrelerin ve dokuların onarılması ve yenilenmesi ile beraber insanı yeni bir güne hazırlaması gibi birçok faydası bulunmaktadır (12). Uyku, çevreden geri dönüşümlü periyotlarla ayrılma durumu olarak tanımlanabilir. Uyku, istirahat, onarım ve insanın hayatta kalması için gereklidir. Uyku-uyanıklık rotasyonunun düzenlenmesinde önemli bir hormon olan melatonin salgısı, sirkadiyen döngü tarafından düzenlenir. Gece uykusu için önemli bir yere sahip olan melatonin hormonunun salgılanması, geceleri ışık olmadığından maksimumdur (55). Uyku, beyin aktivitelerinin düzenlenmesinde de önemli bir yere sahiptir. Uyku pasif bir süreç olarak görünse de aslında, yüksek derecede beyin aktivasyonu ile ilişkilidir (56). Uykusuzluk merkezi sinir sistemi işlevlerini önemli

ölçüde etkiler. Uzun süreli uyumama insanda sinirlilik haline ve düşüncelerin bulanıklaşmasına neden olur (57). Ayrıca uzun süre uykusuz kalma uyuşukluk, bağışıklık sisteminde zayıflama, yara iyileşmesinde gecikme, kalp ve akciğer ile ilgili komplikasyonlar, psikolojik ve nörolojik sorunlara ve sonunda ölüme yol açabilir (58).

2.2.1. Uykunun Fizyolojisi

Uyku, beyin sapı, spinalkord ve serebral korteks bölgelerindeki merkezler tarafından düzenlenir. Doğal uyku periyodunda, beyin sapının kontrol ettiği iki önemli alan vardır (59).

1. Retiküler Aktivasyon Sistem-RAS (beyin sapında, spinal kordda ve serebral kortekste yer alır)
2. Bulbar Senkronize Edici Sistem- BSR (medullada yer alır)

Beyin merkezleri periyodik süreçte birbirlerini inhibe ve aktive eder. İnhibasyon uykuya dalmaya neden olurken, aktivasyon ise uyanık kalmayı sağlar. RAS sinir ağları ile rüya görme, ağrı, uyku, uyanıklık, işitme, dokunma görme gibi uyarıları anlamlandırarak bilincin devam etmesinde etkindir. RAS'ın kortikospinal yoldaki kısmı, gelen uyarıları kortekse iletebilmesi uyanıklık durumundan kaynaklanır. Uyanıklık durumu perifer ve serebral korteksten gelen uyarılar aktive edildiğinde oluşur. Korteksten gelen uyarılar uyku süresince çok azdır (60). RAS aktivasyonunun aktive edilip, BSR aktivasyonunun inhibe edilmesiyle beraber uykuya dalma görülür. REM uyku aşamasında aktif olan dopamin, seratonin, histamin, adenoze norepinefrin, Gaba-Aminobutirik Asit, asetilkoli, nörotransmitterler uyku için önemlidir. Nörotransmitterler arasında uykuya dalmada en önemli görevi seratonin hormonu üstlenir. Seratoninin hormonunun salgılanmasıyla birlikte RAS inhibe olur (61).

2.2.2. Uyku Gereksinimi ve Uykuyu Etkileyen Faktörler

İnsanların uyku gereksinimi; yaş, cinsiyet, hastalık durumu, beslenme şekli, kullanılan ilaçlar, alkol ve uyarıcıları, çevresel ve bireysel etkenlere göre farklılık göstermektedir (59). Sağlıklı bir insan günde 4-11 saat aralığında uyumaktadır ve bu süre insan hayatının üçte birini kapsamaktadır (62). Yenidoğan bebeklerin günde ortalama 14-17 saat uyuması gerekirken, bu süre okul öncesi çocuklarda ortalama 11 saat, adölesan ve genç yetişkinlerde ise 8-10 saat aralığında değişmektedir (63). Farklı olarak yaşlılarda gün içerisinde uyuya kalma süresi ve sıklığı artarken gece uykusu

azalmaktadır (62). Kadınlar erkeklere oranla daha çok uyku sorunu bildirirler de yaş ilerledikçe erkeklerin uyku kalitesinin kadınlara oranla azaldığı bilinmektedir (64). Gün içerisinde yapılan fiziksel aktivite ve egzersiz gibi birçok durum uykuya gelen rahatlamayı etkileyerek uykuyu ve uyku kalitesini artırır. Fiziksel aktivite REM evresinin ilk bölümünü kısaltarak NREM uykusunu artırır (65). İlaçlar ve uyarıcı maddeler de uykuyu önemli düzeyde etkilemektedir. Narkotikler, antihistaminikler, sedatifler, amfetaminler, diüretikler ve antidepresanlar uyku kalitesini bozmaktadır. Uyarıcı etkisi nedeniyle nikotin uykuya geçiş sürecini etkilemektedir (66). Düzenli ve dengeli beslenme alışkanlıklarının olması yeterli uyku ve uyku kalitesi için önemlidir (64). Örneğin protein içerikli besinler, peynir süt gibi yiyeceklerde bulunan L-triptofan uykuya dalmayı ve uykuyu kolaylaştırır (67). Hastalıklara bağlı gelişen ağrı, depresyon, ve anksiyete nedeniyle uyku bozukluğu gelişmektedir. Serebrovasküler hastalıklar ve hipotiroidi gibi durumlar da aşırı uykululuğa neden olabilir (59). Çevre faktörü bireyin alışkanlıkları ile ilişkili olduğundan uykuya dalma süresi ve uyuma yeteneği üzerinde etkili olabilir (68).

2.2.3. Koroner Yoğun Bakımda Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

KAH tanısı alan hastaların yoğun bakım ünitesine kabul edilmesiyle beraber profesyonel hemşirelik ve sağlık bakımı başlar (69). Hemşirelerin bireylerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal hayatını etkileyebilecek, uyku aşamalarını, uykuyu bozan ve devamlılığını sağlayan mekanizmaları, uyku-uyanıklık siklusunu bilmesi uyku kalitesini değerlendirmede oldukça önemlidir (70). Uyku bozuklukları KAH için önemli bir risk faktörü olmanın yanında kardiyovasküler hastalığı bulunan hastalarda uyku bozuklukları sık görülmektedir. Uyku süresindeki sapmaların KAH riskini arttırdığını gösteren çalışma sonuçları mevcuttur. Bu sapmaların değiştirilebilir olduğundan kardiyovasküler komplikasyonların da önlenabilir olduğu belirtilmektedir (71). Yoğun bakımda yatan hastaların üniteyi nasıl algıladıklarını tespit edebilmek için yapılan bir çalışmada, hastaların gürültüyü, açlığı, susuzluğu, gün ışığı yoksunluğunu, ünitenin sıcaklığını ve soğukluğunu, korkuyu, uyku eksikliğini ve ağrıyı anımsadığı belirlenmiştir. Ek olarak çalışmada yoğun bakım hastalarında hayati risklerin bulunması ve yabancı bir ortamda izole olmanın oluşturduğu baskının psikolojik rahatsızlıklara yol açtığı bildirilmiştir (72). Lafçı ve Öztunç'un yapmış olduğu çalışmada hastaların çoğu hastanede yatma nedenleri ile uyku düzeninin değiştiğini bildirmiştir (73).

2.3. Konfor

2.3.1. Konfor Kavramı

Konfor kavramı olarak Fransızca kökenli olup “günlük hayatı kolaylaştıran rahatlık” olarak tanımlanmaktadır (74). Türk dil kurumuna göre ise konfor kavramı ‘*günlük yaşamı kolaylaştıran maddi rahatlık*, İngilizce’de “rahat, rahatlamak, huzur, avuntu, teselli” Latince’de ise güç olarak tanımlanmaktadır (75).

Kolcaba konforu bireyin gereksinimleriyle ilgili yardım etme, huzuru sağlama ve sorunların üstesinden gelebilme ile ilişkilendirmiştir. Başka bir deyişle konfor fiziksel, sosyal, psiko-spritüel ve çevresel bütünlük içerisinde temel insan gereksinimlerini karşılamamanın o andaki deneyimidir (76).

Hemşirelik bakımının temel yapıtaşlarından biri olan konfor, birçok kuramcı tarafından da incelenmiş ve Florence Nightingale “Notes of Nursing” kitabında da ilk olarak konforun öneminden bahsetmiştir (14). Nightingale, konforu çok boyutlu bir kavram olarak değerlendirirken; Orlando, fiziksel mental konfor; Peplau, beslenme, uyku gibi temel ihtiyaç olarak açıklamaya çalışmıştır. Watson ise hastanın çevresel etkenleri düzelttiğinde, yatak içi masaj, egzersizi ve tedavisi uygulandığında hasta konforunun artacağını savunmuştur (77).

Hemşirelik mesleğinde konfor, bakım verilen hastanın, ailenin veya toplumun konfor ihtiyacını belirlemek, buna yönelik girişimlerde bulunmak ve uygulanan girişimler sonucu rahatlık düzeyinin değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır (78). Özden 2018 yılında yaptığı bir çalışmada hemşirelerin uyguladıkları nonfarmakolojik yöntemler, hareket, pozisyon değişikliği ve hızlı mobilizasyon gibi faktörler ile hasta konforunu arttırabileceğini bildirmiştir (15).

Özellikle yoğun bakım üniteleri gibi ortamlarda tedavi gören hastalardan olumlu hasta bakım sonuçları elde edebilmek için, hastanın üniteye adapte olmasını sağlamak, hasta üzerinde oluşabilecek negatif etkileri azaltmak için hasta konforunu sağlamak gerekir (13).

2.3.2. Konfor Kuramı

Hemşirelik tarihi açısından çağdaş ve önemli bir konu olan konfor kavramından ilk kez Florence Nightingale bahsetmesine rağmen bu konu hakkındaki en önemli tanımlamayı 1991 yılında Katharine Kolcaba yapmıştır (79). Kolcaba konfor ile ilgili

alışmalarına 1988 yılında başlamış, 1991 yılında Konfor Kuramı'nı tanımlamıştır. Kolcaba konfor kavramını iki aşamada incelemiştir. İlk aşamada insanların konfor gereksinimlerinin karşılanması durumuna göre konfor düzeylerini belirlemiş ve sonucunda bunları ferahlama, rahatlama ve üstünlük olmak üzere üç aşamada sıralamıştır. İkinci aşamada ise hastaların konfor belirteçlerini dört boyutta incelemiş ve bunları fiziksel, psikospiritel, çevresel ve sosyokültürel olarak açıklamıştır (80).

Konforun Birinci Boyutu

Ferahlama: Bireyin rahatını ve koforunu bozan hususlardan kurtulma hissiyatı olarak tanımlanan ferahlama, bireyin ihtiyaçlarının karşılanmasını esas alan hemşirelik temel kavramlarının ana bileşenini oluşturmaktadır. Henderson'un 14 Temel İnsan Gereksinimleri Kuramı'nda, bireylerin bu gereksinimlerinden herhangi birinin karşılanması durumunda hissedilen duygu olarak adlandırılırken, Orlonda'nın Etkileşim Kuramı'nda ise gereksinimleri karşılanan bireyin yaşadığı duygu olarak nitelendirilmiştir (81).

Rahatlama: sakin, konforlu ve huzur içinde olma durumu olarak ifade edilmektedir (82). Birey evre şartlarından, duygusal ve fiziksel durumlardan etkilenmektedir (81).

stnlk (sorunların üstesinden gelebilme): Bireyin ağrı ya da sıkıntılarıyla baş edebilmesi, sıradan glerinin artması ve yenilenme hissi olarak ifade edilmektedir. Bireyin konfor ihtiyaçlarının karşılanmasıyla üstünlük düzeyine ulaşabilmektedir. stnlk kavramını ferahlama ve rahatlama kavramlarından ayıran en önemli özellik ise, bireyin sıra dış performans potansiyelini ortaya ıkartmasıdır (83).

Konforun İkinci Boyutu

Fiziksel konfor: Bireyin bedensel algılarıyla beraber fiziksel durumunu etkileyen beslenme, dinleme, hastalıklara karşı direnç, metabolik denge ve hemostaz gibi fizyolojik faktörlerle ilgilidir (84).

Psikospiritel konfor: Akılsal ve manevi bileşenlerden oluşan psikospiritel konfor, kişinin hayatına anlam veren bütün değerler ile ilgilidir. Benlik kavramı ve öz-saygı gibi insan hayatına değer katan duyguları kapsamaktadır (84).

Çevresel konfor: Hasta bireylerin bilişsel ve fiziksel işlevlerini destekleyen dış etkenler/dış durumları kapsamaktadır. Bu bağlamda ortamın kokusu, aydınlık ve

karanlık oluşu, sıcaklığı ve soğukluğu, pencereden dışarı bakıldığında görülen manzara, mobilya gibi bireyin dış ortamını ilgilendiren kavramlar yer almaktadır (80).

