

Havva
KARAYEL EMRE



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**KARDİYAK CERRAHİSİ SONRASI FEMORAL
KATETER ÇEKİLMESİ NEDENİ İLE KUM TORBASII
UYGULANAN HASTALARIN YAŞADIKLARI
RAHATSIZLIK VE RAHATSIZLIĞA DAYANMA GÜCÜ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Havva KARAYEL EMRE
ORCID ID: 0000-0002-1997-8151

(Yüksek Lisans Tezi)

BURSA-2021

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ

2020



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**KARDİYAK CERRAHİSİ SONRASI FEMORAL KATETER
ÇEKİLMESİ NEDENİ İLE KUM TORBASU UYGULANAN
HASTALARIN YAŞADIKLARI RAHATSIZLIK VE
RAHATSIZLIĞA DAYANMA GÜCÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

HAVVA KARAYEL EMRE
ORCID ID: 0000-0002-1997-8151

(Yüksek Lisans Tezi)

DANIŞMAN:
Doç. Dr. Neriman AKANSEL

BURSA-2021

**T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Kardiyak Cerrahisi Sonrası Femoral Kateter Çekilmesi Nedeni ile Kum Torbası Uygulanan Hastaların Yaşadıkları Rahatsızlık ve Rahatsızlığa Dayanma Gücü Arasındaki İlişki” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

HAVVA KARAYEL EMRE

Tarih ve İmza

İÇİNDEKİLER

Dış Kapak	
İç Kapak	
ETİK BEYANI.....	II
KABUL ONAY.....	III
TEZ KONTROL BEYAN FORMU.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
TÜRKÇE ÖZET.....	VII
İNGİLİZCE ÖZET.....	VIII
1. GİRİŞ.....	9
2. GENEL BİLGİLER.....	12
2.1. Açık Kalp Cerrahisi.....	12
2.2. Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Erken Dönemdeki Hastanın Hemşirelik Bakımı.....	12
2.2.1. Homeostazın Sağlanması ve Komplikasyonların Önlenmesi.....	13
2.2.2. Kuagülasyon ve Hemoglobın Düzeyinin İzlenmesi.....	13
2.2.3. Aldığı- Çıkardığı Sıvı Takibi.....	13
2.2.4. Kan Basıncının Düzenlenmesi.....	14
2.2.5. Solunum Fonksiyonlarının İzlenmesi.....	14
2.2.6. Ameliyat Sonrası Ağrı Kontrolü.....	14
2.2.7. Hipoterminin Önlenmesi.....	15
2.2.8. Stresin Kontrol Altına Alınması.....	15
2.2.9. Erken Ayağa Kaldırma.....	15
2.2.10. Hastanın Klinikteki Bakımı.....	16
2.3. Açık Kalp Cerrahi Sonrası İntraaortik Balon Pompası (IABP) Uygulaması.....	16
2.3.1. IABP Endikasyonları ve Kontrendikasyonları.....	17
2.3.2. IABP Yerleştirilen Hastanın Hemşirelik Bakımı.....	17
2.3.3. IABP'na Bağlı Gelişen Komplikasyonlar.....	19
2.4. Femoral Kateter (Sheath) Uygulaması.....	19
2.4.1. Femoral Ven Kateteri Uygulaması İçin Endikasyonlar.....	20
2.4.2. Femoral Sheath Uygulanan Hastanın Hemşirelik Bakımı.....	20
2.4.3. Femoral Sheath Uygulamasını Sonlandırma.....	23
2.5. Kum Torbası Uygulaması Nedeni ile Hastaların Yaşadıkları Rahatsızlık.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1. Araştırmanın Tipi.....	27
3.2. Araştırmanın Evreni.....	27
3.3. Araştırmanın Örneklemi.....	27
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	28
3.5. Araştırma Sorusu.....	28
3.6. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması.....	28
3.7. İstatistiksel Analiz.....	30

3.8. Verilerin Çözümlemesi ve Yorumlanması	30
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	44
5.1. Hastalara İlişkin Demografik Verilerin Tartışılması.....	44
5.2. Hastaların Kum Torbasının Uygulanması Nedeni İle Bazı Alanlarda Yaşadıkları Rahatsızlığın Tartışılması.....	46
5.3. Hastaların Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği Puanlarının Tartışılması..	48
5.4. Öneriler	51
6. KAYNAKLAR.....	53
7. SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	63
8. EKLER.....	64
Ek 1: İzin Belgeleri.....	64
Ek 2: Etik Kurul İzni.....	66
Ek 3: Hasta Tanıtım Formu.....	69
Ek 4: Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği.....	73
9. TEŞEKKÜR.....	74
10. ÖZGEÇMİŞ.....	75

TÜRKÇE ÖZET

Kardiyak cerrahi geçiren hastalara yerleştirilen femoral kateterin çekilmesinden sonra kanamayı kontrol altına almak için femoral bölgeye kum torbası uygulanan hastaların yaşadıkları rahatsızlığın ve rahatsızlığa dayanma gücü arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla hazırlanan çalışma tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapıldı.

Bu çalışma, Bursa ilinde bir Eğitim Araştırma Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım ünitesinde kardiyak cerrahi sonrası tedavi edilen, femoral kateter çekilmesi nedeni ile kum torbası uygulanan hastalarda yapıldı. Çalışmanın verileri Aralık 2018-Şubat 2019 tarihleri arasında toplandı. Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan, %90 güven aralığında ve %5 hata payı ile çalışmaya katılmaya gönüllü olan 200 hasta çalışmanın örneklemini oluşturdu.

Hastalara ilişkin bilgiler, hasta tanıtım formu ve Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği (RDÖ) ile hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplandı. Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde, SPSS 22.0 yazılım paket programı kullanıldı. Araştırmanın bulguları sayı, yüzdelik, ortalama değer olarak verildi. İstatistiksel analizlerde Kruskal Wallis, Mann Whitney U testleri ve Cronbach alfa katsayısı kullanıldı.

Hastaların Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği toplam puanı, ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puanlar ile, kum torbasının bulunduğu yerde ağrı, bacaklarda uyuşma hissi, omuz ağrısı, sırt ağrısı/bel ağrısı, idrar yaparken zorlanma, nefes alıp verirken zorlanma, yeme ve içmede zorlanma, güçsüzlük, halsizlik, çaresizlik, endişe puanları arasında pozitif yönde, anlamlı ve güçlü bir ilişkinin olduğu belirlendi ($p < 0.001$).

Çalışma sonuçlarının çalışmanın yapıldığı klinik çalışanları ile paylaşılması, femoral kateter çekilmesi nedeni ile kum torbası uygulanan hastaların yaşadıkları rahatsızlık ve rahatsızlığa dayanma gücü arasındaki ilişkinin incelendiği ve hastaların daha uzun süreli izlendiği gözlemsel ve tanımlayıcı çalışmaların yapılması önerilmektedir. Hastalara, ameliyat sonrası dönemde rehber olacak yazılı bir materyalin geliştirilmesi ve hemşirelerin hasta bakım uygulamalarında kum torbası nedeni ile yaşadıkları rahatsızlığı gidermeye yönelik uygun girişimler planlaması önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: Kardiyak cerrahi, Kum torbası, Rahatsızlığa dayanma, Femoral kateter,

İNGİLİZCE ÖZET

The relationship between the ability to withstand the discomfort and discomfort experienced due to sandbag placement by patients after femoral catheter removal post cardiac surgery

This study is conducted as a descriptive and cross-sectional study, to examine the relationship between the discomfort experienced by the patients due to sandbag placement to control the bleeding and their ability to withstand the discomfort after femoral catheter removal post cardiac surgery.

This study was conducted in one Training and Research Hospital Surgical Intensive Care Unit in city of Bursa. The universe of the study consisted of post cardiac surgery patients who had sandbag placed on femoral area after removal of a femoral catheter. Data were collected between December 2018 and February 2019. Sample of the study consisted of 200 patients who met the inclusion criteria with the confidence level at 90% and with 5% margin of error.

Data were collected using face-to-face interviews with the patients, using the patient identification form and the Resilience Scale (RBS). SPSS 22.0 software package program was used to analyze the data. The results were given by numbers, percentages and means. Kruskal Wallis, Mann Whitney U tests and Cronbach alpha coefficient was used for statistical analysis.

There was a positive, significant, and strong relationship between “Total Discomfort Scale” scores and its’ subdimensions with pain on femoral area, numbness in the legs, shoulder pain, back pain, difficulty urinating, difficulty in breathing, difficulty in eating and drinking, weakness, helplessness, anxiety ($p<0.001$).

It is recommended to share the results of the study with the clinical staff where the study was conducted, to conduct observational and descriptive studies that examine the relationship between the discomfort and the endurance of patients who underwent cardiac surgery due to the removal of the femoral catheter, and the patient's ability to withstand the discomfort. It is recommended that to develop a written material to guide patients in the postoperative period and nurses should plan effective interventions to reduce patients’ discomfort due to sandbag applications.

Keywords: Cardiac surgery, Sandbag, Discomfort, Femoral catheter,

1. GİRİŞ

Bireyler yaşam döngüleri içinde, zaman zaman sağlıklarını kaybederek tedavi ve bakımı gerekli kılan hastalıklar ile karşı karşıya gelmektedirler (Kocaman, 2008; Yardakçı, & Akyolcu, 2004). Dünyada ve ülkemizde ölüm nedenlerinin başında gelen kardiyovasküler hastalıklar önemli bir yere sahiptir. Tıptaki gelişmelere rağmen açık kalp cerrahisi kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde yaygın bir yöntem olarak güncelliğini korumaktadır (Çifçi, 2006; Yıldırım, 2006). Kalp cerrahisi, kapak onarımı, konjenital defektlerin tamirini, koroner arter cerrahisini kapsayan geniş bir alandır.

Cerrahinin başarısı kadar ameliyat sonrası dönemde hastaya verilen hemşirelik bakımı iyileşme sürecinde oldukça önemlidir. Hastanın yoğun bakımdaki tedavi ve bakımı sırasında çok farklı ilaçlar ve cihazlar (monitör, ventilatör, çeşitli kateterler vb) tedavi sürecinde kullanılmaktadır. Hasta yoğun bakım ünitesine (YBÜ) solunum cihazına bağlı olarak gelir ve 6–8 saat sonra durumu stabil hale geldiğinde solunum cihazından ayrılır. Solunum fonksiyonlarını etkin olarak sürdürmek amacı ile solunum egzersizlerinin yaptırılması, hastaya takılan drenlerden gelen miktarın dikkatli takip edilmesi, göğüs tüplerinin çalışır durumda olduğunun izlenmesi son derece önemlidir (Martin, & Turkelson, 2006; Özcan, 2008).

Açık kalp ameliyatı olan hastalarda ameliyat sonrası erken dönemde kalp damar fonksiyonunda bozulma, doku perfüzyonunda yetersizlik ve yaşam bulgularında düzensizliğin olması sık karşılaşılan bir durumdur (Erdil, & Elbaş, 2001). Bu nedenle yoğun bakıma gelen hastanın izlenmesi oldukça önemli bir konudur.

Kardiyak cerrahisi geçiren hastaların kan basıncı değerlerinin invaziv yöntemler kullanılarak izlenmesi oldukça güvenilir ve sıklıkla tercih edilen bir yöntemdir. Bu nedenle sıklıkla radial arter kullanılmaktadır (Mandel, 1977). Femoral arter oldukça geniş bir arterdir ve basınç monitorizasyonu için çoğunlukla mükemmel ve güvenli bir yol sağlar (Ersöz ve diğerleri., 1973; Thomas et al., 1983). Bunun dışında, ameliyat sonrası dönemde ameliyathaneden yoğun bakıma gelen bazı

hastalarda intra aortic balon pompası (IABP) desteği kullanılmaktadır. Intra aortic balon pompası konturpulsasyonu, diastolik kan basıncını yükselterek koroner kan akımını ve miyokarda oksijen sağlanmasını arttırır. Ayrıca sistolün hemen öncesinde balonun hızla deflasyonu, sol ventrikülün önündeki yükü azaltarak kontraksiyonuna yardım eder ve oksijen gereksinimini azaltır. Intra aortic balon pompası konturpulsasyonu günümüzde en sık olarak açık kalp cerrahisi sonrasında, mekanik dolaşım desteğine gereksinimi olan hastalarda kullanılmaktadır (Downing et al., 1981; Parker et al., 1974). Kardiyak cerrahi sonrası yüksek konsantrasyonlu sıvı ve ilaçların verilmesinin gerekliliği, tekrarlayan kan ve kan ürünlerinin transfüzyonun yapılması ihtiyacı, ya da daha önceki tedavilere bağlı doku hasarı ve bununla ilişkilili periferik venlerin olmaması nedeniyle ameliyattan gelen hastalarda femoral ven kateteri de bulunabilir (Thomas et al., 1983).

Hastanın hemodinamik göstergeleri normal sınırlara geldiğinde ve YBÜ'den kliniğe çıkması planlandığında femoral arter, femoral ven ve IABP desteği için femoralde bulunan kateterler çekilmektedir. İşlem sonrasında bu bölgedeki kanamanın kontrol altına alınmasında klasik kum torbasının uygulanması, damarı kapatmada kullanılan cihazlar ile baskı uygulayan yaygın olarak kullanılmaktadır. Kum torbası, girişim yapılan alandan kateter çekildikten sonra, el ile kanama kontrolü sağlanır ve ardından kum torbası (2,3-4,5kg) yerleştirilir (Yılmaz, 2004). Kum torbası genellikle kanama kontrolü yapıldıktan altı saat sonra kaldırılmaktadır. Kum torbası hastada bulunduğu sürece hastanın hareketleri sınırlandırılarak sırt üstü ve düz bir pozisyonda yatması sağlanır (Yılmaz, 2004). Kum torbalarının ağırlığı ve uzun süreli hareketsiz yatma zorunluluğunun olması hastaların rahatsızlık duymasına neden olmakta ve konforlarını önemli ölçüde etkilemektedir (Mandel, 1977). Juran et al.'ın (1999) çalışmasında, yatak başının 30 derece yüksekte bulunmasının hastalardaki sırt ağrısının azaldığı belirtilirken, femoral bölgeye yerleştirilen kum torbasının kanamayı kontrol etmede efektif olmadığı ve rahatsızlık yaşamalarına yol açtığı belirlenmiştir.

Pnömotik kompresyon cihazı olarak da bilinen Close Pad uygulaması da kum torbası yerine tercih edilen ürünlerden biridir. Ancak Beşli ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada, koroner anjiyografi sonrasında elle basıdan sonra kum torbası

uygulanmasının kanama ve diğerk komplikasyonları önlemede Close Pad'ten daha olumlu sonuçlar verdiği gösterilmiştir.

Femoral kateter çekilmesinden sonra kum torbası uygulanan hastalar bir süreliğine yatak istirahatinde kalmakta, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmek için yardıma ihtiyaç duymakta, kum torbasının uygulanması nedeni ile belli ölçüde rahatsızlık, huzursuzluk, sınırlandırılmış hissetmektedir. Bununla birlikte ağrı, ekstremitelerde uyuşma ve karıncalanma gibi semptomlar deneyimlemektedir (Yılmaz, 2004).

Literatürde 2.3-4.5kg ağırlığın kasık üzerine konulmasının kanama kontrolünde başarılı olduğu gösterilmekle birlikte (Baratta, 2002; Christensen et al., 1998), kum torbası uygulamasının gerekli olmadığını destekleyen çalışmalar da mevcuttur (Christensen et al., 1998; Logemann et al., 1999).

Bu çalışmada, kardiyak cerrahi geçiren hastalardaki femoral kateterin çekilmesinden sonra kanamayı kontrol altına almak için bu bölgeye kum torbası uygulanan hastaların yaşadıkları rahatsızlık ve rahatsızlığa dayanma gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi hedeflenmiş, elde edilen sonuçlar doğrultusunda hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesine katkı sunmak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Açık Kalp Cerrahisi

Hastanın kalp-akciğer bypass makinesine (veya pompasına) bağlanarak gerçekleştirilen kalp ve/veya damar ameliyatları, “açık kalp ameliyatı” olarak tanımlanmaktadır (Ahmetoğlu, 2019). Açık kalp ameliyatlarında bazen kalp durdurulur ve hastanın vücut sıcaklığı normalin altına düşürülür. Açık kalp ameliyatı mutlaka kalbin içinin açılması demek değildir. “Açık” kelimesi daha çok toraks duvarının açılması anlamına gelmektedir. Genel olarak, iskemik kalp hastalıkları cerrahisi veya koroner arter bypass ameliyatları, kapak ameliyatları (aort, mitral, pulmoner kapak değişimi, triküspit) kalp kası cerrahisi (anevrizmektomi, miyokardiyal rezeksiyon, vs), aorta ameliyatları, doğımsal kalp defektleri (atriyal septal defekt, ventriküler septal defekt, Fallot tetralojisi) veya yetişkin kalp cerrahisi ameliyatları gerçekleştirilmektedir (Şahin, 2019).

2.2. Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Erken Dönemdeki Hastanın Hemşirelik Bakımı

Açık kalp ameliyatından sonra hastanın bakımı, yoğun bakım ünitesinde başlayarak ve klinikten eve taburcu edilinceye kadar devam etmektedir. Açık kalp cerrahisi geçiren hastalar, ilk 24-36 saati YBÜ’de geçirmektedir. Hastanın solunumu 3-6 saat boyunca mekanik ventilatör desteği ile sağlanmaktadır. YBÜ’de herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hastalar kliniğe transfer edilerek 5. veya 7. günde evlerine taburcu edilmektedir. Hastaların erken dönemdeki bakımı kadar klinikteki bakımı da optimal iyileşmenin sağlanması açısından son derece önemlidir (Bucher, & Johnson, 2014; Erdil, & Elbaş, 2001).

2.2.1. Homeostazın Sağlanması ve Komplikeasyonların Önlenmesi

Hastalar kan basıncı, kalp hızı, elektrokardiyografi (EKG), vücut sıcaklığı sıvı giriş-çıkışı, santral venöz basınç ve arteriyel pulmoner arter basınç ölçümleri, kardiyak output, miks venöz oksijen saturasyonu gibi temel hemodinamik parametreleri açısından sık sık izlenmelidir.

Yeterli ventilasyon hacmi önemli olduğundan, arteriyel parsiyel oksijen basıncı (paO₂) ve arteriyel parsiyel karbondioksit basıncı (PaCO₂) korunmalıdır. PaCO₂ 45mmHg'nın altında olması istenirken, kardiyopulmoner bypass sonrası ilk birkaç gün pO₂ hafif düşük olması beklenmektedir (Aşkar, & Çetin, 2013; Çelik, 2007).

