



ACIBADEM MEHMET ALI AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KORONER ANJİYOGRAFİ UYGULANAN HASTALARDA HASTA
KONFORUNUN RAHATSIZLIĞA DAYANMA GÜCÜ
İLE İLİŞKİSİ**

HATİCE ALTUNER
YÜKSEKLİ SANSTEZİ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Esra Uğur

İSTANBUL-2023



ACIBADEM MEHMET ALI AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KORONER ANJİYOĞRAFİ UYGULANAN HASTALARDA
HASTA KONFORUNUN RAHATSIZLIĞA DAYANMA GÜCÜ
İLE İLİŞKİSİ**

HATİCE ALTUNER
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Esra Uğur

İSTANBUL-2023

BEYAN

Butezalışmasının kendialışmamolduğunu, tezin planlanmasında yazımın akadar bütüneşamalarda etik dışı davranışının olmadığını, butezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kuralları içinde elde ettiğimi, butezalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgileri yorumlarak aynakgösterdiğimivebukaynaklardakaynaklarlistesinealdığımı, yine butezinalışılmasıveyazımısırasında patent ve telif haklarını ihlaledicibirdavranışının olmadığını beyan ederim.

05/07/2023

Hatice Altuner

ÖNSÖZVETEŞEKKÜR

Çalışmanın planlanması, yürütülmesi ve sonlandırılması aşamasında bilgisini, deneyimini, sabrını ve yardımseverliğini eksik etmeyen, en kötü anlarımda dahi moral motivasyonumu yüksek tutan tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Esra Uğur'a,

Yol gösterici ve samimi duruşu ile her zaman yanımda hissettiğim değerli hocam Öğr. Gör. Dr. Murat Çakar'a,

Eğitim sürecimdeki tüm manevi desteklerinden ötürü sorumlu hemşirem Pınar Kocaman'a ve her daim yardımcı olan tüm ekip arkadaşlarıma,

Tez yazma sürecimde ilgilerini hep hissettiğim arkadaşlarım Esra Şahin, Ece Yiğit ve Büşra Ergin'e,

Bu zorlu süreçte sabrını ve sevgisini eksik etmeyen nişanlım Ali Fırat Çeri'ye,

Bu günlere gelmemde emeği olan anneme, babama ve abime teşekkürlerimle.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	iii
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	1
ABSTRACT	2
1 GİRİŞ VE AMAÇ	3
2 GENEL BİLGİLER	5
2.1 Koroner Arter Hastalığının Tanımı.....	5
2.2 Koroner Arter Hastalığı Tanı Yöntemleri	5
2.3 Koroner Arter Hastalığında Tedavi	6
2.4 Koroner Anjiyografi.....	6
2.5 Koroner Anjiyografide Hemşirelik Yaklaşımı.....	7
2.5.1 Koroner anjiyografi öncesi hemşirelik yaklaşımları	8
2.5.2 Koroner anjiyografi sırasında hemşirelik yaklaşımı	8
2.5.3 Koroner anjiyografi sonrasında hemşirelik yaklaşımları.....	9
2.6 Konfor.....	9
2.7 Rahatsızlık Kavramı.....	11
3 GEREÇ VE YÖNTEM	13
3.1 Araştırmanın Amacı ve Türü	13
3.2 Araştırmanın Soruları.....	13
3.3 Araştırmanın Yeri ve Tarihi.....	13
3.4 Araştırmanın Evren ve Örneklemi	14
3.5 Veri Toplama Araçları.....	14
3.5.1 Hasta tanıtıcı özellikler formu	15
3.5.2 Genel konfor ölçeği (GKÖ)	15
3.5.3 Rahatsızlığa dayanma ölçeği (RDÖ)	15
3.6 Verilerin Toplanması	16
3.7 Verilerin Analizi	16
3.8 Araştırmanın Etik Yönü	16
3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	17
4 BULGULAR	18
4.1 Hastalara Ait Tanımlayıcı Özellikler.....	18

4.2 Hasta Konforuyla İlişkili Bulgular	20
4.3 Rahatsızlığa Dayanma ile İlişkili Bulgular.....	25
4.4 Hasta Konforuyla Rahatsızlığa Dayanma Gücü Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	30
5 TARTIŞMA.....	31
5.1 Hastalara Ait Tanımlayıcı Özelliklerin Tartışılması.....	31
5.2 Hasta Konforuyla İlişkili Bulguların Tartışılması	34
5.3 Rahatsızlığa Dayanma İle İlişkili Bulguların Tartışılması	38
5.4 Hasta Konforuyla Rahatsızlığa Dayanma Gücü Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	39
6 SONUÇ	40
7 KAYNAKLAR.....	42
8 EKLER	47
EK 1. Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu	47
EK 2. Genel Konfor Ölçeği Anketi	49
EK 3. Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği Anketi.....	51
EK 4. Hasta Onam Formu	52
EK 5. Etik Kurul İzni	53
EK 6. Kurum İzni.....	55
EK 7. Ölçek İzni	56
9 ÖZGEÇMİŞ	57

KISALTMALAR SİMGELER LİSTESİ

CABG	Koroner Anjiyografi Bypass Grefti
DM	Diabetes Mellitus
EKG	Elektrokardiyografi
GKÖ	Genel Konfor Ölçeği
IV	İntravenöz
KAG	Koroner Anjiyografi
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KMR	Kardiak Manyetik Rezonans Görüntüleme
MI	Miyokard Enfarktüs
MR	Manyetik Rezonans
PTCA	Perkütanöz Translüminal Koroner Anjioplasti
RDÖ	Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1. KAG uygulanan hastaların tanımlayıcı özellikleri	18
Tablo 2. Hastaların KAG işlemi ile ilişkili özellikleri	19
Tablo 3. GKÖ'ye ait tanımlayıcı istatistik sonuçları	20
Tablo 4. KAG uygulanan bireylerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre GKÖ'den aldıkları toplam puanların dağılımı	21
Tablo 5. KAG uygulanan bireylerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre GKÖ ferahlama alt boyutundan aldıkları puanların dağılımı	22
Tablo 6. KAG uygulanan bireylerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre GKÖ rahatlama alt boyutundan alınan puanların dağılımı	23
Tablo 7. KAG uygulanan bireylerin bazı tanıtıcı özellikleri ile GKÖ üstünlük alt boyutundan alınan puanların dağılımı	25
Tablo 8. RDÖ'ye ait tanımlayıcı istatistik sonuçları	26
Tablo 9. KAG uygulanan bireylerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre RDÖ toplam puanlarının dağılımı	26
Tablo 10. KAG uygulanan bireylerin bazı tanıtıcı özellikleri ile RDÖ rahatsızlığa dayanma alt boyutundan alınan puanların dağılımı	28
Tablo 11. KAG uygulanan bireylerin bazı tanıtıcı özellikleri ile RDÖ rahatsızlıktan kaçınma alt boyutundan alınan puanların dağılımı	29
Tablo 12. GKÖ ve alt boyutları ile RDÖ ve alt boyutundan alınan puanların dağılımı	30

ÖZET

Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastalarda Hasta Konforunun Rahatsızlığa Dayanma Gücü İle İlişkisi

Bu araştırma, koroner anjiyografi işlemi uygulanan hastaların konfor düzeyleri ve rahatsızlığa dayanma gücü arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini 17 Ocak-21 Mayıs 2022 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde koroner anjiyografi (KAG) sonrası bakım alan hastalar, örneklem grubunu ise bu hastalardan dâhil edilme kriterlerini sağlayan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 80 kişi oluşturdu. Araştırma verileri Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu, Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) ve Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği (RDÖ) kullanılarak elde edildi. Araştırma verilerinin analizinde SPSS programı kullanıldı. GKÖ'den alınan toplam puanların ortalaması $2,54 \pm 2,253$ bulundu. Bu araştırmada RDÖ genel puan ortalaması $21,32 \pm 7,95$; Rahatsızlığa Dayanma Alt Boyutu puan ortalaması $11,91 \pm 4,95$ ve Rahatsızlıktan Kaçınma Alt Boyutu puan ortalaması ise $9,41 \pm 3,27$ olarak bulundu. Analizler sonucu, cinsiyet, yaş, medeni durum, kronik hastalık, ilaç kullanımı, daha önceden KAG geçirme, KAH nedeniyle yatma, KAG hakkında bilgi alma, KAG olma nedenleri gibi özelliklere göre KAG uygulanan bireylerin konfor düzeyleri ve rahatsızlığa dayanma gücü puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p > 0,05$). Radial KAG uygulanan bireylerin konfor düzeyi femoral KAG uygulanan bireylerden daha yüksek olduğu belirlendi ve rahatsızlığa dayanma gücü ile arasında ilişki bulunmadı ($p > 0,05$). GKÖ toplamı, rahatlama ve üstünlük alt boyutları ile RDÖ toplamı ve alt boyutları ile pozitif yönde zayıf bir ilişki belirlendi ($p < 0,01$). KAG olan hastaların konfor düzeyi ve rahatsızlık düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik daha büyük örneklemde çalışma yapılması, hastaların konforunu artırıcı hastaların önerilir.

Anahtar Sözcükler: Koroner anjiyografi, Konfor, Rahatsızlığa dayanma, Hemşirelik bakımı, İç hastalıkları hemşireliği.

ABSTRACT

The Relationship between Patient Comfort and Endurance of Discomfort in Patients undergoing Coronary Angiography

This research was carried out in a descriptive and correlational type with the aim of examining the relationship between the comfort levels of patients who underwent coronary angiography and the ability to endure discomfort. The population of the study consisted of patients who received post-coronary angiography (CAG) care in a training and research hospital Coronary Intensive Care Unit between 17 January and 21 May 2022, and the sample group consisted of 80 people who met the inclusion criteria and voluntarily accepted to participate in the study. Research data were obtained by using the Patient Descriptive Characteristics Form, the General Comfort Scale (GAS), and the Tolerance to Discomfort Scale (RDS). SPSS program was used in the analysis of the research data. The mean of the total scores obtained from the GQP was found to be $2,54 \pm ,253$. In this study, the general mean score of RBS was $21,32 \pm 7,95$; The mean score of the Ending Disturbance Sub-Dimension was $11,91 \pm 4,95$ and the mean score of the Discomfort Avoidance Sub-Dimension was $9,41 \pm 3,27$. As a result of the analyzes, there was a significant difference between the comfort levels and endurance scores of the individuals who underwent CAG according to characteristics such as gender, age, marital status, chronic disease, drug use, previous CAG, hospitalization due to CAD, getting information about CAG, and reasons for CAG. was not found ($p > 0,05$). It was determined that the comfort level of the individuals who underwent radial CAG was higher than the individuals who underwent femoral CAG, and there was no relationship between the strength to withstand the discomfort ($p > 0,05$). A weak positive correlation was determined with the total of GCS, the sub-dimensions of relaxation and superiority, and the total and sub-dimensions of RSS ($p < 0,01$). It is recommended to conduct a study on the relationship between the comfort level and discomfort levels of patients with CAG, with a larger sample, to increase the comfort of the patients.

Keywords: Coronary angiography, Comfort, Resistance to discomfort, Nursing care, Internal medicine nursing.

1 GİRİŞVEAMAÇ

Kardiyolojinin temel girişim yöntemlerinden biri olan koroner anjiyografi (KAG), koroner arterlerin anatomik yapısı hakkında bilgi sağlar. KAG ilk olarak 1958'de Mason Sones tarafından uygulandı. 1958'e kadar, koroner arterler görülemeyecek kadar küçük ve hassas kabul ediliyordu. KAG, genellikle radial veya femoral arterden koroner artere bir kateterin yerleştirildiği ve bu kateterden radyoaktif maddenin verildiği, x-ray altında yapılan bir görüntüleme tekniğidir (1). KAG; Koroner anatomiye değerlendirmek ve koroner arterlerin aterosklerotik bölgelerini görüntülemek için kullanılan girişim yöntemidir (2). KAG işlemi sırasında belirgin koroner darlık ve/veya tıkanıklık tespit edildiğinde aynı seansta veya daha sonra perkütan translüminal koroner anjiyoplasti (PTCA), stentleme, lazer anjiyoplasti, brakiterapi vb. müdahale yöntemleri uygulanabilir (2). Miyokard enfarktüs (MI) sonrası ilk saatlerde uygulanan müdahale yöntemleri sağ kalımı arttırmakta, kalp kasının hasar görmesini engellemekte ve yaşam kalitesini yükseltmektedir (1, 2). Femoral, brakial ve radial arterler KAG için giriş yolu olarak kullanılabilir de; femoral arter ve radial arter genellikle en çok tercih edilen yoldur. Femoral kateter çekildikten sonra kum torbası kullanmak yaygın bir uygulamadır. Sıklıkla invaziv koroner işlemlerden sonra ortaya çıkan lokal vasküler komplikasyonlar için geleneksel yaklaşım kum torbalarının kullanılmasıdır (3). Femoral sonrası kullanılan kum torbaları nadiren vazovagal senkop yapabilir. Bazı çalışmalarda kum torbası kullanımının komplikasyonları azaltmadığı, hastaların daha az tolere ettiği, baskı yerine ağrı ve rahatsızlığı arttırdığı gösterilmiştir (3). Ağrı ise kaygı, yorgunluk, uykusuzluk ve doyumsuzluk gibi sorunlara yol açtığı için hastanın konforunu ve tedaviye uyumunu ve iyileşme sürecini olumsuz etkiler. Hasta konforu, tedavinin kalitesinin ve etkinliğinin bir göstergesidir ve hasta uyumu için önemlidir (4).

Rahatsızlığa dayanma, bireyin can sıkıcı, rahatsız edici ve stresli durumlara karşı gösterdiği toleranstır (5). Bireyin rahatlık ihtiyacı ve bazı rahatlama girişimleri de kişinin çevresel konfor ihtiyacına yöneliktir. Çevresel konfor gereksinimleri, düzen, sessiz/gürültüsüz bir ortam, konforlu mobilyalar ve mümkün olduğunca kokusuz ve

güvenli bir ortam anlamına gelir. Bu tür faktörler ayrıca hastanın rahatsızlığı dayanma yeteneğini de etkiler. Tedavi ortamının sakin ve iyileştirici organizasyonundan hemşire sorumludur. Çevresel faktörlerdeki gelişmeler hastalık direncini olumlu yönde etkileyebilir. Nightingale'in dediği gibi hemşire, sağlıklı bir ortam ve sağlığı geliştiren bir ortam sağlamak için gürültüyü ve ışığı azaltmak ve uyku bozukluklarını önlemek için bilinçli bir çaba gösterir (6).