Sosyokültürel Konfor: Bireylerin, aile ve toplumla etkili bir iletişim ve etkileşimlerini içermektedir. Birey ve ailenin değerlerine göre bakım verme, bilgi ve danışmanlık sağlama, dini inançlarına saygı duyma, ekonomik desteklerden faydalanma, insanlar arası iletişimin sağlanması ve desteklenmesi, evde bakımın sağlanması sosyokültürel konforu arttıran etmenler arasında yer almaktadır (81).

2.3.3. Konfora Etki Eden Faktörler

Hemşirelik disiplininin fonksiyonlarından biri olan konfor; birey, aile, ya da toplumun konfor ihtiyaçlarının tanılanması ve bu ihtiyaçların karşılanmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesini kapsar (86). Konfor kavramı servis ve yoğun bakım ünitelerinde hemşirelik bakımının düzenlenmesi ve planlanmasında hemşirelere yol göstermektedir. Hastalara bakım veren hemşireler, yaptıkları girişimleri teknik bir temele dayandırarak açıklamak için konfor kuramını kullanabilirler (87). Kolcaba da konfor ve sağlığın birbirlerini etkileyen faktörler olduğunu, sağlığı etkileyen faktörlerin konforu etkileyip arttırabileceğini ileri sürmüştür. Bu nedenle konfor ile sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar arasında ilişki kurmuş ve bu ilişkiyi kuramına eklemiştir (86). Konforu etkileyebilecek ilişkili kavramlar aşağıdaki gibidir:

- Hasta ve ailesinin sağlık gereksinimleri
- Rahatlatıcı girişimler
- Ara değişkenler
- Gelişmiş konfor
- Sağlık arayışı davranışları
- Kurumsal bütünlük (85).

Yukarıdaki girişimlerle beraber hastanın çevresinde yer alan ve konforu azaltmaya neden olan etmenlerde planlanmalıdır. Hastaya uygulanacak tedavi, çevresel şartlar ve yapılacak işlemler hakkında bilgi vermek konfor düzeyini arttırıcı girişimler arasındadır (87).

2.3.4. Koroner Anjiyografi ve Konfor

Koroner arter hastalıkları uzun süre bakım ve tedavi gerektirir. Kronik hastalık tanısı konmuş hastalar hayat boyu ilaç tedavisi ve hekim gözetiminde kontrol altında tutulurlar. Konfor; kronik hastalığı olan hastalarda kendi ihtiyaçlarını ve konforunu sağlamak için bir arayış içerisinde olma durumudur. Holistik hemşirelik bakımı, kronik rahatsızlığı olan hastaların günlük yaşam aktivitelerini ve konfor düzeyini artırmaktadır (15). Krinsky yaptığı bir çalışmada konfor kavramını kronik rahatsızlığı olan hastalarda kolayca uygulanabileceğini belirlemiştir. Bu çalışmada mahremiyeti korunan hastalarda, sessiz ve sakin müdahalelerle beraber konfor düzeyinin arttığı ve hastanede yatış sürelerinin kısaldığı görülmüştür (88). Kronik hastalıkların yanında akut durumlar da konforun sağlanması, konfor kriterlerinin belirlenmesi gibi girişimlerin ihtiyaç duyulan analjezik miktarını azaltabileceği bildirilmiştir (89). Koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda olumlu sonuçlar elde edebilmek için, hastanın konforu bütüncül bir yaklaşımla sağlanabilir (13).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma koroner anjiyografi olan hastalarda uyku kalitesi, konfor düzeyi ve bu değişkenleri etkileyen faktörlerin kum torbası ve Close Pad cihazı kullanımına bağlı olarak farklılık gösterip göstermediğini araştırmak için karşılaştırmalı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Sağlık Bakanlığı Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Eylül 2021-Ocak 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Koroner anjiyografi ünitesinde medikal tedavi ve cerrahi girişim işlemleri tamamlanan hastaların Koroner Yoğun Bakım Ünitesi veya Kardiyoloji Servisine yatışı sağlanmaktadır. Araştırmanın yapıldığı hastanedeki Koroner Yoğun Bakım 2. Basamak Yoğun Bakım olup, 23 yatak kapasitesine sahiptir. Kardiyoloji Servisi ise 1. Basamak olup, 30 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Hastanede ayda ortalama 450 koroner anjiyografi işlemi yapılmaktadır. Araştırma için kullanılacak anketler 2 kişilik hasta odalarında koroner anjiyografi işlemi sonrası yatak başında doldurulmuştur.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesinin koroner yoğun bakım ve kardiyoloji servisinde yatan, koroner anjiyografi işlemi yapılan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi ise bu hastalar arasından araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen hastalar oluşturmuştur.

Örneklem büyüklüğü G* power programı kullanılarak hesaplandı. Yapılan güç analizi sonucunda örnekleme çift yönlü önem düzeyinde, 0.5 etki büyüklüğünde, evreni temsil gücü 0.95 ve 0.05 yanılma düzeyinde (Kum Torbası: 105 Close Pad: 105) 210 hastanın alınması gerektiği belirlenmiştir.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 18 yaş ve üzerinde olan,
- En az bir gece hastanede kalan,
- Anket sorularını yanıtlayabilecek yeterlilikte olan,
- Koroner Anjiyografi olmuş bireyler örnekleme alınmıştır,

Dışlanma Kriterleri

- Antihistaminik ve psikiyatrik ilaç kullanan ve uyku ilacı alan,
- Sistolik ve diastolik kan basıncı değerleri 150/100 mm/Hg üzerinde olan hastalar araştırma dışı bırakılmıştır.

3.4. Verilerin Toplaması

Veriler, Eylül 2021 ile Ocak 2022 tarihleri arasında araştırmacı tarafından Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım ve Kardiyoloji Servisinde toplanmıştır. Veriler haftanın her günü hastaneye gidilerek hasta başında toplanmıştır. Hastalara ait bulgular femoral sheat çekildikten sonra kaydedilmeye başlanmıştır. Tanısal amaçlı yapılan koroner anjiyografi işlemi sonrası antikoagülan veya sistolik ve diastolik kan basıncı 150/100 mmhg altında olan hastalarda femoral sheat işlem sonrasında deneyimli sağlık çalışanları tarafından çekilmektedir. Hastalar supine pozisyonunda takip edildikten sonra hastanın sheati çekilip, girişim yerine basıçlı pansuman ile beraber kum torbası veya Close Pad uygulanır. Bu işlemlemeden sonra araştırmacı hastanın yanına giderek kendini tanıtmış, araştırmanın amacı hakkında bilgi vermiş ve yazılı onamlarını almıştır. Ardından hastanın genel durumu ve hastalığı hakkında bilgi almıştır. İlk olarak tanıtıcı özellikler formunu ve hastanın takibine ilişkin verileri Koroner Anjiyografi Takip Formu'na doldurmuştur. İşleme ilişkin bilgiler işlemde hemen sonra hasta dosyasından, sayısal ağrı ölçümleri ve hematoma ölçümleri işlemde sonraki gün 09:00'da kaydedilmiştir. Aynı şekilde hastanın bir önceki gece uyku kalitesi ve konfor düzeyine ilişkin anketler işlemde sonraki gün saat 09.00'da doldurulmuştur.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, Tanıtıcı Özellikler Formu, Koroner Anjiyografi Takip Formu, Richard-Cambell Uyku Ölçeği, Erken Postoperatif Konfor Ölçeği (EPKÖ) kullanılmıştır.

3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Formu (EK 1)

Tanıtıcı özellikler formu yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çocuk sahibi olma durumu, meslek, ekonomik durum, sağlık güvencesi, sigara kullanımı, kronik hastalıklar, sürekli kullanılan ilaçlar, daha önce geçirilmiş cerrahi girişim, uyku problemi ve işlem hakkında bilgi alma bulgularına ilişkin değişkenleri içermektedir (90).

3.5.2. Koroner Anjiyografi Takip Formu (EK2)

Bu form, işlem sırası ve sonrası hastanın fizyolojik durumunu kayıt ederek işlemde kullanılan değişkenlerin araştırma sonucuna etkisini belirlemek üzere konu ile ilgili kaynak incelemeleri sonucunda oluşturulmuştur(91). Koroner Anjiyografi Takip Formu'nda Cerrahi Girişim Süresi, sistolik ve diastolik kan basıncı, sheath çekildikten sonra giriş yerine uygulanan bası süresi, işlemde verilen heparin miktarı, mobilizasyon durumu ile ilgili sorular vardır. Ayrıca hematoma ve kanamayı değerlendirmek için Kristin Swain'in Kontrol Listesi ve Sayısal Ağrı Derecelendirme Ölçeği de bu form içerisinde yer almaktadır.

Kristin Swain'in Kontrol Listesi (Postop 6. saat)

Kristin Swain'in kontrol listesinde, 5 cm'den büyük kanamalar hematoma, 100 ml'den fazla olanlar kanama olarak tanımlanmıştır. Hematoma çapını belirlemek için cetvel kullanılır. Kanama miktarı için dijital tartı kullanılarak baskılı pansuman materyali tartılır. Ölçüm sonucu elde edilen değer çizelgeye yazılır. Herhangi bir ekstra hesaplama yapılmasına gerek yoktur. Tüm hesaplamalar araştırmacı tarafından yapılmıştır(92).

Sayısal Ağrı Değerlendirme Ölçeği

Sayısal Ağrı Değerlendirme Ölçeği 0 ile 10 arasında olan skalada; 0 ağrı yok, 10 dayanılmaz ağrı anlamına gelmektedir. Bu ölçek ağrı ölçmek için kullanılan tek boyutlu ölçekler arasında yer almaktadır. Sayısal ağrı ölçeği hastanın sayılarla bildirdiği ağrı şiddetini objektif hale dönüştürmeye imkan sağlamaktadır. Sayısal ağrı ölçeği ağrı

şiddeti tanımını kolaylaştırdığı, puanlama ve kayıta kolaylık sağladığı, tavan ve taban etki değerlendirmesi olanağı sunduğundan tercih edilmiştir (93).

3.5.3. Richard-Cambell Uyku Ölçeği (EK 3)

Richards–Campbell Uyku Ölçeği, 1987 yılında gece yaşanan uyku sorunlarını tanımlamak için geliştirilmiştir. Ölçek bir önceki gece uykuya ait özellikleri ölçen (gece uykusu derinliği, uykuya dalma süresi, uyanma sıklığı, uyandığında uyanık kalma süresi, uyku kalitesi ve ortamdaki gürültü düzeyi) 6 sorudan oluşmaktadır. Ölçek puanlamasına ilk 5 soru katılmakta 6. soru puanlamanın dışında tutulmaktadır. Ölçekteki her madde 5'er puan aralıklarla (0-5-10-15-.....-90-95-100) artan 0 ile 100 arasındaki bir çizelge üzerinde değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puanlar “0-25” arasında ise çok kötü uyku kalitesini, “76-100” arasında ise çok iyi uyku kalitesini belirtmektedir. Puanı arttıkça uyku kalitesi artmaktadır. Richards'ın geliştirdiği ölçeğin cronbach α değeri 0.82 (94), Özlü ve Özer tarafından Türkçe'ye uyarlanan şeklinin cronbach α değeri ise 0.91 olarak belirlenmiştir (95). Bu araştırmada ölçeğin cronbach α değeri ise 0.90 olarak belirlenmiştir

3.5.4. Erken Postoperatif Konfor Ölçeği (EPKÖ) (EK 4)

Konforun bileşenlerini oluşturan üç düzey ve dört boyut temel alınarak oluşturulan ölçek konfor gereksinimlerinin belirlenmesi için ile kullanılır. Bireyin cerrahi girişim öncesi ve sonrasındaki konfor durumunu sorgulayan 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan her bir ifade “kesinlikle katılmıyorum”dan “kesinlikle katılıyorum”a doğru 1-6 arasında değişen likert tipte puanlamaya sahiptir. Ölçek sorularının 12 tanesi pozitif (1, 5, 6, 11, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24), 12 tanesi ise negatif (2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 17, 22) maddelerden oluşmaktadır. Puanlama yapılırken negatif maddeler ters çevrilir ve toplam puana dahil edilir. EPKÖ'den alınabilecek en düşük puan 24, en yüksek puan ise 144'tür. Toplam puan ölçek maddelerinin sayısına bölünür ve sonuç 1-6 dağılımında belirtilerek değerlendirme yapılır. Sonuç olarak alınan düşük puanlar konforun kötü olduğunu yüksek puanlar ise konforun iyi olduğunu belirtmektedir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği için belirlenen Cronbach's alfa katsayısı 0.83'tür (96). Bu araştırmada ölçeğin cronbach α değeri ise 0.64 olarak belirlenmiştir.

3.6. Araştırma Değişkenleri:

Bağımsız Değişkenler: Kum Torbası ve Close Pad

Bağımlı Değişkenler: Uyku, Konfor ve KAG'a bağlı gelişebilecek komplikasyonlar

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada veri analizleri SPSS (Statistical Program in Social Sciences) 25 programı ile yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Tüm testler için anlamlılık düzeyi $p \leq 0,05$ olarak alınmıştır.