2.2.2. Kuagülasyon ve Hemogloblin Düzeyinin İzlenmesi

Ameliyat sonrası dönemde ilk saatlerde sürekli olarak 1,5 mL/kg/saat olacak şekilde drenaj gelmesi aktif kanama belirtisi olabileceğinden hastaya bağlı olan göğüs tüplerinden gelen miktar izlemi saatlik yapılmalıdır.

İnsizyon bölgeleri kanama yönünden takip edilmeli, hipovolemi belirti ve bulguları gözlemlenmelidir. Göğüs tüpünden drenajının olmaması tamponad belirtisi olabileceğinden hastanın takip edilmesi önemlidir. (Aşkar, & Çetin, 2013; Colson et al., 2016).

2.2.3. Aldığı- Çıkardığı Sıvı Takibi

Açık kalp cerrahisini takiben hastanın aldığı- çıkardığı sıvı izlemi ilk 24 saat saatlik süreçte oldukça önemlidir.

İdrar çıkışı 0.5ml/kg/saat'ten az olmamalı, saatlik idrar takibi düzenli olarak yapılmalıdır. Kardiyopulmoner by-pass sırasında uygulanan hemodilüsyona bağlı olarak fazla su ve sodyum birikmesi ameliyat sonrası dönemde sıvı ve elektrolit bozukluğuna ve dolaşım yüklenmesine neden olabilmektedir. Sıvı tedavisi hastanın ihtiyacına göre belirlenmeli gerekli durumlarda volümün düzenlenmesi, diüretik

kullanımında, kardiyak output, idrar çıkışı ve elektrolit değerleri değerlendirilerek karar verilmelidir (Aşkar, & Çetin, 2013; Toraman, 2013).

2.2.4. Kan Basıncının Düzenlenmesi

Ameliyat sonrası ortalama arter basıncı 60-90 mmHg, sistolik kan basıncı 90-140 mmHg tolere edilebilir kan basıncı değerleridir. Santral venöz oksijen satürasyonu ve miks venöz oksijen satürasyonu oksijen sunumu ve kardiyak output değerlendirmesinde kullanılabilir, %70 ve %60'ın altında olmaması beklenir.

Periferik nabızların dolgun, ekstremitelerin sıcak olması, perfüzyonun iyi olduğunun klinik göstergeleridir (Aşkar, & Çetin, 2013; Erdil, & Elbaş, 2001).

2.2.5. Solunum Fonksiyonlarının İzlenmesi

Açık kalp cerrahisi sonrası hastalar ilk saatlerde mekanik ventilasyona bağlıdır. Bu süreçte hastanın iki saatte bir aspire edilmesi, sekresyonun renk, koku ve miktar açısından değerlendirilmesi gereklidir.

Ventilatör ile ilişkili pnömoni ve diğer pulmoner komplikasyonları önlemek için hasta uyanır uyanmaz ve hemodinamik parametrelerdeki stabilizasyon sağlandıktan sonra mekanik ventilatörden ayrılmalıdır (Erdil, & Elbaş, 2001; Bucher, & Johnson, 2014). Erken ekstübasyon (fast-track yaklaşım) uygulamasının YBÜ'de yatış süresini kısalttığı ve daha iyi hasta sonuçları ile sonuçlandığı bilinmektedir (Toraman ve diğerleri., 2000).

Derin solunum ve öksürük egzersizlerine ameliyat öncesi dönemde başlanıp hasta taburcu olana kadar devam edilmeli, hastalara spirometre kullanımı için teşvik edilmelidir (Bucher, & Johnson, 2014; Üstündağ, & Aslan, 2011).

2.2.6. Ameliyat Sonrası Ağrı Kontrolü

Ameliyat sonrası dönemde ağrı, sternumun açılması ve bacadan greft alınması için yapılan insizyon hastaya takılan drenler, göğüs tüpleri nedeniyle oldukça yoğun hissedilmektedir. Ağrının fizyolojik ve davranışsal belirtilerine karşı

duyarlı olunması, etkin bir ağrı kontrolü yapılarak ağrının giderilmesi sağlanmalıdır. Kontrol altına alınamayan ağrı, kardiyak ve immün sistemi etkileyen stres yanıtını uzatarak oksijen gereksinimini artırır ve iyileşmenin gecikmesine neden olur. Bununla birlikte aktivitelerde de sınırlılığa sebep olarak solunum, dolaşım komplikasyonları ile sindirim sistemine ait sorunlara yol açabilir. Düzenli aralıklarla nonstroidal antiinflamatuvar ilaçlar veya opioid analjezikler verilerek ağrı en aza indirilmelidir. Hastanın insizyon bölgesi, solunum ve öksürük egzersizleri, pozisyon değişikliği sırasında desteklenmelidir (Üstündağ, & Aslan, 2011).

2.2.7. Hipoterminin Önlenmesi

Kalp cerrahisini takiben pek çok hasta YBÜ'de 34°C-35°C hipotermik durumda gelir. YBÜ'deki ilk 6-12 saatte vücut sıcaklığı normal düzeye ulaşır ve bu dönemde oksijen tüketiminde belirgin bir artış beklenmektedir. Normotermi sağlanıncaya dek hastanın vücut sıcaklığı belirli aralıklarla izlenmeli ve hasta uygun yöntemler ile ısıtılmalıdır (Üstündağ, & Aslan, 2011).

2.2.8. Stresin Kontrol Altına Alınması

Ameliyat sonrası dönemde hastaların YBÜ'lerinde izole bir durumda olmaları, uyaran eksikliği, gece-gündüz ayırımının farkında olmamaları ve bilmedikleri bir ortamda bulunmaktan kaynaklanan korku ve anksiyeteye bağlı olarak psikolojik desteğe ihtiyaçları vardır. Hemşirelik girişimlerinde hastanın stres olarak algıladıkları faktörler belirlenmeli, yapılan tüm işlemlerden önce hastaya açıklama yapılmalı, hastanın durumu hakkında bilgi verilerek korku ve endişeleri konusunda konuşulmalıdır (Erdil, & Elbaş, 2001; Üstündağ, & Aslan, 2011).

2.2.9. Erken Ayağa Kaldırma

Açık kalp ameliyatı sonrası erken dönemde hastanın ayağa kaldırılması önemli bir uygulamadır. Yatak istirahatinin uzun olması solunum sekresyonlarının birikmesine, atelekteziye, derin ven trombozu gelişme riskinin artmasına, üriner

retansiyona, böbrek taşı ve negatif nitrojen dengesi oluşmasına neden olabilir. Alt ekstremitelerde trombüs oluşumunu engellemek için hastalara yatak içinde pasif ve aktif egzersizler yaptırılmalı ve mümkün olan en kısa sürede ayağa kalkmaları sağlanmalıdır. Ameliyat sonrası ilk 72 saatte ayağa kaldırmanın hastanede kalış süresini azalttığı, komplikasyonları önlediği belirtilmektedir (Ahmed et al., 2006; Erdil, & Elbaş, 2001; Epstein, 2014; Kalisch et al., 2013; Zomorodi et al., 2012).

2.2.10. Hastanın Klinikteki Bakımı

YBÜ'deki dönemi sorunsuz geçen ve kliniğe transfer edilen hastanın buradaki bakımı da yoğun bakım izlemi kadar önemlidir. Klinikte etkili ağrı yönetimi, sıvı volüm yetersizliği ve elektrolit dengesizliğinin izlenmesi, solunum ve gaz değişiminin değerlendirilmesi oral alımının desteklenmesi, yara yeri, göğüs tüpü ve kateterlere bağlı olası enfeksiyon belirtilerinin (ateş, yara yerinde kızarıklık, sıcaklık, akıntı) değerlendirilmesi, basınç oluşturmayacak şekilde barsak boşaltımı sağlanması ve hareket durumu değerlendirilerek en erken dönemde ayağa kaldırmanın sağlanması hemşirelik bakımının hedefleri arasındadır (Bucher, & Johnson, 2014).

2.3. Açık Kalp Cerrahi Sonrası IABP Uygulaması

İntraaortik balon pompasının geliştirilmesi ile ilgili ilk girişimler 1950'li yıllarda başlamış (Kırali ve diğerleri., 1999), insandaki uygulamalarının gerçekleşmesi ise 1960'lı yıllarda olmuştur (Aydın ve diğerleri., 2012). Ülkemizde ise IABP kullanılması 1970 te başlamış ve daha sonra hızla yaygınlaşmıştır (Morton et al., 2005).

İntraaortik balon pompası tedavisi, miyokarda oksijen sağlamakta, sol ventrikülün iş yükünü azaltarak kalp debisini arttırmaktadır (Morton et al., 2005). Diyastol sırasında torasik aortada balon şişmekte ve bu esnada kan koroner artere gönderilmekte olup koroner arterin perfüzyon basıncı ile kan akımı da artmaktadır. Sistolik ejeksiyondan önce balon sönük halde iken afterload azalmakta ve

miyokardın oksijen tüketimi de azalır ve sol ventrikülün iş yükü de azalmaktadır (Aydın ve diğerleri., 2012).

2.3.1. IABP Endikasyonları ve Kontrendikasyonları

Akut ventrikül yetmezliğinde, kardiyojenik şok durumunda, valvüler hastalık mevcudunda, papiller kas rüptüründe, ventriküler septal defektlerde, mitral regurjitasyonda, tedavisi devam ettiği halde devam etmekte olan göğüs ağrılarında, akut miyokart infarktüsü komplikasyonlarında IABP uygulanmakta olup ayrıca koroner anjiyografi anında yada anestezi verilmesi söz konusu olduğunda koruyucu tedavi olarakta kardiyopulmoner bypas'dan ayırmak için, kardiyopulmoner revaskülerisasyon ve transplantasyon arasında köprü görevi görmek için uygulanabilmektedir (Comer, 2005; Hutton-Borghardt, 2010; Morton et al., 2005; Turhan, 2009).

İntraaortik balon pompası kontrendikasyonları ise; aort yetmezliği, aort disseksiyonu, periferel vasküler hastalık durumları, aort anevrizması, organik beyin sendromu, geri dönüşümü olmayan beyin hasarları, beyin kanaması ile sonuçlanan travmalar, femoral nabzın alınmaması, aktif kanama ve önceki aort femooral veya aortailiac bypass greftlerdir (Comer, 2005; Morton et al., 2005).

Aort anevrizmalarda balon yerleştirildiğinde distolik basıncın artması durumunda aort rüptürü oluşabilmektedir. Diseke aort anevrizmalarda da balon yalancı dümene yerleştirilmiş ise diseksiyon riski artabilmektedir. Aort kapak yetmezliğinde ise diastolik basıncın artması durumunda kalbe dönmüş olan kan akımının artması halinde akut kalp yetmezliği gelişebilmektedir (Morton et al., 2005).

2.3.2. IABP Yerleştirilen Hastanın Hemşirelik Bakımı

Yoğun bakım ünitesinde IABP tedavisi uygulanan hastaların hemşirelik takibi ve bakımları büyük önem taşımaktadır. IABP çalışma mekanizması sağladığı etkilerin de bilinmesi gereklidir. Bu durumla birlikte IABP ile gelişebilecek

sorunlarda gerekli önlemlerin alınabilmesi için uygun girişim planlaması ve etkin tedavi planı sağlanması gereklidir (Morton et al., 2005).

IABP uygulanan hastalara üç bölümden oluşan hemşirelik bakımı ise şöyledir (Comer, 2005);

Uygulama öncesi hemşirelik bakımında; öncelikle hasta ve ailesine işlem öncesi yapılacak işlem hakkında bilgi verilir. Gerekli tüm malzemeler hazırlandıktan sonra tam kan sayımı, protrombin zamanı (PT), aktivite parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT) kontrol edilir ve monitör ve defibrilatör hastaya bağlanır. İntravenöz kateterler kontrol edilerek daha sonra nabızlar kontrol edilir. Sağ-sol ekstremitelerden alınan nabızlar karşılaştırılır ve son olarak hastanın bazal hemodinamik değeri ölçülür (İzğü, 2015).

Uygulama sırasında hemşirelik bakımında; hasta supine pozisyonunda ve girişim yapılan ekstremitenin düz tutulmuş olması gerekmektedir. Hekimin isteği ile hastanın durumuna göre analjezik ya da sedatifler uygulanır. Girişimin yapılacağı bölge traş edilerek povidon iyot ile silinerek kateterin yerleştirilmesinde hekim asiste edilerek hastanın kalp hızı, kan basıncı pulmoner arter basıncı ve oksijen saturasyonu ile kalp debisi değerlendirilir (İzğü, 2015).

Tedavi sürecinde hemşirelik bakımında; IABP tedavisi uygulanan hastalara kardiyak yetersizliği, doku iskemisi, ventrikül fonksiyonlarında yetersiz olmasının durumunda doku perfüzyonunda yetersizlik gelişmekte ve hastada mental olarak değişiklikler, kan basıncında değişiklikler, kalp debisindeki değişiklikler, oksijenlenmedeki bozulmalar ve kardiyak disritmiler görülebilir. Bu durumlarda ise hayati organlara kan akımı ve perfüzyonu sağlamak oldukça önemlidir. Hemodinamik parametrelerin normal sınırlar dahilinde olması durumunda ise girişimin uygulanacağı bacağa yeterli akımın sağlanması önemlidir ve buna yönelik hemşirelik girişimlerinde; hayati bulgular hasta stabil duruma gelen kadar kontrol edilerek nabızları düzenli olarak değerlendirilmeli, bilek/kol indeksinin hesaplanarak ekstremitelerde renk, ısı ve kapiller dolum zamanı kontrol edilerek nabız hissedilmediğinde doppler ultrasonografi kullanılmalıdır. Perfüzyonun azalması durumunda ise belirti ve bulgular mental durum değişiklikleri kontrol edilerek izlenmelidir. Heparin infüzyonu gibi antiküagulanlar trombus riskini azaltabilmektedir (Öz Alkan, 2012).

2.3.3. IABP'na Bağlı Gelişen Komplikasyonlar

Vaskülapatisi bulunan hastalarda bacak iskemisi en yaygın görülmekte olan komplikasyondur (Elliot, et al., 2007; Hutton-Borghardt, 2010; Urden et al., 2002). Assis ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan çalışmada, IABP uygulanmış hastalarda hemşirelik raporlarından elde edilen bilgiye göre komplikasyonun iskemi olduğu belirtilmiştir ve daha küçük katetere girişimin yapılması ise iskemiye önleyebilmektedir. Diğer komplikasyonlarda ise; kanama, tromboemboli, girişim bölgesinde de vaküer hasarlar, trombositopeni ve zamanlamada hata, kullanılan cihazın bozulması ve gaz sıkıntısı gibi cihazlarla yaşanan sorunlar olarak belirtilmektedir (Elliot, 2007; Hutton-Borghardt, 2010; Öz Alkan, 2012; Urden et al., 2002).

Parissis ve arkadaşları tarafından (2011) yapılan çalışmada, IABP uygulanmış hastalarda periferik vasküler hastalık öyküsü bulunan hastalarda iskemi, tromboemboli, obstrüksiyon ve kateterin yerleştirilmesine bağlı teknik komplikasyonların fazla olduğu belirtilmiştir. Kırali ve arkadaşları'nın (1999) çalışmasında da mekanik etki ile buna bağlı vasküler sorunların %12,8 oranında en sık yaşanan komplikasyonlar olduğu belirtilmiştir.

Balon perforasyonu, balon şişip sönmeye sonucunda, kalsifiye plaklı balon membranı ile devamlı tekrarlanan temas sonucu ortaya çıkar (Urden et al., 2002). Balonun etkin şekilde çalışabilmesi ve komplikasyonların önlenmesi için kateterin pozisyonunun korunması çok önemlidir. Balon proksimale doğru kayarsa sol subklavyen arteri tıkanma olasılığı vardır, kateterin distale doğru hareket etmesi ise renal dolaşımı olumsuz etkiler (Comer, 2005; Urden et al., 2002;).

2.4. Femoral Kateter (Sheath) Uygulaması

Femoral ven (FV), yoğun bakım hastalarında, yüksek başarı şansı ve düşük komplikasyon olasılığı nedeniyle özellikle diğer yöntemleri uygulamada deneyimsiz olanlar tarafından kullanılabilir bir santral kateterizasyon yoludur (Ülger, 2006). Bu uygulamada anatominin palpasyonla saptanabilmesi, venöz veya arteriyel kanama kontrolünün mümkün olması, pnömotoraks riskinin bulunmaması avantaj olarak

sayılırken uygulama yapılacak alanın perineye yakınlığı nedeni ile enfeksiyon riskinin fazla olması dezavantaj oluşturur (McGee, & Gould, 2003).

Femoral kateterlerde uygulanan ilaçlar kateterin ucu diyafram üzerine kadar ilerletilmediğinde daha uzun dolaşım sürecine sahip olacaktır. Başarılı kardiyopulmoner resüsitasyonunda etkili ilaç uygulamaları oldukça önemlidir. Bu nedenle el üzerindeki venlerden tekrarlayan girişimler için uğraşmak yerine bu durumda FV en iyi alternatif olarak zorunludur (Öz Alkan, 2012).

2.4.1. Femoral Ven Kateteri Uygulaması İçin Endikasyonlar

Kateterin hangi hastalara uygulanacağı konusunda kesin kurallar olmasa da bu kararın verilmesinde hastanın durumu ve gereksinimi belirleyici rol oynamaktadır (Karayavuz, 2006). Kateterler ancak endikasyon varlığında yerleştirilmelidir (Mermel, 2000). Kateter endikasyonları genel olarak; venöz yetersizlik, hastanın total parenteral beslenme ihtiyacının uzun süreli olması ya da kemoterapi gereksiniminin olması venöz sklerozan maddenin uygulanması ve acil durumlardır (Ülger, 2006).

Sürekli eğitim programlarının düzenlenmesi ile enfeksiyonu önlemek için gerekli uygulamaların sağlık personeline anlatılması, kateterizasyon sırasındaki önlemlere uyumun kontrolü ve geri bildirimlerin verilmesinin enfeksiyon oranlarında belirgin ölçüde azalmaya yardımcı olduğu görülmüştür (Bizzarro et al., 2010; Hakyemez ve diğerleri, 2012).

2.4.2. Femoral Sheath Uygulanan Hastanın Hemşirelik Bakımı

Klinik uygulamalarda ven içinden ilaç uygulaması oldukça sık yapılan bir işlemdir ve bu alanda hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Yapılan çeşitli çalışmalarda kateterlerin yerleştirilmesi ve bakımı, komplikasyonların izlenmesi araştırılmıştır (Brunt, 2005; Çam ve diğerleri, 2008). Yurt dışında özellikle tünelli olan kateterlerin hastalara yerleştirilmesi için özel eğitim almış olan hemşireler görev yapmakta aynı zamanda bu kateterlerin bakımını da üstlenmektedirler (Batı, 2014). Kateteri yerleştirme işleminin kendisi kadar, bakımı, yapılan uygulamamanın doğru

şekilde kayıt altına alınması da son derece önemlidir (Brunt, 2005; Greenberger et al., 2005; Karayavuz, 2006; Lundgren et al., 1998).