Hemşireler, risk grubundaki kişilerde hastalıkları önlemeye, hastalığın başlamasını geciktirmeye ve komplikasyonları azaltmaya yardımcı olur; Toplumu bilinçlendirmek, insanları eğitmek, sağlıklı yaşam tarzını benimsemek, tedaviye katılımı sağlamak ve hastayken rahatlık hissini arttırmak için önemli sorumlulukları vardır. Hemşirelik liderliğindeki kliniklerin uygulamasının insanların hastalık önleme ve tedaviye uyumunu artırdığına ve hasta sonuçlarını iyileştirdiğine dair kanıtlar vardır (7). Bu nedenle, hasta konforu ile rahatsızlık toleransı arasındaki ilişkiyi gösterecek araştırmalara ihtiyaç vardır.

Bu araştırma, KAG işlemi uygulanan hastaların konfor düzeyi ve rahatsızlığa dayanma gücü arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile planlanmıştır.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Koroner Arter Hastalığının Tanımı

Kardiyovasküler hastalıklar dünyada ve ülkemizde yüksek mortalitenin en önemlidenidir (8). Kronik bir hastalık olan koroner arter hastalığı (KAH), artık enyaygın kardiyovasküler hastalık olarak kabul edilmektedir (8, 9).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2019 verilerine göre ölümlerin %36,8'i dolaşım sisteminden kaynaklanmaktadır. Dolaşım sistemi nedeniyle gerçekleşmiş olan ölümlerin ise %39,1'ni KAH, %22,2'sini serebrovasküler hastalıklar, %25,7'sini diğer kalp ritm hastalıkları oluşturmaktadır. Ülkemizde KAH'a bağlı gerçekleşmiş olan ölümler tüm ölümlerin %14,4'ünü oluşturmaktadır (9, 10).

2017 yılında yapılmış olan Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Çalışması'na göre ülke nüfusunun MI veya kalp hastalığından kaynaklı göğüs ağrısı (anjina) ya da inme (serebrovasküler olay veya hastalık) geçirmiş olma sıklığı %5 olarak bulunmuştur. MI ya da kalp ritm hastalığına bağlı angina ya da inme geçirme sıklığı yaş ile birlikte artmakta ve 15-29 yaş grubunda %1,3'ten, ≥70 yaşüzeri grubunda %18,8'e çıkmaktadır (9-11).

2.2 Koroner Arter Hastalığı Tanı Yöntemleri

KAH açısından yüksek risk taşıyan hastalara erken teşhis konulması çok önemlidir. KAH'da kullanılan başlıca teşhis yöntemleri; miyokardiyal perfüzyon tomografisi, stres-egzersiz durumu, EKG, stres ekokardiyografi, koroner anjiyografi ve elektron ışınli bilgisayarlı tomografi, pozitron emisyon tomografisi, kardiyak manyetik rezonans (KMR), manyetik rezonans (MR), koroner ultrason, apeks kardiyografi, elektrokardiyografi, akciğer grafisi, fonokardiyografi, nükleer kardiyoloji elektrokardiyografi, bilgisayarlı tomografi, elektrofizyolojik incelemedir (12).

2.3 Koroner Arter Hastalığında Tedavi

KAH tedavisinde iki ana hedef vardır. Birinci amaç MI'ı önlemek ve ölümü engelleyerek yaşam kalitesini ve süresini uzatmak, ikincisi ise anjina pektoris tedavisi ederek iskemik bölgenin insidansını ve şiddetini azaltarak yaşam kalitesini artırmaktır. KAH'ın tedavisi, hastalığın durumuna ve hastadan kaynaklanan nedenlere göre ilaç tedavisi ve girişimsel tedavi olmak üzere iki kategoriye ayrılmaktadır (13, 14).

Girişimsel tedavi yöntemleri şunlardır:

- Koroner Bypass Grefti(CABG)
- Perkütanöz Translüminal Koroner Anjioplasti (PTCA)
- Yeni Tedavi yöntemleri (Lazer, Aterektomi, Angioskopi, Stend Uygulaması)

İlaç tedavisi olarak kalp kasının oksijenlenmesini arttırmaktır. Bu amaca yönelik olarak; beta-adrenerjik blokörler, kalsiyum kanal blokerleri, antikoagülanlar, ACE inhibitörleri kullanılmaktadır (13, 14).

2.4 Koroner Anjiyografi

1929'da Werner Forssmann, sol ulnar damarından perkütan olarak bir üretral kateter yerleştirerek ve onu kalbin sağ atriyumuna uzatarak insanlarda ilk kez intravenöz erişim ve buna bağlı sağ kalp kateterizasyon tedavisi gerçekleştirmiştir. İlk kardiyak kateterizasyon girişiminden sonra, Andre Cournand ve Dickinson Richard, 1940'larda kardiyolojide invaziv anjiyografi uygulamasını kurdular ve Nobel Ödülü'nü kazandılar. İlk olarak Mason Sones tarafından 1958'de uygulanan selektif KAG, 1960'larda perkütan femoral tekniklerde kullanılmaya başlanmasından bu yana dünya çapında yaygın olarak kullanılmaktadır (15).

KAG; Kalp kateterizasyonu sırasında femoral, radial ve brakial arterlerden koroner arterlere ulaşılarak kalbin koroner arterlerinin radyoaktif bir madde verilerek

değerlendirilerek görünür hale getirilmesi işlemidir (1, 2). KAG sonrası görüntü sisteme kaydedilir ve gerekirse yeniden değerlendirilebilir. Bu nedenle bir hastada tekrarlayan kalp sorunları varsa, eski durumu ile şimdiki durumu kıyaslanabilir. Bu süreç uygulanan tedaviye yardımcı olur ve yol gösterir (16).

KAG işlemi sırasında, hekim yumuşak uçlu bir kılavuz tel kateterini bir arter boyunca kalbe yönlendirir. Doktoru yönlendirmek için özel bir görüntüleme cihazı kullanılır. Kateter kalbe yerleştirildiğinde, kalp kapakçıklarına ve kan damarlarına radyoaktif opak bir madde enjekte edilir. Öte yandan, X-ışını geçirmeyen malzeme, kalp kapakçıklarının ve koroner arterlerin en iyi şekilde görüntülenmesini kolaylaştırır. KAG genellikle 15-45 dakika sürer. Alan radial ise KAG işlemi tamamlandıktan sonra damar içi kanül çıkarılır ve bölge Tr bant ile sıkıştırılır. Radial artere kanamayı durdurmak için tr bandı yapıştırılır ve yaklaşık 2 saat sonra çıkarılır ve mini tamponlar yerleştirilir. Tedavi edilecek KAG bölgesi femoral ise sheath çıkarılır(stent takılmadıysa aynı işlem bitiminde) ve bölgeye elle basınç uygulanır. KAG bölgesinde kanama olmadığı tespit edilirse sıkı bir bandajla kapatılır. Bununla birlikte, bazı durumlarda, femoral sheath bacakta daha uzun süre hareketsiz kalabileceğinden (örneğin, heparin tedavisi) bu kullanım değişebilir. İstisnai durumlar dışında (kanama, hematoma, psödoanevrizma komplikasyonları, nefropati opak röntgen, koroner arter rüptürü, tamponad vb.) hasta işleminden bir gün sonra günlük yaşamına dönebilmektedir (17).

2.5 Koroner Anjiyografide Hemşirelik Yaklaşımı

KAG invaziv bir KAH tedavi yöntemidir. Birçok invaziv prosedürde olduğu gibi KAG'ında komplikasyonları olabilmektedir. KAG'da hemşirenin profesyonel rolü çok yönlüdür. Hemşire KAG işlemi öncesi ve sonrası ile ilgili bilgi sağlamak için hastayı işleme hazırlayıcı olarak ve danışmanlık, KAG sırasında ve hemen sonrasında ise hastaya bakım verici rolünü gerçekleştirmektedir (17, 18).

2.5.1 Koroner anjiyografi öncesi hemşirelik yaklaşımları

Koroner anjiyografi öncesi hemşirelik yaklaşımları şunlardır;

- Hastanın anamnezi tam olarak alındıktan sonra bilgi eksikliği veya kaygısı varsa bu doğrultuda tedavi önlemleri planlanır ve hasta işlemden önce rahatlatılır.
- Hastanın verdiği tahliller değerlendirilir ve gerekirse doktorla görüşerek laboratuvar testleri yeniden belirlenir.
- IV damar yolu açılır, EKG'si çekilir. Anjiyografi için önlüğünün ve anjiyografi iç çamaşırını giymesi sağlanır.
- Doktordan alınan işlem onayları doğrulanır. Hastanın alerjik bir durumu var mı diye kontrol edilir.
- Hastanın yaşam bulguları alınır. İşlem öncesi periferik nabızların kontrolü sağlanır, işlem sonrası takibi ile karşılaştırma yapılır, sorun var ise erken dönemde önlem alınır.
- Hastanın üzerinde var ise takı ya da takma diş çıkarılır.
- Hekim istemine göre hastaya işlem öncesi anksiyeteyi azaltmak için premedikasyon uygulanır (7,19,20).

2.5.2 Koroner anjiyografi sırasında hemşirelik yaklaşımı

Koroner anjiyografi sırasında hemşirelik yaklaşımı aşağıdaki konuları kapsamaktadır;

- KAG'da çalışan hemşire, kullanılan malzeme ve ekipmanların bakımından, temizliğinden ve sterilizasyonundan sorumludur.
- KAG sırasında ortamın sterilliğini sağlamalıdır.
- Hemşire sterilizasyon tekniklerini bilmeli ve uygulamalıdır.
- KAG ünitesinde yapılan tüm işlemlerle ilgili, kullanılan malzemeler, alet ve cihazlarla hakkında bilgi sahibi olmalıdır.

- Kardiyovasküler ilaçları ve tedaviyi bilmelidir. Gerekli ilaç ve solüsyonları kullanıma hazır bulundurmalıdır.
- KAG ünitesinde çalışan hemşire ritim takibini yapabilmeli EKG'yi okuyabilmeli, aritmileri ve iskemik bulguları tanıyabilmelidir.
- KAG işleminden önce; hastanın hazırlıklarını kontrol etmeli varsa eksiklerini tamamlamalıdır.
- KAG sırasında hemşire hastanın değişebilen genel durumunu, ritmini, hemodinamisini takip etmeli olası durumlarda anjiyo ekibini uyarmalıdır (7, 19, 20).

2.5.3 Koroner anjiyografi sonrasında hemşirelik yaklaşımları

KAG sonrası hemşire tarafından verilen bakımın temel amacı, işlem sonrası oluşabilecek komplikasyonları önlemek veya erken dönemde teşhis etmektir. KAG hemşirelik yaklaşımları:

- KAG ünitesinden teslim alınan hastanın yaşam bulguları kontrol edilir ve kaydedilir.
- Yapılan işlem yeri kanama, hematoma yönünden takip edilir. Hastanın periferik nabızları düzenli kontrol edilir.
- KAG işlemi sırasında uygulanan radyoopak maddenin vücuttan atılması için hastanın klinik durumuna göre hidrasyon alması desteklenir.
- Alerjik reaksiyon veya ritim bozukluğu riski ve hareket kısıtlılığından kaynaklanabilecek komplikasyonlar açısından hasta izlenir (19, 20).

2.6 Konfor

Konfor, Fransızca'dan gelen ve Türkiye'ye aktarılan bir kelimedir. Türkçe sözlükte "günlük hayatı kolaylaştıran rahatlık" olarak tanımlanmaktadır (21). Konfor, hemşirelikte hastanın eski sağlığına kavuşmasını amaçlayan geniş bir kavramdır (22). Temel konfor düzeyi ve uygulama sonrası konfor düzeyi değerlendirme sürecindeki basamaklar, hemşire tarafından verilen kaliteli bakım için toplumun

konfor gereksinimlerinin saptanması ve bu gereksinimlerin karşılanmasına yönelik önlemlerin alınmasıdır (22, 23).

Kolcaba'nın konfor teorisinin temelleri ilk olarak 1988 yılına dayanmaktadır. Teori, hemşireliğin görevlerinden biri olan gevşemeye dayanmaktadır. Kolcaba, konfor teorisinin taksonomisini oluştururken, konfor düzeylerini önce ferahlama ve yenilenme olarak tanımlamış ve daha sonra ise ferahlama, rahatlama ve üstünlük olarak değiştirmiştir. Kolcaba, ikinci adımda konfor kuramını bütüncül bir bakış açısıyla yeniden düzenlemiş ve konforun psikospiritüel, fiziksel, çevresel ve sosyokültürel boyutlarını tanımlamıştır (23-25).

Kolcaba, kavramın yapısını iki aşamada inceler, birinci aşama; tarihsel ve çağdaş hemşirelik literatürünü analiz etti ve ardından bireysel rahatlık ihtiyaçlarının tatmin yoğunluğuna göre seviyeler belirledi. Bu seviyeler;

Ferahlama (Relief): İnsanın rahatlık ihtiyacı giderildiğinde, can sıkıntısından kurtulduğunda yaşadığı bir durum. Hemşirelik kuramlarında ferahlama, Orlando'nun teorisinde ihtiyaçları karşılanmış bir hastanın yaşadığı duygu, Henderson'ın teorisinde on dört temel hasta ihtiyacından biri olarak tanımlanmıştır (25-27).

Rahatlama (Ease): Sessiz-sakinlik içinde bir memnuniyet, huzur veya rahatlık durumu. Bu, hastanın rahatladığını sözlü olarak ifade etmesinden oluşur (25-27).

Üstünlük (transcendence): Kişinin sorunlarının üstesinden gelme yeteneğidir. Konfor üstünlüğü, kişinin problemlerin üstesinden gelebilecek seviyeye ulaşma yeteneğini ifade eder. Her üç konfor düzeyi de hastanın performans becerisini olumlu yönde etkiler (25-27).

İkinci adım olarak ise bütüncül bir bakış açısıyla rahatlık boyutunu oluşturmuştur. Bu boyutlar;

Fiziksel konfor: Bedensel duyumlarla ilgilidir. Bu, kişinin fiziksel durumunu etkileyen dinlenme ve gevşeme, hastalığa verilen tepkiler, besin ve sıvı seviyeleri ve atıkların eliminasyonu gibi fizyolojik faktörleri içerir. Kolcaba, fiziksel rahatlığın, bir uyaran oluşturup oluşturmadığına bakılmaksızın, kişinin hastalığa verdiği tepkiden kaynaklandığını savunuyor. Bu anlamda fiziksel konforu sağlamak için gerekli olan fizyolojik göstergeler; sıvı elektrolit dengesi, düzenli ve dengeli kan biyokimyası, yeterli oksijen saturasyonu vb. metabolik fonksiyonları içeren sağlık göstergeleridir. Kolcaba, bu fizyolojik göstergelerdeki sapmaların konforu da etkilediğinin altını çiziyor(25-27).

Psikospritu el konfor: Zihinsel, duygusal ve ruhsal bileşenlerden oluşur. Hayatına bir amaç vermek; Bu, benlik saygısı, benlik kavramı, cinsellik ve öz farkındalık duygularını içerir (25-27).