İkili grup karşılaştırmaları normallik varsayımı sağlandığı için iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi yapılmıştır. Çoklu grup karşılaştırmaları ise ANOVA testi ile yapılmıştır. ANOVA testine göre aralarında fark olan grupları belirlemek için Duncan çoklu karşılaştırma (varyanslar homojen olduğundan post-hoc olarak) testi kullanılmıştır.

Erken Postoperatif Konfor ve Richard-Cambell Uyku Ölçeği'nin güvenilirliğini analiz etmek için Cronbach α değeri kullanılmıştır. Araştırmada değişkenler arasındaki ilişkiye Pearson Korelasyon testi ile bakılmıştır. Korelasyon katsayıları (r) 0.00 – 0.19 arasında ise ilişki yok, 0.20 – 0.39 aralığında ise zayıf ilişki, 0.40 – 0.69 aralığında ise orta düzeyde ilişki, 0.70 – 0.89 aralığında ise kuvvetli ilişki ve 0.90 – 1.00 aralığında ise çok kuvvetli ilişki şeklinde yorumlanmıştır (125).

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri:

Araştırma için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onam (Kabul tarihi: 11.06.2020; Karar no: 2020/169) ve Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumundan yazılı kurum izni alınmıştır. Araştırma 'İnsan onuruna saygı' ilkesi, "Özerkliğe Saygı" ilkesi, ve 'Gizlilik ve Gizliliğin Korunması' ilkesine uygun olarak yürütülmüştür. Tüm katılımcılardan yazılı olarak bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükler:

Araştırma birkaç sınırlama içermektedir. Bu araştırma tek kurumda KAG hastaları hakkında bilgi sağladığından benzer özellikler taşıyan hastalara genellenebilir. Araştırmanın kesitsel olması değişkenler arasındaki nedensel ilişkilerin uzun vadeli

sonuçları hakkında çıkarımları sınırlamaktadır. KAG uygulanan hastalarda ağrıyı tanımlamada kültürel ve bireysel farklılıklar, ağrının subjektif bir yakınma olması, yoğun bakım ortamı, ölüm korkusu ve işleme yönelik hastaların yaşadığı kaygının sonuçlar üzerinde etkili olabileceği göz önüne alınmalıdır. Bu araştırmada yaşanan glklerin en önemlisi COVID-19 pandemi süreci nedeniyle veri toplama sürecinin uzaması olmuştur. Araştırma KAG sonrası uyku ve konfor durumu ile ilgili hastaların öz değerlendirmelerine dayanan kanıtlar sunmaktadır.



4. BULGULAR

Araştırmada toplam 286 hasta değerlendirilmiştir. 76 hasta araştırmaya alınma kriterlerini sağlamadığı için, 52 hasta ilaç (antihistaminik, psikiyatrik ve uyku) kullandığı için 24 hastanın kan basıncı 150/100 mm/Hg üzerinde olduğu için araştırmaya dahil edilmemiştir. Sonuç olarak araştırma 210 hasta ile tamamlanmıştır. Çalışmaya alınan katılımcılara ait demografik özellikler sayı ve yüzde olarak Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. Kum Torbası ve Close Pad Kullanan Hastaların Demografik Özellikleri

Değişken		Toplam		Kum Torbası		Close Pad		Test	p
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Tanı	Göğüs ağrısı	77	36.7	42	40.0	35	33.3	1.005	0.316
	MI	133	63.3	63	60.0	70	66.7		
Cinsiyet	Kadın	91	43.3	43	41.0	48	45.7	0.485	0.486
	Erkek	119	56.7	62	59.0	57	54.3		
BKİ	Normal	44	21	32	30.5	12	11.4	11.521	0.03
	Kilolu	115	54.8	51	48.6	64	61.0		
	Aşırı Kilolu	51	24.3	22	21.0	29	27.6		
Eğitim durumu	Yok	72	34.3	30	28.6	42	40.0	6.885	0.076
	İlköğretim	65	31	41	39.0	24	22.9		
	Lise	57	27.1	26	24.8	31	29.5		
	Üniversite	16	7.6	8	7.6	8	7.6		
Medeni Durum	Evli	186	88.6	92	87.6	94	89.5	0.188	0.664
	Bekâr	24	11.4	13	12.4	11	10.5		
Alışkanlık	Yok	112	53.3	53	50.5	59	56.2	0.689	0.407
	Var	98	46.7	52	49.5	46	43.8		
Egzersiz	Evet	37	17.6	25	23.8	12	11.4	5.544	0.019
	Hayır	173	82.4	80	76.2	93	88.6		
		Ort. (SS)		Ort. (SS)		Ort. (SS)			
Yaş		54.91±15.14		56.69±14.71		53.14±15.43		1.107	0.089

χ^2 = Ki Kare ; t= bağımsız gruplarda t testi

Çalışmaya 105 kum torbası kullanan, 105 Close Pad kullanan katılımcı alınmış olup toplam 210 kişi ile çalışma tamamlanmıştır. Tablo 4.1’de görüldüğü üzere kum torbası kullanan hastaların %60’ı miyokard infarktüsü geçiren hastalardan oluşmaktadır. Kum torbası kullanan hastaların %59’unun erkek, %48.6’sının kilolu, %39.0’ının ilkokul mezunu olduğu, %87.6’sının evli olduğu, %50.5’inin alışkanlıkları olmadığı ve %76.2’sinin egzersiz yapmadığı belirlenmiştir. Close Pad kullanan hastaların %66.7’si miyokard infarktüsü geçiren hastalardan oluşmaktadır. Close Pad kullanan hastaların

%54.3'ünün erkek, %61'inin kilolu, %40'ının eğitim almadığı, %89.5'inin evli olduğu, %56.2'sinin alışkanlıkları olmadığı ve %88.6'sının egzersiz yapmadığı belirlenmiştir. Tüm katılımcıların yaş ortalaması 54.91 (SD: 15.14) saat iken, kum torbası kullanan katılımcıların yaş ortalaması 56.69 (SD: 14.71) ve Close Pad kullanan katılımcıların yaş ortalaması 53.14 (SD: 15.43) saat olarak hesaplanmıştır.

Çalışmaya alınan katılımcılara ait tıbbi özellikler sayı ve yüzde olarak Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Kum Torbası ve Close Pad Kullanan Hastaların Tıbbi Özellikleri

Değişken		Toplam		Kum Torbası		Close Pad		Test Değeri(a)	P
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Kronik Hastalık	Var	106	50.5	55	52.4	51	48.6	0.305	0.581
	Yok	104	49.5	50	47.6	54	51.4		
Kullanılan İlaç	Var	105	50.0	54	51.4	51	48.6	0.171	0.679
	Yok	105	50.0	51	48.6	54	51.4		
Cerrahi Girişim	Var	78	37.1	44	41.9	34	32.4	2.040	0.153
	Yok	132	62.9	61	58.1	71	67.6		

a; ki- kare (χ^2) değeri

Kum torbası kullanan hastaların %52.4'ünün, Close Pad kullanan hastaların %48.6'sının kronik hastalığı bulunmaktadır. Kum torbası kullanan hastaların %51.4'ünün, Close Pad kullanılan hastaların %48.6'sının sürekli kullandığı ilaçları olduğu belirlenmiştir. Kum torbası kullanan hastaların %41.9'unun, Close Pad kullanan hastaların %32.4'ünün cerrahi işlem geçirdiği belirlenmiştir.

Çalışmaya alınan katılımcılarda anjiyografi sırasındaki özelliklerin kum torbası ve Close Pad kullanan hastalarda fark gösterip göstermediğine ilişkin analiz sonuçları Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3. Kum Torbası ve Close Pad Kullanan Hastaların Anjiyografi Sırasındaki Özelliklerinin Karşılaştırılması

Ölçek Boyutları	Grup	Ort ± ss	Test Değeri(a)	p Değeri
Cerrahi Girişim Süresi (dk)	Kum torbası	51.89 ± 28.95	4.597	<0.001*
	Close pad	36.52 ± 18.29		
Sistolik Basınç	Kum torbası	127.9 ± 14.83	1.122	0.263
	Close pad	132.04 ± 34.73		
Diastolik Basınç	Kum torbası	79.92 ± 12.61	-0.100	0.920
	Close pad	80.1 ± 13.58		
Uygulanan Bası Süresi	Kum torbası	11.65 ± 2.62	-0.331	0.741
	Close pad	11.78 ± 3.19		
Heparin Miktarı	Kum torbası	1.4 ± 0.79	0.330	0.742
	Close pad	1.36 ± 0.88		

Ort; Ortalama, ss; standart sapma, a; t testi değeri, *p<0.05

Kum torbası kullanan hastalarda girişim süresi (51.89) Close Pad kullanan hastalardan (36.52) yüksek saptanmıştır. Cerrahi girişim süresine göre kum torbası ve Close Pad kullanan hastalar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05, Tablo 4.3). Sistolik ve diastolik kan basıncı, sheath çekildikten sonra giriş yerine uygulanan bası süresi ve heparin miktarı değerleri için kum torbası ve Close Pad kullanan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05, Tablo 4.3).

Koroner anjiyografiye bağlı gelişen komplikasyonların kum torbası ve Close Pad kullanan hastalar arasında fark gösterip göstermediğine ilişkin analiz sonuçları Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Kum Torbası ve Close Pad Kullanan Hastaların Komplikasyonlara İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması

Özellikler		Kum torbası	Close pad	Test Değeri(a)	p Değeri
Mobilizasyon	Mobilize olmuş	33 (27.3)	88 (72.7)	58.989	<0.001*
	Mobilize olmamış	72 (80.9)	17(19.1)		
Ağrı varlığı	Evet	59 (49.2)	61 (50.8)	-0.020	0.780
	Hayır	46 (51.1)	44 (48.9)		
Hematom	Yok	81 (52.6)	73 (47.4)	0.090	0.210
	Var	24 (42.9)	32 (57.1)		
Ekimoz	Yok	102 (49.5)	104 (50.5)	-0.070	0.310
	Var	3 (75.0)	1 (25.0)		
Psödoanevrizma	Yok	103 (49.5)	105 (50.5)	-0.100	0.160
	Var	2 (100.0)	0 (0.0)		

Vagal	Yok	96 (49.5)	98 (50.5)	-0.040	0.600
	Var	9 (56.3)	7 (43.8)		
Kanama	Yok	96 (48.2)	103 (51.8)	3.454	0.063
	Var	9 (81.8)	2 (18.2)		

a; ki-kare (χ^2) değeri, *p<0.05;

Çalışmada hastaların mobilizasyon durumu değerlendirildiğinde kum torbası kullananlarda mobilize olmamış (n=72, %80.9), Close Pad kullananlarda ise mobilize olmuş (n=88, %72.7) hastaların çoğunlukta olduğu saptanmıştır. Mobilizasyon durumuna göre kum torbası ve Close Pad kullanan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05, Tablo 4.4).

Ağrı varlığı, hematoma, ekimoz, psödoanevrizma, vagal ve kanama gibi komplikasyonların gelişme durumu kum torbası ve Close Pad kullanan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemiştir (p>0.05, Tablo 4.4).

Erken Postoperatif Konfor Ölçeği'nden alınan toplam puanlarının kum torbası ve Close Pad kullanan hastalar arasında fark gösterip göstermediğine ilişkin analiz sonuçları Tablo 4.5'de verilmiştir.

Tablo 4.5. Kum Torbası ve Close Pad Kullanan Hastaların Konfor Durumu Karşılaştırılması

Ölçek	Grup	Ort ± ss	Test Değeri(a)	p Değeri	Cronbach α
Konfor	Kum torbası	3.8 ± 0.45	-3.547	<0.001*	0.642
	Close pad	4.02 ± 0.45			

Ort; Ortalama, ss; standart sapma, a; t testi değeri, *p<0.05

Erken Postoperatif Konfor Ölçeği'ne göre hastaların ortalama konfor puanları Close Pad kullanan hastalarda (4.02) kum torbası kullananlara (3.8) göre yüksek bulunmuştur. Konfor ölçeği ortalama puanlarına göre kum torbası ve Close Pad kullanan hastalar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05, Tablo 4.5).

Çalışmaya alınan katılımcıların konfor ölçeğinden aldıkları puanların kum torbası ve Close pad kullananlarda demografik değişkenlere göre fark gösterip göstermediğine ait analiz sonuçları Tablo 4.6'de verilmiştir.