Kateteri olan hastalarda kateter ile ilişkili enfeksiyonlar önemli bir problem olarak güncelliğini korumaktadır. Bu enfeksiyonların olmaması iyi bir hemşirelik bakımının en temel göstergelerinden birisi olarak nitelendirilmektedir. Hasta ile ilişkili faktörlerin yanında, seçilen pansuman materyalinin özelliği de dikkate alınmalıdır (Batı, 2014; Karayavuz, 2006). Bu materyallerde, hasta memnuniyeti, hastalar için konforlu olması, ağrı ve hareket kısıtlılığına yol açmaması, enfeksiyon riskinin azaltılması gibi faktörler de dikkate alınmalıdır (Karayavuz, 2006).

Pansuman materyalinin, kontaminasyona engel olması, ıslaklık oluşturmaması, bakteri kolonizasyonunu önlemesi, kolay uygulanabilir olması ve kateter giriş yerini değerlendirmede kolaylık sağlaması, maliyet etkin olması gibi çok sayıda özelliğe sahip olması istenmektedir (Karadağ, 1999; Karayavuz, 2006). Özellikle son yıllarda transparan pansuman materyallerinin kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır (Pearson, 1996; Leblebicioğlu, 2000).

Kateterin uzun süreli kullanılabilmesi için dikkat edilmesi gereken temel noktalar aşağıda belirtilmektedir (British Committee for Standards in Haematology, 2008; Ertürk, & Akbulut, 2008; Gümüş, 2008; Leblebicioğlu, & Öztürk, 2002);

- Kateterden herhangi bir uygulama öncesi enjektör iğnesinin giriş bölgesi uygun bir antiseptik solüsyon tercihen klorheksidin glukonat veya povidon iyod ile silinmelidir.
- Kateterlerin giriş yerleri enfeksiyon belirti ve bulguları açısından dikkatlice değerlendirilmelidir.
- Bütün üçlü musluklar eğer kullanılmıyorsa mutlaka kapalı tutulmalı, kateterdeki sadece bir lümen parenteral beslenme solüsyonlarının verilmesi için kullanılmalıdır.
- Herhangi bir nedenle tıkanıklık olduğu düşünülen kateterin lümenlerine basınç uygulamaktan kesinlikle kaçınılmalıdır.
- Sıvı infüzyonu yapılan damar yolundan kan alınacaksa, kateter bir dakika kapalı tutulmalı, kateterden kan örneği alırken de önce 2-3ml kan alınıp atılmalı, kan örneği daha sonra alınmalıdır.
- Birbiri ile geçimsiz ilaçların ard arda vermektten kaçınılmalıdır.

- Kan, kan ürünleri ve lipid solüsyonlarının infüzyonu yapılan setler 24 saat içinde değiştirilmelidir. Diğer solüsyonlar için kullanılan setler (dektroz ve aminoasit vb) 72 saatte bir değiştirilmesi önerilmektedir.
- Kateter yıkamada kullanılan enjektörün büyüklüğü önemlidir. Küçük enjektörler daha büyük basınç yarattıklarından aşırı basınç uygulandığında kateterin rüptürüne yol açabilirler.
- Kateter bakımı, el yıkama konularında hastalara hem sözlü hem de yazılı olarak bilgilendirme yapılmalıdır.
- Kateter bakımı, kateterlerin kullanılmasında ile ilgili olarak güncel rehberler doğrultusunda hareket edilmelidir (British Committee for Standards in Haematology, 2008; Ertürk, & Akbulut, 2008; Gümüş, 2008; Leblebicioğlu, & Öztürk, 2002).
- Kateterlerin her kullanımından sonra serum fizyolojik kullanılarak yıkanması gerekmektedir ile yıkanmalıdır. İki infüzyon arasındaki süre 2-6 saat ise heparinlemek gerekmez. İnfüzyon aralarının daha uzun olduğu kateterin serum fizyolojik ve hemen arkasından 100IU/ml heparinle doldurulup kapatılması uygundur (Karayavuz, 2006).
- Kateterler kullanılmadıklarında kapatılmalı, Total Parenteral Beslenme (TPN) için kullanılan kateterler kan alma gibi amaçlarla kullanılmamalıdır (Karayavuz, 2006).
- Kateterin 2-3 haftadan daha uzun süre tutulması uygun değildir. Femoral kateteri bulunan hasta hastanede olmalı, katetere zarar verecek aktivitelerden (ağır kaldırmak, dik açı ile oturmak) kaçınılmalıdır (Leblebicioğlu, & Öztürk, 2002).
- Katetere bağlı olarak tromboflebit veya septisemi gibi riskler dikkate alınmalıdır. Hasta lokal yan etkiler açısından izlenmeli, kateter giriş yerinde ağrı, rahatsızlık değerlendirilmelidir. Hastalarda oluşan semptomların değerlendirilmesinde hekim ve hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu süreç etkin semptom yönetimine, hastanın yaşam kalitesinin artmasına, fonksiyonel durumunda olumlu değişimlerin olmasına katkı sağlamaktadır (Karayavuz, 2006).

2.4.3. Femoral Sheath Uygulamasını Sonlandırma

Kateterler hasta için ihtiyaç ortadan kalktığında mutlaka çıkarılmalıdır çünkü uzun süreli kateterizasyon enfeksiyonu tetikler. Doktor ve hemşirelerin kateterlerin çıkarılmasına yönelik tutumları genellikle farklıdır. Doktorlar kateter giriş kısmında ağrı ve enfeksiyon gelişmedikçe kateteri tutmak isterken, hemşirelerin ise enfeksiyon veya iritasyon riskinin ortaya çıkması, dokunun zedelenmesi ve kateter süresi konusunda daha hassas oldukları belirtilmektedir (Ünver ve diğerleri, 2003; Tonbul, & Altintepe, 2003).

Kateter çekme işlemi son yıllarda hemşirelik uygulamalarının rutin bir parçası olmaya başlamıştır (Benson ve diğerleri, 2005; Dressler, & Dressler, 2006; Güleser, 2011; Leeper, 2004; Peet et al., 1995; Rolley et al., 2011). American Association of Critical Care Nurses kardiyak kateterizasyon sonrası kateterlerin %91'inin, PTCA sonrası %83'ünün yoğun bakım hemşireleri tarafından çekildiğini bildirmektedir (Ülger, 2006).

Kateterin ne zaman çekilmesi gerektiği ile ilgili kesin bir veri bulunmamakla birlikte, kateter çekme zamanının gelişebilecek giriş yeri komplikasyonları ile yakın ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda erken kateter çekiminin kanamayı azalttığı ve hasta konforunu artırdığı tespit edilmiştir (Mandak et al., 1998; Juran, 1999). Bu nedenle kateterin mümkün olan en kısa zamanda çekilmesi önerilmektedir. Tanısal girişimler için heparin verildi ise, femoral arteriyel kateter çekilmeden önce pıhtılaşma testleri kontrol edilmelidir (Shaffe, 2005). Eğer aktive pıhtılaşma zamanı 160 saniyeden az veya aktive parsiyel tromboplastin zamanı 45 saniyeden az ise, kateter çekilmeli ve hemostaz sağlanana kadar femoral bölgeye elle basınç uygulanmalıdır. Bivalirudin alan hastalarda kateter ilaç bittikten iki saat sonra çekilmelidir (Galli, & Palatnik, 2005).

Kateterin çekilme işlemi tamamlandıktan sonra kum torbasının kullanılması yaygın bir uygulamadır. Koroner invaziv girişim sonrası sık karşılaşılan lokal vasküler komplikasyonları kontrol altına almak için eskiden beri süregelen geleneksel yaklaşım, kum torbası uygulamasıdır (Baim, 1996; Güleser, 2011). Kum torbası, bazı ameliyat bölgelerinde (anjiyografi ve arterden kan alma gibi girişimlerden sonra) bası yapması, organın desteklenmesi ve ekstremitelerde kırıklarında

ekstansiyon amacıyla kullanılmaktadır (Vizeli, 2010). Kum torbaları kalın keten veya muşamba kılıf içerisinde, fırında kurutulmuş ince kum ile yapılmaktadır Genişlikleri 15x45 veya 15x30 cm'dir. Ağırlıkları kullanım amacına göre 500 gramdan beş kiloya kadar değişebilir (Güleser, 2011). Arteriyel kateter çekildikten sonra kum torbası koyulmasının dışında bölgeye basınçlı pansuman uygulanması, trombin içerikli bandaj yapılması ve perkütan vasküler kapaticıların kullanımı gibi yöntemler de mevcuttur (Devrez, 2015).

2.5. Kum Torbası Uygulaması Nedeni ile Hastaların Yaşadıkları Rahatsızlık

Koroner anjiyografi den sonra uygulanan kum torbası uygulaması nadiren de olsa vazovagal senkopa neden olabilir. Yapılan çalışmalarda kum torbası uygulamasının komplikasyonları azaltmada etkisinin olmadığı, hastalar tarafından daha az tolere edildiği, hastalarda basınç etkisinden çok ağrı ve rahatsızlığı arttırdığı bildirilmiştir (Christensen et al., 1998; Güleser, 2011; Yılmaz, 2004).

Ağrı ise hastada anksiyete, yorgunluk, uykusuzluk, memnuniyetsizlik gibi sorunları beraberinde getirdiğinden tedaviye uyum ve iyileşme sürecini de olumsuz yönde etkilemektedir (Çöçelli ve diğerleri, 2008). Lehmann ve arkadaşlarının (1997) çalışmasında kum torbası uygulanan ve uygulanmayan iki grubun karşılaştırıldığı çalışmada kanama ve hematoma oluşumu kum torbasının uygulandığı hasta grubunda daha fazla görülmüştür. Farmanbar ve arkadaşlarının (2008) yapmış olduğu çalışmada hastaların bir grubunda femoral arteriyel kateter çekildikten sonra hemostaz elle basınç uygulanarak sağlanmış ve sonrasında her biri 2.5 kg olan iki kum torbası uygulanmış, kum torbalarından biri bir saat sonra kaldırılırken diğer kum torbası hasta mobilize olmadan hemen önce kaldırılmış ve hastalar altı saat sonra mobilize edilmiştir. Bu gruptaki hastaların %6.6'sında kanama geliştiği saptanmıştır.

Armendaris ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmanın bir grubunda ise femoral arteriyel kateter çekildikten sonra hemostaz mekanik basınçla sağlanmış ve femoral bölgeye iki saat süresince iki kg ağırlığında kum torbası uygulanmış ve hastaların %17.1'inde lokal ekimoz geliştiği tespit edilmiştir.

Hemostazı sürdürme yöntemi olarak kum torbasının kullanıldığı çalışmalarda kum torbası kullanımının vasküler komplikasyon üzerine etkili olmadığı, üstelik hastaların rahatsızlığını artırdığı ve hastalar tarafından daha az tolere edildiği saptanmıştır (Christensen et al., 1994; Hogan-Miller et al., 1995; Rezaei-Adaryani et al., 2009; Yılmaz, 2004). Rezaei-Adaryani ve arkadaşlarının (2009) tarafından hemostazı devam ettirmede kum torbası kullanılarak yaptıkları randomize kontrollü bir çalışmada deney grubundaki hastalara işlemden sonra değişik pozisyonlar verilmiş, kum torbası üç saat sonra kaldırılmış ve hastalar 7-8 saat sonra mobilize edilmiştir. Kontrol grubundaki hastalara ise, sırtüstü düz yatar pozisyonda iken sekiz saat kum torbası uygulanmış ve hastalar 10-24 saat sonra mobilize edilmiştir. İki grup arasında komplikasyon açısından bir fark bulunmazken, ilerleyen saatlerde kontrol grubundaki hastaların hem pozisyonlarına hem de uygulanan kum torbasına bağlı olarak konfor ve memnuniyetlerinin önemli oranda azaldığı, yorgunluk düzeylerinin ise arttığı bildirilmiştir. Yılmaz'ın (2004) hastalara işlem sonrası değişik ağırlıklarda kum torbası uygulayarak pozisyon verdiği ve vermediği gruplar ve uygulamada bulunulmayan grubu karşılaştırdığı çalışmasında, tüm gruplarda VAS değerinin zamanla arttığı, en yüksek VAS değerinin ise kum torbası uygulanarak düz pozisyonda yatırılan hasta gruplarında olduğu tespit edilmiştir. Kum torbasının kullanımına bağlı olarak hastaların yaşadığı rahatsızlık ve memnuniyetsizliğin de arttığı belirtilmektedir.

Christensen ve arkadaşlarının (1994) koroner anjiyografi sonrası 350 hastayı incelediği basit rastgele körleme çalışmada, hastaların bir grubuna kum torbası uygulanmış, diğer gruba ise sadece basınçlı bandaj uygulanmış ve sonuçta vasküler komplikasyonlar açısından iki grup arasında fark bulunmazken, kum torbası uygulanan hastaların diğer gruba göre 2.6 kat daha fazla rahatsızlık yaşadığı ve kum torbasının hastalar tarafından daha az tolere edildiği tespit edilmiştir.

Hastaların beden kitle indeksinin fazla olması, kadın cinsiyet, 60 yaşın üzerinde olmak hipertansiyon tanısının bulunması, işlem sırasında femoral artere yerleştirilen kateterin bacakta kalış zamanının uzaması ve kateter çapının geniş olması kanama ve hematoma sıklığını arttırmaktadır (Girişimsel Kardiyolojide Yetkinlik Kılavuzu Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 2005; Niederstandt, 2003; Okçin, 2000; Sabo et al., 2008; Türk Kardiyoloji Derneği, 2005).

Rahatsız edici uyaranlara karşı bireylerin gösterdikleri tepkiler de oldukça farklılaşmaktadır. Rahatsızlığa dayanma rahatsız edici fiziksel duylara dayanacak kapasitede bireysel farklılıklar olarak tanımlanmaktadır (Schmidt, & Lerew, 1998; Schmidt et al., 2007; Schmidt et al., 2006). Ağrı gibi belirli iç uyaranlarla sınırlı yapıların aksine bedensel duylarla ilişkili olarak kişide ağrı olmasa da yine rahatsız olduğunu gösteren bir kavram olarak ifade edilmektedir (Feldner et al., 2006; Geisser et al., 1992; Özüberk, 2018). Rahatsızlığa dayanma, olumsuz duyu uyandıran durumlara dayanma kapasitesiyle ilgili olan sıkıntıya dayanma (distress intolerance/tolerance) ile karıştırılmamalıdır (Simon, & Gaher, 2005). Rahatsızlığa dayanma, rahatsız edici, sıkıntı verici, stres oluşturucu olumsuz durumlara karşı bireyin tolerans veya intoleransdır (Özdel ve diğerleri, 2012). Bu açıdan bakıldığında rahatsızlığa dayanmanın fiziksel veya duygusal olarak acı verici durumlara karşı dayanıklılığı, fiziksel veya duygusal acıya tahammül düzeyi de rahatsızlığa dayanma kapasitesini ifade etmektedir (Geisser et al., 1992). Rahatsızlığa dayanma kapasitesi düşük olan bireyler rahatsızlık verici durumla karşılaştıklarında acı verici duyguyu yaşamamak için yaptıkları işleri erteleyebilmektedir (Sütçigil ve diğerleri, 2017). Rahatsızlığa dayanmama anksiyete başlangıcına neden olduğu gibi anksiyete ile baş etme sürecinde de olumsuz duylardan kaçınma ve daha güvenli davranışlara başvurma gibi nedenlerle anksiyete ile olumlu baş etme yöntemlerinin kullanımına da engel olmaktadır (Schmidt et al., 2006). Rahatsızlığa dayanıksızlık sağlık hizmetlerinin fazla kullanımına, kronik sağlık sorunlarından sık yakınma ve rahatsız edici duylardan kurtulmak için artmış madde/ilaç kullanımı gibi olumsuz sonuçlara da yol açmaktadır. (Cox et al., 1993, McWilliams, & Asmundson 2001).

Kateteri bulunan hastaların kateterle ilgili yaşadığı sorunların bilinmesi, düşüncelerinin, memnuniyetlerinin değerlendirilmesi sorunlara yönelik çözüm önerilerinin geliştirilmesi hastanın katetere uyumunun artırılması için çaba gösterilmesi, sağlık personeliyle olan güven ilişkisinin geliştirilmesine katkı sağlayarak, hastanın yaşam kalitesinin artmasına ve memnuniyetlerinin yükselmesine yardımcı olur (Can ve diğerleri, 2003; Okçin, 2000).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, kardiyak cerrahisi sonrası femoral kateter çekilmesi nedeni ile kum torbası uygulanan hastaların yaşadıkları rahatsızlık ve rahatsızlığa dayanma gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Bursa Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım 2 kliniklerinde kardiyak cerrahi sonrası tedavi edilen ve femoral kateteri (sheat) bulunan, çalışmanın sınırlılıklarına uygun olan hastalar (n=750) oluşturdu.

3.3. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini Aralık 2018- Şubat 2019 tarihleri arasında kardiyak cerrahisi sonrası femoral kateter çekilmesi nedeni ile kum torbası uygulanan hastalar oluşturdu. Hastane istatistiklerine göre Bursa Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım 1 ve Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım 2 kliniğinde bir yıl boyunca kardiyak cerrahisi sonrası femoral kateter çekilmesi nedeni ile kum torbası uygulanan hastaların sayısı 750 olarak belirlendi. Araştırmanın örnekleme, %90 güven aralığında ve %5 hata payı ile evrenin temsil gücünü sağlayabileceği 200 hasta olarak hesaplandı.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- Femoral kateteri bulunan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- Bilinci açık,

- İletişim kurabilen,
- 18 yaşın üzerinde olan,
- Bel fitiği olmayan ve daha önce bel bölgesinden ameliyat olmayan hastalar olarak belirlendi.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler; hastaların Rahatsızlığa Dayanma Ölçeğinden aldıkları puanlar ve Femoral kateter (sheat) çekildikten sonra kum torbası uygulanan hastalara kum torbasının uygulaması nedeni ile yaşadıkları rahatsızlık düzeyine verdikleri puan Görsel Analog Skala VAS 0-10; 0= hiç, 10= oldukça fazladır.

Bağımsız değişkenler; hastalara ait sosyo-demografik özellikler, uygulanan ilaçlar, kateterin çekilme saati, kum torbalarının uygulanma saati, uygulama süresi, işlem süresince kaydedilen hastaya ait hayati bulgulardır.