Çevresel konfor: Hastanede insanların fiziksel ve bilişsel işlevlerini destekleyen çevresel konfor, anahtar bir boyut olarak kabul edilmektedir. Çevresel konfor kavramı, dış faktörleri, durumları ve bunların insanlar üzerindeki etkilerini içerir. Bu bağlamda ışık, gürültü, renk, sıcaklık, pencereden görünüm vb. gibi insanın dış çevresi ile ilgili kavramlar yer almaktadır (25-27).

Sosyokültürel konfor: Kolcaba'ya göre hemşireler, sağlık ekibinin diğer  yeleri, aile veya evdeki diğer kişiler farkındalık, beceri ve duyarlılıkla hareket ederek sosyal konforu destekleyebilirler. Finansal destek sistemlerinden, bilgi ve tavsiyelerden ve taburculuk planlamasından yararlanmak sosyal konforun bir parçasıdır. Bu boyutun tanımında kişilerarası, aile ve sosyal ilişkilere ağırlık verilmektedir. Kolcaba daha sonra aile öyküsü, gelenekler, giyim tarzı vb. toplumsal boyutuna ayrıca özellikleri içeren kültürel bir boyut da eklemiştir (25-27).

2.7 Rahatsızlık Kavramı

Rahatsızlığa dayanma, fiziksel rahatsızlığa veya rahatsız edici fiziksel durumlara tahammül etme yeteneğini ifade eder. Rahatsızlığa dayanamama ise, bir kişinin

rahatsız edici fiziksel durumlara tahammül etme yeteneğinin azalması anlamına gelir ve bu özellik, özellikle panik bozukluğu olmak üzere birçok anksiyete bozukluğu olan kişilerde gözlemlenmiştir. Bazı araştırmalar, panik bozukluğu geliştirme riskinin, sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımı, kronik sağlık sorunları hakkında sık şikayetler veya sıkıntı verici durumları hafifletmek için madde/ilaç kullanımının artması gibi olumsuz sonuçları olabileceğini düşündürmektedir (5).

Yapılan çalışmalarda, rahatsızlığa dayanamamanın birçok ruh sağlığı sorunuyla ilişkili olduğu kanıtlanmıştır. Rahatsızlığa dayanamama, alkole ve maddeye dayanamama bunları kullanmada bozukluk yaşama, travmatik stres, borderline kişilik bozukluğu, yeme bozuklukları gibi birçok psikopatolojinin tedavisinde etkilidir (28).

Rahatsızlığa dayanma, yalnızca ağırlı bir uyarıyı tolere etme yeteneğini değil, aynı zamanda diğer tüm rahatsız edici uyaranları içeren daha geniş bir duyusal alanı ifade eder. Rahatsızlığa dayanma, olumsuz duygusal durumları tolere etme yeteneğini ifade eden sıkıntıya dayanma ile karıştırılmamalıdır. İki koşul bazen paralel olsa da, "ağrıya dayanma", insanların "duygu uyandıran durumlara dayanma" ile bağlantısızdır; bu, fiziksel rahatsızlığa tahammül etme yeteneğinin, olumsuz duyguları tolere etme yeteneği ile mutlaka ilişkili olmadığını düşündürmektedir. Rahatsızlığa dayanma, deneyimden belirli bir ölçüde kaçınma ile ilişkilidir. Deneyimden kaçınma, rahatsız edici düşünce ve duygu durumları yaşamaya isteksizlikteki kişisel farklılık olarak tanımlanır (22).

Rahatlığın temel unsurları, rahatlığın sağlanmasına yönelik girişimlerdir. İnsanların beslenme ihtiyaçlarını karşılamak dinlenme, uyku, sosyal ve zihinsel aktivite, arkadaşlarla ilişkiler geliştirmek rahatlık getirebilir. Hemşire rahatlığı doğru tanımlamalı, ağırlı durumlarda, istirahat, hastanede koşullarında, iç ve dış ortamlarda rahatlık sağlamalıdır. Bu terapötik sonuçları olan hastalar için cesaretlendirmek, güçlendirmek, desteklemek, fiziksel ve zihinsel rahatlığının sağlanmasıyla kolaylaştırılmaktadır (29).

3 GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırma, koroner anjiyografi işlemi uygulanan hastaların konfor düzeyleri ve rahatsızlığa dayanma gücü arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde gerçekleştirildi.

3.2 Araştırmanın Soruları

Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt arandı:

1. Koroner anjiyografi uygulanan hastaların konfor düzeyleri nedir?
2. Koroner anjiyografi uygulanan hastaların rahatsızlığa dayanma gücü nedir?
3. Hastaların konfor düzeyleri ile hastalığa dayanma gücü arasında bir ilişki var mıdır?
4. Sosyodemografik özelliklere göre hastaların konfor düzeyleri ve rahatsızlığa dayanma gücü farklılık göstermekte midir?

Bağımlı değişken:Hasta konforu

Bağımsız değişkenler: Hastaların rahatsızlığa dayanma gücü, demografik özellikleri

3.3 Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma 17 Ocak-21 Mayıs 2022 tarihleri arasında İstanbul'da Kuzey Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesi koroner yoğun bakım ünitesinde yürütüldü. Çalışmanın yürütüldüğü hastanede 1 tane koroner yoğun bakım ünitesi bulunup 6 yatak ve 8 hemşire ile hizmet vermektedir. Çalışmanın yapıldığı hastanede 2 adet Anjiyo Ünitesi bulunmaktadır. Çalışmanın yürütüldüğü birimde en çok kalp krizi geçirmiş, kalp ritm ve ileti bozuklukları olan ve kalp yetmezliği olan

hastalar takip edilmektedir. Anjiyografi sonrası hastalar en az 24 saat gözlem altında yakından takip edilmektedir. Anjiyografi öncesi hasta işleme hazırlanıp anjiyo ünitesine hemşire eşliğinde teslim edilip işlem sonrası hemşire eşliğinde Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'ne getirilmektedir. Anjiyografi sonrası hasta yakın monitörizasyon eşliğinde kanama, hematoma ve yaşam bulguları yakından takip edilerek hemşirelik bakımları uygulanmaktadır.

3.4 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 17 Ocak-21 Mayıs 2022 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde KAG sonrası bakım alan hastalar, örneklem grubunu ise bu hastalardan dâhil edilme kriterlerini sağlayan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul edenler oluşturdu.

Dâhil edilme kriterleri:

- 18 yaşından büyük olmak
- Koroner anjiyografi işlemi olup ile koroner yoğun bakım ünitesinde takip edilmek
- Bilinci açık ve iletişim engeli olmayan hastalar

Dâhil edilmeme kriterleri:

- Sözlü veya yazılı iletişim engeli olan hastalar
- Bilinci kapalı hastalar
- Brakial arterden KAG olmuş hastalar
- İşlem sonrası takip sürecinde kritik değişim yaşanan hastalar

3.5 Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu, Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) ve Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği(RDÖ) kullanılarak elde edildi.

3.5.1 Hasta tanıtıcı özellikler formu

Araştırmada literatür taraması sonucu (4, 5) hazırlanan bu formda; hastalara yönelik olarak yaşı, cinsiyeti, medeni ve eğitim durumu, kronik hastalıkları, anjiyografi olma sayısı gibi sorular yer almaktadır (EK 1).

3.5.2 Genel konfor ölçeği (GKÖ)

Kuğuoğlu ve Karabacak (2008), Katharina Kolcaba tarafından 1992 yılında geliştirilen GKÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmışlardır (4). GKÖ, konforun teorik bileşenlerinin üç düzeyli ve dört boyutlu yapısı kılavuz alınarak oluşturulmuş olup, ihtiyaçların belirlenmesi, konforda beklenen artışın hemşirelik müdahalesi ile sağlandığı durumu değerlendirmek için kullanılmaktadır. Ölçek dördümlük likert tipinde olup toplam 48 maddeden oluşmaktadır. Ölçek alt boyutları; ferahlama (16 madde), rahatlama (17 madde) ve sorunların üstesinden gelme (15 madde)'dir. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 192, en düşük toplam puan ise 48'dir. Elde edilen toplam puan, ölçekteki madde sayısına bölünerek ortalama değer belirlenir ve sonuç 1-4 arasında bölünerek sunulur. Düşük konfor bir puanla, yüksek konfor dört puanla gösterilir (27). Bu araştırmada ölçeğin toplamında Cronbach's α değeri 0,85; ferahlama alt boyutu 0,70; rahatlama alt boyutunda 0,70 ve sorunların üstesinden gelme alt boyutunda 0,55'dir. Bu araştırmada ise Cronbach's α değerleri toplamda 0,80 bulundu. Alt boyutlarda ise 0,51-0,65 arasında değişmekte idi (EK 2) (Tablo 3).

3.5.3 Rahatsızlığa dayanma ölçeği (RDÖ)

RDÖ, Schmidt ve ark. (2006) tarafından, rahatsız edici duygulara tahammül etme becerisindeki bireysel farklılıkları ölçmek için yedi bölümden oluşmaktadır (5). Yedili Likert tipi sorulardan (0-6 puan) oluşan öz bildirim ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Özdel ve ark. (2011) tarafından ölçeğin Türkçe versiyonu, "rahatsızlığa dayanma" (madde 1., 2., 4 ve 5) ve "rahatsızlıktan kaçınma" (madde 3, 6 ve 7) olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır. Cronbach α katsayıları tüm ölçek

için 0,592 ve rahatsızlığa dayanma alt boyutu için 0,670; rahatsızlıktan kaçınma alt boyutu için 0,600 bulunmuştur (5). Bu araştırmada ise Cronbach's α değerleri toplamda 0,918 bulundu. Alt boyutlarda ise 0,842-0,858 arasında değişmekte idi (EK 3) (Tablo 8).

3.6 Verilerin Toplanması

Araştırma verileri yüz yüze anket şeklinde elde edildi. Koroner anjiyografi işlemi sonrasında yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastalara taburculuk öncesinde ölçekler uygulandı. Ölçekler verilmeden önce hastalara araştırma hakkında açıklama yapıldı ve yazılı onamları alındı (EK 4). Araştırmacı formların doldurma sürecinde yanında bulunarak hastaların ölçeklerle ilgili sorularını yanıtladı. Anketin doldurulma süresi ortalama 5-10 dk. idi.

3.7 Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin analizinde SPSS programı kullanıldı. Araştırmadan elde edilen verilerin normal dağılım özelliği sergileyip sergilemediğini test etmek için One-Sample Kolomogorov-Smirnov Testi gerçekleştirildi. Araştırmada kullanılan ölçeklerde elde edilen verilerin %80'ni normal dağılım göstermediğinden non-parametrik teknikler kullanıldı (EK 1). Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında spearman-rho korelasyon katsayısı, ikili grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi, üç ve üçten fazla grupların karşılaştırılmasında ise Kruskal-Wallis H Testi tekniği kullanıldı. Kruskal Wallis H Testi sonuçları arasındaki anlamlı farklılıkları test etmek içinde Mann Whitney U Testi tekniği kullanıldı. İki grup arasında anlamlı farklılık çıktığında Bonferroni düzeltmesi uygulandı.

3.8 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılması için, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi ve Acıbadem Sağlık Kuruluşları Tıbbi Araştırma Etik Kurulu'ndan 30.06.2021 tarihli, 2021-12/25 karar numaralı etik kurul izni (EK 5), İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden

27.12.2021 tarihli 2021/46 (EK 6) resmi izinler alındı. Ölçeklerin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını gerçekleştiren yazarlardan da kullanım izni (EK 7 ve EK 8) alındı ve hastalardan anket öncesi bilgilendirme onamı alınmıştır.

3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları

Veriler bir eğitim ve araştırma hastanesinin Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde tek merkezli olarak yürütüldüğünden örneklem büyüklüğü sınırlıdır.



4 BULGULAR

Araştırma bulguları; hastalara ait tanımlayıcı özellikler, hasta konforuyla ilişkili bulgular, rahatsızlığa dayanma ile ilişkili bulgular ve hasta konforuyla rahatsızlığa dayanma gücü arasındaki ilişkiye yönelik bulgular başlıklarında sunuldu.

4.1 Hastalara Ait Tanımlayıcı Özellikler

Tablo 1’de KAG uygulanan bireylerin tanımlayıcı özellikleri yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; bireylerin yaş ortalamasının $57,8 \pm 11,27$ olduğu, %75’inin (n=60) erkek, %73,8’inin evli (n=59), %60’ının KAG gerektiren rahatsızlığın dışında hastalığının olduğu (n=48), hastalığı olanların %81,2’sinin hipertansiyon (n=39) ve %51,03’ünün diyabet hastalığı olduğu (n=18), %55’inin ilaç kullandığı (n=44), %56,3’ünün sigara kullandığı (n=45), %73,8’inin alkol kullanmadığı (n=59) belirlendi (Tablo 1).

Tablo 1. KAG uygulanan hastaların tanımlayıcı özellikleri (N=80)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş Ortalaması $57,80 \pm 11,27$ (min=33,0-max=86,0)		
Cinsiyet		
Erkek	60	75,0
Kadın	20	25,0
Medeni Durum		
Evli	59	73,8
Bekâr	21	26,3
KAG Gerektiren Rahatsızlığın Dışında Hastalık Olma Durumu		
Hastalık Yok	32	40,0
Hastalık Var	48	60,0
KAG Gerektiren Rahatsızlığın Dışında Hastalığı Olanların Dağılımı		
Hastalıklar (n=81)*		
Hipertansiyon	39	81,2
Solunum Sistemi Hastalıkları	6	17,71
Diyabet	18	51,03
Diğer (prostat, tiroid hst. vb)	17	50
İlaç Kullanma Durumu		
Hayır	36	45,0
Evet	44	55,0
Sigara Kullanma Durumu		
Hayır	35	43,8
Evet	45	56,3
Alkol Kullanma Durumu		
Hayır	59	73,8
Evet	21	26,3

*n katlanmış

Tablo 2 hastaların KAG işlemi ile ilişkili tanımlayıcı özelliklerini yansıtmaktadır. Tablo incelendiğinde; hastaların %71,3'ünün (n=57) daha önceden koroner arter hastalığı nedeniyle hastaneye yatışının olmadığı, daha önceden KAH nedeniyle hastaneye yatanların %69,6'sı bir kez yattıkları (n=16),%70'inin daha önceden KAG işlemi geçirmediği (n=56),daha önceden KAG işlemi geçirenlerin %79,2'si bir kere geçirdiği (n=19), %78,8'inin daha önceden KAG işlemi geçiren bir yakınının olduğu (n=68), %56,3'ünün KAG olma nedeni olarak kontrol amaçlı olduğu (n=45), %50'si KAG öncesi bilgi aldıklarını (n=40), bilgi alanların %87,50'si bilgiyi doktorundan aldığı (n=35), %52,5'ine KAG radial uygulandığı (n=42), %52,5'inin KAG sonrası kum torbasının kullanıldığı (n=42) belirlendi (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların KAG işlemi ile ilişkili özellikleri (N=80)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Daha Önceden KAH Nedeniyle Hastaneye Yatma Durumu		
Hayır	57	71,3
Evet	23	28,8
Daha Önceden KAH Nedeniyle Hastaneye Yatma Sayısı (n=23)		
Bir kez yatış	16	69,6
İki kez yatış	7	30,4
Daha Önceden KAG İşlemi Geçirme Durumu		
Hayır	56	70,0
Evet	24	30,0
Daha Önceden KAG İşlemi Geçirme Sayısı (n=24)		
Bir kez geçirildi	19	79,2
İki kez geçirildi	5	20,8
Daha Önce KAG Uygulanan Bir Yakınının Olması Durumu		
Hayır	17	21,3
Evet	63	78,8
KAG Nedeni?		
Kontrol	45	56,3
Tanı	16	20,0
Girişimsel (Stent Balon)	19	23,8
KAG Öncesi İşlemle İlgili Bilgi Alma Durumu		
Hayır	40	50,0
Evet	40	50,0
KAG Öncesi İşlemle İlgili Bilginin Kaynağı (n=40)		
Doktor	35	87,50
Hemşire	2	5,00
İnternet	2	5,00
Kendim	1	2,50
KAG İşleminin Uygulandığı Bölge		
Kasık (Femoral)	38	47,5
Koldan (Radial)	42	52,5
KAG Sonrası İşlem Bölgesinde Kum Torbası Kullanılması Durumu		
Hayır	42	52,5
Evet	38	47,5

4.2 Hasta Konforuyla İlişkili Bulgular

Tablo 3'te Genel konfor ölçeğine ait tanımlayıcı istatistik sonuçları sunuldu. Tabloda incelendiğinde ölçekten alınan toplam puanların ortalamasının $2,54 \pm ,253$; Ferahlama boyutu puanının $2,31 \pm ,295$; Rahatlama boyutu puanının $2,68 \pm ,317$; Üstünlük boyutu puanının $2,63 \pm ,314$ olduğu belirlendi (Tablo 3).