Tablo 4.6. Konfor Ölçeği Puanlarının Kum Torbası ve Close Pad Kullanan Hastalarda Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	Kum Torbası			Close Pad		
		Ort ± ss	Test	p Değeri	Ort ± ss	Test	p Değeri
Tanı	Göğüs Ağrısı MI	3.78 ± 0.49	-111 ^a	0.912	4.01 ± 0.37	-112 ^a	0.975
		3.79 ± 0.41			4.01 ± 0.48		
Cinsiyet	Kadın	3.78 ± 0.45	0.334 ^a	0.739	3.9 ± 0.51	-2.396 ^a	0.018*
	Erkek	3.81 ± 0.44			4.11 ± 0.38		
BKİ	Normal	3.88 ± 0.45	3.149 ^b	0.050	3.94 ± 0.42	0.198 ^b	0.821
	Kilolu	3.69 ± 0.39			4.03 ± 0.44		
	Aşırı Kilolu	3.92 ± 0.51			4.02 ± 0.49		
Eğitim	Yok	3.73 ± 0.48	2.121 ^b	0.102	4.01 ± 0.47	0.763 ^b	0.518
	İlk-Orta	3.92 ± 0.43			3.93 ± 0.48		
	Lise	3.66 ± 0.36			4.03 ± 0.39		
	Üniversite ve üzeri	3.86 ± 0.55			4.21 ± 0.49		
Medeni Durum	Evli	3.8 ± 0.44	0.420 ^a	0.675	4.02 ± 0.46	0.058 ^a	0.954
	Bekar	3.75 ± 0.49			4.01 ± 0.33		
Alışkanlık	Yok	3.72 ± 0.41	-1.731 ^a	0.086	4.06 ± 0.47	1.215 ^a	0.227
	Var	3.87 ± 0.47			3.95 ± 0.42		
Egzersiz	Evet	3.8 ± 0.37	0.056 ^a	0.956	4.13 ± 0.44	0.897 ^a	0.372
	Hayır	3.9 ± 0.47			4 ± 0.45		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, a; t testi değeri, b; ANOVA testi F değeri, *p<0.05

Çalışmaya alınan hastalarda hem kum torbası hem de Close Pad kullananların konfor ölçeğinden aldıkları puanlar tanı, BKİ, eğitim durumu, medeni durum, alışkanlıkların varlığı ve düzenli egzersiz alışkanlığı bulunması değişkenlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir (p>0.05, Tablo 4.6).

Konfor ölçeği puanları yalnızca Close Pad kullanan katılımcılarda cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermiştir. Close Pad kullanan katılımcıların konfor ölçeğinden aldıkları puanlar erkek hastalarda (4.11) kadın hastalara (3.9) göre yüksekti. Close Pad kullanan kadın ve erkek hastalar arasında görülen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05, Tablo 4.6).

Çalışmaya alınan katılımcıların konfor ölçeğinden aldıkları puanların kum torbası ve Close pad kullananlarda tıbbi değişkenlere göre fark gösterip göstermediğine ait analiz sonuçları Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7. Konfor Ölçeği Puanlarının Kum Torbası ve Close Pad Kullanan Hastalarda Tıbbi Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	Kum Torbası			Close Pad		
		Ort ± ss	Test	p Değeri	Ort ± ss	Test	p Değeri
Kronik Hastalık	Var	3.76 ± 0.47	-0.788 ^a	0.433	3.95 ± 0.49	-1.387 ^a	0.169
	Yok	3.83 ± 0.42			4.07 ± 0.4		
Sürekli Alınan İlaç	Var	3.79 ± 0.52	-0.130 ^a	0.897	3.98 ± 0.51	-0.819 ^a	0.414
	Yok	3.8 ± 0.36			4.05 ± 0.38		
Cerrahi Girişim	Var	3.77 ± 0.51	-0.593 ^a	0.555	3.98 ± 0.51	-0.505 ^a	0.614
	Yok	3.82 ± 0.4			4.03 ± 0.42		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, a; t testi değeri, *p<0.05

Çalışmaya alınan hastalarda hem kum torbası hem de Close Pad kullananların konfor ölçeğinden aldıkları puanlar kronik hastalık, sürekli alınan ilaç olup olmaması ve cerrahi girişim geçirip geçirmeme değişkenlerine göre grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir (p>0.05, Tablo 4.7).

Çalışmaya alınan katılımcıların konfor ölçeğinden aldıkları puanların kum torbası ve Close pad kullananlarda anjiyografiye bağlı gelişen komplikasyonlara göre fark gösterip göstermediğine ait analiz sonuçları Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8. Konfor Ölçeği Puanlarının Kum Torbası ve Close Pad Kullanan Hastalarda Anjiyografi Sırası ve Sonrası Komplikasyonlara Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	Kum Torbası			Close Pad		
		Ort ± ss	Test	P Değeri	Ort ± ss	Test	P Değeri
Mobilizasyon	Mobilize olmuş	3.85 ± 0.44	2.015^a	0.046*	4.03 ± 0.45	-0.712 ^a	0.478
	Mobilize olmamış	3.67 ± 0.43			3.94 ± 0.47		
Ağrı Varlığı	Evet	3.70 ± 0.46	-2.477^a	0.015*	3.90 ± 0.41	-3.125^a	0.002*
	Hayır	3.91 ± 0.40			4.17 ± 0.47		
Hematom	Yok	3.78 ± 0.43	-0.448 ^a	0.655	4.02 ± 0.41	0.265 ^a	0.791
	Var	3.83 ± 0.52			4 ± 0.54		
Ekimoz	Yok	3.8 ± 0.45	0.452 ^a	0.652	4.02 ± 0.45	0.496 ^a	0.621
	Var	3.68 ± 0.23			3.79 ± 0		
Psödoanevrizma	Yok	3.81 ± 0.43	2.988^a	0.004*	4.01 ± 0.45		
	Var	2.90 ± 0.27					
Vagal	Yok	3.78 ± 0.46	-1.014 ^a	0.313	4.03 ± 0.45	1.586 ^a	0.116
	Var	3.94 ± 0.24			3.76 ± 0.38		
Kanama	Yok	3.80 ± 0.46	0.190 ^a	0.850	4.02 ± 0.45	0.508 ^a	0.612
	Var	3.77 ± 0.34			3.85 ± 0.44		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, a; t testi değeri, *p<0.05

Çalışmada katılımcıların konfor ölçeğinden aldıkları puanlar hem kum torbası hem de Close Pad kullanan hastalarda ağrısı olmayan grupta (kum torbası=3.91, Close Pad=4.17) ağrısı olan gruba (kum torbası=3.70, Close Pad=3.90) göre yüksekti. Ağrısı olan ve olmayan hastalar arasında görülen bu farklılık her iki grup için de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.8)

Çalışmada kum torbası kullanan katılımcılarının konfor puanları mobilize olan hastalarda (3.85) mobilize olmayanlara (3.67) göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Kum torbası kullanan katılımcılarının konfor puanları psödoanevrizma olan hastalarda (2.90), psödoanevrizma olmayanlara (3.81) göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Kum torbası kullanan katılımcıların konfor ölçeğinden aldıkları puanlara göre hematom, ekimoz, vagal ve kanama olup olmaması değişkenleri grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$, Tablo 4.8).

Close Pad kullanan katılımcıların konfor ölçeğinden aldıkları puanlara göre mobilizasyon durumu, hematom, ekimoz, psödoanevrizma, vagal ve kanama olup olmaması değişkenleri grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Çalışmaya alınan katılımcıların konfor ölçeğinden aldıkları puanların kum torbası ve Close Pad kullananlarda anjiyografi sırası hasta özellikleri ile ilişkili olup olmadığına ait analiz sonuçları Tablo 4.9’de verilmiştir.

Tablo 4.9. Konfor Ölçeği Puanlarının Kum Torbası ve Close Pad Kullananlarda Anjiyografi Sırasında Hastaya Ait Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Değişken	Kum Torbası		Close Pad	
	r Değeri	p Değeri	r Değeri	p Değeri
Cerrahi Girişim Süre	0.024	0.806	-0.064	0.516
Sistolik Basınç	0.138	0.161	-0.043	0.667
Diastolik Basınç	0.198	0.043*	-0.047	0.635
Bası Süresi	0.057	0.561	0.149	0.130
Heparin Miktarı	-0.056	0.573	0.062	0.530
Ağrı Skala	-0.225	0.021*	-0.331	0.001*
Hematom Büyüklüğü	-0.148	0.132	-0.046	0.639

r; pearson korelasyon katsayısı, * $p<0.05$

Çalışmada kum torbası kullanan katılımcılarda diastolik kan basıncı ile konfor ölçeğinden alınan puanlar arasında önemsenmeyecek düzeyde ($r=0.198$) ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Ağrı skoru ile konfor ölçeğinden alınan puanlar arasında düşük

düzeyde ($r=-0.225$) negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Kum torbası kullanan hastalarda cerrahi girişim süresi, sistolik kan basıncı, bası süresi, heparin miktarı ve hematoma büyüklüğü ile konfor puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Çalışmada Close Pad kullanan katılımcılarda ağrı skoru ile konfor ölçeğinden alınan puanlar arasında düşük düzeyde ($r=-0.331$) negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Kum torbası kullanan hastalarda cerrahi girişim süresi, sistolik ve diastolik kan basıncı, bası süresi, heparin miktarı ve hematoma büyüklüğü ile konfor puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Richard-Cambell Uyku Ölçeği soruları ve toplam puanın kum torbası ve Close Pad kullanan hastalar arasında fark gösterip göstermediğine ilişkin analiz sonuçları Tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4.10. Kum Torbası ve Close Pad Kullanan Hastalarda Anjiyografi Sonrası Uyku Durumu Karşılaştırılması

Ölçek ve Sorular	Grup	Ort $\pm$ SS	Test Değeri(a)	p Değeri
1. Önceki gece uyku derinliği	Kum torbası	51.14 $\pm$ 20.71	-0.985	0.326
	Close pad	54.1 $\pm$ 22.67		
2. Önceki gece uykuya dalmada zorlanma	Kum torbası	50.62 $\pm$ 18.63	-1.905	0.058
	Close pad	55.71 $\pm$ 20.1		
3. Önceki gece uyanma sıklığı	Kum torbası	52.19 $\pm$ 21.29	-1.550	0.123
	Close pad	56.71 $\pm$ 21.01		
4. Önceki gece uyanık kalma	Kum torbası	54.19 $\pm$ 20.12	-2.723	0.007*
	Close pad	61.67 $\pm$ 19.67		
5. Önceki gece uykunun kalitesi	Kum torbası	51.81 $\pm$ 20.99	-2.025	0.044*
	Close pad	57.71 $\pm$ 21.27		
6. Önceki gece gürültü seviyesi	Kum torbası	54.48 $\pm$ 19.99	-0.624	0.534
	Close pad	56.24 $\pm$ 20.95		
Richard-Cambell Uyku Ölçeği Ortalama Puanı	Kum torbası	51.99 $\pm$ 18.14	-2.099	0.037*
	Close pad	57.18 $\pm$ 17.69		

Ort; Ortalama, ss; standart sapma, a;t testi değeri, * $p<0.05$

Richard-Cambell Uyku Ölçeği ve maddeleri için alınan puan arttıkça uyku problemi azalmaktadır. Hastaların ortalama uyku puanları Close Pad kullananlarda (57.18) kum torbası kullananlara (51.99) göre yüksek bulunmuştur. Uyku ölçeği ortalama puanlarına göre kum torbası ve Close Pad kullanan hastalar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.10).

Hastaların bir önceki gece uyanık kalma maddesinden (4. madde) aldıkları puanın Close Pad kullananlarda (61.67), kum torbası kullananlara (54.19) göre yüksek olduğu saptanmıştır. Close Pad kullanan hastaların bu maddeden aldıkları yüksek puanlar uyanık kalma sorununun düşük olduğunu ifade etmektedir. Hastaların bir önceki gece uyku kalitesi maddesinden (5. madde) aldıkları puanın Close Pad kullananlarda (57.71), kum torbası grubundan (51.81) yüksek olduğu saptanmıştır. Close Pad kullanan hastaların bu maddeden aldıkları yüksek puanlar uyku kalitesinin Close Pad kullananlarda daha iyi olduğunu ifade etmektedir. Uyku ölçeği 4. ve 5. soruya göre kum torbası ve Close Pad kullanan hastalar arasında görülen bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 4.10).

Richard-Cambell Uyku Ölçeği'nin 1., 2., 3. ve 6. sorularına göre kum torbası ve Close Pad kullananlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$, Tablo 4.10).

Çalışmaya alınan katılımcıların uyku ölçeğinden aldıkları puanların kum torbası ve Close Pad kullananlarda demografik değişkenlere göre fark gösterip göstermediğine ait analiz sonuçları Tablo 4.11'de verilmiştir.