3.5. Araştırma Sorusu

Kardiyak cerrahisi sonrası femoral kateter çekilmesi nedeni ile kum torbası uygulanan hastaların yaşadıkları rahatsızlık ve rahatsızlığa dayanma gücü arasında ilişki var mıdır?

3.6. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri hasta tanıtım formu ve Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ile toplandı.

Hasta Tanıtım Formu: Hasta tanıtım formu araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak oluşturuldu. Bu form üç bölümden oluşmaktaydı.

1. Bölümde: Hastalara ait demografik veriler (18 soru)
2. Bölümde: Femoral kateter çekilmesinden sonra hastalara uygulanan kum torbasına bağlı olarak gelişen rahatsızlık düzeyini belirlemeye yönelik 0-10 arası ölçeklendirilmiş (0=hiç, 10= oldukça fazla rahatsız edici) 11 maddeden oluşan (kum

torbasının bulunduğu yerde ağrı, bacaklarda uyuşma hissi, omuz ağrısı, sırt/ bel ağrısı, idrar yapma, nefes alıp verme, yeme içmede zorlanma, güçsüzlük, halsizlik, çaresizlik, endişe) araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda geliştirilen bir form yer aldı (Beşli ve diğerleri, 2013; Devrez, 2015). Bunlara ek olarak ve kum torbasının bulunması nedeni ile hastaların yaşadıkları deneyimi bir kelime ile ifade etmelerinin istendiği bir adet açık uçlu soru bulunmaktaydı. Katılımcıların tamamı cevap vermedikleri için bu soru daha sonra çıkarıldı.

3. Bölümde: Hastalara ait hayati bulguların (ateş, nabız, solunum, kan basıncı, ağrı şiddeti), kateterin çekilme saati, kum torbasının uygulanma saati, kaç saat süre ile uygulandığının kaydedildiği bölümdür.

Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği : Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği (RDÖ) Norman B Schmidt et al. (2006) rahatsız edici duymalara dayanma kapasitesindeki kişisel farklılıkları ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. RDÖ yedi maddeden oluşan bir öz-bildirim ölçeğidir. Yedili likert tipli (0-6 puanlanan) sorulardan meydana gelen ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Özdel ve diğerleri (2011) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunda "rahatsızlığa dayanma" ve "rahatsızlıktan kaçınma" olarak adlandırılan iki faktörlü bir yapı mevcuttur. Rahatsızlığa dayanma ölçeği iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar, rahatsızlığa dayanma (1,2,4 ve 5. maddeler) ve rahatsızlıktan kaçınma (3,6 ve 7. maddeler) alt boyutlarıdır. RDÖ'nün yapı geçerliliğini sınamak amacıyla varimax eksen döndürme yöntemi kullanılarak faktör analizi yapılmıştır. RDÖ "rahatsızlığa dayanma" ve "rahatsızlıktan kaçınma" olarak adlandırılan iki faktörlü bir yapı göstermiştir.

Cronbach alfa katsayıları, ölçeğin tümü için 0,592, rahatsızlığa dayanma alt boyutu için 0,670; rahatsızlıktan kaçınma alt boyutu için 0,600 olarak bulunmuştur (Özdel ve diğerleri, 2011). Ölçekten alınabilecek puan 0-42 arasında değişmektedir. Bu çalışmada Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği'nin ölçeğin tümü için cronbach alfa katsayısı $\alpha=0,718$; rahatsızlığa dayanma alt boyutu için 0,720; rahatsızlıktan kaçınma alt boyutu için 0,700 olarak hesaplandı.

Verilerin Toplanması: Hastalara ait demografik veriler hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplandı. Rahatsızlığa dayanma ölçeği de eş zamanlı olarak dolduruldu. Demografik verilerin toplanması ve ölçeğin maddelerinin cevaplanması her hasta için ortalama 15 dk sürdü.

Hastaların femoral kateterlerinin çekilmesinden hemen sonra kum torbası uygulaması yapıldı. Kum torbasının yerleştirilmesinden hemen sonra, işlemin ortasında ve işlem sonlanmadan hemen önce olmak üzere toplam üç kez olmak üzere hastaların kum torbası nedeni ile yaşadıkları rahatsızlık 0-10 arası görsel derecelendirme ölçeği (VAS; 0= hiç, 10=oldukça fazla) kullanılarak değerlendirildi. Bu değerlendirme her bir ifade için (Toplam 11 madde) üçer kez tekrar edildi. Değerlendirme süreci kum torbası alınıncaya kadar devam etti. Femoral arter kateterinin çekilmesinden sonra kum torbası ile basınç uygulaması altı saat, femoral ven kateterinin çekilmesinden sonra üç saat sürdü.

3.7. İstatistiksel Analiz

Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde, Statistical Package for Social Science (SPSS Ltd., Chicago, IL, USA) 22.0 yazılım paket programı kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama değer, yüzdeler, Kruskal Wallis, Mann Whitney U testleri ve Cronbach alfa katsayısı kullanılarak analiz edildi.

3.8. Verilerin Çözümlemesi ve Yorumlanması

Araştırma öncesinde Bursa Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi Sağlık Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'ndan Etik Kurul onayı (Ek-2) alındı. Çalışma için İl Sağlık Müdürlüğü izni ve Kurum izinleri alındı. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalara araştırma hakkında sözlü ve yazılı bilgi verildi, çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı açıklandı ve onamları alındı.

4. BULGULAR

Tablo 1. Hastalara Ait Tanıtıcı Özellikler (n=200)

Tanıttıcı özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş ($\bar{x}\pm SS$)		58.4 \pm 18.6	
Cinsiyet	Kadın	54	27.0
	Erkek	146	73.0
Boy (cm)		162.3 \pm 23.1	
Kilo (kg)		64.5 \pm 9.3	
BKI		24.0 \pm 16.2	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	8	4.0
	İlköğretim	22	11.0
	Ortaöğretim	84	42.0
	Lise	64	32.0
	Yükseköğretim	22	11.0
Medeni durum	Evli	132	66.0
	Bekar	36	18.0
	Diğer	32	16.0
Gelir durumu	İyi	43	21.5
	Orta	59	29.5
	Kötü	98	49.0
Yoğunbakımda kalma süresi (gün)		2.5 \pm 3.0	
Daha önce ameliyat olma deneyimi	Evet	113	56.5
	Hayır	87	43.5
Daha önce geçirilen ameliyatlara *	Fitik	9	4.5
	Kadın Hastalıkları	26	13.0
	Göz	37	18.5
	Guatr	7	3.5
	Tiroid	13	6.5
	Prostat	41	20.5
	Damar cerrahisi	72	36.0
	Gastrointestinal Cerrahi	20	10.0
Daha önce hastanede yatma deneyimi	Evet	121	60.5
	Hayır	79	39.5
Daha önce anjiyo olma deneyimi	Evet	44	22.0
	Hayır	156	78.0
Mevcut bir hastalığın varlığı	Evet	145	72.5
	Hayır	55	27.5
Mevcut bir hastalıklar *	Hipertansiyon	101	50.5
	Diyabet	78	39.0
	Nörolojik	31	15.5
	Romatizmal	54	27.0
	Diğer	21	10.5
	TOPLAM		200

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Hastalara ilişkin tanıttıcı özellikler Tablo 1’de gösterildi. Hastalara ilişkin özellikler incelendiğinde; hastaların yaş ortalamasının 58.4 \pm 18.6; %73.0’ünün erkek, %27.0’sinin kadın, boy ortalamasının 162.3 \pm 23.1 cm; kilo ortalamasının 64.5 \pm 9.3 kg; BKI’nin 24.0 \pm 16.2 olduğu belirlendi. Hastaların %42.0’sinin ortaöğretim, %32.0’sinin lise mezunu olduğu görüldü.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %66.0’sı evli; %49.0’unun gelir durumu kötüydü. Hastaların yoğunbakımda kalma süresi 2.5 \pm 3 gündü, %43.5’sinin daha önce herhangi bir ameliyat geçirmediği, ameliyat olanların içinde en sıklıkla

uygulanan ameliyatlardan prostat ameliyatı (%20.5) ve damar tıkanıklığı nedeni ile ameliyat (%36.0) olduğu belirlendi.

Hastaların %60.5'inin daha önce hastanede yattığı; %78.0'inin daha önce hiç anjiyo olmadığı; %72.5'sinin mevcut bir hastalığının bulunduğu mevcut hastalığı olanların ise en çok hipertansiyon hastası (%50.5) olduğu görüldü (Tablo 1).

Tablo 2. Hastaların Ameliyatı, İlaç Tedavileri, Kateter ve Kum Torbası Uygulamasına İlişkin Özellikleri

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Yapılan ameliyatın türü	Koroner arter by pass	200	100.0
Hastanın kullandığı ilaçlar*	Diüretik	154	77.0
	Beta-blokerler	184	92.0
	Antikoagülanlar	326	98.0
	Antiemetikler	104	52.0
	Statinler	91	45.5
	Mide Koruyucu	134	67.0
	Mukolitikler	116	58.0
	Antienfektifler	149	74.5
	Diyabet İlaçları	71	35.5
Çekilen femoral kateterin tipi	Femoral Arter	128	64.0
	Femoral Ven	72	36.0
Uygulanan kum torbasının ağırlığı (kg)		5.25±0.1 kg	
Toplam yatak istirahati süresi (saat)		5.50±0.2 saat	

*Hastalar birden fazla ilaç kullanmaktadır (Lasix, Saneloc, Ecopirin, Enox, Metpamid, Clexane, Colastin-L, Cezol, Asist, Lantus, Sefazol, Ulcuran, Ranitab, Beloc, Nacosel).

Hastaların ameliyat bilgileri Tablo 2'de gösterildi. Hastalara ilişkin özellikler incelendiğinde; hastaların tamamının koroner arter bypass ameliyatı olduğu; hastaların en çok kullandıkları ilaçların antikoagülanlar (%98.0) ve Beta-bloker (%92.0) grubu ilaçlar olduğu belirlendi. Hastaların yarıdan fazlasında femoral arter (%64.0) olduğu; konulan kum torbasının ortalama 5.2±0.1 kg ağırlıkta olduğu, hastaların toplam yatak istirahati ortalamasının 5.5 ±0.2 saat olduğu görüldü (Tablo 2).

Tablo 3. Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği Toplam Puanı ve Ölçek Alt Boyutlarının Ortalamasının Dağılımı (n=200)

Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği		Ort±SS
RDÖ Alt Boyutları	Rahatsızlığa Dayanma (1,2,4,5)	18.91±3.78
	Rahatsızlıktan Kaçınma (3,6,7)	13.50±4.13
	Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği Toplam Puanı	32.41±3.95

Tablo 3’de Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği’nin toplam puan ortalamasının dağılımı verildi. Formda yer alan maddelerin puan ortalaması, 18.91±3.78 ile 13.50±4.13 arasında değiştiği belirlendi. Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği’nden alınan puan ortalamasının 32.41±3.95 olduğu görüldü (Tablo 3).

Tablo 4. RDÖ Toplam Puanı ile Ölçek Alt Boyutlarından Alınan Puanlar Arasındaki Korelasyon

Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği Toplam Puan	Rahatsızlığa Dayanma (RD)	
	r	p
	.821	<0.001
Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği Toplam Puan	Rahatsızlıktan Kaçınma (RK)	
	r	p
	.817	<0.001

Tablo 4’de görüldüğü gibi, rahatsızlığa dayanma ve rahatsızlıktan kaçınma puanları ile Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği’nin toplam puanı arasındaki korelasyon $p<0.001$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 4).

Tablo 5. Hastaların Kum Torbasına Bağlı Olarak Yaşadıkları Semptomlardan Hissettikleri Rahatsızlık (n=200)

Rahatsızlık Düzeyi	Ort± SS	Min- Max
Kum torbasının bulunduğu yerde ağrı	3.2±0.8	0-9
İşlem başında	1.1±0.8	0-2
İşlemin ortasında	3.5±1.0	0-5
İşlem sonlanmadan önce	5.2±0.9	0-7
Bacaklarda uyuşma hissi	1.4±0.5	0-3
İşlem başında	0.5±0.6	0-2
İşlemin ortasında	1.5±0.4	0-3
İşlem sonlanmadan önce	2.3±0.5	0-3
Omuz ağrısı	1.6±0.4	0-3
İşlem başında	0.5±0.6	0-2
İşlemin ortasında	1.0±0.3	0-2
İşlem sonlanmadan önce	3.5±0.4	0-3
Sırt ağrısı/bel ağrısı	1.3±0.5	0-4
İşlem başında	0.7±0.6	0-2
İşlemin ortasında	1.2±0.3	0-3
İşlem sonlanmadan önce	2.2±0.8	0-4
İdrar yaparken zorlanma	0.3±0.2	0-2
İşlem başında	0.5±0.1	0-2
İşlemin ortasında	0.2±0.2	0-2
İşlem sonlanmadan önce	0.4±0.2	0-2
Nefes alıp verirken zorlanma	0.9±1.2	0-3
İşlem başında	0.3±0.6	0-2
İşlemin ortasında	1.0±1.3	0-2
İşlem sonlanmadan önce	1.5±1.8	0-3

Tablo 5. (devamı) Hastaların Kum Torbasına Bağlı Olarak Yaşadıkları Semptomlardan Hissettikleri Rahatsızlık (n=200)

Rahatsızlık Düzeyi	Ort± SS	Min- Max
Yeme ve içmede zorlanma	2.9±1.0	0-5
İşlem başında	2.2±0.7	0-4
İşlemin ortasında	3.5±1.2	0-5
İşlem sonlanmadan önce	3.2±1.1	0-5
Güçsüzlük	0.1±0.2	0-1
İşlem başında	0.2±0.2	0-1
İşlemin ortasında	0.1±0.2	0-1
İşlem sonlanmadan önce	0.1±0.4	0-1
Halsizlik	1.1±0.8	0-3
İşlem başında	1.0±0.8	0-2
İşlemin ortasında	0.8±0.6	0-2
İşlem sonlanmadan önce	1.7±0.9	0-3
Çaresizlik	0.6±0.7	0-2
İşlem başında	0.8±0.6	0-2
İşlemin ortasında	0.4±0.8	0-2
İşlem sonlanmadan önce	0.7±0.8	0-2
Endişe	0.9±0.9	0-3
İşlem başında	0.9±0.8	0-2
İşlemin ortasında	0.8±0.9	0-2
İşlem sonlanmadan önce	1.0±0.9	0-3

Tablo 5’de hastaların kum torbası nedeni ile hissedilen rahatsızlık düzeyi incelendiğinde;

Kum torbasının bulunduğu yerde ağrı nedeni ile rahatsızlık yaşama düzeyi ortalaması 3.2±0.8 bulundu. İşlem başında, sırasında ve işlem sonlanmadan önceki ortalamalar sırası ile 1.10±0.8; 3.5±1.0; 5.2±0.9 idi.

Bacaklarda uyuşma hissi nedeni ile rahatsız olma düzeyi 1.4±0.5; işlem süresince yapılan değerlendirmelerde 0.5±0.6; 1.5±0.4; 2.3±0.5,

Omuz ağrısından rahatsız olma derecesi 1.6±0.4; işlem süresince yapılan değerlendirmelerde 0.5±0.6; 1.0±0.3; 3.50±0.40;

Sırt ağrısı/bel ağrısı nedeni ile rahatsızlık hissetme 1.3±0.5; işlem süresince yapılan değerlendirmelerde 0.7±0.6; 1.2±0.3; 2.2±0.8

İdrar yaparken zorlanmadan duyulan rahatsızlık ortalaması 0.3±0.2; işlem süresince yapılan değerlendirmelerde 0.5±0.1; 0.2±0.2; 0.4±0.2

Nefes alıp verirken zorlanma nedeni ile hissedilen rahatsızlık ortalaması 0.9±1.2; işlem süresince yapılan değerlendirmelerde 0.3±0.6; 1.0±1.3; 1.5±1.8

Yeme ve içmede zorlanma nedeni ile rahatsız olma düzeyi 2.9±1.0; işlem süresince yapılan değerlendirmelerde 2.2±0.7; 3.5±1.2; 3.2±1.1

Hastaların kendilerini güçsüz hissetmelerinden dolayı rahatsız olma düzeyleri 0.1±0.2; işlem süresince yapılan değerlendirmelerde 0.2±0.2; 0.1±0.2; 0.1±0.4

Halsizliğe bağlı rahatsızlık hissetme 1.1±0.8; işlem süresince yapılan değerlendirmelerde 1.0±0.8; 0.8±0.6; 1.7±0.9

Kendini çaresiz hissetme nedeni ile rahatsız olma ortalaması 0.6±0.7; işlem süresince yapılan değerlendirmelerde 0.85±0.67; 0.40±0.81; 0.7±0.8

Kum torbası uygulaması nedeni ile endişe yaşama düzeyi 0.9±0.9; işlem süresince yapılan değerlendirmelerde 0.9±0.9; 0.9±0.9; 1.0±0.9 olarak bulundu (Tablo 5).

Tablo 6. Hastaya Ait Yaşamsal Bulgular

Bulgular	Ort± SS
Vücut sıcaklığı (C)	36.6±17.5
Nabız sayısı	91±7.62
Kan basıncı (sistolik/ diastolik)	140±13.4 // 60±4.5
Solunum sayısı	22±8.7
Ağrı Şiddeti (VAS 0-10)	1.2±0.6

Tablo 6’da hastalara ait yaşamsal bulgular verildi. Hastaların vücut sıcaklığı ortalaması 36.6±17.4; nabız sayısı ortalaması 91±7.6; kan basıncı değerlerinin 140±13.4/60±4.4; dakikadaki solunum sayısı ortalaması 22±8.7; ağrı şiddeti (VAS 0-10) ortalaması 1.2±0.6 olarak bulundu (Tablo 6).