Tablo 3. GKÖ'ye ait tanımlayıcı istatistik sonuçları (N=80)

Ölçekler ve Alt Boyutları	X	Ss	Medyan	Ranj	Min. Puan	Mak. Puan
Genel Konfor Ölçeği Genel	2,54	,253	2,54	1,56	1,63	3,19
Ferahlama	2,31	,295	2,31	1,63	1,44	3,06
Rahatlama	2,68	,317	2,64	1,76	1,71	3,47
Üstünlük	2,63	,314	2,63	1,67	1,67	3,33

x= Aritmetik Ortalama – SS= Standart sapma

Tablo 4'de KAG uygulanan bireylerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre GKÖ'nden aldıkları toplam puanların dağılımı yer almaktadır. KAG işleminin uygulandığı bölge durumu gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($U=562,0$; $p=,023$). Bu sonuca göre radial KAG işleminin uygulandığı bireylerin GKÖ toplam puanları femoral KAG işleminin uygulananlara göre daha yüksektir. Benzer şekilde KAG sonrası işlem bölgesinde kum torbası kullanılması durumuna göre sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($U=562,0$; $p=,023$). KAG sonrası işlem bölgesinde kum torbası kullanılmayan bireylerin GKÖ genel puanları KAG sonrası işlem bölgesinde kum torbası kullanılanlara göre daha yüksektir. Araştırmaya katılan KAG geçirmiş hastaların; cinsiyet, medeni durum, KAG gerektiren rahatsızlığın dışında hastalık olma durumu, ilaç kullanma durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, daha önceden KAH nedeniyle hastaneye yatma durumu, daha önceden KAG işlemi geçirme durumu, daha önce KAG uygulanan bir yakınının olması durumu ve KAG öncesi işlemle ilgili bilgi alma durumu, değişkenleri ile GKÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4).

Tablo 4. KAG uygulanan bireylerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre GKÖ'den aldıkları toplam puanların dağılımı (N= 80)

Değişkenler	n	Sıra Ort.	Sıra Top.	İstatistiksel Analiz*
Cinsiyet				
Erkek	60	42,10	2526,00	U=504,0
Kadın	20	35,70	714,00	p=,286
Medeni Durum				
Evli	59	39,99	2359,50	U=589,5
Bekar	21	41,93	880,50	p=,743
KAG Gerektiren Rahatsızlığın Dışında Hastalık Olma Durumu				
Hastalık Yok	32	41,97	1343,00	U=721,0
Hastalık Var	48	39,52	1897,00	p=,644
İlaç Kullanma Durumu				
Hayır	35	40,39	1413,50	U=783,5
Evet	45	40,59	1826,50	p=,969
Sigara Kullanma Durumu				
Hayır	35	37,27	1304,50	U=674,5
Evet	45	43,01	1935,50	p=,273
Alkol Kullanma Durumu				
Hayır	59	39,01	2301,50	U=531,5
Evet	21	44,69	938,50	p=,335
Daha Önceden KAH Nedeniyle Hastaneye Yatma Durumu				
Hayır	57	39,51	2252,00	U=599,0
Evet	23	42,96	988,00	p=,548
Daha Önceden KAG İşlemi Geçirme Durumu				
Hayır	56	40,09	2245,00	U=649,0
Evet	24	41,46	995,00	p=,809
Daha Önce Uygulanan Bir Yakınının Olması Durumu				
Hayır	17	40,50	688,50	U=535,5
Evet	63	40,50	2551,50	p=1,00
KAG Öncesi İşlemle İlgili Bilgi Alma Durumu				
Hayır	40	43,18	1727,00	U=693,0
Evet	40	37,83	1513,00	p=,303
KAG İşleminin Uygulandığı Bölge				
Femoral	38	34,29	1303,00	U=562,0
Radial	42	46,12	1937,00	p=,023
KAG Sonrası İşlem Bölgesinde Kum Torbası Kullanılması Durumu				
Hayır	42	46,12	1937,00	U=562,0
Evet	38	34,29	1303,00	p=,023

* Mann Whitney U Testi

Tablo 5'te KAG uygulanan bireylerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre GKÖ ferahlama alt boyutundan aldıkları puanların dağılımı gösterilmektedir. Araştırmaya katılan hastaların; cinsiyet, medeni durum, KAG gerektiren rahatsızlığın dışında hastalık olma durumu, ilaç kullanma durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, daha önceden KAH nedeniyle hastaneye yatma durumu, daha

önceden KAG işlemi geçirme durumu, daha önce KAG uygulanan bir yakınının olması durumu, KAG öncesi işlemle ilgili bilgi alma durumu, KAG işleminin uygulandığı bölge ve KAG sonrası işlem bölgesinde kum torbası kullanılması durumu değişkenlerine göre GKÖ ferahlama alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 5).

Tablo 5. KAG uygulanan bireylerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre GKÖ ferahlama alt boyutundan aldıkları puanların dağılımı (N= 80)

Değişkenler	n	Sıra Ort.	Sıra Top.	İstatistiksel Analiz*
Cinsiyet				
Erkek	60	42,74	2564,50	U=465,5
Kadın	20	33,78	675,50	p=,133
Medeni Durum				
Evli	59	41,25	2433,50	U=575,5
Bekar	21	38,40	806,50	p=,629
KAG Gerektiren Rahatsızlığın Dışında Hastalık Olma Durumu				
Hastalık Yok	32	40,28	1289,00	U=761,0
Hastalık Var	48	40,65	1951,00	p=,945
İlaç Kullanma Durumu				
Hayır	35	39,26	1374,00	U=744,0
Evet	45	41,47	1866,00	p=,672
Sigara Kullanma Durumu				
Hayır	35	36,30	1270,50	U=640,5
Evet	45	43,77	1969,50	p=,152
Alkol Kullanma Durumu				
Hayır	59	39,39	2324,00	U=554,0
Evet	21	43,62	916,00	p=,472
Daha Önceden KAH Nedeniyle Hastaneye Yatma Durumu				
Hayır	57	40,25	2294,50	U=641,5
Evet	23	41,11	945,50	p=,881
Daha Önceden KAG İşlemi Geçirme Durumu				
Hayır	56	41,02	2297,00	U=643,0
Evet	24	39,29	943,00	p=,760
Daha Önce KAG Uygulanan Bir Yakınının Olması Durumu				
Hayır	17	40,76	693,00	U=531,0
Evet	63	40,43	2547,00	p=,958
KAG Öncesi İşlemle İlgili Bilgi Alma Durumu				
Hayır	40	43,40	1736,00	U=684,0
Evet	40	37,60	1504,00	p=,262
KAG İşleminin Uygulandığı Bölge				
Femoral	38	39,43	1498,50	U=757,5
Radial	42	41,46	1741,50	p=,695
KAG Sonrası İşlem Bölgesinde Kum Torbası Kullanılması Durumu				
Hayır	42	41,46	1741,50	U=757,5
Evet	38	39,43	1498,50	p=,695

* Mann Whitney U Testi

Tablo 6’da KAG uygulanan bireylerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre GKÖ rahatlama alt boyutundan alınan puanların dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların; cinsiyet, medeni durum, KAG gerektiren rahatsızlığın dışında hastalık olma durumu, ilaç kullanma durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, daha önceden KAH nedeniyle hastaneye yatma durumu, daha önceden KAG işlemi geçirme durumu, daha önce KAG uygulanan bir yakının olması durumu, KAG öncesi işlemle ilgili bilgi alma durumu, KAG işleminin uygulandığı bölge ve KAG sonrası işlem bölgesinde kum torbası kullanılması durumu değişkenleri ile GKÖ rahatlama alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6).

Tablo 6. KAG uygulanan bireylerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre GKÖ rahatlama alt boyutundan alınan puanların dağılımı (N= 80)

Değişkenler	n	Sıra Ort.	Sıra Top.	İstatistiksel Analiz*
Cinsiyet				
Erkek	60	40,77	2446,00	U=584,0
Kadın	20	39,70	794,00	p=,859
Medeni Durum				
Evli	59	39,69	2341,50	U=571,5
Bekar	21	42,79	898,50	p=,599
KAG Gerektiren Rahatsızlığın Dışında Hastalık Olma Durumu				
Hastalık Yok	32	41,98	1343,50	U=720,5
Hastalık Var	48	39,51	1896,50	p=,640
İlaç Kullanma Durumu				
Hayır	35	40,04	1401,50	U=771,5
Evet	45	40,86	1838,50	p=,876
Sigara Kullanma Durumu				
Hayır	35	38,61	1351,50	U=721,5
Evet	45	41,97	1888,50	p=,521
Alkol Kullanma Durumu				
Hayır	59	39,06	2304,50	U=534,5
Evet	21	44,55	935,50	p=,351
Daha Önceden KAH Nedeniyle Hastaneye Yatma Durumu				
Hayır	57	39,25	2237,00	U=584,0
Evet	23	43,61	1003,00	p=,446
Daha Önceden Koroner Anjiyografi (KAG) İşlemi Geçirme Durumu				
Hayır	56	39,66	2221,00	U=625,0
Evet	24	42,46	1019,00	p=,621
Daha Önce KAG Uygulanan Bir Yakınının Olması Durumu				
Hayır	17	41,62	707,50	U=516,5
Evet	63	40,20	2532,50	p=,823
KAG Öncesi İşlemle İlgili Bilgi Alma Durumu				
Hayır	40	41,26	1650,50	U=769,5
Evet	40	39,74	1589,50	p=,769

Tablo 6. KAG uygulanan bireylerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre GKÖ rahatlama alt boyutundan alınan puanların dağılımı (N= 80) (devam)

Değişkenler	n	Sıra Ort.	Sıra Top.	İstatistiksel Analiz*
KAG İşleminin Uygulandığı Bölge				
Femoral	38	36,07	1370,50	U=629,5
Radial	42	44,51	1869,50	p=,104
KAG Sonrası İşlem Bölgesinde Kum Torbası Kullanılması Durumu				
Hayır	42	44,51	1869,50	U=629,5
Evet	38	36,07	1370,50	p=,104

* Mann Whitney U Testi

Tablo 7’de KAG uygulanan bireylerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre GKÖ üstünlük alt boyutundan alınan puanların dağılımı yer almaktadır. Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan hastaların GKÖ üstünlük alt boyut puanlarının KAG uygulanan bireylerin gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (U=580,5; p=,035). Bu sonuca göre radial KAG işlemi uygulanan bireylerin GKÖ üstünlük alt boyut puanları femoral KAG işlemi uygulanan göre daha yüksektir.

Araştırmaya dâhil edilen hastaların GKÖ üstünlük alt boyut puanlarının KAG uygulandığı bölge durumu gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (U=580,5; p=,035). Bu sonuca göre KAG sonrası işlem bölgesinde kum torbası kullanılmayan bireylerin GKÖ üstünlük alt boyut puanları KAG sonrası işlem bölgesinde kum torbası kullanılanlara göre daha yüksektir.

KAG uygulanan hastaların cinsiyet, medeni durum, KAG gerektiren rahatsızlığın dışında hastalık olma durumu, ilaç kullanma durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, daha önceden KAH nedeniyle hastaneye yatma durumu, daha önceden KAG işlemi geçirme durumu, daha önce KAG uygulanan bir yakınının olması durumu ve KAG öncesi işlemle ilgili bilgi alma durumu, değişkenleri ile GKÖ üstünlük alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05) (Tablo 7).