Tablo 4.11. Uyku Ölçeği Puanlarının Kum Torbası ve Close Pad Kullanan Hastalarda Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	Kum Torbası			Close Pad		
		Ort $\pm$ ss	Test	p Değeri	Ort $\pm$ ss	Test	p Değeri
Cinsiyet	Kadın	48.02 $\pm$ 19.75	1.889 ^a	0.062	55.58 $\pm$ 17.29	-0.851 ^a	0.398
	Erkek	54.74 $\pm$ 16.54			58.53 $\pm$ 18.06		
BKİ	Normal	50.19 $\pm$ 20.69	0.319 ^b	0.727	48.33 $\pm$ 19.14	2.151 ^b	0.122
	Kilolu	53.39 $\pm$ 16.54			57.2 $\pm$ 16.82		
	Aşırı Kilolu	51.36 $\pm$ 18.34			60.79 $\pm$ 18.3		
Eğitim	Yok	44.27 $\pm$ 19.75	2.898 ^b	0.039*	55.69 $\pm$ 18.42	0.363 ^b	0.780
	İlk-Orta	55.93 $\pm$ 17.75			58.67 $\pm$ 15.32		
	Lise	55.19 $\pm$ 15.1			56.77 $\pm$ 19.04		
	Üniversite ve üzeri	50.38 $\pm$ 16.46			62.13 $\pm$ 16.99		
Medeni Durum	Evli	52.36 $\pm$ 18.88	0.008 ^a	0.582	57.96 $\pm$ 17.89	1.319 ^a	0.190
	Bekar	49.38 $\pm$ 11.8			50.55 $\pm$ 15.04		
Alışkanlık	Yok	52.81 $\pm$ 18.16	0.466 ^a	0.642	57.83 $\pm$ 16.78	0.424 ^a	0.672
	Var	51.15 $\pm$ 18.25			56.35 $\pm$ 18.96		
Egzersiz	Evet	56.84 $\pm$ 13.44	1.542 ^a	0.126	55.58 $\pm$ 23.88	-0.204 ^a	0.741
	Hayır	50.48 $\pm$ 19.2			57.39 $\pm$ 16.89		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, a; t testi değeri, b; ANOVA testi F değeri, * $p < 0.05$

Çalışmada kum torbası kullanan katılımcıların uyku ölçeğinden aldıkları puanlara göre cinsiyet, BKİ, medeni durum, alışkanlıkların varlığı, düzenli egzersiz

alışkanlığı değişkenleri için grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 4.11).

Kum torbası kullanan katılımcıların uyku ölçeğinden aldıkları puanlara göre eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 11). Varyanslar homojen olduğu için ikili karşılaştırmalarda Duncan testi kullanılmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalarda sadece eğitimi olmayanlar ile ilk-orta öğretim mezunu olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş ($p=0.035<0.05$), ancak diğer ikili karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Close Pad kullanan katılımcıların uyku ölçeğinden aldıkları puanlara göre cinsiyet, BKİ, eğitim durumu, medeni durum, alışkanlıkların varlığı, düzenli egzersiz alışkanlığı değişkenler için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 4.11).

Çalışmaya alınan katılımcıların uyku ölçeğinden aldıkları puanlarının kum torbası ve Close Pad kullanan hastalarda tıbbi değişkenlere göre fark gösterip göstermediği test edilmiş ve sonuçlar aşağıdaki Tablo 4.12’de verilmiştir.

Tablo 4.12. Uyku Ölçeği Puanlarının Kum Torbası ve Close Pad Kullanan Hastalarda Tıbbi Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	Kum Torbası			Close Pad		
		Ort $\pm$ ss	Test	P Değeri	Ort $\pm$ ss	Test	P Değeri
Kronik Hastalık	Var	48.8 $\pm$ 19.41			53.71 $\pm$ 18.56		
	Yok	55.5 $\pm$ 16.1	-1.914 ^a	0.058	60.46 $\pm$ 16.33	-1.983 ^a	0.050
Sürekli Alınan İlaç	Var	48.56 $\pm$ 19.5			53.55 $\pm$ 18.32		
	Yok	55.63 $\pm$ 15.97	-2.026 ^a	0.045*	60.61 $\pm$ 16.53	-2.070 ^a	0.040*
Cerrahi Girişim	Var	52.7 $\pm$ 20.33			50.65 $\pm$ 20.36		
	Yok	51.48 $\pm$ 16.54	0.341 ^a	0.734	60.31 $\pm$ 15.46	-2.449 ^a	0.008*

Ort; ortalama, ss; standart sapma, a; t testi değeri, * $p<0.05$

Çalışmaya alınan hastalarda hem kum torbası hem de Close Pad kullananların uyku ölçeğinden aldıkları puanlar kronik değişkenine göre grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$, Tablo 4.8). Kum torbası ve Close Pad kullanan hastaların uyku ölçeğinden aldıkları puanlar sürekli kullandığı ilacı olmayan hastalarda (kum torbası=55.63, Close Pad= 60.61) sürekli kullandığı ilacı olan hastalara

(kum torbası=48.56, Close Pad= 53.55) göre yüksekti. Sürekli kullandığı ilacı olan ve olmayan hastalar arasında görülen bu farklılık her iki grup için de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.12).

Kum torbası kullanan katılımcıların uyku ölçeğinden aldıkları puanlara göre cerrahi girişim geçirip geçirmeme değişkeninde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Close Pad kullanan hastalarda cerrahi girişim geçiren hastalarda (50.65) cerrahi girişim geçirmeyen hastalara (60.31) göre daha düşüktü. Gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.12).

Çalışmaya alınan katılımcıların uyku ölçeğinden aldıkları puanların kum torbası ve Close pad kullananlarda anjiyografiye bağlı gelişen komplikasyonlara göre fark gösterip göstermediğine ait analiz sonuçları Tablo 4.13’de verilmiştir.

Tablo 4.13. Uyku Ölçeği Puanlarının Kum Torbası ve Close Pad Kullanan Hastalarda Anjiyografiye Bağlı Gelişen Komplikasyonlara Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	Kum Torbası			Close Pad		
		Ort $\pm$ ss	Test	p	Ort $\pm$ ss	Test	p
Mobilizasyon	Mobilize olmuş	52.76 $\pm$ 17.76	0.644 ^b	0.521	57.58 $\pm$ 17.44	-0.523 ^b	0.602
	Mobilize olmamış	50.3 $\pm$ 19.12			55.12 $\pm$ 19.4		
Ağrı	Evet	47.05 $\pm$ 17.53	-3.308 ^a	0.001*	56.02 $\pm$ 17.05	-0.793 ^a	0.430
	Hayır	58.33 $\pm$ 17.06			58.8 $\pm$ 18.62		
Hematom	Yok	54.42 $\pm$ 17.6	2.859	0.011*	59 $\pm$ 17.4	1.603 ^a	0.112
	Var	43.79 $\pm$ 17.88			53.03 $\pm$ 17.92		
Ekimoz	Yok	51.61 $\pm$ 18.25	-3.662 ^a	0.209	57 $\pm$ 17.68	-1.069 ^a	0.287
	Var	65 $\pm$ 5.57			76 $\pm$ 0		
Psödoanevrizma	Yok	52.4 $\pm$ 18.07	1.666 ^a	0.099	57.18 $\pm$ 17.69		
	Var	31 $\pm$ 4.24					
Vagal	Yok	51.32 $\pm$ 18.75	-1.235 ^a	0.220	56.6 $\pm$ 17.56	-1.258 ^a	0.211
	Var	59.11 $\pm$ 6.33			65.29 $\pm$ 19.01		
Kanama	Yok	52.29 $\pm$ 18.32	0.554 ^a	0.581	57.08 $\pm$ 17.85	-0.428 ^a	0.670
	Var	48.78 $\pm$ 16.74			62.5 $\pm$ 2.12		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, a; t testi değeri, * $p<0.05$

Çalışmada kum torbası kullanan hastaların uyku puanları ağrısı olan hastalarda (47.05) olmayanlara (58.33) göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Benzer şekilde kum torbası kullanan hastaların uyku puanları hematoma gelişen hastalarda (43.79), gelişmeyen hastalara (54.42) göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.13).

Hastaların uyku ölçeğinden aldıkları puanlar kum torbası kullanan hastalarda mobilizasyon durumu, ekimoz, psödoanevrizma, vagal ve kanama durumu değişkenlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Benzer şekilde Close Pad kullanan hastaların da uyku ölçeğinden aldıkları puanlar anjiyografiye bağlı gelişen komplikasyonlara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.13).

Çalışmaya alınan katılımcıların uyku ölçeğinden aldıkları puanların kum torbası ve Close Pad kullananlarda anjiyografi sırası hasta özellikleri ile ilişkili olup olmadığına ait analiz sonuçları Tablo 4.14'te verilmiştir.

Tablo 4.14. Uyku Ölçeği Puanlarının Kum Torbası ve Close Pad Kullananlarda Anjiyografi Sırasında Hastaya Ait Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Değişken	Kum Torbası		Close Pad	
	r Değeri	p Değeri	r Değeri	p Değeri
Cerrahi Girişim Süre	-0.300	0.002*	-0.029	0.771
Sistolik Basıncı	-0.243	0.013*	-0.304	0.002*
Diastolik Basıncı	-0.240	0.014*	-0.179	0.068
Bası Süresi	-0.232	0.017*	-0.193	0.048*
Heparin Miktarı	-0.191	0.052	0.144	0.142
Ağrı Skala	-0.262	0.007*	-0.16	0.104
Hematom Büyüklüğü	-0.329	0.001*	-0.161	0.101

r; pearson korelasyon katsayısı, * $p<0.05$

Çalışmada kum torbası kullanan hastalarda cerrahi girişim süresi ($r=-0.300$), sistolik ($r=-0.243$) ve diastolik ($r=-0.240$) kan basıncı, sheat çekildikten sonra uygulanan bası süresi ($r=-0.232$), ağrı şiddeti ($r=-0.262$) ve hematom büyüklüğü ($r=-0.329$) ile uyku ölçeğinden alınan puanlar arasında negatif yönde düşük düzeyde ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Kum torbası kullanan hastalarda heparin miktarı ile uyku puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 14). Çalışmada Close Pad kullanan hastalarda sistolik kan basıncı ($r=-0.304$) ve sheat çekildikten sonra uygulanan bası süresi ($r=-0.193$) ile uyku ölçeğinden alınan puanlar arasında negatif yönde düşük düzeyde ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Close Pad kullanan hastalarda cerrahi girişim süresi, diastolik kan basıncı, heparin miktarı, ağrı şiddeti ve hematom büyüklüğü ile uyku puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 14).

5. TARTIŞMA

Koroner anjiyografi sonrası kum torbası ve Close Pad kullanılan hastalarda uyku kalitesi, konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelendiği bu araştırmadan elde edilen bulgular ilişkili literatür ile tartışılmıştır.

Çalışmamızda BKİ ve egzersiz yapma durumu değişkenleri dışında demografik ve tıbbi değişkenler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Anjiyografi sırası özellikler değerlendirildiğinde cerrahi girişim sırasındaki sistolik ve diastolik kan basıncı değerleri, sheat çekildikten sonra uygulanan bası süresi ve heparin miktarları bakımından da gruplar benzerdi. Gruplar arasında sadece cerrahi girişim süresi değişkeni bakımından farklılık mevcuttu. Kum torbası kullanılan hastalarda cerrahi girişim süresi, Close Pad kullanılan hastalardan uzundu (Tablo 4.3). Bu durum kum torbası uygulanan hastalarda Close Pad uygulanan hastalardan farklı olarak işlem sırasında koroner arterlere balon veya stent uygulanmasından kaynaklanmaktadır. Bu sonuçlara dayanarak çoğu değişken bakımından grupların benzer özelliklere sahip olduğu söylenebilir (Tablo 4.1 ve 4.2).

Çalışmamızda anjiyografi sonrası komplikasyonlar değerlendirildiğinde gruplar arasında sadece mobilizasyon değişkeni bakımından farklılık mevcuttu. Close Pad kullanılan hastaların mobilizasyon oranı, kum torbası kullanan hastalardan yüksekti (Tablo 4.4). Koroner anjiyografi sonrası, ağrı, hematoma, ekimoz, psödoanevrizma ve vagal gibi komplikasyonların görülme oranları literatür ile uyumlu bulunmuştur (97). Bektaş da yaptığı bir çalışmada kum torbası uygulanan grup ile Close Pad uygulanan hastalar arasında ekimoz, hematoma ve psödoanevrizma bakımından fark olmadığını bildirmiştir (98). Yine Hermanides ve ark koroner anjiyografi yapılan hastalarda kapatma cihazı kullanmanın kanama ve antitrombotik tedavi süresini azaltmada manuel kompresyona göre üstünlük göstermediğini belirtmiştir (99). Ek olarak bir meta analiz çalışmasında mekanik bası yöntemleri ile vasküler kapaticılar arasında vasküler komplikasyonlar açısından bir farkın olmadığı saptanmıştır (100). Farklı şekilde Beşli ve ark. çalışmasında kum torbası grubuna kıyasla Close Pad grubunda majör lokal komplikasyonları daha sık, hematomu da daha fazla saptamıştır (9). Yılmaz'ın çalışmasında koroner anjiyografi sonrasında en sık gelişen vasküler komplikasyonun ekimoz olduğu, bunu sırasıyla hematoma, kanama ve psödoanevrizmanın takip ettiği

bildirilmiştir (101). Kompresyon cihazları ve kum torbasına ait bu farklı çalışma sonuçları işlemi yapan ekibin deneyiminden ve farklı hasta özellikleri gibi faktörlerin karıştırıcı etkisinden arındırılmamıştır. Bu nedenle, bir kapatma cihazının ana avantajının, daha kısa yatak istirahati ile hasta konforunu arttırmak olabileceği düşünülmektedir (99).