Tablo 7. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Dağılımı

Özellikler	Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği Alt Boyutları				
		Rahatsızlığa Dayanma $\bar{x}\pm SS$	Rahatsızlıktan Kaçınma $\bar{x}\pm SS$	Toplam Rahatsızlığa Dayanma $\bar{x}\pm SS$	
Yaş		21.1±3.2	13.1±2.8	34.2±3.0	
r		.004	.018	.026	
p		.911	.605	.764	
Cinsiyet	Kadın	54	18.0±1.7	11.6±4.3	29.6±3.0
	Erkek	146	13.5±3.2	11.2±3.2	24.7±3.2
MWU			2026.00	1026.50	1526.25
p			.406	.527	.764
Boy (m)			18.6±2.8	12.0±2.3	30.0±2.5
r			.006	.014	.010
p			.760	.640	.817
BKI			18.2±3.6	11.5±2.2	29.7±2.9
r			.008	.021	.024
p			.610	.520	.743
Kilo (kg)			19.7±4.1	14.4±4.1	17.05±4.1
r			.004	.036	.028
p			.680	.508	.806
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	8	21.2±4.1	12.5±2.4	33.7±3.2
	İlköğretim	22	18.6±3.1	11.4±0.6	30.0±1.8
	Ortaöğretim	84	17.2±2.6	12.2±1.9	29.4±2.2
	Lise	64	17.6±3.4	13.2±1.5	30.8±1.9
	Yükseköğretim	22	13.6±2.7	13.6±2.7	27.2±2.7
KW			2.107	1.151	2.802
p			.208	.706	.194
Medeni Durum	Evli	132	21.0±0.1	16.0±1.6	37.0±0.9
	Bekar	36	18.8±0.4	14.1±1.0	32.9±0.7
	Diğer	32	17.1±0.5	14.0±1.0	31.1±0.7
KW			1.146	2.462	1.804
p			.063	.071	.093
Gelir durumu	İyi	43	18.4±0.2	16.4±0.3	34.8±0.3
	Orta	59	17.6±0.6	14.3±0.5	31.9±0.5
	Kötü	98	16.6±0.7	12.4±1.4	39.0±1.0
KW			1.201	1.723	1.416
p			.186	.381	.944
Yoğun bakımda kalma süresi (saat)			22.7±2.4	14.6±1.8	37.3±4.8
r			.152	.306	.035
p			.004*	.024*	.023*

Anlamlılık düzeyi * p<0.05. ** p<0.01 olarak alınmıştır. KW: Kruskal Wallis testi MWU: Mann Whitney testi

Tablo 7 (Devamı). Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Dağılımı

Özellikler	Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği Alt Boyutları				
		Rahatsızlığa Dayanma	Rahatsızlıktan Kaçınma	Toplam Rahatsızlığa Dayanma	
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Daha önce ameliyat olma durumu	Evet	121	21.1±1.6	13.1±1.0	34.2±2.7
	Hayır	79	14.7±1.5	13.2±1.6	27.9±1.5
MWU			2640.50	2127.00	2382.75
p			.011*	.032*	.041*
Daha önce geçirilen ameliyatlar *	Fitik	9	21.1±0.8	11.1±1.0	22.2±0.9
	Kadın Hastalıkları	26	18.1±1.1	11.9±1.2	30.0±1.3
	Göz	37	18.5±1.0	12.1±1.8	30.6±1.4
	Guatr	7	16.1±1.8	12.6±1.4	28.7±1.6
	Tiroid	13	20.0±1.3	12.7±1.0	32.7±1.1
	Prostat	41	18.1±1.0	13.4±1.4	31.5±1.2
	Damar tıkanıklığı	72	18.0±1.2	12.8±1.5	30.8±1.3
	Gastrointestinal Cerrahi	20	18.5±1.5	12.3±1.3	30.8±1.4
KW			1.000	1.500	2.430
p			.085	.371	.146
Daha önce hastanede yatma deneyimi	Evet	121	18.2±2.0	14.1±1.0	32.3±1.5
	Hayır	79	17.0±0.3	12.7±0.9	29.7±0.6
MWU			2625.000	2700.000	2800.000
p			.019*	.038*	.045*
Daha önce anjiyo olma deneyimi	Evet	44	17.1±1.2	14.2±1.1	31.3±1.1
	Hayır	156	15.3±1.2	11.3±1.4	26.6±1.3
MWU			2775.500	2450.000	2612.750
p			.807	.375	.700
Mevcut bir hastalığın varlığı	Evet	145	19.1±1.3	14.0±1.2	33.1±1.3
	Hayır	55	18.2±0.7	13.8±0.9	32.0±0.8
MWU			2820.000	2540.000	2655.000
p			.810	.340	.200
Mevcut bir hastalıklar	Hipertansiyon	101	21.2±2.0	15.1±2.4	36.3±2.2
	Diyabet	78	19.0±2.3	14.2±2.4	33.2±2.3
	Nörolojik	31	18.6±1.9	12.9±1.0	31.5±1.5
	Romatizmal	54	18.8±2.0	12.9±1.2	31.7±1.6
	Diğer	21	16.9±2.1	13.0±1.4	29.9±1.8
KW			1.540	1.870	1.430
p			.740	.320	.640

Anlamlılık düzeyi * p<0.05, ** p<0.01 olarak alınmıştır. KW: Kruskal Wallis testi MWU: Mann Whitney testi

Tablo 7’de hastaların RDÖ alt boyutlarının puan ortalamaları ile hastalara ait özellikler karşılaştırıldı. Bu karşılaştırmalara göre;

RDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile hastaların yaşı, cinsiyeti, boyları, kiloları, BKİ, eğitim durumları, medeni durum ve gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$); RDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile yoğun bakımda kalma süresi arasında ($p<0.05$); RDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile daha önce ameliyat olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Anlamlılığın daha önce ameliyat olan hastalardan kaynaklandığı görüldü.

RDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile daha önce geçirilen ameliyatlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0.05$). RDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile daha önce hastanede yatma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görüldü ($p<0.05$). Anlamlılığın daha önce hastanede yatma deneyimi bulunan hastalardan kaynaklandığı görüldü.

RDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile daha önce anjiyo olma, mevcut bir hastalığın varlığı, mevcut hastalıkların çeşitleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 7).

Tablo 8. Hastaların İlaç Tedavileri, Kateter ve Kum Torbası Uygulamasına Göre Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Özellikler	Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği Alt Boyutları				
	Rahatsızlığa Dayanma (RD)		Rahatsızlıktan Kaçınma (RK)		Toplam Rahatsızlığa Dayanma (RDÖ)
		$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Hastanın kullandığı ilaçlar*	Diüretik	154	23.2±2.2	16.2±2.7	39.4±2.4
	Beta-blokerler	184	20.0±2.1	15.3±2.3	36.3±2.2
	Antikoagülanlar	196	23.2±2.1	13.4±2.0	36.6±2.0
	Antiemetikler	104	18.7±1.3	13.9±1.5	32.6±1.4
	Statinler	91	18.6±2.2	13.7±1.6	32.3±1.9
	Mide Koruyucu	134	21.3±3.4	13.5±2.3	34.8±2.8
	Mukolitikler	116	19.6±3.1	14.6±0.9	34.2±2.0
	Antienfektifler	149	22.4±2.5	15.2±2.1	37.6±2.3
	Diyabet İlaçları	71	19.4±0.9	13.2±1.9	32.6±1.4
KW		1.714	1.840	1.777	
p		.560	.411	.485	
Çekilen femoral kateterin tipi	Femoral Arter	128	18.4±2.0	14.2±1.0	32.6±1.5
	Femoral Ven	72	17.4±0.3	12.2±0.9	29.6±0.6
MWU		2124.000	2500.000	2312.000	
p		.042	.051	.044	
Uygulanan kum torbasının ağırlığı		20.1±3.2	14.6±2.3	34.7±2.7	
r		.002	.011	.006	
p		.004*	.003*	.003*	
Toplam yatak istirahati süresi		19.2±2.6	12.4±2.6	31.6±2.6	
r		.003	.074	.046	
p		.806	.668	.711	

Anlamlılık düzeyi * p<0.05, ** p<0.01 olarak alınmıştır. KW: Kruskal Wallis testi MWU: Mann Whitney testi

Tablo 8’de hastaların RDÖ alt boyutları puan ortalamaları ile hastaların ilaç tedavileri, kateter ve kum torbası uygulamaları karşılaştırıldı. Bu karşılaştırmalara göre; RDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile hastanın kullandığı ilaçlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.05). RDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile uygulanan kum torbasının ağırlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görüldü (p<0.05). RDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile çekilen femoral kateterin tipi ve hastanın toplam yatak istirahati süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.05) (Tablo 8).

Tablo 9. Hastaya Ait Yaşam Bulgularına Göre Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Dağılımı

Yaşam Bulguları	Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği Alt Boyutları		
	Rahatsızlığa Dayanma (RD) $\bar{x} \pm SS$	Rahatsızlıktan Kaçınma (RK) $\bar{x} \pm SS$	Toplam Rahatsızlığa Dayanma (RDÖ) $\bar{x} \pm SS$
Vücut sıcaklığı (°C)	18.6±3.0	11.4±2.2	30.0±2.6
r	.006	.011	.006
p	.030*	.024*	.026*
Nabız sayısı	18.4±2.7	11.5±2.6	29.9±2.6
r	.032	.081	.056
p	.702	.429	.526
Kan basıncı (sistolik/ diastolik)	16.4±1.8	14.6±2.3	34.7±2.7
r	.013	.029	.022
p	.401	.603	.907
Solunum sayısı	20.6±2.1	12.4±1.8	33.0±3.9
r	.003	.070	.020
p	.203	.108	.206
Ağrı Şiddeti (VAS 0-10)	18.6±3.1	12.4±2.6	31.0±2.8
r	.004	.060	.502
p	.904	.805	.706

Tablo 9’da hastaların RDÖ alt boyutları puan ortalamaları ile hastaya ait hayati bulgular karşılaştırıldı. Bu karşılaştırmalara göre; RDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile hastanın vücut sıcaklığı (°C) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görüldü ($p < 0.05$). RDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile hastanın nabız sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0.05$). RDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile hastanın kan basıncı (sistolik/ diastolik) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0.05$). RDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile hastanın solunum sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0.05$). RDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile hastanın ağrı şiddeti (VAS 0-10) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0.05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Hastaların Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği Puanları İle Kum Torbası Nedeni İle Yaşanan Semptomlardan Hissedilen Rahatsızlık Düzeyi Arasındaki İlişki

Kum Torbası Nedeni İle Hissedilen Rahatsızlık	Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği Alt Boyutları			
		Rahatsızlığa Dayanma (RD)	Rahatsızlıktan Kaçınma (RK)	Toplam Rahatsızlığa Dayanma (RDÖ)
Kum torbasının bulunduğu yerde ağrı	r	.604**	.208**	.125**
	p	.000	.000	.000
Bacaklarda uyuşma hissi	r	.302**	.504**	.501**
	p	.000	.000	.000
Omuz ağrısı	r	.349**	.531**	.541**
	p	.000	.000	.000
Sırt ağrısı/bel ağrısı	r	.287**	.467**	.852**
	p	.000	.000	.000
İdrar yaparken zorlanma	r	.701**	.807**	.462**
	p	.000	.000	.000
Nefes alıp verirken zorlanma	r	.403**	.108**	.205**
	p	.000	.000	.000
Yeme ve içmede zorlanma	r	.332**	.246**	.716**
	p	.000	.000	.000
Güçsüzlük	r	.885**	.571**	.643**
	p	.000	.000	.000
Halsizlik	r	.658**	.437**	.581**
	p	.000	.000	.000
Çaresizlik	r	.635**	.514**	.601**
	p	.000	.000	.000
Endişe	r	.840**	.730**	.819**
	p	.000	.000	.000

* p< 0.05 ** p< 0.001

Hastaların kum torbası nedeni ile hissedilen rahatsızlık düzeylerinin, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği alt boyutları puanları ile ilişkisi olup olmadığını belirlemek için yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre hastaların;

Rahatsızlığa Dayanma ($r=.604$, $p=.000$), Rahatsızlıktan Kaçınma ($r=.208$, $p=.000$) ve Toplam Rahatsızlığa Dayanma ($r=.125$, $p=.000$) ile kum torbasının bulunduğu yerde ağrı arasında pozitif yönde, anlamlı ve güçlü bir ilişkinin olduğu,

Rahatsızlığa Dayanma ($r=.302$, $p=.000$), Rahatsızlıktan Kaçınma ($r=.504$, $p=.000$) ve Toplam Rahatsızlığa Dayanma ($r=.501$, $p=.000$) ile bacaklarda uyuşma hissi arasında pozitif yönde, anlamlı ve güçlü bir ilişkinin olduğu,

Rahatsızlığa Dayanma ($r=.349$, $p=.000$), Rahatsızlıktan Kaçınma ($r=.531$, $p=.000$) ve Toplam Rahatsızlığa Dayanma ($r=.541$, $p=.000$) ile omuz ağrısı arasında pozitif yönde, anlamlı ve güçlü bir ilişkinin olduğu,

Rahatsızlığa Dayanma ($r=.287$, $p=.000$), Rahatsızlıktan Kaçınma ($r=.467$, $p=.000$) ve Toplam Rahatsızlığa Dayanma ($r=.852$, $p=.000$) ile sırt ağrısı/bel ağrısı arasında pozitif yönde, anlamlı ve güçlü bir ilişkinin olduğu,

Rahatsızlığa Dayanma ($r=.701$, $p=.000$), Rahatsızlıktan Kaçınma ($r=.807$, $p=.000$) ve Toplam Rahatsızlığa Dayanma ($r=.462$, $p=.000$) ile idrar yaparken zorlanma arasında pozitif yönde anlamlı ve güçlü bir ilişkinin olduğu,

Rahatsızlığa Dayanma ($r=.403$, $p=.000$), Rahatsızlıktan Kaçınma ($r=.108$, $p=.000$) ve Toplam Rahatsızlığa Dayanma ($r=.205$, $p=.000$) ile nefes alıp verirken zorlanma arasında pozitif yönde, anlamlı ve güçlü bir ilişkinin olduğu,

Rahatsızlığa Dayanma ($r=.332$, $p=.000$), Rahatsızlıktan Kaçınma ($r=.246$, $p=.000$) ve Toplam Rahatsızlığa Dayanma ($r=.716$, $p=.000$) ile yeme ve içmede zorlanma arasında pozitif yönde, anlamlı ve güçlü bir ilişkinin olduğu,

Rahatsızlığa Dayanma ($r=.885$, $p=.000$), Rahatsızlıktan Kaçınma ($r=.571$, $p=.000$) ve Toplam Rahatsızlığa Dayanma ($r=.643$, $p=.000$) ile güçsüzlük arasında pozitif yönde, anlamlı ve güçlü bir ilişkinin olduğu,

Rahatsızlığa Dayanma ($r=.658$, $p=.000$), Rahatsızlıktan Kaçınma ($r=.437$, $p=.000$) ve Toplam Rahatsızlığa Dayanma ($r=.581$, $p=.000$) ile halsizlik arasında pozitif yönde, anlamlı ve güçlü bir ilişkinin olduğu,

Rahatsızlığa Dayanma ($r=.635$, $p=.000$), Rahatsızlıktan Kaçınma ($r=.514$, $p=.000$) ve Toplam Rahatsızlığa Dayanma ($r=.601$, $p=.000$) ile çaresizlik arasında pozitif yönde, anlamlı ve güçlü bir ilişkinin olduğu,

Rahatsızlığa Dayanma ($r=.840$, $p=.000$), Rahatsızlıktan Kaçınma ($r=.730$, $p=.000$) ve Toplam Rahatsızlığa Dayanma ($r=.819$, $p=.000$) ile endişe arasında pozitif yönde, anlamlı ve güçlü bir ilişkinin olduğu belirlendi (Tablo 10).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1. Hastalara İlişkin Demografik Verilerin Tartışılması

Kardiyovasküler hastalıklar tüm dünyada olduğu gibi Türk toplumunda da en sık görülen, mortalite ve morbidite açısından oldukça tehdit edici önemli bir sağlık sorunudur. Bu çalışmada hastaların yaş ortalamasının 58.4 ± 18.6 olduğu görüldü. Daha önce yapılan çalışmalarda hastaların yaş aralığının 50-58 arasında değişmekte olduğu görüldü (İşkey, 2008; Odabaşı, 2006; Türker, 2015). Bulgular, literatür ve yapılan diğer çalışmalar tarafından desteklenmektedir ve yaş faktörünün kalp hastalıklarının oluşumunda yaş faktörünün önemli bir etken olduğunu göstermektedir.

Kardiyovasküler hastalıklar her iki cinsiyette de görülmekle birlikte, erkeklerin kadınlara oranla daha riskli olan grubu oluşturdukları bilinmektedir. Bunda premenopozal dönemde salgılanan östrojen hormonunun önemli rol oynaması ve östrojenin koruyuculuğu sayesinde kadınların kalp damar hastalıklarıyla daha geç yaşta tanışması rol oynamaktadır. Bu çalışmada, hastaların çoğunun (%73.0) erkeklerden oluştuğu belirlendi. Wong ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan kardiyovasküler hastalarının %75'i, Doering ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise kardiyovasküler hastalarının %79'unu erkeklerin oluşturduğu görüldü. Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda erkelerin oranı %58.9 ile %72 arasında değişmektedir (Büyükaşık, 2008; Ekiz, 2003; Gökğündüz, 2005; İşkey, 2008; Türker, 2015; Yel, 2009). Bu sonuç literatür ile uyumludur ve erkek hastalarda kardiyovasküler hastalıkların sıklığını desteklemektedir.

Çalışmada hastaların boy ortalamasının 162.3 ± 23.1 ; kilolarının ise 64.5 ± 9.3 olduğu görüldü. Yılmaz (2004) tarafından yapılan çalışmada hastaların BMI (Vücut Kitle İndeksi) ortalaması 27.9'dur. Literatürde şişman olan kişilerde KAH'larının (Kalp Damar Hastalığı) daha çok ortaya çıktığı ve bu hastalarda daha fazla koroner girişim yapıldığı, işlem sonrası kısa dönem komplikasyonların daha çok oluştuğu bildirilmektedir (Bayülgen, 2015; Yılmaz, 2004). Ellis ve arkadaşları (1994)

perkütan koroner revaskülizasyon yapılan hastalarda ölüm ve diğer risk faktörleri ile BKI ilişkisini araştırdıkları (n=3571) çalışmada; şişman hastalarda ölümün daha fazla görüldüğü, zayıf hastalarda ise işlem sonrası kan transfüzyonu ihtiyacının daha fazla olduğu saptanmıştır. Gurm et al., (2002) BKI'nin PKG (Perkütan Koroner Girişim) sonrası sonuç üzerine etkisini araştırdığı çalışmada (n=11135) şişman hastaların kilo vermesinin hayatta kalmayı arttırdığı saptanmıştır.

Çalışmamızda hastaların %52'sinin eğitim düzeyinin ortaöğrenim olduğu görüldü. Yılmaz (2004) tarafından yapılan çalışmada araştırmaya katılan hastaların %33.1'i ortaokul - lise mezunu mezunudur.