Tablo 7. KAG uygulanan bireylerin bazı tanıtıcı özellikleri ile GKÖ üstünlük alt boyutundan alınan puanların dağılımı (N=80)

Değişkenler	n	Sıra Ort.	Sıra Top.	İstatistiksel Analiz*
Cinsiyet				
Erkek	60	40,28	2416,50	U=586,5
Kadın	20	41,18	823,50	p=,880
Medeni Durum				
Evli	59	40,30	2377,50	U=607,5
Bekar	21	41,07	862,50	p=,895
KAG Gerektiren Rahatsızlığın Dışında Hastalık Olma Durumu				
Hastalık Yok	32	45,08	1442,50	U=621,5
Hastalık Var	48	37,45	1797,50	p=,149
İlaç Kullanma Durumu				
Hayır	35	43,30	1515,50	U=689,5
Evet	45	38,32	1724,50	p=,340
Sigara Kullanma Durumu				
Hayır	35	39,64	1387,50	U=757,5
Evet	45	41,17	1852,50	p=,770
Alkol Kullanma Durumu				
Hayır	59	38,86	2292,50	U=522,5
Evet	21	45,12	947,50	p=,287
Daha Önceden KAH Nedeniyle Hastaneye Yatma Durumu				
Hayır	57	39,59	2256,50	U=603,5
Evet	23	42,76	983,50	p=,579
Daha Önceden KAG İşlemi Geçirme Durumu				
Hayır	56	39,36	2204,00	U=608,0
Evet	24	43,17	1036,00	p=,500
Daha Önce KAG Uygulanan Bir Yakının Olması Durumu				
Hayır	17	44,09	749,50	U=474,5
Evet	63	39,53	2490,50	p=,471
KAG Öncesi İşlemle İlgili Bilgi Alma Durumu				
Hayır	40	41,88	1675,00	U=745,0
Evet	40	39,13	1565,00	p=,595
KAG İşleminin Uygulandığı Bölge				
Femoral	38	34,78	1321,50	U=580,5
Radial	42	45,68	1918,50	p=,035
KAG Sonrası İşlem Bölgesinde Kum Torbası Kullanılması Durumu				
Hayır	42	45,68	1918,50	U=580,5
Evet	38	34,78	1321,50	p=,035

* Mann Whitney U Testi

4.3 Rahatsızlığa Dayanma ile İlişkili Bulgular

Tablo 8 Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği'ne ait tanımlayıcı istatistik sonuçlarını yansıtmaktadır. Ölçeğin genel puan ortalaması $21,32 \pm 7,95$; Rahatsızlığa Dayanma Alt Boyutu puan ortalaması $11,91 \pm 4,95$ ve Rahatsızlıktan Kaçınma Alt Boyutu puan ortalaması ise $9,41 \pm 3,27$ olarak bulundu ($p < 0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8. RDÖ'ye ait tanımlayıcı istatistik sonuçları (N=80)

Ölçekler ve Alt Boyutları	X	Ss	Medyan	Ranj	Min. Puan	Mak. Puan
Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği Genel	21,32	7,95	25,00	35,00	7,00	42,00
Rahatsızlığa Dayanma	11,91	4,95	12,00	21,00	3,00	24,00
Rahatsızlıktan Kaçınma	9,41	3,27	9,00	14,00	4,00	18,00

X= Aritmetik Ortalama – SS= Standart sapma

Tablo 9'da KAG uygulanan bireylerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre RDÖ toplam puanlarının dağılımı sunuldu. Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan KAG uygulanan bireylerin RDÖ genel puanlarının KAG uygulanan bireylerin alkol kullanma durumu gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($U=428,0$; $p=,036$). Bu sonuca göre alkol kullanan bireylerin RDÖ genel puanları alkol kullanmayanlara göre daha yüksektir. Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan KAG uygulanan bireylerin; cinsiyet, medeni durum, KAG gerektiren rahatsızlığın dışında hastalık olma durumu, ilaç kullanma durumu, sigara kullanma durumu, daha önceden KAH nedeniyle hastaneye yatma durumu, daha önceden KAG işlemi geçirme durumu, daha önce KAG uygulanan bir yakınının olması durumu, KAG öncesi işlemle ilgili bilgi alma durumu, KAG işleminin uygulandığı bölge ve KAG sonrası işlem bölgesinde kum torbası kullanılması durumu değişkenleri ile RDÖ genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9. KAG uygulanan bireylerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre RDÖ toplam puanlarının dağılımı (N= 80)

Değişkenler	n	Sıra Ort.	Sıra Top.	İstatistiksel Analiz*
Cinsiyet				
Erkek	60	41,78	2506,50	U=523,5
Kadın	20	36,68	733,50	p=,395
Medeni Durum				
Evli	59	38,58	2276,00	U=506,0
Bekar	21	45,90	964,00	p=,214
KAG Gerektiren Rahatsızlığın Dışında Hastalık Olma Durumu				
Hastalık Yok	32	41,41	1325,00	U=739,0
Hastalık Var	48	39,90	1915,00	p=,776
İlaç Kullanma Durumu				
Hayır	35	40,17	1406,00	U=776,0
Evet	45	40,76	1834,00	p=,911
Sigara Kullanma Durumu				
Hayır	35	44,26	1549,00	U=656,0
Evet	45	37,58	1691,00	p=,202

Tablo 9. KAG uygulanan bireylerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre RDÖ toplam puanlarının dağılımı (N= 80) (devam)

Değişkenler	n	Sıra Ort.	Sıra Top.	İstatistiksel Analiz*
Alkol Kullanma Durumu				
Hayır	59	37,25	2198,00	U=428,0
Evet	21	49,62	1042,00	p=,036
Daha Önceden KAH Nedeniyle Hastaneye Yatma Durumu				
Hayır	57	40,09	2285,00	U=632,0
Evet	23	41,52	955,00	p=,802
Daha Önceden KAG İşlemi Geçirme Durumu				
Hayır	56	40,28	2255,50	U=659,5
Evet	24	41,02	984,50	p=,895
Daha Önce KAG Uygulanan Bir Yakının Olması Durumu				
Hayır	17	42,97	730,50	U=493,5
Evet	63	39,83	2509,50	p=,621
KAG Öncesi İşlemle İlgili Bilgi Alma Durumu				
Hayır	40	38,53	1541,00	U=721,0
Evet	40	42,48	1699,00	p=,447
KAG İşleminin Uygulandığı Bölge				
Femoral	38	37,46	1423,50	U=682,5
Radial	42	43,25	1816,50	p=,265
KAG Sonrası İşlem Bölgesinde Kum Torbası Kullanılması Durumu				
Hayır	42	43,25	1816,50	U=682,5
Evet	38	37,46	1423,50	p=,265

* Mann Whitney U Testi

Tablo 10'da KAG uygulanan bireylerin bazı tanıtıcı özellikleri ile RDÖ rahatsızlığa dayanma alt boyutundan alınan puanların dağılımı yer almaktadır. Hastaların RDÖ rahatsızlığa dayanma alt boyut puanlarının KAG uygulanan bireylerin alkol kullanma durumu gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (U=440,0; p=,049). Alkol kullanan bireylerin RDÖ Rahatsızlığa Dayanma alt boyut puanları alkol kullanmayanlara göre daha yüksektir.

Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan KAG uygulanan bireylerin; Cinsiyet, medeni durum, KAG gerektiren rahatsızlığın dışında hastalık olma durumu, ilaç kullanma durumu, sigara kullanma durumu, daha önceden KAH nedeniyle hastaneye yatma durumu, daha önceden KAG işlemi geçirme durumu, daha önce KAG uygulanan bir yakının olması durumu, KAG öncesi işlemle ilgili bilgi alma durumu, KAG işleminin uygulandığı bölge ve KAG sonrası işlem bölgesinde kum torbası kullanılması durumu değişkenleri ile RDÖ rahatsızlığa dayanma alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05) (Tablo 10).

Tablo 10. KAG uygulanan bireylerin bazı tanıtıcı özellikleri ile RDÖ rahatsızlığına dayanma alt boyutundan alınan puanların dağılımı(N=80)

Değişkenler	n	Sıra Ort.	Sıra Top.	İstatistiksel Analiz*
Cinsiyet				
Erkek	60	41,36	2481,50	U=548,5
Kadın	20	37,93	758,50	p=,566
Medeni Durum				
Evli	59	38,52	2272,50	U=502,5
Bekar	21	46,07	967,50	p=,199
KAG Gerektiren Rahatsızlığın Dışında Hastalık Olma Durumu				
Hastalık Yok	32	42,41	1357,00	U=707,0
Hastalık Var	48	39,23	1883,00	p=,548
İlaç Kullanma Durumu				
Hayır	35	40,89	1431,00	U=774,0
Evet	45	40,20	1809,00	p=,896
Sigara Kullanma Durumu				
Hayır	35	45,09	1578,00	U=627,0
Evet	45	36,93	1662,00	p=,118
Alkol Kullanma Durumu				
Hayır	59	37,46	2210,00	U=440,0
Evet	21	49,05	1030,00	p=,049
Daha Önceden KAH Nedeniyle Hastaneye Yatma Durumu				
Hayır	57	40,52	2309,50	U=654,5
Evet	23	40,46	930,50	p=,991
Daha Önceden KAG İşlemi Geçirme Durumu				
Hayır	56	40,91	2291,00	U=649,0
Evet	24	39,54	949,00	p=,809
Daha Önce KAG Uygulanan Bir Yakının Olması Durumu				
Hayır	17	42,74	726,50	U=497,5
Evet	63	39,90	2513,50	p=,654
KAG Öncesi İşlemle İlgili Bilgi Alma Durumu				
Hayır	40	38,95	1558,00	U=738,0
Evet	40	42,05	1682,00	p=,550
KAG İşleminin Uygulandığı Bölge				
Femoral	38	36,89	1402,00	U=661,0
Radial	42	43,76	1838,00	p=,186
KAG Sonrası İşlem Bölgenizde Kum Torbası Kullanılması Durumu				
Hayır	42	43,76	1838,00	U=661,0
Evet	38	36,89	1402,00	p=,186

* Mann Whitney U Testi

Tablo 11’de KAG uygulanan bireylerin bazı tanıtıcı özellikleri ile RDÖ rahatsızlıktan kaçınma alt boyutundan alınan puanların dağılımı sunuldu. KAG uygulanan bireylerin RDÖ rahatsızlıktan kaçınma alt boyut puanlarının KAG uygulanan bireylerin alkol kullanma durumu gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (U=431,0; p=,038). Bu sonuca göre alkol kullanan bireylerin RDÖ rahatsızlıktan kaçınma alt boyut puanları alkol kullanmayanlara göre daha yüksektir.

Araştırmaya alınan hastaların cinsiyet, medeni durum, KAG gerektiren rahatsızlığın dışında hastalık olma durumu, ilaç kullanma durumu, sigara kullanma durumu, daha önceden KAH nedeniyle hastaneye yatma durumu, daha önceden KAG işlemi geçirme durumu, daha önce KAG uygulanan bir yakının olması durumu, KAG öncesi işlemle ilgili bilgi alma durumu, KAG işleminin uygulandığı bölge ve KAG sonrası işlem bölgesinde kum torbası kullanılması durumu değişkenlerine göre RDÖ rahatsızlıktan kaçınma alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11. KAG uygulanan bireylerin bazı tanıtıcı özellikleri ile RDÖ rahatsızlıktan kaçınma alt boyutundan alınan puanların dağılımı (N=80)

Değişkenler	n	Sıra Ort.	Sıra Top.	İstatistiksel Analiz*
Cinsiyet				
Erkek	60	42,18	2531,00	U=499,0
Kadın	20	35,45	709,00	p=,259
Medeni Durum				
Evli	59	38,71	2284,00	U=514,0
Bekar	21	45,52	956,00	p=,246
KAG Gerektiren Rahatsızlığın Dışında Hastalık Olma Durumu				
Hastalık Yok	32	39,83	1274,50	U=746,5
Hastalık Var	48	40,95	1965,50	p=,832
İlaç Kullanma Durumu				
Hayır	35	39,04	1366,50	U=736,5
Evet	45	41,63	1873,50	p=,619
Sigara Kullanma Durumu				
Hayır	35	43,04	1506,50	U=698,5
Evet	45	38,52	1733,50	p=,385
Alkol Kullanma Durumu				
Hayır	59	37,31	2201,00	U=431,0
Evet	21	49,48	1039,00	p=,038
Daha Önceden KAH Nedeniyle Hastaneye Yatma Durumu				
Hayır	57	39,32	2241,00	U=588,0
Evet	23	43,43	999,00	p=,471
Daha Önceden KAG İşlemi Geçirme Durumu				
Hayır	56	39,13	2191,00	U=595,0
Evet	24	43,71	1049,00	p=,416
Daha Önce KAG Uygulanan Bir Yakının Olması Durumu				
Hayır	17	42,97	730,50	U=493,5
Evet	63	39,83	2509,50	p=,619
KAG Öncesi İşlemle İlgili Bilgi Alma Durumu				
Hayır	40	37,79	1511,50	U=691,5
Evet	40	43,21	1728,50	p=,294
KAG İşleminin Uygulandığı Bölge				
Femoral	38	38,63	1468,00	U=727,0
Radial	42	42,19	1772,00	p=,492
KAG Sonrası İşlem Bölgesinde Kum Torbası Kullanılması Durumu				
Hayır	42	42,19	1772,00	U=727,0
Evet	38	38,63	1468,00	p=,492

* Mann Whitney U Testi

4.4 Hasta Konforuyla Rahatsızlığa Dayanma Gücü Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo 12’de GKÖ ve alt boyutları ile RDÖ ve alt boyutundan alınan puanların dağılımı yer almaktadır. Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan hastaların GKÖ toplam puanı ile RDÖ toplam ($r=,240$; $p<,01$) ve rahatsızlıktan kaçınma ($r=,247$; $p<,01$) alt boyut puanları arasında anlamlı ve düşük düzeyde pozitif doğrusal bir ilişki bulundu ($p<0,05$) (Tablo 12).

KAG uygulanan bireylerin GKÖ rahatlama alt boyutu puanları ile RDÖ genel ($r=,291$; $p<,01$) rahatsızlığa dayanma ($r=,273$; $p<,01$) ve rahatsızlıktan kaçınma ($r=,273$; $p<,01$) alt boyut puanları arasında anlamlı ve düşük düzeyde pozitif doğrusal bir ilişki bulundu ($p<0,05$) (Tablo 12).

Araştırmaya dahil edilen hastaların GKÖ üstünlük alt boyutu puanları ile RDÖ genel ($r=,276$; $p<,01$) rahatsızlığa dayanma ($r=,239$; $p<,01$) ve rahatsızlıktan kaçınma ($r=,300$; $p<,01$) alt boyut puanları arasında anlamlı ve düşük düzeyde pozitif doğrusal bir ilişki bulundu ($p<0,05$)(Tablo 12).

Araştırmaya katılan hastaların GKÖ ferahlama alt boyutu puanları ile rdö genel ($r=,088$; $p>0,05$), rahatsızlığa dayanma ($r=,095$; $p>0,05$) ve rahatsızlıktan kaçınma ($r=,075$; $p>0,05$) alt boyut puanları arasında bir ilişki bulunmadı (Tablo 12).

Tablo 12. GKÖ ve alt boyutları ile RDÖ ve alt boyutundan alınan puanların dağılımı(N=80)

Değişkenler	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. GKÖ Genel	r 1,00						
2.Ferahlama Boyutu	r ,684	1,00					
3.Rahatlama Boyutu	r ,783	,325	1,00				
4.Üstünlük Boyutu	r ,754	,362	,488	1,00			
5. RDÖ Genel	r ,240*	,088	,291**	,276*	1,00		
6. Rahatsızlığa Dayanma	r ,219	,095	,273*	,239*	,975	1,00	
7. Rahatsızlıktan Kaçınma	r ,247*	,075	,273*	,300**	,947	,857	1,00
8. Yaş Değişkeni	r -,103	-,042	-,109	-,057	-,159	-,165	-,129

**= $p<,01$, *= $p<,05$

5 TARTIŞMA

Koroner anjiyografi uygulanan hastalarda hasta konforunun rahatsızlığa dayanma gücü ile ilişkisinin incelendiği bu araştırmanın bulguları; hastalara ait tanımlayıcı özellikler, hasta konforuyla ilişkili bulgular, rahatsızlığa dayanma ile ilişkili bulgular ve hasta konforuyla rahatsızlığa dayanma gücü arasındaki ilişkiye yönelik bulgular başlıklarında tartışıldı.