Kum torbası koroner anjiyografi sonrası femoral arter bölgesinde kanama kontrolünü sağlamak için en sık kullanılan yöntemdir (102). Koroner anjiyografi sonrasında hastaların en az altı saat hareketsiz bir şekilde supine pozisyonunda yatmasının sırt ağrısına neden olduğu hastalar tarafından ifade edilmekte, klinisyenler tarafından gözlenmekte ve literatürde de desteklenmektedir (103). Bu durum hasta konforunun sağlanması ve ağrıların önlenmesi için kompresyon cihazlarının daha sık kullanılıp kullanılmayacağını gündeme getirmiştir. Çalışmamızda hastaların ortalama konfor puanları Close Pad kullanan hastalarda kum torbası kullananlara göre yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5). Literatürde kum torbası ve Close Pad uygulamasının konfor bakımından karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Buna rağmen kapama cihazı kullanan hastalarda kum torbası kullananlara göre daha az ağrı deneyimi bildirildiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (104). Christensen ve ark.'nın çalışmasında, bir gruptaki hastalara kum torbası, diğer gruptaki hastalara ise basınçlı bandaj uygulanmıştır. Çalışmada kum torbası grubunun basınçlı bandaj grubuna göre 2.6 kat daha fazla rahatsızlık yaşadığı belirlenirken kum torbasının daha az tolere edildiği belirtilmiştir (105). Yılmaz da, kum torbasının hastalarda rahatsızlık ve memnuniyetsizliği arttığını gözlemlemiştir (101). Farklı olarak Lehmann ve arkadaşları yaptıkları çalışmada kum torbası ve kompreyon cihazı kullanımının aratan hasta rahatsızlığı ve hasta memnuniyeti bakımından fark oluşturmadığını ortaya koymuşlardır (106).

Çalışmamızda hem kum torbası hem de Close pad kullanan hastalarda en sık görülen problemlerden ağrının konforu olumsuz etkilediği görülmüştür (Tablo 4.8, 4.9). Literatürde koroner girişimlerde ağrı oluşumunu etkileyen faktörler arasında işlem öncesi hastanın hazırlığı, anksiyete seviyesi, femoral bölgedeki hassasiyeti, daha önceki kateter çekimi deneyimi ve işleminin uzun olması sayılmaktadır (107). Ek olarak Yılmaz, kardiyak invaziv girişimlerde pozisyon değişikliği ve bölgesel ağırlık uygulamasının ağrı şiddetini etkilediğini belirtmiştir (101). Çınar ve Olgun da

çalışmasında, girişim bölgesinde kum torbasının oluşturduğu ağırlığın ağrıya yol açtığını bildirmiştir (108).

Çalışmamızda kum torbası kullanan hastalarda mobilizasyonun konforu olumlu etkilediği görülmüştür (Tablo 4.8). Augustine ve ark. ile Mohammady ve ark.'nın çalışmasında da yatak istirahat süresinin kısa tutulmasıyla hastaların memnuniyet durumları artmış ve konfor düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (89). Razaee-Adaryani ve ark.'nın yaptığı çalışmada deney grubundaki hastalar koroner anjiyografi sonrasında kum torbası 3 saat uygulanarak değişik pozisyonlarda yatırılmış, ve 7-8 saat sonra mobilize edilmiştir. Kontrol grubundaki hastalar ise 8 saat kum torbası uygulanarak sırtüstü düz yatar pozisyonunda yatırılmış ve 10-24 saat sonra mobilize edilmiştir. Sonuçta ilerleyen saatlerde kontrol grubundaki hastaların konfor ve memnuniyetlerinin azaldığı belirlenmiştir (109). Vicki ve arkadaşlarının çalışmasında erken mobilizasyonun hasta konforunu ve memnuniyetini arttırdığı saptanmıştır (110). Çalışmamızda da kum torbası grubundaki mobilize edilmiş hastalarda konforun yüksek bulunması pozisyon değişimi ve ağırlığın oluşturduğu etkiden kaynaklandığı düşünülmektedir. Görüldüğü üzere konfor ile ilgili sınırlı sayıdaki çalışma kompresyon cihazlarının kullanımının teşvik edilebileceğine işaret etmektedir. Ancak hasta konforunu artırdığını saptadığımız Close Pad ile ilgili daha fazla araştırma yapılmaya ihtiyaç olduğu açıktır.

Kum torbası ve Close Pad kullanımının etkilerini karşılaştırdığımız bir diğer ana değişken uykudur. Çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlara göre, hastaların uyku puan ortalamaları hem kum torbası hem de Close Pad kullanılan hastalarda orta düzeyde olsa da Close pad kullanan hastalarda uyku puanları kum torbası kullananlardan daha yüksek bulunmuştur. Özellikle Close Pad kullanan hastaların bir önceki gece daha az uyanık kaldığı ve daha kaliteli uyku geçirdikleri dikkat çekicidir (Tablo 4.10). Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde uyku kalitesi ile ilgili literatür daha çok hipertansiyon, kalp yetmezliği ve KAH üzerinde yoğunlaşmıştır. Daha önce yapılmış bir meta analiz, kardiyovasküler hastalıklarda uyku süresinin ve kalitesinin kötü olduğunu ortaya koymuştur (111). Demir ve Öztunç'un yoğun bakım ünitelerinde yaptığı çalışmada hastaların kötü düzeyde uyku kalitesinin olduğu belirlenmiştir (112). Higgins ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, hastaların anjiyoplasti sonrası şiddetli endişe, uyku bozukluğu, yorgunluk ve düşük enerji hissi yaşadığı saptanmıştır (113). Vural ve arkadaşlarının, KAH tanısı alan hastalarla yapmış olduğu çalışmada hastaların %68.6' sının uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır (114).

Çalışmamızda kum torbası kullanan hastalarda şiddetli ağrının, uzun cerrahi girişim süresinin, geniş hematoma büyüklüğünün uyku kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür. Sürekli ilaç kullanımının ise her iki grupta da uyku kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür (Tablo 4.12, 4.13, 4.14). Yıldız ve Tel'in koroner yoğun bakımda yaptığı çalışmada uykuyu en sık diğer hastalara ilişkin olumsuzlukların görülmesi, rahat edilememesi ve diğer hastaların sesi faktörlerinin etkilediği belirtilmiştir (115). Öneği yapmış olduğu çalışmada yoğun bakım gibi bir ortamda anjiyografi işlem sonrası dönemde stent takılan hastaların uzun süreli sırt üstü yatması, anjiyo işlemi ile birlikte stent işlemi yapılması ve çevresel faktörlerin hastaları yorduğunu ve uyku kalitelerini etkilediği gösterilmiştir (116).

Çalışmamız ve geçmiş araştırmalar kum torbası ve kompresyon cihazının avantajlarını ve dezavantajlarını ortaya koymaktadır. Kum torbasının uygulanması kolaydır ve ağırlığı nedeniyle bacak hareketsizliğini sağlamaktadır. Ancak girişim bölgesine doğrudan yaygın basınç (dolayısıyla minimum) uygulamakta ve kasık bölgesinden kolayca kayma eğilimi gösterebilmektedir. Kum torbası kullanılan hastalarda özellikle ağrı ve mobilizasyon gibi değişkenler hasta konforunu bozmaktadır. Yine kum torbası kullanılan hastalarda ağrı, uzun cerrahi girişim süresi, geniş hematoma büyüklüğü ve ilaç kullanımı uyku kalitesini olumsuz etkilemektedir. Kompresyon cihazı (Close Pad) önemli ölçüde doğrudan basınç uygulamakta ve konumsal olarak stabildir, ancak daha yüksek maliyet ve kolayca kirlenen bir yapıya sahiptir. Bu eksikliklerin hiçbirini, klinik yararın ortaya çıkması durumunda kompresyon cihazlarının kullanımını engellemeye yetecek büyüklükte değildir. Çalışma sonuçlarımız elle basıya alternatif olarak vasküler kapatma cihazlarının hızlı ve etkin olduğu yönündeki mevcut literatürü destekler niteliktedir (117). Bu nedenle konforun sağlanması ve uyku kalitesinin artırılması açısından kompresyon cihazlarının etkili olduğu ve mümkün olduğunda daha sık kullanılmasının yararlı olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Koroner anjiyografi sonrası kum torbası ve close pad kullanılan hastalarda konfor, uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin karşılaştırılması arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmada elde edilen sonuçlar:

- Erken Postoperatif Konfor Ölçeği'ne göre hastaların ortalama konfor puanları Close Pad kullanan hastalarda kum torbası kullananlara göre daha yüksek bulunmuştur. Close pad uygulanan hastaların kum torbasına oranla daha konforlu olduğu görülmüştür. Hem kum torbası hem de Close pad kullanan hastalarda ağrı durumunun konforu olumsuz etkilediği görülmüştür. Mobilizasyon durumunun sadece kum torbası grubundaki hastalarda konfor üzerinde etkisi olduğu ve mobilize edilmiş hastalarda konforun yüksek olduğu bulunmuştur.
- Kum torbası ve close pad uygulanan hastaların ortalama uyku puanları Close Pad kullananlarda kum torbası kullananlara göre daha yüksek bulunmuştur. Close pad kullanılan hastaların kum torbası uygulanan hastalara oranla daha iyi bir uyku kalitesine sahip olduğu görülmüştür. Kum torbası kullanan hastalarda şiddetli ağrının, uzun cerrahi girişim süresinin, geniş hematoma büyüklüğünün uyku kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür. Sürekli ilaç kullanımının ise her iki grupta da uyku kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür.

Bu araştırma sonucunda koroner anjiyografi işlemi sonrası Close Pad kullanımının uyku kalitesi ve konfor düzeyi bakımından kum torbasından daha olumlu sonuçları olduğu görülmüştür. Bu nedenle koroner anjiyografi sonrası, konforun ve uyku kalitesinin artırılması için Close Pad yönteminin seçimi göz önüne alınmalıdır. Ayrıca hemşirelerin kum torbası kullanan hastalarda konforu ve uyku kalitesini etkileyen ağrı, mobilizasyon, cerrahi girişim süresi, hematoma büyüklüğü ve sürekli ilaç kullanımı gibi problemleri göz önünde bulundurması, kum torbası kullanan hastalarda konforu ve uyku kalitesini arttırabilecek hemşirelik girişimlerini planlaması, uygulaması ve değerlendirmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Arıkan İ, Metintaş S, Kalyoncu C, Yıldız Z. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma Dergisi* 2009, 37(1): 35-40.
2. Türkmen E, Badır A, Ergün A. Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2009, 3(4): 20-8.
3. Balcı B. Koroner anjiyografi ve perkütan koroner girişim. *Türkiye Klinikleri Cardiology Special Topics* 2014, 7(2): 119-22.
4. Doyle CK, Nethery KA, Popov, McBride VL. Differentially expressed and secreted major immunoreactive protein orthologs of ehrlichia canis and echaffeensis elicit early antibody responses to epitopes on glycosylated tandem repeats. *Infection and immunity* 2006, 74(1): 711-20.
5. Yalçın R, Cemri M, Boyacı B, Timurkaynak T, Akata D, Ünlü M. Koroner arter hastalığı. *Gazi Tıp Dergisi* 2006, 17(1): 1-33.
6. Kantarcı M, Okur A. Kardiyak bilgisayarlı tomografi (BT)'de buluşlar: kesit mücadelesi, dual enerji, miyokardiyal perfüzyon spesifik kontrast maddeler. *Türk Kardiyoloji Derneği Seminerleri* 2013, (1): 165-74.
7. Kim JY, Yoon J. Transradial approach as a default route in coronary artery interventions. *Korean Circ J* 2011, 41(1):1-8.
8. Skillman JJ, Kim D, Baim DS. Vascular complications of percutaneous femoral cardiac interventions incidence and operative repair. *Arch Surg* 1988, 123: 1207-12.
9. Beşli F, Alişir MF, Keçebaş M, Serdar OA, Güngören F. Comparison of pneumatic compression device and sand bag with respect to peripheral vascular complications in elective cardiac catheterization and percutaneous femoral artery interventions. *Türk Kardiyol Dern Ars* 2013, 41(6): 478-85.
10. Roberts A, Collins, Harlamert J, Champion E, Cronin J, Avram K, Safeguard J. Manual Assist Technique. The SMAT Study. *Cath Lab Digest* 2008, 16(6) 4979.

11. Gustafsson UM, Hetta JE. Fragmented sleep and tiredness in males and females one year after percutaneous transluminal coronary angioplasty. *J Adv Nurs* 2001, 34(2): 203-11.
12. Uslu Y, Korkmaz FD. Yoğun bakım hastalarında uyku: hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2015, 12 (3): 156-61.
13. Kumsar AK, Yılmaz FT. Yoğun bakım ünitesinin yoğun bakım hastası üzerindeki etkileri ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013, 10(2): 56-60.
14. Sardoğan E. Hastaların Kaygı ve Konfor Düzeyleri: Preoperatif Dönemde Yoğun Bakım Endikasyonunu Bilme ve Postoperatif Dönemde Yoğun Bakım İle İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2018.
15. Özden G. Tip 2 Diyabetes Mellitus'lu Hastalarda Hastalığı Kabulün Konfor Düzeyine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2018.
16. <https://tkd.org.tr/menu/43/esc-kilavuzlari> Son Erişim Tarihi: 05.12.2021.
17. Koplay M, Erol C. Koroner arter hastalığı. *Trd Sem* 2013, (1): 57–69.
18. Morrad DB. Akut Koroner Sendrom ve Akut Miyokard İnfarktüslerinde Görülen Aritmiler. Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi, 2015.
19. <https://www.cdc.gov/heartdisease/facts.htm>. Son Erişim Tarihi: 27.03.2020.
20. <https://www.who.int/> Son Erişim Tarihi: 27.01.2020.
21. Mendi S, Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Puska P. (Editör). America, *World Health Organization*, 2011; 28-34.
22. Townsend N, Wilson L, Bhatnagar P, Wickramasinghe K, Rayner M, Nichols M. Cardiovascular disease in europe epidemiologicalup date. *Eur Heart J* 2016, (37): 3232–45
23. <https://www.tuik.gov.tr/> Son Erişim Tarihi: 24.01.2020.
24. Onat A, Can G, Yüksel H. *TEK HARF*, Tıp dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. İstanbul Logos Yayıncılık Tic. A.Ş. 2017.