Çalışmaya katılan hastaların %66.0'sı evliydi. Genel olarak Türk toplumunun demografik ve kültürel yapısı düşünüldüğünde çalışmadan elde edilen sonuçların Türkiye'de yapılan benzer çalışmalarla uyumlu olduğu görülmektedir (Büyükaşık, 2008; Demir, 2013; Ekiz, 2003). Çalışmamızda yer alan hastaların yarısına yakınının (%49.0) gelir durumlarının kötüydü. Hastaların YBÜ'de kalma süresi ortalamaları 2.5 ± 3.0 gün ve %43.5'sinin önce herhangi bir ameliyat geçirmediği belirlendi. Ameliyat olanların ise sıklıkla prostat ameliyatı (%20.5) ve damar tıkanıklığı nedeni ile ameliyat (%36.0) olduğu belirlendi. Çalışmaya katılan hastaların %60.5'inin daha önce hastanede yatma deneyimi bulunmaktaydı ve %78.0'inin daha önce anjiyo olmadığı, %72.5'sinin mevcut bir hastalığının bulunduğu, %50.5'de hipertansiyon hastalığı vardı. Büyükkateş ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da kardiyak cerrahi geçirmiş hastaların çoğunun hipertansiyon hastası olduğu belirtilmektedir. Hipertansiyon, kardiyak cerrahi için önemli bir risk faktörüdür (Önal ve Tümerdem, 2001; Uzun ve Erdoğan, 2011). Vural (2006), KABG (Koroner Arter By-Pass Greft) uygulanan hastaların çoğunluğunun daha önce herhangi bir ameliyat olmadığını belirtmektedir. Bu iki çalışma arasındaki farklılığın araştırma gruplarının özelliklerinden kaynaklanmış olabileceği düşünüldü.

5.2. Hastaların Kum Torbasının Uygulanması Nedeni İle Yaşadıkları Semptomlara Bağlı Hissetikleri Rahatsızlığın Tartışılması

Hastaların erken mobilizasyonunun sonuçlarının incelendiği çalışmalarda hemostaz için kullanılan yöntemlerin de çeşitli olduğu görülmektedir (Boztosun ve diğerleri, 2008). Arteriyel kateter çekildikten sonra bölgeye basınçlı pansuman uygulanması, kum torbası koyulması, trombin içerikli bandaj yapılması ve perkütan vasküler kapaticıların kullanımı gibi yöntemler mevcuttur. Kliniklerde yaygın olarak kullanılan yöntem basınçlı pansuman ve kum torbası uygulamasıdır. Bu konuda yapılan 30 çalışmanın incelendiği bir meta analizde vasküler kapaticılar ile mekanik bası yöntemleri arasında vasküler komplikasyonlar açısından bir farkın olmadığı tespit edilmiştir (Nikolsky et al., 2004). Devrez (2015)'in hastaları 3 ayrı gruba ayırarak yaptıkları çalışmada, erken ayağa kaldırmanın hastaların yatak istirahati sırasında yaşadıkları ağrı şiddetini azalttığı, kanama ve hematoma gelişimini etkilemediği görülmüştür. Çalışmamızda yer alan hastalara uygulanan kum torbalarının ağırlığı $5.25 \pm 0.15 \text{kg}$ 'dır. Bu sonuç, Devrez (2015) çalışmasında kullandığı kum torbalarının ağırlığından farklıdır. Farklılığın çalışmaların yürütüldüğü merkezlerdeki prosedür farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kanama kontrolü için elle bası uygulaması ve kum torbası uygulaması oldukça eski ancak yaygın kullanılan bir tekniktir (Beşli ve diğerleri, 2013; Cura ve diğerleri, 2000; Deuling et al., 2008; Bektaş, & Bayramoğlu 2017). Pek çok hastadaki sonuçları iyi olmakla birlikte, bu uygulamanın hasta konforunu bozduğu, ağrıya neden olduğu ve uzun süreli yatak istirahati zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle hasta konforunu artıran, yatak istirahati süresini kısaltan farklı bası cihazlarının geliştirilmesi gündeme gelmektedir (Beşli ve diğerleri, 2013). Çalışmamızdaki hastaların yatak istirahatinde geçirdikleri sürenin ortalaması 5.50 ± 0.20 saat olarak belirlendi.

Literatürde, rahatsızlığa dayanamamanın birçok ruhsal bozuklukla ilişkisine değinmekte, alkol ve madde kullanım bozuklukları, travmatik stres, borderline kişilik bozukluğu, yeme bozuklukları gibi çok sayıdaki psikopatolojik durumun ortaya çıkmasına katkı sağladığı öngörülmektedir (Bonn-Miller, Zvolensky, & Berstein,

2011). Çalışmamızda hastaların Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği'nin toplam puan ortalamasının ortalamasının 32.41 ± 3.95 ; RD alt boyutunun 18.91 ± 3.78 ; RK alt boyutunun ise 13.50 ± 4.13 olduğu görüldü. Buckner et al., (2007), alkol ve esrar kullanan kişilerde sıkıntıya dayanma, rahatsızlığa dayanma ve depresyonun etkilerini incelediği çalışmasında, depresyonun madde kullanımı ile ilişkisini aydınlatmada, önlem alma ve tedavi yöntemlerini şekillendirmede önemli olduğu belirtmektedir. RDÖ toplam puanı ile ölçeğin alt boyutları arasında pozitif yönlü ve güçlü bir korelasyon mevcuttur ($p < 0.001$).

Yılmaz'ın (2004), kardiyak invaziv girişim yapılan hastalarda lokal ağırlık uygulamasının ve pozisyon değişikliğinin vasküler komplikasyonlar ve sırt ağrısı üzerine etkisinin incelediği çalışmada, hastalara işlem sonrası değişik ağırlıklarda kum torbası uygulayarak pozisyon verdiği ve vermediği gruplar ve uygulamada bulunulmayan grubu karşılaştırarak, tüm gruplarda ağrı şiddetinin zamanla arttığı, düz pozisyonda yatırılan hastalarda ağrının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada, araştırma kapsamına alınan hastaların kum torbasının varlığından ne derece rahatsız olduklarının değerlendirildiğinde (VAS; 0=hiç, 10 oldukça fazla); kum torbasının bulunduğu yerde ağrı (3.2 ± 0.8), yeme içmede zorlanma (2.9 ± 1.0) omuz ağrısı (1.6 ± 0.4), bacaklarda uyuşma hissi (1.4 ± 0.5) ve sırt ve bel ağrısı (1.3 ± 0.5) nedeni ile rahatsızlık hissettikleri görülmektedir. Kendini halsiz hissetme (1.1 ± 0.8), nefes alıp verirken zorlanma (0.9 ± 1.2), endişe (0.9 ± 0.9), çaresizlik (0.6 ± 0.7), idrar yaparken zorlanma (0.3 ± 0.2) ve güçsüzlük (0.1 ± 0.2) hastalara daha düşük oranda rahatsızlık vermiştir. Hastaların ağrısı, bacaklarda uyuşma hissi, omuz ağrısı, sırt/ bel ağrısı, nefes alıp vermede zorlanma, halsizlik ve endişe durumları nedeni ile yaşadıkları rahatsızlık işlem başladıktan hemen sonra düşük düzeyde iken, işlem sonlanmadan hemen öncesinde belirgin bir biçimde artmaktadır. Bu sonuç, hastaların işlem süresi uzadıkça bazı semptomlardan daha fazla rahatsızlık duydukları şeklinde yorumlanabilir. Razaee-Adaryani et al. (2009), tarafından yapılan yarı deneysel çalışmada; deney grubundaki hastalara farklı pozisyonlar verilerek erken mobilize edilmiş (7-8 saat sonra), kontrol grubundaki hastalar ise sırtüstü düz yatırılarak kum torbası uygulanmış ve geç (10-24 saat sonra) mobilize edilmiştir. Kontrol grubundaki hastaların bel ağrılarının arttığı, hastaların kalp hızı-kan basıncı değerlerinin de yükseldiği belirlenmiştir. Abdollahi et al. (2015) kalp

kateterizasyonundan sonra pozisyon değişikliği ve erken ayağa kaldırmanın bel ağrısı, üriner retansiyon, kanama ve hematoma oluşumuna etkisinin değerlendirildiği çalışmada, hastalarda pozisyon değişikliğinin ve erken ayağa kaldırmanın güvenli olabileceği belirlenmiştir. Yılmaz (2004) da, kum torbasına bağlı olarak hastalarda rahatsızlık ve memnuniyetsizliğin arttığını gözlemlemiştir.

Bu çalışmada bel/ sırt ağrısı hastalara önemli ölçüde rahatsızlık vermekle beraber kum torbasının konduğu yerde hissedilen ağrı en fazla rahatsız edici olarak semptom olarak belirlenmiştir.

5.3. Hastaların Rahatsızlığa Dayanma Ölçeğinden Aldıkları Puanlarının Tartışılması

Ülkemizde RDÖ kullanılarak kum torbası nedeni ile deneyimlenen rahatsızlığın değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmadığından, çalışma sonuçları bu konuda yapılmış farklı çalışmalarla tartışılmıştır.

Çalışmamızda yer alan hastaların, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları ile bazı demografik özellikler (yaş, cinsiyet, boy, kilo, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu, daha önce geçirilen ameliyatlar, daha önce anjiyo olma, mevcut bir hastalık olması ve ile mevcut hastalıklar) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Astımlı hastalarda yapılan bir araştırmada, akciğer fonksiyonları bozuk olan hastaların rahatsızlık veren uyarılara toleranslarının daha az olduğu görülmüştür (McLeish, Kraemer, & O'Bryan, 2015). Bu çalışmada hastaların mevcut hastalıklarının RDÖ puanlarını etkilenmemesi, araştırmaya dahil edilen grubun özelliklerinden kaynaklanmış olabilir. Ayrıca astımlı hastaların nefes almada zorlanmaları nedeni ile toleranslarının daha düştüğü ve anksiyetelerinin arttığı söylenebilir.

Hastaların Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları ile YBÜ'de kalma süresi arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı. Daha önce ameliyat olmuş ve hastanede yatmış olan hastaların RDÖ puanlarının etkilediği görüldü ($p<0.05$). Hastaların YBÜ'deki fiziksel ortamdaki stresörleri oldukça fazla dikkate aldıkları belirtilmektedir. Özellikle ağızda ve burunda tüplerin olması, mahremiyetin olmayışı, ağlayan inleyen hastaları duymak, ağrı çekmek YBÜ'de yatan hastalar için

önemli stresörlerin başında yer almaktadır (Zaybak, & Çevik, 2015). Bu çalışmada, hastaların YBÜ’de kalma süresinin uzamasının, önceki deneyimlerinin (hastanede yatmak, ameliyat olmak) rahatsızlığa dayanma kapasitelerini artırdığı, rahatsızlık veren uyaranlara karşı daha dirençli olmalarına katkı sağladığı şeklinde değerlendirildi. YBÜ’de hastaların çok fazla stresörle karşılaşmaları nedeni ile duyarlılıklarının azaldığı şeklinde de düşünülebilir.

RDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile RDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile uygulanan kum torbasının ağırlığı arasında pozitif yönlü korelasyon bulundu ($p<0.05$). Hastanın toplam yatak istirahati süresi ile RDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu ($p>0.05$). Bazı çalışmalarda, kum torbasının ağırlığı azaldıkça sırt ağrısının şiddetinde azalma olduğu ve genel rahatsızlık düzeyinin düştüğü belirlenmiştir. En düşük ağrı ve rahatsızlık düzeyi 600gr ağırlığında kum torbası uygulanan grupta görülmüştür (Kyeong-Sook, Ji Woon, & Kee-Lyong, 2017). Bizim çalışmamamızdaki sonuç, Kyeong-Sook et. al.’ın (2017) çalışmasından farklıdır.

Hastaların vücut sıcaklığı ile RDÖ toplam puanı ve alt boyutlarından alınan puanlar arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmakla birlikte ($p<0.05$), diğer hayati bulgularla ölçek puanları arasında korelasyon görülmedi ($p>0.05$).

Razaei-Adaryani et al. (2009), tarafından yapılan yarı deneysel çalışmada; deney grubundaki hastalara farklı pozisyonlar verilerek erken mobilize edilmiş (7-8 saat sonra), kontrol grubundaki hastalar ise sırtüstü düz yatırılarak kum torbası uygulanmış ve geç (10-24 saat sonra) mobilize edilmiştir. Kontrol grubundaki hastaların bel ağrılarının arttığı, hastaların kalp hızı-kan basıncı değerlerinin de yükseldiği belirlenmiştir.

Kum torbası nedeni ile yaşanan semptomlardan kaynaklı rahatsızlık ile RDÖ toplam puanları ve alt boyutları arasında pozitif yönlü ve güçlü bir ilişki bulundu ($p<0.001$). Hastaların yaşadıkları semptomlardan etkilenme düzeyleri artıkça rahatsızlık veren uyaranlara karşı daha toleranslı oldukları, rahatsızlıktan kaçınma davranışlarının daha fazla ve rahatsızlığa dayanma kapasitelerinin daha iyi olduğu görüldü.

Bu çalışmadan farklı olarak, bir deneyime dayalı kaçınma davranışı gösteren kişilerin, ağrıya karşı daha dayanıksız ve daha düşük toleranslı oldukları, iyileşme süreçlerinin de daha yavaş seyrettiği belirtilmektedir (Benson et al., 2005; Feldner et al., 2006; Kordestani et al., 2012; Parach et al., 2018). Ağrı, hastadan hastaya farklılık gösteren bir deneyimdir (Beşli ve diğerleri, 2013). Bu çalışmada, ağrıya yol açan durumun hasta için taşıdığı anlam da hastaların ağrı ve rahatsızlık algısını etkilemiş olabilir. Özellikle KABG cerrahisi gibi komplike bir ameliyattan sonra, hastalar kum torbası nedeni ile bir ölçüde rahatsız olduklarını belirtse de, bunun iyileşme sürecinin bir parçası olarak değerlendirmiş olabilirler.

Sırt/ bel ağrısı kum torbası uygulaması nedeni ile yatak istirahatinde kalmaya bağlı olarak gelişmektedir (Razaei-Adaryani et al., 2009; Valiee et al., 2016). Bu çalışmada, femoral bölgede hissedilen ağrının, sırt ağrısı ve bacak ağrısı nedeni ile hissedilen rahatsızlığın kum torbası uygulamasını sonlandırmadan hemen öncesinde belirgin olarak arttığı görüldü. Yapılan çalışmalarda koroner invaziv girişimden sonra femoral alana soğuk uygulama yapılmasının bu ağrıyı gidermede faydalı olabileceği öngörülmektedir (Güleser, & Taşçı, 2011; Ghods et al., 2016; Vati et al., 2016; Kurt & Kaşıkçı, 2019). Yılmaz ve diğerlerinin (2007) çalışmasında da, kum torbasının işlem sonrası vasküler komplikasyonları azaltmada herhangi bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Başka bir çalışmada kum torbasının üçüncü saatte çıkarılmasının vasküler komplikasyon sıklığını artırmadığı, sırt ağrısını, kasık ağrısını ve idrar retansiyonunu azalttığını ve rahatlık sağladığını göstermiştir (Fathi et al., 2017).

Çınar ve Olgun (2013) çalışmasında da, girişim bölgesine kum torbasının yaptığı ağırlığın hastada ağrı oluşturduğu düşünülmüştür. İşlem öncesi ve sırasında ritm problemi olmayan, vital bulguları izlemi iyi olan hastada kum torbası basısının vazovagal senkop gelişmesinde tetikleyici olabileceği düşünülmüştür.

Hastaların bazı günlük yaşam aktivitelerini (nefes alıp verme, yeme-içme, idrarını yapma) yerine getirmede zorlanma puanları ile RDÖ'den alınan puanlar arasında pozitif yönlü bir korelasyon bulundu ($p<0,001$). Hastaların bu aktivitelerde zorlanmaları arttıkça, rahatsızlığa dayanmalarının kolaylaştırdığı ve rahatsızlıktan kaçınmanın da arttığı görüldü (Güleser, & Taşçı, 2011).

5.4. Sonuç ve Öneriler

Çalışmanın sonuçlarına göre;

- Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği'nden alınan puan ortalamasının 32.41 ± 3.95 olduğu,
- RDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile hastaların yaşı, cinsiyeti, boyları, kiloları, eğitim durumları, medeni durum ve gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0.05$),
- RDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile yoğun bakımda kalma süresi arasında ($p < 0.05$) pozitif yönlü korelasyon olduğu,
- RDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile daha önce ameliyat olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p < 0.05$), anlamlılığın daha önce ameliyat olan hastalardan kaynaklandığı,
- RDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile daha önce geçirilen ameliyatlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ($p > 0.05$). RDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile daha önce hastanede yatma deneyimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu ($p < 0.05$) ve bu sonucun daha önce hastanede yatma deneyimi bulunan hastalardan kaynaklandığı,
- RDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile daha önce anjiyo olma, mevcut bir hastalığın varlığı, mevcut hastalıkların çeşitleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ($p > 0.05$),
- “Rahatsızlığa Dayanma”, “Rahatsızlıktan Kaçınma” ve “Toplam Rahatsızlığa Dayanma” ile; kum torbasının bulunduğu yerde ağrı, bacaklarda uyuşma hissi, omuz ağrısı, sırt ağrısı/bel ağrısı, idrar yaparken zorlanma, nefes alıp verirken zorlanma, yeme ve içmede zorlanma, güçsüzlük, halsizlik, çaresizlik, endişe arasında pozitif yönde, anlamlı ve güçlü bir ilişkinin olduğu ($p < 0.001$) belirlendi.