5.1 Hastalara Ait Tanımlayıcı Özelliklerin Tartışılması

Bu araştırmaya dahil olan hastaların yaş ortalaması $57,8 \pm 11,27$ bulundu. Benzer şekilde radial ve femoral KAG yapılmış hastaların konforu üzerine etkisini inceleyen Çıracı'nın (2019) çalışmasında araştırmaya katılan bireylerin %47'sinin 60 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu bulunmuştur (31). Tunç'un (2022) KAG yapılmış hastalar ile yapmış olduğu KAG uygulanan hastaların bilgi düzeyleri çalışmasında ise hastaların yaş ortalaması $55,41 \pm 9,59$ belirlenmiştir (32). Ayrıca Emre'nin (2021) kardiyak cerrahi sonrası kum torbası uygulanan bireylerin rahatsızlığa dayanma gücünü inceleyen çalışmasında yaş ortalaması $58,4 \pm 18,6$ olarak belirlenmiştir (33). Yapılmış olan çalışmalar bu araştırma ile benzer yaş özelliklerini göstermektedir.

Bu araştırmaya dahil edilen hastaların büyük bir bölümünün %75'ini erkekler oluşturmakta idi. Ozan'ın (2022) KAG olan hastalar üzerindeki KAG öncesi ve sonrası sol ventrikül değerlendirmesi çalışmasında benzer şekilde hastaların %85,7'sini erkekler oluşturmuştur (34). Karakuşlu'nun (2022) KAG uygulan bireyler üzerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve depresyon belirtilerini inceleyen çalışmasının %60'ını erkekler oluşturmaktadır (35). Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunu erkekler oluşturduğundan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmaya katılan bireylerin %73,8'i evlileri oluşturmakta idi. Emre'nin (2021) kardiyak cerrahi sonrası kum torbası uygulanan bireylerin rahatsızlığa dayanma gücünü inceleyen çalışmasının %66'sını evliler oluşturmuştur (33). Çil'in (2020) KAG geçirmiş hastalar üzerindeki bilgi gereksinimi ile anksiyete arasındaki

ilişkiyi incelediği çalışmasında %91,5'ini evliler oluşturmuştur (36). Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunu evliler oluşturduğundan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmaya katılan bireylerin %60'ını KAG gerektiren rahatsızlığın dışında hastalığı olanlar; hastalığı olanların %81,2'sinin hipertansiyon ve %51,03'ünün diyabet hastalığı olanlar oluşturmakta idi. Tunç'un (2022) KAG uygulanan hastalar ile yapmış olduğu KAG uygulanan hastaların bilgi düzeyleri çalışmasında %71,9'unda kronik hastalık bulunurken, kronik hastalığı olan bireylerde en fazla hipertansiyon %56,3 ve %34,8'inin diyabeti olduğu görülmüştür (32). Karakuşlu'nun (2022) KAG uygulanan bireyler üzerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve depresyon belirtilerini inceleyen çalışmasının %76'sını kronik hastalığa sahip bireyler oluşturmaktadır (35). Bu araştırmanın örnekleme yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada hastaların %55'ini ilaç kullananlar oluşturmakta idi. Annaç'ın (2018) KAH olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin incelediği çalışmasında %51,4'ünün ilaç kullandığı görülmüştür (37). Gören'in (2019) KAG öncesi hastalarının KAG önce kaygı düzeylerini incelediği çalışmasında ilaç kullananların oranı %71,05 olarak bulunmuştur (38). Bu araştırma KAG hastalarıyla yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmaya dahil olan hastaların %56,3'ünün sigara kullandığı, %73,8'inin alkol kullanmadığı oluşturmakta idi. Gören'in (2019) KAG öncesi hastalarının KAG önce kaygı düzeylerini incelediği çalışmasında %21,93'ü sigara, %83,33'ünün alkol kullanmadığı görülmüştür (38). Karakuşlu'nun (2022) KAG uygulanan bireyler üzerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve depresyon belirtilerini inceleyen çalışmasının %21'nin sigara kullandığı %82'nin alkol kullanmadığı görülmüştür (35). Bu araştırma KAG hastalarıyla yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmadaki hastaların KAG olma nedeni %56,3'ü kontrol amaçlı, %20,0'si tanı amaçlı ve %23,8'i girişimsel amaçlı olmuş olarak oluşturmakta idi. Gören'in (2019) KAG öncesi hastalarının KAG önce kaygı düzeylerini incelediği çalışmasında %17,54'ü kontrol amaçlı, %69,30'u tanı amaçlı, %12,28'i girişimsel amaçlı olduğu görülmüştür (38). Bu araştırmada kontrol amaçlı anjiyografi uygulanan hastalar daha büyük bir grubu oluşturmakta idi.

Bu araştırmaya dahil olan bireylerin %30'u daha önceden KAH nedeniyle hastanede yatmış ve KAG olmuş, %70 daha önceden KAH nedeniyle yatmamış ve KAG olmamış olarak oluşturmakta idi. Karakuşlu'nun (2022) KAG uygulanan bireyler üzerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve depresyon belirtilerini inceleyen çalışmasında daha önceden KAH nedeniyle hastanede yatan ve KAG olan bireylerin sayısı eşit görülmüştür (35). Emre'nin (2021) kardiyak cerrahi sonrası kum torbası uygulanan bireylerin rahatsızlığa dayanma gücünü inceleyen çalışmasında %22'si daha önceden KAH nedeniyle yatan ve KAG olan bireyler, %78'i daha önceden KAH nedeniyle hastaneye yatmayan ve KAG olmamış bireyler olduğu belirlenmiştir (33). Bu araştırmada yapılan çalışmalara benzer sonuçlar bulundu.

Araştırmamıza dahil olan bireylerin daha önceden KAG için bilgi alma durumu eşittir ve bilgiyi aldıkları kaynak olarak %85 doktordan ve %5 hemşireden olarak oluşturmakta idi. Çil'in (2020) KAG geçirmiş hastalar üzerindeki bilgi gereksinmi ile anksiyete arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında daha önceden hastaların %81,5' bilgi aldığını, %18,5'inin bilgi almadığını, bilgi aldıkları kaynak olarak en çok %44,8'i doktordan, %36,7'si hemşireden aldıkları görülmüştür (36). Çalışmamızda diğer araştırmalara göre bilgi alma durumu eşit bulunmuş olup bilgi alınanlar düzeyinde benzer bulundu.

Bu araştırmadaki hastalarının %78,8'inin daha önceden KAG geçiren bir yakınının olduğu oluşturmakta idi. Çetin'in (2017) KAG uygulanacak hastaların işlem öncesinde yaşadıkları anksiyetenin azaltılmasında eğitimin önemi adlı çalışmasındaki hastaların %50'sinin daha önceden bir yakınının KAG geçirdiği bulunmuştur (39). Erdem'in (2019) KAG yapılacak hastaları bilgilendirmenin

anksiyete ve benlik saygısı üzerine etkisini incelediği çalışmasında bu oran %40 olarak görülmüştür (40). Bu araştırmada yapılan çalışmalara benzer sonuçlar bulundu.

Bu araştırmayakatılan bireylerin %47,5'i kasıktan (femoral) olmuş ve kum torbası kullanılmış, %52,5'i koldan (radial) KAG işlemi olan olarak oluşturmakta idi. Çıracı'nın (2019) radial ve femoral KAG yapılmış hastaların konforu üzerine etkisini inceleyen çalışmasında bireylerin %67'si koldan, %33'ü kasıktan KAG'ı oluşturmuştur (31). Kok ve arkadaşlarının (2018) elektif koroner girişimlerde hastaların radial ve femoral vasküler giriş tercihini belirlemeye yönelik çalışmasında %35,9'u radial KAG ve %62,7'si femoral KAG ve kum torbası kullanılanlardan oluşturmuştur (41). Bu araştırmada bulunan sonuçlar diğer bulunan araştırmalarla ile benzerlik göstermektedir.

5.2 Hasta Konforuyla İlişkili Bulguların Tartışılması

Hastanede alınan hemşirelik bakımının artmasıyla hastaların konfor düzeyleri artmaktadır (42). Özden'in 2018'de (43) tip 2 diyabetes mellitus'lu hastalarıyla ve Durmaz'ın (44) 2022 yılında kardiyovasküler cerrahi hastalarıyla yürütmüş oldukları çalışmada GKÖ puanları orta düzeyde bulundu. Çıracı'nın (2022) KAG olan hastalarla gerçekleştirdiği çalışmada ise hastaların GKÖ puan ortalaması ortalamanın biraz daha üzerinde bulunmuştur (31). Bu araştırmada KAG uygulanan hastaların GKÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanların orta düzeyde olduğu belirlendi (Tablo 3). Hasta grupları arasındaki bu benzerlik kronik hastalıklarla mücadele eden bireylerin yaşadıkları semptomların konfor düzeyini ortalama düzeyde algılamalarına neden olduğunu düşündürmektedir.

Bireylerin yaşı fiziksel ve ruhsal yönden çevresini algılama ve konfor arayışını etkileyebilmektedir ve Terzi'nin 2017 yılında hastalarıyla yapmış olduğu çalışmada yaşın konfor algısını olumlu yönde etkilediği (45), Kubat'ın (2017) cerrahi operasyon geçiren hastalar üzerindeki çalışmasında ise yaş arttıkça konfor algısının düştüğü belirlenmiştir (46). Buna karşın yaşın konfor üzerine etkili olmadığını

belirleyen çalışmalar da mevcuttur (47). Bu araştırmada ise hastaların yaşına göre GK toplam ve alt boyut puanlarında herhangi bir değişiklik görülmedi ($p>0,05$). Bu durumun araştırmaya dâhil edilen hastaların genel olarak orta yaşın üzerinde ve birbirine benzer yaş grubunda olmasından kaynaklanabileceği düşünüldü (Tablo 4).

Kadınların, ocuk ve ev işleri üzerinde iç yükünün fazla olması nedeniyle erkeklere göre konfor düzeyinin düşük bulunduğu görülmüştür (48, 49). Bykşahın'ın (2018) ameliyat olan hastalar üzerindeki çalışmasındaki bulgular erkek hastaların konfor düzeyinin kadınlara göre daha yüksek bulunduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (49). Güner'in(2020) akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada ise cinsiyetin konfor ile ilişkisi bulunmamıştır (50). Bu araştırmada cinsiyetle konfor arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Bu sonucun araştırmaya katılan hasta grubunun yüksek oranda benzer cinsiyet ve yaş grubunda bireylerden oluşması ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Evli olan bireylerin eşlerinden destek almasından dolayı bekar bireylere göre konfor düzeyleri daha yüksek olduğu görülmüştür (51). Amaç'ın (2019) günübirlik cerrahi geçirmiş hastalarda yapmış olduğu konfor düzeyini etkileyen çalışmasında konfor puanları evli bireyler ve bekar bireylerde aynı ortalamaya sahip olarak bulunduğundan medeni durumlar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (47). Çıracı'nın (2019) radial ve femoral KAG yapılmış hastaların konforu üzerine etkisini inceleyen çalışmasında medeni duruma göre konfor düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamıştır (31). Bu araştırmada da hastaların medeni durumlarına göre konfor düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 4). Bu durum, hastaların yoğun bakım ünitesinde bulundukları süre içerisinde eşleri tarafından refakat desteği almamalarından kaynaklanıyor olabilir.

Bireyin kronik hastalıklarının yönetimi, fizyolojik ve psikososyal sorunlarla başetmesini kapsamaktadır (46). Kubat'ın (2017) cerrahi operasyon geçiren hastalar üzerindeki çalışmasında daha önce hastaneye yatmış olan ve kronik hastalığa sahip bireylerde konfor düzeyi düşük bulunmuştur (46). Güner'in(2020) akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada ise kronik hastalığa

sahip olmanın konfor ile ilişkisi bulunmamıştır (50). Bu çalışmada bireylerin kronik hastalığa sahip olması ve ilaç kullanım durumuna göre konfor düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Bu durumun örneklem grubunun ve ek kronik hastalığı olan birey oranının düşük olması nedeniyle konfor düzeyinde farklılık olmadığı düşünüldü. Ayrıca bu hastalıkların ve hastalıklara bağlı ilaç kullanımının hastanın hastanedeki konfor düzeyini etkileyecek aşamaya gelmemiş olması da mümkündür.

Sigara ve alkol gibi madde kullanımı konforun yıkıcı faktörleridir ve madde kullanımı arttıkça konfor düzeyi azalabilmektedir (52). Ölçüm'ün (2022) madde kullanımı ve konfor kuramı çalışmasında, sigara ve alkol gibi madde kullanımı olan bireylerde konfor düzeyinin düşük olduğu belirtilmiş ve hemşirenin bu konfor düzeyini yükseltmek için bakım verici rolünün önemli olduğu belirtilmiştir (53). Gürses'in (2017) radial ve femoral KAG hastalarında yapılan konfor çalışmasında, sigara ve alkol kullanmayanlarda GKÖ puanı istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (54). Bu çalışmada ise hastaların konfor düzeyi sigara ve alkol kullanımına göre anlamlı bir farklılık göstermedi. Bu durum örneklem grubundaki bireylerin sigara ve alkol kullanım yoğunluğunun az olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çakır'ın (2019) radial KAG ilişkin konfor ve anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması çalışmasında daha önceden KAG nedeniyle hastaneye yatmış ve KAG işlemi olmuş bireyler ile hiç deneyimlememiş olanlar bireyler arasında konfor düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (55). Bu çalışmada da benzer şekilde daha önceden KAG nedeniyle yatma ve KAG olma ile hiç deneyimlememiş bireyler arasında konfor düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Bu bulgu her hastane yatışının kendine özgü ve kişiye özel deneyimler içerdiğini düşündürmektedir.

Hastalara yapılacak işlem öncesi bilgi verilmesi hastaların sürece ilişkin beklentilerini netleştirerek anksiyetelerinin azaltmakta ve konfor düzeylerini yükseltebilmektedir (56). Gürçayır'ın (2011) kalça protezi ameliyatı öncesi hastalara verilen bilginin ameliyat sonrası konfor ile ilişkili çalışmasında bilgi alan bireylerin konfor düzeyleri yüksek bulunmuştur (57). Kavalcı'nın (2021) kolorektal cerrahi

hastalarına uygulanan hizlandırılmış iyileşme protokolünün konfor düzeyine etkisini inceleyen çalışmada işlem öncesi bilgi verilmesi hasta konforunu etkilemediği bulunmuştur (58). Bu çalışmada işlem öncesi bilgilendirmenin konfor düzeyini etkilemediği bulundu. Bu durum hastanın KAG planlaması aşamasında hekim tarafından bilgilendiriyor olmasıyla ilişkili olabilir.