25. Sanchis Gomar F, Perez Quilis C, Leischik R, Lucia A. Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome. *Ann Transl Med* 2016, (13): 256-67.
26. Ahraz M. Koroner Anjiyografi Sonrası Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Önerilen Hastalarda Hemşirenin Eğitici Hasta Danışmanlığı Rolünün Hastanın Anksiyete ve Cerrahi Kararına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi, 2018.
27. Pencina MJ, Navar AM, Wojdyla D, Sanchez RJ, Khan I, Ellassal J, Agostino RB, Peterson ED, Sniderman AD. Measuring the importance of risk factors for coronary heart disease. *Graph Learn Med Imaging* 2019, 139 (13):1603-11.
28. Hajjar I, Kotchen TA. Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States. *JAMA* 2003, 290: 199-206.
29. Sakman Z. Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi, 2019.
30. Ceylan Y, Kaya Y, Tuncer M. Akut koroner sendrom kliniği ile başvuran hastalarda koroner arter hastalığı risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi* 2011, 18 (3):147-54.
31. Polat N. Koroner Anjiyografi Öncesi Bilgilendirmenin Hastaların Anksiyetesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi, 2018.
32. Bayülgen M. Koroner Anjiyoplasti Uygulanan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi, 2015.
33. Bayraktar M. Ulusal Hastalık Yükünde Diyabetin Önemi, Ulusal Hastalık Yükü Çalışması Sonuçları ve Çözüm Önerileri, http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf, Son Erişim Tarihi: 10.03.2020,
34. Gerstein HC, Miller ME, Genuth S, Long-Term Effects of Intensive Glucose Lowering on Cardiovascular Outcomes. ACCORD Study Group. *N Engl J Med* 2011, 364: 818–28.
35. *American Diabetes Association*. Executive Summary: Standards of Medical Care in Diabetes, 1. Baskı, 2011: 4–10.

36. Öngen Z. *Klinik Kardiyoloji*, 1. Baskı. Ankara, Nobel Yayınevi, 2004: 83.
37. Özarslan B. Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.
38. Liu G. Cardiac Gating Methods for Coronary Magnetic Resonance Angiography. Health Sciences Institute, Department of Medical Biophysics. Master's Thesis, Toronto: University of Toronto, 2014.
39. Güleser G, Korkut NS, Oğuzhan AO. Perkütan koroner girişim sonrası femoral kateter çekimine bağlı gelişen ağrının bir komplikasyonu: vazovagal reaksiyon ve hemşirelik bakımı. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2014, 5(7): 41-7.
40. Yel P. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2009.
41. Ağçal C, Tanrıverdi H. *Kılavuzlar Işığında Kardiyoloji Uygulamaları*, 1.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2003: 61-74.
42. Erol S. Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti (ptca), üriner kateterizasyon, işlemle ilişkili nozokomiyal infeksiyonlar, genel prensipler ve uygulama önerileri. *4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi*. İstanbul Üniversitesi, 2005.
43. Zhu L, Xu J, Wang Q, Xu F, Chen J. Nursing care of transradial angiography and intervention in a tertiary hospital in shanghai: a best practice implementation project. *JBIR Database System Rev Implement Rep* 2016, 286-94.
44. Özger Ö, Olgun N. Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti sonrası kanama komplikasyonu sıklığı ve ilişkili risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2009, 13(2): 47-54.
45. Cihan G, Karabulut B, Arslan G, Cihan G. Koroner arter hastalığı riskinin verimliliği yöntemleri ile incelenmesi. *Int J Cardiol Cardiovasc Dis* 2018, 10: 1-7.

46. Odabaşı J. Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti ve Koroner Anjiyografi Sonrası Yaşam Biçimi Değişikliklerinin Belirlenmesi ve Hemşirelik Yaklaşımı. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi, 2006.
47. Gülşen K, Ersanli M, Ökçün B, Arat A, Uzunhasan I, Gürmen T . Evaluating the efficacy of thrombolytic therapy in ST-elevation myocardial infarction by using ischemia grade on the enrollment electrocardiogram. *J Electrocardiol* 4(40): 49-55.
48. Merriweather N, Sulzbach-Hoke LM. Managing risk of complications at femoral vascular access sites in percutaneous coronary intervention. *Crit Care Nurse* 2012, 32(5): 16-29.
49. Sulzbach-Hoke LM, Ratcliffe SJ, Kimmel SE, Kolansky DM, Polomano R. Predictors of complications following sheath removal with percutaneous coronary intervention. *J Cardiovasc Nurs* 2010, 25: 1-8.
50. Benson LM, Wunderly D, Perry B, Kabboord J, Wenk T, Birdsall B, Vanderbos L, Roach V, Goole R, Crippen C, Nyirenda T, Rumsey L, Manguba G. Determining best practice: comparison of three methods of femoral sheath removal after cardiac interventional procedures. *Heart Lung* 2005, (34): 115-21.
51. Lins S, Guffey D, VanRiper S, Kline-Rogers E. Decreasing vascular complications after percutaneous coronary interventions: partnering to improve outcomes. *Crit Care Nurse* 2006, 26(6): 38-45.
52. Turi ZG. Optimizing vascular access: routine femoral angiography keeps the vascular complication away. *Catheter Cardiovasc Interv* 2005, 65(2): 203-4.
53. Koreny M, Riedmuller E, Nikfardjam M, Siostrzonek P, Müllner M. Arterial puncture closing devices compared with standard manual compression after cardiac catheterization: systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2004, (291): 350-7.
54. Roberts A, Collins J, Harlamert E, Champion J, Cronin K, Avram J. Safeguard manual assist technique: the SMAT study. *Cath Lab Digest* 2008 16(6):12-25.
55. Beltrami FG, Guyen XL, Pichereau C, Maury E, Fleury B, Fagondes S. Sleep in the intensive care unit. *J Bras Pneumol* 2015, 41(6): 539-46.
56. Sadock BJ, Sadocks VA, Ruiz P. Psikiyatri Davranış Bilimleri. Bozkurt A (çeviren), 11. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitapevi, 2016.

57. Guyton CA, Hall EJ. Beynin Etkinlik Durumları Uyku, Beyin Dalgaları, Epilepsi, Psikozlar ve Demans. İçinde: Yeğen ÇB (Editör). *Tıbbi Fizyoloji*, 1.Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitapevleri, 2017: 763-72.
58. Collop NA, Salas RE, Delayo M, Gamaldo C. Normal sleep and circadian processes. *Crit Care Clin*, 2008, 24(3): 449-60.
59. Collop NA, Salas RE, Delayo M, Gamaldo C. Normal sleep and circadian processes. *Crit Care Clin* 2008, 24(3):449-60.
60. Potter PA, Perry AG. *Caring Throughout the Lifespan*, 7th Edition. Canada, Mosby, 2009: 68-84.
61. Guyton CA, Hall EJ. *Hall Textbook of Medical Physiology*, 12th Edition. Philadelphia, Saunders Elsevier, 2011.
62. Deniz SY. Hastanede Yatan Hastaların Uyku Kalitesi ve Uyku Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2014.
63. Köybaşı EŞ. Gebelik Sürecinin Uyku Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2013.
64. Potter PA, Perry AG. *Sleep in fundamentals of nursing*. 7th Edition, Canada, Mosby, 2009: 1028-51.
65. Özcan NK, Ay FA, Ertem Ü, Ören B, Işık R, Uyku ve uyku sorunu. İçinde: Sarvan S. (editör). *Temel Hemşirelik Kavramlar İlkeler ve Uygulamalar*. İstanbul, Nobel Tıp Kitap Evleri, 2008: 409-21.
66. Karagözoğlu S, Bingöl N. Sleep quality and job satisfaction of Turkish nurses. *Nurs Outlook* 2008, 56(6): 298-307.
67. Taylor C, Lills C, Lemone P. *Sleep in Fundamentals of Nursing the Art and Science of Nursing Care*, 6.th Edition. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2008: 1335-63.
68. Ağan K. Menopoz Hastalarında Uyku Kalitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Düzce: Düzce Üniversitesi, 2015.

69. Borghardt HB. Acute coronary syndrome in critical care nursing: synergy for optimal outcomes. *Bartlett Publishers* 2010: 191-3.
70. Gökdoğan F. Normal uyku, doğal veya tedaviye bağlı uyku problemlerine ilişkin hemşirelerin bilgi düzeylerinin incelenmesi. *II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı*, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 1990: 242-51.
71. Tenekeci EG, Kara B. Miyokart infarktüsü geçiren bireylerde uyku kalitesi ve yorgunluk arasındaki ilişki. *Gülhane Tıp Dergisi* 2016, (58): 366-72.
72. Hintistan S, Nural N, Öztürk H. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların deneyimleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2009, 13(1): 40-6.
73. Lafçı D. Müziğin Kanser Hastalarının Uyku Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2009.
74. Kolcaba KY. Taxonomik structure for the concept comfort. *Image J Nurs Sch.* 1991, 23(4):237-40.
75. Kuşuoğlu S, Karabacak Ü. Genel konfor ölçeğinin türkçeye uyarlanması, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2008, 61(16):16-23.
76. Kolcaba KY, Gerontological nursing, the concept of comfort in an environmental framework. *J Gerontol Nurs* 1992, 18(6): 33-40.
77. Terzi B. Yoğun Bakım Ünitesinde Planlı Kabul Protokolü Uygulamasının Hastanın Konfor Düzeyi ve Fizyolojik Parametrelerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2014.
78. Toğaç HK. Laparoskopik Kolesistektomi Yapılacak Hastalarda Gereksinimlere Göre Verilen Eğitimin Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Konfora Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Manisa: Manisa Celal Bayar Üniversitesi, 2018.
79. Orak NŞ, Pakyüz SÇ, Kartal A. Ölçek geliştirme çalışması: hemodiyaliz hastalarında konfor. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2017, 2(12): 68-77.
80. Kolcaba K. Taxonomik Structure for the concept comfort. *J Nurs Scholarsh* 1991 23(4): 237-40.

81. Terzi B, Kaya N. Konfor kuramı ve analizi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 2017, 20(1): 67-74.
82. Kolcaba KA. Theory of holistic comfort for nursing. *J Adv Nurs* 1994, (19):1178-84.
83. Bilgiç Ş. Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Müzik Terapinin Kemoterapi Semptomları ve Konfor Düzeyine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2015.
84. Çınar YŞ. Kolcaba'nın konfor kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2011, 27(2): 79-88.
85. Kolcaba K. A vision for holistic health care and research. *Comfort Theory and Practice*, 6th Edition. New York: Springer Publishing Company, 2003: 270-8.
86. Ocakçı AF, Alpar E. *Hemşirelik Kavram, Kuram ve Model Örnekleri*, 1.Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2013: 39-57.
87. Erdemir F, Çırlak A. Rahatlık kavramı ve hemşirelikte kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2013 6(4): 224-30.
88. Krinsky R, Murillo I, Johnson J. A practical application of Katharine Kolcaba's comfort theory to cardiac patients. *Appl Nurs Res* 2014, 27(2): 147-50.
89. Augustin AC, Quadros AS, Sarmento L. Early sheath removal and ambulation in patient submitted to percutaneous coronary intervention: a randomised clinical trial. *Int J Nurs Stud* 2010, (47): 939-45.
90. Mashayekhi F, Arab M, Pilevarzadeh M, Amiri M, Rafiei H. The effect of eye mask on sleep quality in patients of coronary care unit. *Sleep Sci* 2013 6(3): 108-11.
91. Gürses B. Transradyal ve Transfemoral Anjiyoplasti Uygulamalarının Hasta Konforu Açısından Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2017.
92. Abdollahi AA, Mehranfard S, Behnampour N, Kordnejad AM. Effect of positioning and early ambulation on coronary angiography complications: a randomized clinical trial. *J Caring Sci* 2015, 4(2): 125.
93. Aslan FE. Ağrı değerlendirme yöntemleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2002, 6(1): 52-8.