Bu çalışma tek merkezde belli bir zaman aralığında ve sınırlı sayıda hasta ile yapılmıştır. Çalışma sonuçlarının çalışmanın yapıldığı klinik ile paylaşılması, daha fazla hastanın daha uzun süreli izlendiği gözlemsel ve tanımlayıcı çalışmanın yapılması önerilmektedir. Femoral kateter çekilmesi nedeniyle kum torbası

uygulanan hastaların yaşamış oldukları rahatsızlık ve rahatsızlığa dayanma gücü sonuçlarına göre bireyselleştirilmiş ve bütüncül hemşirelik bakımının verilmesi, hastalara kum torbası uygulama sonrasında rahatsızlıklarının azaltılmasını sağlayacak girişimlerin planlanması, hastalara işleme ilgili bilgilendirmeyi amaçlayan rehberlerin oluşturularak eğitim verilmesi önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

- Abdollahi AA, Mehranfard S, Behnampour N, Kordnejad AM. (2015). Effect of positioning and early ambulation on coronary angiography complications: A randomized clinical trial. *J Caring Sci*, 1;4(2):125-34. doi: 10.15171/jcs.2015.013.
- Ahmed HH, Ibrahim YM, El Soussi AH, El Said MM. (2006). The effect of early activity on patients outcome after open heart surgery. *Alexandria Journal of Anaesthesia and Intensive Care*, 9: 34-43.
- Ahmetoğlu Y. (2019). Açık Kalp Cerrahisi Geçiren Hastaların Mobilizasyon Düzeylerinin ve Mobilizasyonu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Akçay, G.G. (2019). Kanser Hastalarında Kişilik Yapısı, Anksiyete Düzeyi ve Rahatsızlığa Dayanma Gücü Arasındaki İlişki, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Armendaris MK, Azzolin KO, Alves FJMS, Ritter SG, Moraes MAP. (2008). Incidence of vascular complications in patients submitted to percutaneous transluminal coronary angioplasty by transradial and transfemoral arterial approach. *Acta paul. Enferm*, 21(1): 107-111. doi:10.1590/S0103-21002008000100017
- Assis RB, Azzolin K, Boaz M, Rabelo ER. (2009). Complications of intra-aortic balloon in a cohort of hospitalized patients: implications for nursing care. *Rev Lat Am Enfermagem*, 17(5):658-63. doi:10.1590/S0104-11692009000500010
- Aşkar Z, Çetin HY. (2013). Kalp cerrahisi hastalarının yoğun bakım izlemi. In: Paç M, Akçevin A, Aka S, Büket S, Sarioğlu T, editörs. Kalp ve damar cerrahisi. İkinci baskı. Ankara: Medikal ve Nobel Tıp Kitabevi, ss. 337-361.
- Aydın MS, Koçarslan A, Göz M, Hazar A, Yüce HH, Eser İ, Ürküp M, Kaya Z. (2012). Koroner bypass cerrahisinde intraaortik balon kullanımına etki eden faktörler. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Journal of Harran University Medical Faculty)*, 9(3):212.

- Baim DS. (1996). Percutaneous approach, including transseptal and apical puncture. In: Baim DS, Grossman W (eds), *Cardiac Catheterization, Angiography and Intervention*. Baltimore, Williams & Wilkins, s.71.
- Baratta, L. (2002). Cardiac Catheterization, <http://www.karenyontzcenter.org/healthwise/heart-talk/>, September.
- Bektaş O, Bayramoğlu A. (2017). Femoral arter yoluyla yapılan koroner anjiyografi sonrası girişim yerinin geleneksel kum torbası ve kapama cihazı kullanılarak kapatılmasının karşılaştırılması. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 9(5);1-5.
- Benson LM, Wunderly D, Perry B, et al. (2005). Determining best practice: comparison of three methods of femoral sheath removal after cardiac interventional procedures. *Heart Lung*, 34(2): 115-121. doi: 10.1016/j.hrtlng.2004.06.011
- Benson LM, Wunderly D, Perry B, Kabboord J, Wenk T, Birdsall B, Vanderbos L, Roach V, Goole R, Crippen C, Nyirenda T, Rumsey L, Manguba G. (2005). Determining best practice: comparison of three methods of femoral sheath removal after cardiac interventional procedures. *Heart Lung*. 34(2):115-21. doi: 10.1016/j.hrtlng.2004.06.011.
- Beşli F, Alishir MF, Keçebaş M, Serdar OA, Güngören F. (2013). Kalp kateterizasyonu ve elektif perkütan girişimlerde periferik damar komplikasyonları açısından femoral arter pnömotik kompresyon cihazının kum torbası yöntemi ile karşılaştırılması. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 41(6), 478-485.
- Bonn-Miller MO, Zvolensky MJ, Bernstein A. (2009). Discomfort intolerance: Evaluation of incremental validity for panic-relevant symptoms using 10% carbon dioxide-enriched air provocation. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2), 197-203. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.06.007
- Boztosun B, Güneş Y, Yıldız A, Bulut M, Sağlam M, Kargın R, Kıрма C. (2008). Early ambulation after diagnostic heart catheterization. *Angiology*, 58(6), 743–746. doi: 10.1177/0003319707308890

- British Committee for Standards in Haematology. (2007). "Guidelines on the insertion and management of venous access devices". *International Journal of Laboratory Hematology* 29(4):261-78. doi: 10.1111/j.1751-553X.2007.00931.x.
- Brunt BA. (2005). Models, measurement, and strategies in developing critical-thinking skills. *J Contin Educ Nurs*. NovDec;36(6):255-262.
- Büyükateş M, Turan AS, Kandemir Ö. (2007). Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde açık kalp cerrahisi: İlk 170 olgunun değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cer. Derg.* 15(1):51-54.
- Christensen V, Lacarella CL, Manion RV et al. (1994). Sandbags do not prevent complications after catheterization. *Circulation*, 90(suppl): 205
- Christensen BV, Manion RV, Iacarella CL, Meyer SM, Cartland JL, Bruhn-Ding BJ, & Wilson R.F. (1998). Vascular Complications after angiography with and without the use of sandbags. *Nursing Research*, 47(1), 51-53. doi: 10.1097/00006199-199801000-00009
- Colson PH, Gaudard P, Fellahi JL, Bertet H et al. (2016). Active bleeding after cardiac surgery: a prospective observational multicenter study. *PLoSOne*. 11(9). doi: 10.1371/journal.pone.0162396.
- Cura FA, Kapadia SR, L'Allier PL, Schneider JP, Kreindel MS, Silver MJ, et al. (2000). Safety of femoral closure devices after percutaneous coronary interventions in the era of glycoprotein IIb/IIIa platelet blockade. *Am J Cardiol*, 86:780-2. doi: 10.1016/s0002-9149(00)01081-x.
- Çam, R., Dönmez, Y.C., Demir, F. (2008). Yoğun bakım ünitelerinde santral venöz kateterlerin özellikleri ve gelişen komplikasyonların incelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 12(1-2):17-22.
- Çınar D, Olgun N. (2013) Koroner anjiyografi sonrası uygulanan kum torbası basısına bağlı olduğu düşünülen vazovagal senkop gelişen olgu sunumu. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10 (1): 51-55.
- Çöçelli LP, Bacaksız BD, Ovayolu N. (2008). Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14: 53-58.

- Demir Ö. (2013). Koroner anjiyografi ve perkütan transluminal koroner angioplasti işlemi öncesi uygulanan progresif kas gevşeme ve müzik dinlemenin bireylerin anksiyete düzeylerine olan etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın
- Deuling JH, Vermeulen RP, Anthonio RA, van den Heuvel AF, Jaarsma T, Jessurun G et al. (2008). Closure of the femoral artery after cardiac catheterization: A comparison of Angio-Seal, StarClose, and manual compression. *Catheter Cardiovasc Interv*, 71:518-23. doi: 10.1002/ccd.21429.
- Devrez N. (2015). Koroner Anjiyoplasti Uygulanan Hastalarda Erken Mobilizasyon Ve Spongostan Destekli Pansumanın Kanama, Ağrı ve İdrar Yapma Üzerine Etkileri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi Ankara.
- Dressler DK, Dressler KK. (2006). Caring for patients with femoral sheaths: after percutaneous coronary intervention, sheath removal and site monitoring are the nurse's responsibility. *AJN*, 106(5): 64A-64H.
- Elliot D, Aitken LM, Chaboyer W. (2007). ACCCN's Critical Care Nursing. Mosby Elsevier, Sydney, 578-584.
- Erdil F. (2001). Cerrahi hemşireliği. In: Erdil F, Elbaş N, editörler. Cerrahi hastalıkları hemşireliği, dördüncü baskı, Ankara: Aydoğdu Ofset, 97-136.
- Ertürk E, Akbulut S. (2007) Santral venöz kateter takma ve bakımı. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 5:9-10.
- Farmanbar R, Chinikar M, Gozalian M, et al. (2008). The effect of post coronary angiography bed-rest time on vascular complications. *J Teh Univ Heart*, 4: 225-228.
- Fathi M, Valiee S, Mahmoodi P. (2017). Effect of changing the duration of keeping sandbag over catheter insertion site on the coronary angiography acute complications: A controlled clinical trial. *J Vasc Nurs*. 35(4):193-200. doi: 10.1016/j.jvn.2017.05.001.
- Feldner MT, Hekmat H, Zvolensky MJ, Vowles KE, Secrist Z, Leen-Feldner EW. (2006). The role of experiential avoidance in acute pain tolerance: A laboratory test. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 37:146–158.

- Galli A, Palatnik A. (2005). What is the proper activated clotting time (ACT) at which to remove a femoral sheath after PCI? What are the best "protocols" for sheath removal? *Crit Care Nurse*, 25(2): 88-95.
- Ghods, AA, Bagheri S, Ghorbani R, Asgari MR. (2014). (2014). Comparing the effects of air cushions and sand bags on complications after coronary artery angioplasty. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 24(111):67-76.
- Greenberger H, Reches H, Riba S. Do new graduates of registered nursing programs in Israel perceive themselves as technically competent? *J Contin Educ Nurs*. 2005 May-Jun;36(3):133-40.
- Gurm HS, Brennan DM, Booth J, Tchong JE, Lincoff AM, Topol EJ. Impact of body mass index on outcome after percutaneous coronary intervention (the obesity paradox). *Am J Cardiol*. 2002 Jul 1;90(1):42-5. doi: 10.1016/s0002-9149(02)02384-6.
- Güler KM, Erentuğ, V, Dağlar B, Balkanay M, Akıncı, E, ve ark. (1999). İntraaortik balon pompası: 765 hastada 15 yıllık klinik deneyim. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 7:353-7.
- Gülezer GN. (2011). Koroner İnvaziv Girişim Uygulanan Bireylerde Femoral Bölgeye Buz Torbası Uygulamanın Lokal Vasküler Komplikasyonlar Ve Bel Ağrısına Etkisi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Kayseri.
- Hogan-Miller E, Rustad D, Sendelbach S, Goldenberg I. (1995). Effects of three methods of femoral site immobilization on bleeding and comfort after coronary angiogram. *Am J Crit Care*, 4(2):143-8.
- Hutton-Borghardt B. (2010). Intra-aortic Balloon Pump. İn: Hardin SR. Kaplow R.(Eds) *Cardiac Surgery Essentials for Critical Care Nursing*. Jones and Bartlett Publishers. Canada.
- Juran NB. Minimizing bleeding complications of percutaneous coronary intervention and glycoprotein IIb-IIIa antiplatelet therapy. *Am Heart J*. 1999 Oct;138(4 Pt 2):297-306. doi: 10.1053/hj.1999.v138.a100462.
- Kalisch BJ, Lee S, Dabney BW.(2014). Outcomes of inpatient mobilization: A literature review. *J Clin Nurs*. 23(11-12):1486-501. doi: 10.1111/jocn.12315.

- Kıralı K, Güler M, Dağlar B, Balkanay M, Akıncı E, İpek G, Gürbüz AI.(1999). İntraaortik Balon Pompası: 765 hastada 15 yıllık klinik deneyim. *Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*. 7:5,353-7.
- Kocaman N. (2008). Tıbbi hastalığa psikososyal tepkiler. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 71:52-58.
- Kordestani SS, Noohi F, Azarnik H, Basiri H, Hashemi MJ, Abdi S, Mohebi A, Madani M, Nayebhabib F. (2012). A randomized controlled trial on the hemostasis of femoral artery using topical hemostatic agent. *Clin Appl Thromb Hemost*. 18(5):501-5. doi: 10.1177/1076029611432745.
- Kurt Y, Kaşıkçı M. (2019). The effect of the application of cold on hematoma, ecchymosis, and pain at the catheter site in patients undergoing percutaneous coronary intervention. *Int J Nurs Sci*. 5;6(4):378-384. doi: 10.1016/j.ijnss.2019.09.005.
- Kyeong-Sook C, Ji Woon K, Kee-Lyong L. (2017). The effect of the weight of a sandbag on the sheath region after a transcatheter arterial chemoembolization. *Korean Society of Critical Care Nursing*, 10(2): 24-33.
- Leeper B. (2004). Nursing outcomes: percutaneous coronary interventions. *J Cardiovasc Nurs*, 19(5):346-53. doi: 10.1097/00005082-200409000-00010.
- Lehmann KG, Ferris ST, Heath-Lange SJ. (1997). Maintenance of hemostasis after invasive cardiac procedures: implications for outpatient catheterization. *J Am Coll Cardiol*. Aug; 30(2):444-51. doi: 10.1016/s0735-1097(97)00156-3.
- Logemann T, Luetmer P, Kaliebe J et al. (1999). Two versus six hours of bed rest following left- sided cardiac catheterization and a meta analysis of early ambulation trials. *The American Journal of Cardiology*, 84:486-488. doi: 10.1016/s0002-9149(99)00344-6
- Lundgren A, Ek AC, Wahren L. (1998). Handling and control of peripheral intravenous lines. *J Adv Nurs*. 27(5):897-904. doi: 10.1046/j.1365-2648.1998.t01-1-00574.x.
- Martin CG, Turkelson SL. (2006). Nursing care of the patient under going coronary artery bypass grafting. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(2):109-117. doi: 10.1097/00005082-200603000-00006

- McGee DC, Gould MK. (2003). Preventing complications of central venous catheterization. *N Engl J Med*, 348:1123- 33. doi: 10.1056/NEJMra011883
- McWilliams LA, Asmundson GJ. Is there a negative association between anxiety sensitivity and arousal-increasing substances and activities? *J Anxiety Disord*. 2001 May-Jun;15(3):161-70. doi: 10.1016/s0887-6185(01)00056-1.
- Mohammad F, Valiee S, Mahmoodi P. (2017). Effect of changing the duration of keeping sandbag over catheter insertion site on the coronary angiography acute complications: A controlled clinical trial. *Journal of vascular nursing: official publication of the Society for Peripheral Vascular Nursing*, 35(4);1-8. doi: 10.1016/j.jvn.2017.05.001.
- Morton PG, Fontaine DK, Hudak CM, Gallo BM. (2005) *Critical Care Nursing, a Holistic Approach*. 8th Edition, Lippincott William Wilkins, Philadelphia.
- Niederstadt JA. (2004). Frequency and timing of activated clotting time levels for sheath removal. *J Nurs Care Qual*, 19(1):34-8. doi: 10.1097/00001786-200401000-00008.
- Nikolsky E, Mehran R, Halkin A, Aymong ED, Mintz GS, Lasic Z, Negoita M, Fahy M, Krieger S, Moussa I, Moses JW, Stone GW, Leon MB, Pocock SJ, Dangas G. (2004). Vascular complications associated with arteriotomy closure devices in patients undergoing percutaneous coronary procedures: a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*, 15;44(6):1200-9. doi: 10.1016/j.jacc.2004.06.048.
- Önal AE, Tümerdem Y. (2001). Yaşlılıkta hipertansiyon. *Geriatrici*, 4(4): 141-145.
- Öz Alkan H. (2012). İntraaortik balon pompası ve hemşirelik bakımı. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 3(3): 9-18, Doi: 10.5543/khd.2012.002
- Özdel K, Yalçınkaya Alkar Ö, Taymur İ, Türkçapar MH, Zamkı E, Sargın AE, (2012). Rahatsızlığa dayanma ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(1):52-58.
- Pankinin HT, Althaus P. (2001) Guidelines for preventing infections associated with the insertion and maintenance of short-term indwelling urethral catheters in acute care. *J Hosp Infect* 2001;49:146-7. doi: 10.1053/jhin.2001.1054.

- Parach A, Sadeghi-Ghahroudi M, Saeid Y, Ebadi A. (2018). The effect of evidence-based care guidelines on outcomes after removal of arterial sheath in patients undergoing angioplasty. *ARYA Atheroscler*, 14(6):237-241. doi: 10.22122/arya.v14i6.1380.
- Parissis H, Soo A, Al-Alao B. (2011). Intra aortic balloon pump: literature review of risk factors related to complications of the intraaortic balloon pump. *J Cardiothorac Surg*, 6:147.
- Parker FB, Neville FJ, Hanson EL, Webb WR. (1974). Intraaortic balloon counterpulsation and cardiac surgery. *Arin Thorac Surg*, 17:144. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181b78671.
- Peet GI, McGrath MA, Brunt JH, Hilton JD. (1995). Femoral arterial sheath removal after PTCA: a cross-Canada survey. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing* 6: 3-4, 13-19.
- Rezaei-Adaryani M, Ahmadi F, Mohamadi E, Asghari-Jafarabadi M. (2009). The effect of three positioning methods on patient outcomes after cardiac catheterization. *J Adv Nurs*, 65(2): 417-424. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04889.x
- Rolley JX, Salamonson Y, Wensley C, Dennison CR, Davidson P. M. (2011). Nursing clinical practice guidelines to improve care for people undergoing percutaneous coronary interventions. *Australian Critical Care*, 24(1), 18-38. doi:10.1016/j.aucc.2010.08.002
- Sabo J, Chlan L, Savik K. (2008). Relationships among patient characteristics, comorbidities, and vascular complications post-percutaneous coronary intervention. *Heart & Lung*, 37(3):190-195. doi: 10.1016/j.hrtlng.2007.06.001
- Schmidt NB, Lerew DR. (1998). Prospective evaluation of psychological risk factors as predictors of functional impairment during acute stress. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 8:199–212. doi: 10.1023/A:1021378523582.
- Schmidt NB, Richey JA, Cromer KR, Buckner JD. (2007). Discomfort intolerance: Evaluation of a potential risk factor for anxiety psychopathology. *Behavior Therapy*. 38:247–255. doi: 10.1016/j.beth.2006.08.004.

- Schmidt NB, Richey JA, Fitzpatrick KK. (2006). Discomfort intolerance: Development of a construct and measure relevant to panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 20:263–280. doi: 10.1016/j.janxdis.2005.02.
- Shaffer RB. (2005). Arterial and venous sheath removal. In: Wiegand DJ, Carlson KK, eds. AACN Procedure Manual for Critical Care. 5th ed. St Louis, MO: Elsevier Saunders; 602-609.
- Simons JS, Gaher RM. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*. 29:83–102. doi: 10.1007/s11031-005-7955-3.
- Solak H, Görmüş N, Solak TM, Solak I. (2011). Kalp hastalıkları ve cerrahisi. Birinci Baskı. Ankara, Efil Yayınevi, 63-65.
- Toraman F. (2013). Kalp cerrahisinde sıvı elektrolit tedavisi. *GKDA Derg*, 19(2): 53-66. doi: 10.5222/GKDAD.2013.053
- Turhan S. (2009). Kardiyojenik şok: Tanı ve tedavisi, intraaortik balon pompası endikasyonları. *Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics*, 2(2):60-6.
- Türk Kardiyoloji Derneği. (2005). Girişimsel Kardiyolojide Yetkinlik Kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 33- Türk Kardiyoloji Derneği. (2005)38.
- Urden LD, Stacy KM, Lough ME. (2002). Thelan's Critical Care Nursing Diagnosis and Management. Fourth Edition, Mosby, St. Louis. 475-478.
- Ülger F. (2006). Santral venöz kateterizasyon ve monitorizasyon ve komplikasyonları. *Türk Yoğun bakım Derneği Dergisi*, 4:18-29.
- Üstündağ H, Aslan F. (2011). Koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastanın bakımı ve konforu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 15(1):22-8.
- Valiee S, Fathi M, Hadizade N, Roshani D, Mahmoodi P. (2016). Evaluation of feasibility and safety of changing body position after transfemoral angiography: A randomized clinical trial. *J Vasc Nurs*, 34(3):106-15. doi: 10.1016/j.jvn.2016.05.001.
- Vati J, Mathew TK, Sharma YP. (2016). Effect of low fowler's position on back pain and vascular complications following trans-femoral cardiac catheterization: A randomized controlled trial. *i-manager's Journal on Nursing*, 6(1):24 Doi: 10.26634/jnur.6.1.5916.