Radial KAG işlem femoral KAG işlemine göre avantajlıdır. Hasta bireylerde erken mobilyazasyon, kanama riski yönünden düşük olması ve komplikasyon riskinin az olmasından kaynaklı radial KAG, femoral KAG işlemine göre konforlu bulunduğundan öncelikli olarak tercih edilmektedir (59). Çıracı'nın (2019) radial ve femoral KAG yapılmış hastaların konforu üzerine etkisini inceleyen çalışmada radial KAG olanların konfor düzeyi yüksek bulunmuştur (31). Kok ve arkadaşlarının (2017) elektif koroner girişimlerde hastaların radial ve femoral vasküler giriş tercihini belirlemeye yönelik çalışmada; kanama, giriş yeri, işlem sonrası damar kalitesi, mobilizasyon ve konfor durumu değerlendirilmiş ve radial KAG olanların femoral KAG olanlara göre konfor düzeyleri yüksek bulunmuştur (41). Bu çalışma da benzer sonuçlar göstermekte idi. Radial KAG olanların femoral KAG olanlara göre daha konforlu olduğu bulundu. Hasta bireylerin radial KAG sonrası erken mobilize olması erken taburcu olması yatak içinde hareket kısıtlılığının olmaması ve kum torbası gibi ağrı yapabilen bir etmenle karşılaşmamalarından dolayı yüksek bulunduğu düşünülmektedir.

KAG bölgesine kum torbası uygulanması, hastalarda uzun süreli yatma ve hareket kısıtlılığına yol açtığı için için konforlu bulunmamaktadır (41). Ercan ve arkadaşlarının (2013) KAG hastalarıyla yürütmüş olduğu çalışmada hastaların uzun süre kum torbası ile yatmayı konforlu bulmadıkları görülmüştür (60). Çıracı'nın (2019) radial ve femoral KAG yapılmış hastaların konforu üzerine etkisini inceleyen çalışmada kum torbası kullanılan hastalarda konfor düzeyinin düşük olduğu görülmüştür (31). Bu çalışmada yapılan çalışmalara benzer olarak kum torbası olan hastaların konfor düzeyi düşük bulundu. Kum torbası bireylerin hareketlerini kısıtlamakta, basınç nedeniyle ağrıya neden olmakta ve özbakım gerektiren günlük aktivitelerin yerine getirilmesini engellemektedir.

5.3 Rahatsızlığa Dayanma İle İlişkili Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada RDÖ genel puan ortalaması $21,32 \pm 7,95$; Rahatsızlığa Dayanma Alt Boyutu puan ortalaması $11,91 \pm 4,95$ ve Rahatsızlıktan Kaçınma Alt Boyutu puan ortalaması ise $9,41 \pm 3,27$ olarak bulundu. Emre'nin (2021) çalışmasında RDÖ genel puan ortalaması $32,41 \pm 3,95$ bulundu (31).

Bu çalışmadaki hastaların, RDÖ genel puan ortalamasının hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre (cinsiyet, yaş, medeni durum, daha önce geçirilen KAG, ilaç kullanma, KAG daha önceden bilgi alma) istatistiksel olarak anlamlı sonuç göstermediği belirlendi ($p > 0,05$). Bu durum bireylere rahatsızlık veren durumların farklı olması nedeniyle bu durumlara dayanma gücünün bireysel özelliklerin dışında farklı deneyimlerinden kaynaklanıyor olabileceğini düşündürdü.

Hastalar yoğun bakımda yattığı süre boyunca ortamdaki ses, ışık, ağrı çeken hastaları ve entübe olanları görme gibi durumlara maruz kaldıkça bunları kendilerine stres faktörü olarak görmektedirler (61). Emre'nin (2021) kardiyak cerrahi işlem sonrası kum torbası uygulanan bireylerin rahatsızlığa dayanma gücünü inceleyen çalışmasında hastanede yatma deneyimi olan hastaların rahatsızlığa dayanma gücü yüksek bulunmuştur (31). Bu çalışmada ise daha önceden hastaneye yatma deneyimi olma durumuna göre bireylerin rahatsızlığa dayanma güçleri arasında bir farklılık bulunmadı. Bu durumun çalışmaya katılan bireylerin rahatsızlığa dayanma puanlarının görece düşük olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünüldü.

Rahatsızlığa dayanma gücü düşük bireylerin alkol kullanımına daha yatkın olduğu, bireylerin rahatsızlığa dayanmak için alkol kullanımını artırdığı bildirilmektedir (62). Köroğlu'nun(2018) üniversite öğrencilerinin rahatsızlığa dayanma ve alkol kullanım ilişkisi arasındaki çalışmasında alkol kullanım oranı yüksek bulunanların rahatsızlığa dayanma gücü düşük olarak bulunmuştur (63). Tull'un (2020) alkol bağımlılığının rahatsızlığa dayanma gücü ile arasındaki ilişki çalışmasında alkol bağımlılığı yüksek olan hastaların rahatsızlığa dayanma gücü düşük bulunmuştur (64). Zegel'in (2021) alkol ve rahatsızlığa dayanma arasında

yaptığı çalışmada da alkol kullanım oranı yüksek bulunanların rahatsızlığa dayanma gücü düşük olarak bulunmuştur (65). Bu araştırmada ise diğer çalışmalardan farklı olarak alkol kullanma oranı yüksek olan hastalarda rahatsızlığa dayanma gücü yüksek bulundu (Tablo 11). Bu durum, bildirilen alkol kullanım oranının bireyin başetme gücünün zayıflığını gösteren bağımlılık derecesinde olmadığını düşündürdü. Bireyin alkol kullanım miktarı ve sıklığının etkili olabileceği ve örneklem grubunun farklılığından kaynaklanabileceği düşünüldü. Ayrıca rahatsızlıktan kaçınmanın bir yolu olarak alkol kullanmakta oldukları şeklinde değerlendirildi.

5.4 Hasta Konforuyla Rahatsızlığa Dayanma Gücü Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Hastaların GKÖ toplam puanı ile RDÖ toplam ($r=,240$; $p<,01$) ve rahatsızlıktan kaçınma ($r=,247$; $p<,01$) alt boyut puanları arasında anlamlı ve düşük düzeyde pozitif doğrusal bir ilişki bulundu ($p<0,05$) (Tablo 12). Literatürde hasta konforu ve rahatsızlığa dayanma arasında ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu çalışmada hastanın konfor düzeyi arttıkça rahatsızlığa dayanma gücü arttığı bulundu. Hastaların karşılaştıkları fiziksel ve zihinsel problemleri aştıkları ve başetme gücü kazandıkları durumda konfor düzeyleri arttığından, gelişen rahatsızlık durumlarına dayanma güçlerinin arttığı düşünülmektedir.

6 SONUÇ

Koroner anjiyografi işlemi uygulanan hastaların konfor düzeyleri ve rahatsızlığa dayanma gücü arasındaki ilişkinin tanımlayıcı olarak değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada;

- KAG uygulanan bireylerin cinsiyet, yaş, medeni durum, kronik hastalık, ilaç kullanımı, daha önceden KAG geçirme, KAH nedeniyle yatma, KAG hakkında bilgi alma, KAG olma nedenleri gibi özelliklerin konfor düzeyleri ve rahatsızlığa dayanma gücü arasında ilişki olmadığı bulundu.
- Radial KAG uygulanan bireylerin konfor düzeyi femoral KAG uygulanan bireylerden daha yüksek olduğu belirlenmiş, rahatsızlığa dayanma gücü ile arasında ilişki bulunmadı.
- KAG sonrası işlem bölgesinde kum torbası kullanılmayan bireylerin konfor düzeyi işlem bölgesinde kum torbası kullanılanlara göre daha yüksek olarak bulundu.
- KAG uygulanan bireylerden alkol kullananların alkol kullanmayanlara göre rahatsızlığa dayanma gücü yüksek olduğu bulundu.
- KAG uygulanan bireylerde konfor algısının rahatsızlığa dayanma gücü ile pozitif ilişki içerisinde olduğu konfor algısı arttıkça rahatsızlığa dayanma gücünün arttığı belirlendi.
- Hastaların total konfor algısı ile konforun rahatlama ve üstünlük alt bileşenlerinin genel olarak rahatsızlığa dayanma ve rahatsızlıktan kaçınma ile ilişkili olduğu saptandı.

Öneriler;

Bu araştırma sonuçları doğrultusunda;

- Femoral anjiyo sonrası kullanılan kum torbası yerine, konforu ve rahatsızlığı olumsuz etkilemeyen kanamayı daha kısa sürede durdurabilen ve

mobilizasyonu erken dönemde başlatabilen kasık kapama padlerinin kullanımının arttırılması ve yaygınlaştırılması,

- Hastaların konforun bir alt bileşeni olan rahatlama duygusunun gelişimine yardımcı olan faktörlerin belirlenmesi için nitel yöntemlerden yararlanılması ve bu doğrultuda bakım ortamının organize edilmesi,
- Hastaların konfor algısını tanımlayan bileşenlerden üstün gelme ve bakım gereksinimlerine yönelik öz yönetim sağlamasına yardımcı olacak bilgi ve becerileri kazandıracak eğitimlerin planlanması,
- Hasta konforunu ve rahatsızlık verici durumlara dayanma gücünü etkileyen faktörlerin daha geniş örneklem gruplarında nitel çalışma yöntemlerinden de yararlanarak araştırılması önerildi.

7 KAYNAKLAR

1. Demir Ö, Arslantaş H. Koroner anjiyografi ve perkütan transluminal koroner anjiyoplasti işlemi öncesi uygulanan müzik eşliğinde progresif kas gevşeme egzersizinin bireylerin anksiyete düzeylerine olan etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2014; 5(3):113-121.
2. Kozluca V. Perkütan Koroner Girişimler İçin Genel Prosedürel Konular. *Türk Kardiyoloji Derneği Girişimsel Kardiyoloji Birliği Bülteni*. 2022; 1(1):7.
3. Güleser GN, Korkut S, Oğuzhan A. Perkütan koroner girişim sonrası femoral kateter çekimine bağlı gelişen ağrının bir komplikasyonu: vazovagal reaksiyon ve hemşirelik bakımı. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2014; 5(7):41-47.
4. Kuğuoğlu S, Karabacak Ü. Genel Konfor Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2008; 16(61):16-23.
5. Özdel K, Yalçinkaya Alkar Ö, Taymur İ, Türkçapar MH, Zamk E, Sargın AE, Rahatsızlığa dayanma ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2012; 1(1):52-58.
6. Malinowski A, Stamler LL. Rahatlık: hemşirelikte kavramın keşfi. *İleri Hemşirelik Dergisi*. 2002; 39(6):599-606.
7. Bakan G. Perkütan koroner girişimlerde kanıta dayalı bakım uygulamaları. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2016; 7(1):26-34.
8. Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK), Ölüm ve Ölüm İstatistikleri Oranı. 2019, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> Erişim Tarihi:05.11.2022.
9. Türk Kardiyoloji Derneği (TKD). Avrupa klinik uygulamada kardiyovasküler hastalıklardan korunma kılavuzu: Özet. *Türk Kardiyoloji Derneği Arş*. 2008; (Suppl 1):153-192.
10. Akturan S, Gümüş B, Özer Ö, Balandız H, Erenler AK. TÜİK Verilerine Göre Türkiye'de 2009 ve 2016 Yılları Arasındaki Ölüm Oranları ve Nedenleri. *Konuralp Medical Journal*. 2019; 11(1):9-16
11. World Health Organization. Non Communicable Diseases fact sheet 2018. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> Erişim Tarihi:05 Kasım 2022.
12. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, Prescott E, Storey RF, Deaton C, Cuisset T, Agewall S, Dickstein K, Edvardsen T, Escaned J, Gersh BJ, Svitil P, Gilard M, Hasdai D, Hatala R, Mahfoud F, Masip J, Muneretto C, Valgimigli M, Achenbach S, Bax JJ; ESC Scientific Document Group. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2020 Jan 14; 41(3):407-477.
13. Ous R. 2013 ESC Guidelines On The Management Of Stable Coronary Artery Disease. *European Heart Journal*. 2013:2949-3003.

14. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Birinci Basamakta Çalışan Hekimler İçin Koroner Arter Hastalığı İl Eğitim Rehberi. Modül 2. Ankara. 2020.https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engellidb/haberler/Egitimler/egitim_reh_sunum/Koroner_Arter_eitici_eitimi_modl.pdf Erişim Tarihi: 05 Kasım 2022.
15. Türker Y, Özaydın M, Acar G, İçli A. Egzersiz testi normal olan bir olguda ciddi ana koroner arter darlığının izlenmesi. SD.Ü Tıp Fakültesi Dergisi. 2011; 18(2):64-66. İçinde: Crawford MH, DiMarco JP. 2004. Cardiology. Second edition. Mosby.
16. Yalçın H, Canbaz Tosun F. Koroner arter hastalığı tanı ve yönetiminde nükleer kardiyoloji. Türkiye Nükleer Tıp Derneği. 2018; 4:80-95.
17. Türk Kardiyoloji Derneği, Perkütan Koroner ve Valvüler Girişimlerde Hemşirelik Bakım Kılavuzu, Ocak, 2007.
18. Ekiz S, Göz F. Koroner anjiyografi öncesi hastaları bilgilendirmenin anksiyete düzeyi üzerine etkisinin değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2003;8(1):20-30.
19. Ahraz M. Koroner Anjiyografi Sonrası Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Önerilen Hastalarda Hemşirenin Eğitici Hasta Danışmanlığı Rolünün Hastanın Anksiyete Ve Cerrahi Kararına Etkisi. H.K.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2018 (Danışman: Prof. Dr. Y. Ayla).
20. Doğan A. Koroner Anjiyografi Planlanan Hastalara İşlem Öncesi Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi, A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Trabzon, 2018 (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi U. Nilgün).
21. TDK (Türk Dil Kurumu). Genel Açıklamalı Sözlük. TDK Yayınları. 2017. Ankara.
22. Kolcaba K. Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research. New York. 2003.Springer Publishing.
23. Kolcaba K. Evolution of The Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research. Nursing Outlook. 2001; 49(1):86-92.
24. Karabacak Ü. Meme Kanseri Hastalarda Konforu Destekleyici Hemşirelik Bakımının Ve Eğitiminin Radyoterapi İle Etkileşimi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2004 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A. Rengin).
25. Karabacak Ü, Acaroğlu R. Konfor kuramı.Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2011; 4(1):198-201.
26. Wilson L, Kolcaba K. Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. Journal of PeriAnesthesia Nursing. 2004; 19(3):164-17.
27. Kolcaba K, Dimarco MA. Comfort theory and its application to pediatric nursing. Pediatric Nursing. 2015; 31(3):187-194.
28. Zvolensky MJ, Bonn-Miller MO, Leyro TM, Johnson KA, Bernstein A. Esrar: Ampirik Literatüre Genel Bir Bakış. 2010. İçinde: Johnson B. (eds) Bağımlılık Tıbbı. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-0338-9_20.