94. Richards K. Techniques for measurement of sleep in critical care. *Focus Crit Care* 1987, (14): 34-40.
95. Özlü ZK, Özer N. Richard-Campbell uyku ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Uyku Tıbbi Dergisi* 2015, (2): 29-32.
96. Üstündağ H, Eti Aslan F. Erken postoperatif konfor ölçeğinin Türkçeye uyarlaması. *J Nurs Sci* 2009, 4:1-7.
97. Dumont C, Keeling A, Bourguignon C, Sarembok IJ, Turner M. Predictors of vascular complications post diagnostic cardiac catheterization and percutaneous coronary interventions. *Dimens Crit Care Nurs* 2006, 25(3): 137-42.
98. Bektaş O. Femoral arter yoluyla yapılan koroner anjiyografi sonrası girişim yerinin geleneksel kum torbası ve kapama cihazı kullanılarak kapatılmasının karşılaştırılması. *Klinik Tıp Aile Hekimliği* 2017, 9: 1-5.
99. Hermanides RS, Ottervanger JP, Dambrink JH, de Boer MJ, Hoorntje JC, Gosselink AT, Suryapranata H, Vant HAW. Closure device or manual compression in patients undergoing percutaneous coronary intervention: a randomized comparison. *J Invasive Cardiol* 2010, 22(12): 562-6.
100. Nikolsky E, Mehran R, Halkin A, Aymong ED, Mintz GS, Lasic Z, Dangas G. Perkütan koroner işlemler uygulanan hastalarda arteriotomi kapatma cihazlarıyla ilişkili vasküler komplikasyonlar: bir meta-analiz. *Amerikan Kardiyoloji Koleji Dergisi* 2015, 44 (6):1200-9.
101. Yılmaz E. Kardiyak İnvaziv Girişim Yapılan Hastalarda Lokal Ağrı Uygulamasının ve Pozisyon Değişikliğinin Vasküler Komplikasyonlar ve Sırt Ağrısı Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2004.
102. Deuling JH, Vermeulen RP, Anthonio RA, van den Heuvel AF, Jaarsma T, Jessurun G. Closure of the femoral artery after cardiac catheterization: a comparison of angio-seal, star-close, and manual compression. *Catheter Cardiovasc Interv* 2008, (71): 518-23.
103. Pollard S, Munks K, Wales C. Position and Mobilisation Post-Angiography Study (PAMPAS): a comparison of 4.5 hours and 2.5 hours bed. *Heart* 2003, (89): 447–58.

104. Sridhar K, Fischman D, Goldberg S, Zalewski A, Walinsky P, Porter D, Fenton S, Gupta B, Rake R, Gebhardt S, Savage M. Peripheral vascular complications after intracoronary stent placement: prevention by use of a pneumatic vascular compression device. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1996, (39): 224-9.
105. Christensen BV, Manion RV, Iacarella CL, Meyer SM, Cartland JL, Bruhn-Ding BJ, Wilson RF. Vascular complications after angiography with and without the use of sandbags. *Nursing Research* 1998, 47(1): 51-3.
106. Lehmann KG. Maintenance of hemostasis after invasive cardiac prosedures: implications for outpatient catheterizations. *J Am Coll Cardiol* 1997, 30(2): 444-51.
107. O'Grady E. Removal of a femoral sheath following PTCA in cardiac patients. *Professional nurse* 2002, 17(11): 651-4.
108. Çınar D, Olgun N. Koroner anjiyografi sonrası uygulanan kum torbası basısına bağlı olduğu düşünülen vazovagal senkop gelişen olgu sunumu. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013, 10 (1): 51-5.
109. Rezaei-Adaryani M, Ahmadi F, Mohamadi E, Asghari-Jafarabadi M. The effect of three positioning methods on patient outcomes after cardiac catheterization. *J Adv Nurs* 2009, 65(2): 417-24
110. Vicki L, Wilcoxson MSN. Early ambulation after diagnostic cardiac catheterization via femoral artery acces. *J Am Assoc Nurse Pract* 2012, 5: 8-10.
111. Kwok CS, Kuligowski G, Gray M. Self-reported sleep duration and quality and cardiovascular disease and mortality: a dose-response meta-analysis. *J Am Heart Assoc* 2018, (10): 1-15.
112. Demir G, Öztunç G. Gürültünün yoğun bakım ünitesinde yatan hastanın gece uykusu ve vital bulgularına etkisi. *Turk J Intensive Care* 2017, (15): 107-16.
113. Higgins M, Dunn S. and Theobald K. The patients perception of recovery after coronary angioplasty. *Aust Crit Care* 2000, 13(3): 83-8.
114. Sakman Z, Tosun N. Koroner arter hastalığı olan bireylerde uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi* 2020, 2(1): 9-18.

115. Yıldız TF, Tel AH. Uyku hijyeni eğitiminin koroner yoğun bakım ve sonrası hastaların uyku kalitesine etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2013, 17(1):1-7.
116. Öneği T. Koroner Anjiyografi Yapılan Hastaların Uyku Kalitesi Ve Yorgunluk Düzeyi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Yozgat: Yozgat Bozok Üniversitesi, 2019.
117. Looby S, Keeling AN, McErlean A. Efficacy and safety of anjio seal vascular closure device post antegrade puncture. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2008, (31): 558-68.



EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu

1. 1. Grup: Kum Torbası Kullanılan Grup

2. Grup: Close Pad Kullanılan Grup

2. Tanı:

3.Yaş:

4. BKİ:

5. Cinsiyet:

1) Kadın 2) Erkek

6. Eğitim Durumu:

1) Yok 2) İlköğretim –Ortaöğretim 3) Lise 4) Üniversite ve üzeri

7. Medeni Durum:

1) Evli (Çocuk: Var Yok) 2) Bekâr

8. Sağlık Güvencesi:

1) Var 2) Yok

9. Meslek:

1)Ev Hanımı 2)İşçi 3)Memur 4)Serbest Meslek 5)Emekli 6)Diğer

10. Alışkanlıklarınız (Yıl):

1) Yok 2) Sigara (____) 3) Alkol (____) 4) Kahve (____)

11. Düzenli hareket / egzersiz yapıyor musunuz?

1) Evet (____) 2) Hayır

12. Kronik Hastalık:

1) Var (____) 2) Yok

13. Sürekli kullanılan ilaçlar:

1) Var (____) 2) Yok

14. Daha Önce Geçirilmiş Cerrahi Girişim:

1) Var (_____) 2) Yok

15. Uykuyla ilgili probleminiz var mı, günlük ortalama kaç saat uyuyorsunuz?

1) Evet 2) Hayır 3) (_____)

16. İşlem hakkında bilgi verildi mi?

1) Evet (Kim:_____) 2) Hayır



EK-3. Koroner Anjiyografi İşlem Sırası ve Sonrası Takip Formu

Koroner anjiyografi sonrası katılımcının ağrısının değerlendirilmesinde Sayısal Ağrı Skalası, hematoma ve kanama takibi için Kristin Swain'in kontrol listesinin kullanımı planlanmıştır. Desteğiniz için teşekkür ederiz.

17. Cerrahi Girişim Süresi: (_____)

18. Koroner Anjiyo Sonrası Sistolik ve Diastolik Kan Basıncı:

19. Sheath çekildikten sonra giriş yerine uygulanan bası süresi:

20. İşlemden verilen heparin miktarı:

21. Mobilizasyon Durumu:

1) Mobilize olmuş 2) Mobilize olmamış

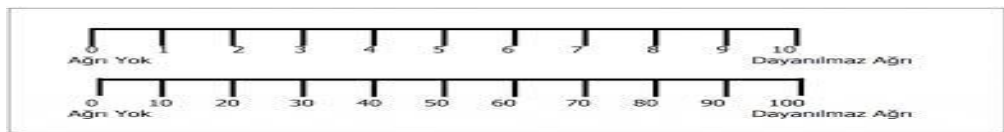
22. Ağrınız var mı?

1) Evet 2) Hayır

Ağrınız hangi bölgede? (22. Soru evet ise doldurulur)

1) Cerrahi bölgede 2) Baş- boyun bölgesinde 3) Üst ekstremitelerde 4) Alt ekstremitelerde 5) Karın-bel bölgesinde

Sayısal Ağrı Skalası (Sayısal Ağrı Değerlendirme Ölçeği 0 ile 10 arasında olan skalada; 0 ağrı yok, 10 dayanılmaz ağrı anlamına gelmektedir) (22. Soru evet ise doldurulur)



23. Komplikasyon var mı?

1) Evet 2) Hayır

23. Komplikasyon var mı?

1) Evet 2) Hayır

24. Hangi komplikasyon gelişti?

1) Hematom 2) Ekimoz 3) Psödoanevrizma 4) Vagal 5) Kanama

Kristin Swain'in Kontrol Listesi (Postop 6. saat) (23. Soru evet ise doldurulur)

Kristin Swain'in kontrol listesinde, 5 cm'den büyük kanamalar hematoma, 100 ml'den fazla olanlar kanama olarak tanımlanmıştır. Hematom çapını belirlemek için cetvel kullanınız. Kanama miktarı için dijital tartı kullanarak baskılı pansuman materyalini tartınız. Ölçüm sonucu elde ettiğiniz değeri aşağıda yer alan çizelgeye yazınız. Herhangi bir ekstra hesaplama yapmanıza gerek yoktur. Tüm hesaplamalar araştırmacı tarafından yapılacaktır.

Hematom Büyüklüğü (cm)	Kanama Miktarı (Baskılı pansuman materyalinin ağırlığı)

EK-4. Richard-Cambell Uyku Ölçeği

Aşağıda her bir uyku ifadesi için 0 ila 100 arasında puanlanan bir çizelge verildi. Bu çizelgede “0” her bir ifade için en kötü duruma, “100” en iyi duruma karşılık gelmektedir. Lütfen her bir ifade için dün geceki uyku algınızı verilen çizelge üzerinde derecelendiriniz.

1- Dün gece uykum																				
Hafifti											Derindi									
0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
2- Dün gece uykuya dalma																				
Zar zor uykuya daldım.											Neredeyse yatar yatmaz uyudum.									
0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
3-Dün gece uyanma sıklığı																				
Bütün gece döndüm durdum.											Çok uyanmadım.									
0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
4-Dün gece uyanık kalma süresi																				
Ne zaman uyansam ya da uyandırılısam uyuyamadım.											Ne zaman uyansam ya da uyandırılısam hemen uyudum.									
0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
5-Dün gece uykunun kalitesi																				
Kötü bir geceydi, neredeyse hiç uyumadım.											Güzel bir geceydi hiç uyanmadım.									
0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
6-Dün gece gürültü seviyesi																				
Gece gürültü çok fazlaydı.											Gece gürültü çok azdı.									
0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100

EK-5. Erken Postoperatif Konfor Ölçeği (EPKÖ)

Aşağıdaki cerrahi girişim öncesi ve sonrası erken dönemde konforunuzu tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her bir ifade için altı seçenek sunuldu. Sizden istenen durumunuzu en iyi ifade eden numarayı daire içine alarak belirtmenizdir.

	ERKEN POSTOPERATİF KONFOR ÖLÇEĞİ	6	5	4	3	2	1
1	Sakindim.						
2	Üşüyordum.						
3	Yabancı bir ortamdı.						
4	İçinde bulunduğum durumdan rahatsızdım.						
5	Ailem / arkadaşlarım bu durumun üstesinden gelmeme yardımcı oldu.						
6	Ameliyattan önce anestezi uzmanı ile konuşma fırsatım oldu.						
7	Mahremiyetime saygı gösterilmedi.						
8	Çok endişeliydim.						
9	Hemşirem duygularımı önemsemedi.						
10	Gürültü rahatsız ediciydi.						
11	Hemşirem nazikti.						
12	Anesteziye ilişkin daha çok bilgiye gereksinimim vardı.						
13	Kontrolümü kaybettim.						
14	Çevremdeki genel hava güven vericiydi.						
15	Bakım kalitem yetersizdi.						
16	İsteklerim yerine getirildi.						
17	Öz-saygım korunmadı.						
18	Hızlı bir iyileşme süreci öngörebiliyordum.						
19	Buradaki ortamın güvenli olduğunu hissettim.						
20	Bana uygulanan bakım kendimi güvende hissetmemi sağladı.						
21	Uyumaktan korkmuyordum.						
22	İlaç uygulanan/serum verilen bölge ağrıyordu.						
23	Burada aldığım bakımdan memnunum.						
24	Hemşire benimle çok ilgilendi.						

EK-6. Gönüllü Onam Formu

Sizi ‘Koroner Anjiyografi Sonrası Kum Torbası ve Close Pad Kullanılan Hastalarda Uyku Kalitesi, Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılması’ başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına sahipsiniz. Çalışma için gerekli İzin/Onam alındı. **Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onay verdiğiniz anlamına gelmektedir.** Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen **Araştırma amacı** ile kullanılacaktır. **Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. Bir şahısa verilmeyecektir.**

Hastanın ;

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza Katılımcı ile görüşen araştırmacı;

Adı soyadı:

Adres:

Tel:

Görüşme Tanığı;

Adı Soyadı İmza

EK-7. Richard-Cambell Uyku Ölçeğ Kullanım İzni



EK-8. Perianestezi Kofor Ölçeği Kullanım İzni



EK-9. Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastahanesi Kurum İzni



EK-10. Etik Kurulu Kararı