- Yıldırım GÖ. (2006). Kalp ameliyatı sonrası hasta pozisyonunun hemodinamik ölçümlere etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.
- Yılmaz E, Gürgün C, Dramal A. (2007). Minimizing short-term complications in patients who have undergone cardiac invasive procedure: a randomized controlled trial involving position change and sandbag. *Anadolu Kardiyol Derg.* 7(4):390-6.
- Yılmaz E. (2004). Kardiyak invaziv girişim yapılan hastalarda lokal ağırlık uygulamasının ve pozisyon değişikliğinin vasküler komplikasyonlar ve sırt ağrısı üzerine etkisinin incelenmesi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Zaybak A, Çevik K. (2015). Yoğun bakım ünitesindeki stresörlerin hasta ve hemşireler tarafından algılanması. *Yoğun Bakım Derg,* 6: 4-9.
- Zomorodi M, Topley D, Mcnaw M. (2012). Developing a mobility protocol for early mobilization of patients in a surgical/trauma ICU. Hindawi Publishing Corporation *Critical Care Research and Practice,* 1-10. doi: 10.1155/2012/964547.

7. SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ASD	: Atriyal Septal Defekt
AVR	: Aort Kapak Değişimi
CABG	: Koroner Arter Bypass Ameliyatı
EKG	: Elektrokardiyografi
IABP	: İntyra Aortik Balomn Pompası
İJV	: İnternal Juguler Ven
KAG	: Koroner Anjiyografi
MVR	: Mitral Kapak Değişimi
PaCO₂	: Arteriyel Parsiyel Karbondioksit Basıncı
PKG	: Perkütan Koroner Girişim
paO₂	: Arteriyel Parsiyel Oksijen Basıncı
PVR	: Pulmoner Kapak Değişimi
RD	: Rahatsızlığa Dayanma
SF	: Serum Fizyolojik
TPN	: Total Parenteral Nütrisyon
VSD	: Ventriküler Septal Defekt
YBÜ	: Yoğun Bakım Ünitesi

8. EKLER

Ek 1: İzin Belgeleri

Rahatsızlığa dayanma ölçeği hk.

Gelen Kutusu



NERİMAN AKANSEL <nakansel@uludag.edu.tr>

5 Tem
2019
14:23

Alıcı: esargin79

Sayın Hocam,
Geçerlik güvenirlik çalışmasını yaptığımız "**Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği**"ni bir öğrencimin çalışmasında kullanmak istiyoruz. İzin verdiğiniz takdirde yayın aşamasında sizleri referans olarak yazacağımızı belirtmek isterim. Kadir Hocaya mail ile ulaşmaya çalıştım ancak bir dönüş olmadı.
Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ve orijinal İngilizce makalesinde ölçeğin puanının 0-42 arasında değişmekte olduğu belirtilmektedir. Bu ölçekte ters puanlanması gereken madde var mıdır? Bu konuda da bilgi verebilerseniz sevinirim.
İyi çalışmalar dilekleriyle.
Neriman Akansel

Doç. Dr. Neriman Akansel
Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bursa

Neriman Akansel, PhD, RN, Associate Professor
Uludağ University Faculty of Health Sciences
Department of Surgical Nursing, Bursa/ Turkey

Emre Sargin <esargin79@yahoo.com>

7 Tem
2019
00:36

Alıcı: ben

Neriman hocam merhaba,

Rahatsızlığa dayanma ölçeği 7 madde ve 2 alt ölçekten oluşmakta.

1-2-4 ve 5 nolu maddeler rahatsızlığa dayanmayı
3-6 ve 7 nolu maddeler rahatsızlıktan kaçınmayı puanlamakta.

Sizin de söylediğiniz gibi toplam puan 0-42 arasında değişmekte olup ters puanlanan madde bulunmamaktadır.

Ölçekten istediğiniz verimi alabileceğinizi umarım.

Ek 2: Etik Kurul İzni



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

**BURSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU
TOPLANTI TUTANAĞI**

Başkanlığımız Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu, sunulan dosyanın uygunluğunu değerlendirmek üzere 24.03.2020 tarihinde toplanmıştır.

Bursa Uludağ Üniversitesi Rektörlüğünün 12.02.2020 tarih ve E.6591 sayılı ekli yazısında Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Havva KARAYEL EMRE'nin "Kardiyak Cerrahisi Sonrası Femoral Katater Çekilmesi Nedeni İle Kum Torbası Uygulanan Hastaların Yaşadıkları Rahatsızlık ve Rahatsızlığa Dayanma Gücü Arasındaki İlişki" başlıklı çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulama isteğine ilişkin belgeleri incelenmiştir.

Komisyon tarafından yapılan değerlendirme neticesinde, söz konusu çalışmanın adı geçen hastanede hasta hakları ve kişisel sağlık verilerinin işlenmesi ve mahremiyetinin sağlanması hakkında yönetmeliklere uyulmak kaydı ile yapılması uygun bulunmuş olup, çalışmanın tamamlanması akabinde hazırlanan sonuç raporunun bir nüshasının Başkanlığımıza gönderilmesine;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

e-imzalıdır.

Uzm.Dr.Emine SEVGİCAN
Enfeksiyon Hast. Uzmanı (Üye)

e-imzalıdır.

Uzm.Dr.Hande OCAKOĞLU
Halk Sağlığı Uzmanı (Üye)

e-imzalıdır.

Uzm.Dr.Hasret YÜCEL ÖZBÖLÜK
Tıbbi Farmakoloji Uzmanı (Üye)

e-imzalıdır.

Hasan ARSLAN
Uzman (Üye)

24 / 03 / 2020

e-imzalıdır.

Uzm.Dr. Salih METİN
Kamu Hast. Hiz.. Bşk.Yrd.
(Komisyon Başkanı)

Ekler:

- 1- Havva KARAYEL EMRE Araştırma İzin Belgeleri
- 2- Hastane Uygunluk Yazısı

(EK 5-5)

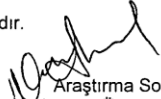
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK KURULU
ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Lütfen bu dokümanı dikkatlice okumak için zaman ayırınız

Sizi araştırmacı tarafından yürütülen "Kardiyak cerrahisi sonrası femoral kateter çekilmesi nedeni ile kum torbası uygulanan hastaların yaşadıkları rahatsızlık ve rahatsızlığa dayanma gücü arasındaki ilişki" başlıklı ankete dayalı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmacının neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Bu anket 37 sorudan oluşmakta ve yaklaşık ...20 dksüre almaktadır.


Araştırma Sorumlusu
(Adı, Soyadı-Ünvanı-İmzası)
Doç. Dr. Neriman Akansel

Araştırmanın Yapılış Amacı:

- Uzmanlık tez çalışması
 Yüksek lisans tez çalışması
 Doktora tez çalışması
 Akademik amaçlı araştırma
 Sözleşmeli araştırma
 Diğer (lütfen belirtiniz.....)

Anket Hakkında Bilgi (Katılımcının anlayacağı biçimde)

Bu anket Kardiyak cerrahisi sonrası femoral kateter çekilmesi nedeni ile kum torbası uygulanan hastaların yaşadıkları rahatsızlık ve rahatsızlığa dayanma gücü arasındaki ilişki incelenmek amacı ile hazırlanmış olup ankette geçen deyimler, terimler kısaca aşağıda açıklanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğinizde, kasık bölgenizde bulunan iğne çekilmeden önce size ait bilgiler(hastalara ait demografik özelliklerin yer aldığı form)istenilecektir. Rahatsız edici durumlara karşı dayanma kapasitenizi değerlendirmek amacıyla (Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği) size 7 tane soru sorulacaktır. Bana hiç uygun değil (0),kararsızım, bana tümüyle uygun(6) şeklinde cevap vermeniz istenilecektir. Kasığınızda bulunan iğne(kateter) çekildikten sonra kanama olmaması için kum torbası konulacak. Kum torbası konulduktan sonra kum torbasının sizde meydana getirdiği rahatsızlıkları ifade eden 12 tane soru sorulacaktır. Bu formda yer alan kum torbasının oluşturduğu 11 tane rahatsızlığı VAS 0 (hiç yok) ile 10 (oldukça fazla) arasında puanlamanız, 1 soruya da puanlama yapmadan cevap vermeniz istenilecektir. Bu puanlamayı kum torbası konulduktan hemen sonra, kum torbasının kasığınızda duracağı sürenin ortasında ve kum torbası alınmadan hemen önce yapmanız istenilecektir. Verdiğiniz puan o rahatsızlığın sizdeki şiddetini belirtecektir.

Hipertansiyon: Damarın içindeki kanın damar duvarına yaptığı yüksek basınca hipertansiyon denir.

Diyabet: Kan şekerinin yükselmesi, idrarda şeker görülmesi.

Nörolojik: Vücudun sinir sistemiyle ilgili hastalıklara nörolojik hastalıklar denilir .Kas zayıflıkları, koordinasyon problemleri ,nöbet geçirme ,şuur kayıpları gibi

Romatizmal: Kişinin eklemlerinde şişlik kızarıklık ve sıcaklık artışı ,sürekli tekrarlayan ağrı ,eklemleri hareket ettirmede veya kullanmada zorluğa neden olan hastalıktır.

0-10 Arası Ölçek(VAS): 0 (hiç yok) ile 10 (oldukça fazla) arasında rahatsızlığı değerlendirme ölçeği

Rahatsızlığa Dayanma ÖlçeğiRahatsız edici duymalara dayanma kapasitesindeki kişisel farklılıkları ölçmek amacıyla kullanılan ölçektir.

Onaylayan Kurum :

Onaylandığı Tarih :

Ek 3: Hasta Tanıtım Formu

HASTA TANITIM FORMU

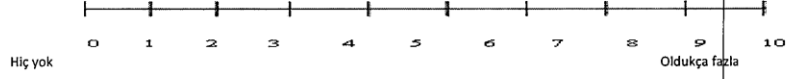
1. Yaş.....
2. Cinsiyetiniz 1. () Kadın 2. () Erkek
3. Boy.....Kilo.....BKI.....
4. Eğitim Durumu
1. () Okur Yazar Değil 2. () Okur Yazar 3. () İlköğretim
4. () Ortaöğretim 5. () Lise 6. () Yükseköğretim
5. Medeni durum 1. () Evli 2. () Bekâr 3. () Diğer
6. Gelir durumu 1. () İyi 2. () Orta 3. () Kötü
7. Yoğun Bakım Ünitesinde kalma süresi..... /gün
8. Daha önce ameliyat oldunuz mu? 1. () Evet 2. () Hayır
9. Cevabınız evet ise yapılan ameliyatlara
10. Daha önce hastanede yattınız mı? 1. () Evet 2. () Hayır
11. Daha önce anjiyo oldunuz mu? 1. () Evet 2. () Hayır
12. Mevcut bir hastalığınız var mı? 1. () Evet 2. () Hayır
13. Hastalıklarınız: (Birden fazla işaretlenebilir)
1. () Hipertansiyon 2. () Diyabet 3. () Nörolojik
4. () Romatizmal 5. () Diğer

AŞAĞIDAKİ SORULAR (14-18 ARASI HEMŞİRE TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR)

14. Yapılan ameliyatın adı:
1. () Koroner arter bypass 2. () Kapak ameliyatı 3. () Diğer
15. Hastanın kullandığı ilaçlar.....
(hasta dosyasından alınacak)
16. Çekilen femoral kateter
1. () Femoral Arter 2. () Femoral Ven 3. () IntraAortik Balon Pompası
17. Konulan kum torbasının ağırlığı.....
18. Toplam yatak istirahat süresi

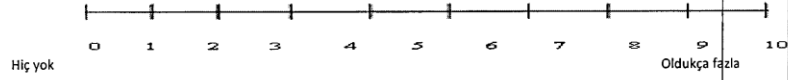
**Kum torbası nedeni ile aşağıda belirtilen durumların size ne derece rahatsızlık
verdiğini belirtiniz.**

1. Kum torbasının bulunduğu yerde ağrı



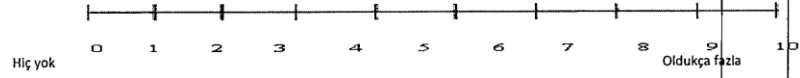
İşlemin başında..... İşlemin ortasında..... İşlem sonlanmadan önce.....

2. Bacaklarda uyuşma hissi



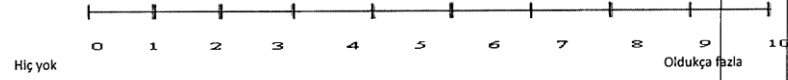
İşlemin başında..... İşlemin ortasında..... İşlem sonlanmadan önce.....

3. Omuz ağrısı



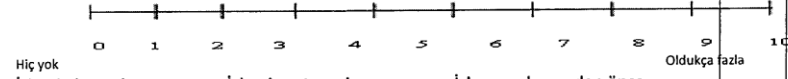
İşlemin başında..... İşlemin ortasında..... İşlem sonlanmadan önce.....

4. Sırt ağrısı/ bel ağrısı



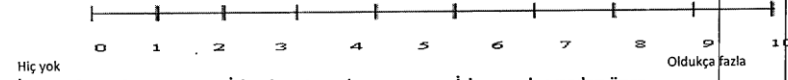
İşlemin başında..... İşlemin ortasında..... İşlem sonlanmadan önce.....

5. İdrar yaparken zorlanma



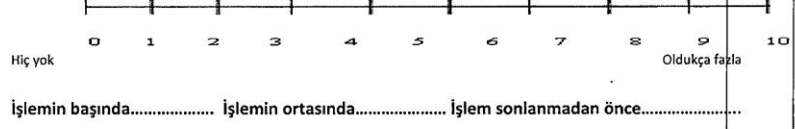
İşlemin başında..... İşlemin ortasında..... İşlem sonlanmadan önce.....

6. Nefes alıp verirken zorlanma

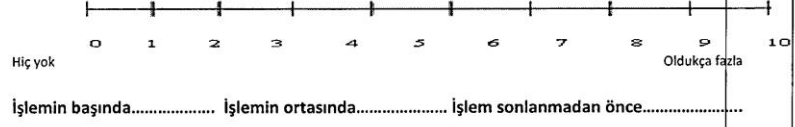


İşlemin başında..... İşlemin ortasında..... İşlem sonlanmadan önce.....

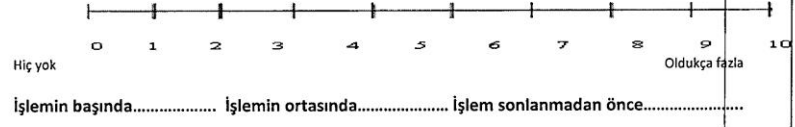
7. Yeme ve içmede zorlanma



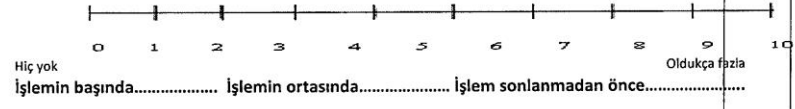
8. Güçsüzlük



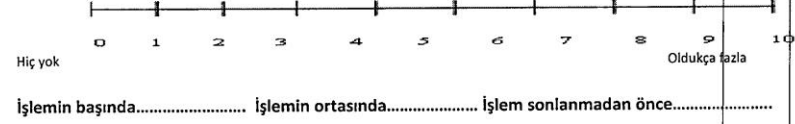
9. Halsizlik



10. Çaresizlik



11. Endişe



12. Kum torbası nedeni yaşadığınız durumu bir kelime ile açıklar mısınız.....

Hastaya ait hayati bulgular (hemşire tarafından doldurulacak)

Ek 4: Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği

19. RAHATSIZLIĞA DAYANMA ÖLÇEĞİ									
	Bana hiç uygun değil	Kararsızım	Tümüyle bana						
	uygun		2	3	4	5	6		
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 hissetmemek için aşırı önlem alırım.	0	1	2	3	4	5	6		
4. Ağrım ya da acım olduğunda asla aspirin gibi ilaçlar almayan insanlardanim.	0	1	2	3	4	5	6		
5. Egzersiz yaparken bedensel sınırlarımı 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		

9. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimime katkı sağlayan Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı öğretim üyelerine,

Samimiyetleri ve ilgileri ile çalışmaya katılan tüm meslektaşlarıma,

Yüksek lisans eğitimim süresince her zaman yardımlarını, akademik bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen, iyi ki tanımışım dedirten değerli hocam Sayın Doç. Dr. Neriman AKANSEL' e,

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi yüksek lisans ve tez sürecinde de hep yanımda olan, özverisi ve sabrıyla beni destekleyen aileme, sevgili eşime ve varlığıyla her zaman hayat bulduğum canım kızırıma,

Sonsuz teşekkür ederim.

10. ÖZGEÇMİŞ

Doğum Yeri ve Yılı : Kale, 1990

Öğr. Gördüğü Kurumlar	Başlama Yılı	Bitirme Yılı	Kurum Adı
Lise	: 2002	2006	Kale Anadolu Lisesi
Lisans	: 2007	2012	Dokuz Eylül Üni.
Yüksek Lisans	: 2018	2021	Uludağ Üniversitesi
Doktora	-	-	-

Bildiği Yabancı Diller ve Düzeyi : İngilizce (Orta Seviye)

Çalıştığı Kurumlar	Başlama ve Ayrılma	Kurum Adı
	2012 – 2016	Alucra Devlet Hastanesi
	2016 -	SBÜ Bursa Yük.İht.Eğt.Ar.Hast.

Yurt Dışı Görevleri : -

Kullandığı Burslar : -

Aldığı Ödüller : -

Üye Olduğu Bilimsel ve Mesleki Topluluklar : -

Editör veya Yayın Kurulu Üyeliği : -

Yurt İçi ve Yurt Dışında Katıldığı Projeler : -

Katıldığı Yurt İçi ve Yurt Dışı Bilimsel Toplantılar : -

Yayımlanan Çalışmalar : -

Diğer Profesyonel Etkinlikler: -

.... 01. 2021