29. Dimarco KK, Kolcaba K. Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing Journal*. 2005; 31(3):187-194.
30. Yel P, Ünsar S. Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeyleri. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2020;11(24):7-15.
31. Çıracı B. Radial ve Femoral Girişli Anjiyografilerde Hastaların Konfor Ölçümlerinin Ölçülmesi. İ.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019 (Danışman: Doç.Dr. R. Selda).
32. Tunç B. Koroner anjiyografi uygulanan hastaların bilgi düzeyleri. B.Ü. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2022 (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi K. Anita).
33. Emre HK. Kardiyak Cerrahisi Sonrası Femoral Kateter Çekilmesi Nedeni İle Kum Torbası Uygulanan Hastaların Yaşadıkları Rahatsızlık ve Rahatsızlığa Dayanma Gücü Arasındaki İlişki. B.U.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bursa, 2021 (Danışman: Doç. Dr. A. Neriman).
34. Ozan YD. ST Elevasyonsuz Akut Koroner Sendromda, Perkütan Koroner Girişim Öncesi ve Sonrası Sol Ventrikül Fonksiyonlarının Global Longitudinal Strain İle Değerlendirilmesi. K.T.Ü. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Trabzon, 2022 (Danışman: Prof. Dr. G. Ömer).
35. Karakuşlu M. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Depresyon Belirtileri. M.Ü. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, 2022 (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ö. Şenay).
36. Çil B. Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Koroner Anjiyografi Geçirmiş Hastaların Bilgi Gereksinimleri ve Transfer Anksiyetesi Arasındaki İlişki. H.K.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2020 (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi T. Betül).
37. Annaç S. Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. H.K.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2018 (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi T. Nuran).
38. Gören EN. Hastaların Koroner Anjiyografi Öncesi Kaygı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. L.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2019 (Danışman: Prof. Dr. B. Hatice).
39. Çetin D. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların İşlem Öncesinde Yaşadıkları Anksiyetenin Azaltılmasında Eğitimin Önemi. B.V.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. I. Özlem).
40. Erdem G. Koroner Anjiyografi Yapılacak Hastaları Bilgilendirmenin Anksiyete Ve Benlik Saygısı Üzerine Etkisi. B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir, 2019 (Danışman: Doç. Dr. KS. Sibel).
41. Kok MM, Weernink MG, Birgelen C, Fens A, Heijden LC, Til JA. Patient preference for radial versus femoral vascular access for elective coronary procedures: the Prevas study. *Catheterization and cardiovascular interventions*. 2018; 91(1):17-24.

42. Yılmaz E, Çeçen D, Toğaç HK, Mutlu S, Havva K, Aslan A. Ameliyat sürecindeki hastaların konfor düzeyleri ve hemşirelik bakımları. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2018; 5(1):3-9.
43. Özden G. Tip 2 Diyabetes Mellitus' Lu Hastalarda Hastalığı Kabulün Konfor Düzeyine Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2018 (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi ÇS. Seyhan).
44. Durmaz BN. Kalp Yetersizliği Hastalarında Konfor ile Semptom Şiddeti, Öz-Bakım Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. H.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2022 (Danışman: Prof. Dr. Ö. Leyla).
45. Terzi B, Nurtan K. Konfor kurami ve analizi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 20(1):67-74.
46. Kubat Bakır G, Yurt S. Cerrahi operasyon geçiren hastaların konfor düzeyinin değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum Dergisi. 2020; (3):158-165.
47. AmaçHY, Çam R. Gününbirlik cerrahide hasta konforu ve hasta konforunu etkileyen etmenler. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019; 5(1):1222-1237.
48. Üstündağ H. Koroner Arter Baypas Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Konfor Düzeyi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2009 (Danışman: Prof. Dr. EA. Fatma).
49. Büyükuşal Şahin P, Rızalar S. Ameliyat geçiren hastalarda konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2018; 5(3):404-413.
50. Güner A. Akciğer Kanseri Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Konfor Düzeyi ve Konforu Etkileyen Faktörler. B.Ü. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2020 (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi KK. Azime).
51. Öden B. Yaşlı Bireylerde Sosyoekonomik Statüye Göre Serbest Zaman Alışkanlıklarının ve Geriatrik Depresyonun Değerlendirilmesi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, 2019 (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Y. Türkan).
52. Malinowski A, Stamler LL. Rahatlık: hemşirelikte kavramın keşfi. İleri Hemşirelik Dergisi. 2002; 39(6):599-606.
53. Ölçüm Hİ, Karadere ME. Opioid kullanım bozukluğu arındırma ve sürdürüm sürecinde ağrının yönetimi: Konfor kuramı ve nörobilim temelinde bir yaklaşım. Hitit Medical Journal. 2023; 5(1):52-56.
54. Gürses B. Transradial ve Transfemoral Anjiyoplasti Uygulamalarının Hasta Konforu Açısından Değerlendirilmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. EY. Hacer).
55. Çakır E. Radyal Arter Kateterizasyonuna İlişkin Konfor ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması. İ.O.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019 (Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Y. Özlem).
56. Köçkar Ç. Parsiyel kalça protezi uygulanan hastalar için klinik rehber geliştirme ve geliştirilen rehberin hasta çıktılarına etkisi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum, 2010 (Danışman: Yrd. Doç. Ö. Nadiye).

57. Gürçayır D. Kalça Protezi Ameliyatı Olacak Hastalara Verilen Eğitimin Ameliyat Sonrası Konfor Düzeyi Ve Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi. A.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2011 ((Danışman: Yrd.Doç. Dr. K. Neziha).
58. Kavalcı G. Kolorektal Cerrahi Hastalara Uygulanan Hızlandırılmış İyileşme Protokolünün Konfor Düzeyine Etkisi. İ.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2021 (Danışman: Doç.Dr. R. Selda).
59. Çıracı B. Radial ve Femoral Girişli Anjiyografilerde Hastaların Konfor Ölçümlerinin Ölçülmesi. İ.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019 (Danışman: Doç.Dr. R. Selda). In: D'Agostino RB, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM. General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care: the Framingham Heart Study. Circulation 2008;117: 743–753.
60. Ercan SL, Karşlı VM, Davutoğlu V, Huraibat A, Oylumlu M, Inanç IH, Yu Ce M, Aksoy M. Perkütan koroner girişim sonrası -mobilitateye izin veren- kontrollü baskı kemerinin kum torbasıyla karşılaştırılması: Pilot çalışma [Comparison of controlled pressure belt -allowing mobility to sandbags after percutaneous coronary intervention: pilot study]. Türk Kardiyol Dern Ars. 2013 Dec; 41(8):699-704.
61. Zaybak A, Çevik K. Yoğun bakım ünitesindeki stresörlerin hasta ve hemşireler tarafından algılanması. Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi. 2015; 6:4-9.
62. Bozkurt S. Alkol Kullanım Bozukluğu, Psikopatolojik Özellikler, Ruhsal ve Fiziksel Sıkıntıya Dayanma Arasındaki İlişki. E.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, İzmir, 2019 (Danışman: Prof. Dr. C. Hakan).
63. Köroğlu K. Üniversite öğrencilerinde sıkıntıya dayanma ve alkol kullanımı arasındaki ilişkide başa çıkmanın rolü. I.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2018 (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi BN. Nazlı).
64. Matthew T, Tull Keith A, Edmonds Courtney N, Forbes Julia R, Richmond Jason P, Rose Michael D, Kim L Gratz. Examining Relationships Between Gender, Opioid Dependence, And Distress Tolerance Among Patients In Substance Use Disorder Treatment, Substance Use & Misuse. 2020; (55)8:1327-1334.
65. Zegel M, Rogers AH, Vujanovic AA, Zvolensky MJ. Alcohol use problems and opioid misuse and dependence among adults with chronic pain: The role of distress tolerance. Psychology of Addictive Behaviors. 2021; 35(1):42–51.

8 EKLER

EK 1.Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu

Bölüm I. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özellikler

- 1- Cinsiyetiniz?
A. Erkek B.Kadın

- 2- Yaşınız:.....

- 3- Medeni Durumunuz?
A.Evli B.Bekar

Bölüm II. Hastaların Hastalıkla İlgili Özellikleri

- 4- Koroner anjiyografi gerektiren rahatsızlığınız dışında bir hastalığınız var mı?
A.Hastalık yok B.Hipertansiyon
C.Solunum sistemi hastalıkları D.Diyabet
E.Nörolojik problemler F.Diğer.....(belirtiniz)
- 5- İlaç kullanıyor musunuz?
A. HayırB.Evet..... (belirtiniz)
- 6- Sigara kullanıyor musunuz?
A.Hayır B.Evet
- 7- Alkol kullanıyor musunuz?
A.Hayır B.Evet

EK 1. Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu (devam)

- 8- Daha önce Koroner Arter Hastalığı (KAH-Kalp Hastalığı) nedeniyle hastanede yattınız mı?
A. Hayır B. Evet (kaç kez).....
- 9- Daha önce Koroner Anjiyografi (KAG) işlemi geçirdiniz mi?
A. Hayır B. Evet (kaç kez).....
- 10- Daha önce Koroner Anjiyografi (KAG) işlemi uygulanan bir yakınınız var mı?
A. Hayır B.Evet
- 11- Koroner Anjiyografiniz nedeniniz nedir?
A.Kontrol B.Tanı
C.Girişimsel (stent, balon) D. Diğer.....
- 12- Anjiyografi öncesi işlemle ilgili bilginiz var mıydı?
A. Hayır B. Evet Kimden/nereden bilgi aldınız?.....
- 13- Koroner Anjiyografi işlemi hangi bölgeden uygulandı?
A.Kasık (Femoral) B.Koldan (Radial)
- 14- Koroner Anjiyografi sonrası işlem bölgenizde kum torbası kullanıldı mı?
A. Hayır B. Evet

EK 2. Genel Konfor Ölçeği Anketi

Genel Konfor Ölçeği (GKÖ)

Rahatlık kavramı ile ilgili çalışmamızda görüşleriniz bizim için önemlidir katılımınız için teşekkür ederiz.

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

Örnek: Rahatlığımıza ilişkin doldurduğum bu anketten memnunum	Tamamen Katılıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
	4	3	2	1
1.Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum	4	3	2	1
2.Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum	4	3	2	1
3.Mahremiyetimi yeterince sürdürebiliyorum	4	3	2	1
4.Yardıma gereksinim duyduğumda güvenebileceğim kişiler var	4	3	2	1
5. Egzersiz yapmak istemiyorum	4	3	2	1
6. Durumum beni bunaltıyor	4	3	2	1
7. Kendimi güvende hissediyorum	4	3	2	1
8. Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum	4	3	2	1
9. Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum	4	3	2	1
10. Sevildiğimi bilmek beni mutlu ediyor	4	3	2	1
11. Bulduğum ortamdan memnunum	4	3	2	1
12. Gürültü dinlenmemi engelliyor	4	3	2	1
13. Kimse beni anlamıyor	4	3	2	1
14. Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum	4	3	2	1
15. Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim	4	3	2	1
16. Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum	4	3	2	1
17. İnancım korkusuz olmama yardım ediyor	4	3	2	1
18. Burada olmaktan hoşlanmıyorum	4	3	2	1
19. Şu anda kabızım	4	3	2	1
20. Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum	4	3	2	1
21. Bu oda beni ürkütüyor	4	3	2	1
22. Bundan sonra olacaklardan korkuyorum	4	3	2	1
23. Önemli olduğumu bana hissettiren kişi(ler) var	4	3	2	1

EK 2. Genel Konfor Ölçeği Anketi (devam)

Örnek: Rahatlığımıza ilişkin doldurduğum bu anketten memnunum	Tamamen Katılıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
	4	3	2	1
24. Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığını hissediyorum	4	3	2	1
25. Açım	4	3	2	1
26. Doktorumu daha sık görmek istiyorum	4	3	2	1
27. Bu odanın ısısı iyi	4	3	2	1
28. Çok yorgunum	4	3	2	1
29. Ağrıyla başa çıkabiliyorum	4	3	2	1
30. Bulduğum ortam beni rahatlatıyor	4	3	2	1
31. Memnunum	4	3	2	1
32. Bu sandalye/yatak rahatsız	4	3	2	1
33. Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor	4	3	2	1
34. Özel eşyalarım burada değil	4	3	2	1
35. Kendimi buraya ait hissetmiyorum	4	3	2	1
36. Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum	4	3	2	1
37. Arkadaşlarım telefon ederek ya da elektronik posta/ kart atarak beni hatırlıyor	4	3	2	1
38. İnançlarım bana huzur veriyor	4	3	2	1
39. Sağlığım hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum	4	3	2	1
40. Kendimi kontrol edemiyorum	4	3	2	1
41. Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum	4	3	2	1
42. Bu oda berbat kokuyor	4	3	2	1
43. Tek başınayım ama yalnızlık hissetmiyorum	4	3	2	1
44. Kendimi huzurlu hissediyorum	4	3	2	1
45. Kederliyim	4	3	2	1
46. Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim	4	3	2	1
47. Burada yaşamak kolay	4	3	2	1
48. Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum	4	3	2	1

EK 3. Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği Anketi

Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği

Lütfen 0 (bana hiç uygun değil) ile 6 (tümüyle bana uygun) arasında puanlama yapınız.

	Buna hiç uygundeğil		Kararsızım			Tümüyle bana uygun	
1. Çok şiddetli bedensel rahatsızlığa dayanabilirim.	0	1	2	3	4	5	6
2. Yüksek bir ağrı eşiğim vardır.	0	1	2	3	4	5	6
3. Bedensel olarak rahatsızlık hissetmek için aşırı önlem alırım.	0	1	2	3	4	5	6
4. Ağrım ya da acım olduğunda asla aspirin gibi ilaçlar almayan insanlardanım.	0	1	2	3	4	5	6
5. Egzersiz yaparken bedensel engellerimi zorlarım.	0	1	2	3	4	5	6
6. Bedensel olarak rahatsız hissetmeye başlayınca, huzursuzluğu gidermek için hemen bir şeyler yapmaya başlarım.	0	1	2	3	4	5	6
7. Çoğu insana göre bedensel huzursuzluk hissine karşı daha hassasım	0	1	2	3	4	5	6

EK 4. Hasta Onam Formu

Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Bay/Bayan,

Bu çalışma koroner anjiyografi uygulanan hastalarda hasta konforunun hastalığa dayanma gücü ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Çalışmayı kabul ettiğiniz takdirde, “Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu”, “Genel Konfor Ölçeği” ve “Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği”ni doldurmanız istenecektir. Yapılan çalışma sürecinde size hiçbir girişim yapılmayacaktır. Çalışmada size ait veriler herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak, veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır ve kişisel bilgileriniz kesinlikle gizli kalacaktır. Bu çalışmaya katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir sizden ücret istenmeyecektir. Araştırmaya destek verdiğiniz için teşekkür ederiz.

Yukarıdaki bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Çalışmaya Katılacak Bireyin;

Adı:.....Soyadı:.....

İmza:.....

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

EK 5. Etik Kurul İzni



EK 5. Etik Kurul İzni (devam)



EK 6. Kurum İzni



EK 7. Ölçek İzni



9 ÖZGEÇMİŞ





