

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

**KALP PİLİ (PACEMAKER) TAKILAN HASTALARA
UYGULANAN PLANLI EĞİTİM VE İZLEM PROGRAMININ
ETKİNLİĞİNİN BELİRLENMESİ**

Esra KÖROĞLU

**İç Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

ANKARA

2014

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

**KALP PİLİ (PACEMAKER) TAKILAN HASTALARA
UYGULANAN PLANLI EĞİTİM VE İZLEM PROGRAMININ
ETKİNLİĞİNİN BELİRLENMESİ**

Esra KÖROĞLU

**İç Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

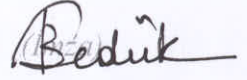
**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU**


**ANKARA
2014**


Anabilim Dalı :**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı**
 Program :**İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı**
 Tez Başlığı :**Kalp Pili (Pacemaker) Takılan Hastalara Uygulanan Planlı Eğitim ve İzlem Programının Etkinliğinin Belirlenmesi**


Öğrenci Adı-Soyadı :**Esra Köroğlu**
 Savunma Sınavı Tarihi :**21.02.2014**


Bu çalışma jürimiz tarafından ~~yüksek lisans~~/doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: **Prof. Dr. Tülin Bedük** 
 (Ankara Üniversitesi)

Tez danışmanı: **Doç. Dr. Sevgisun Kapucu** 
 (Hacettepe Üniversitesi)

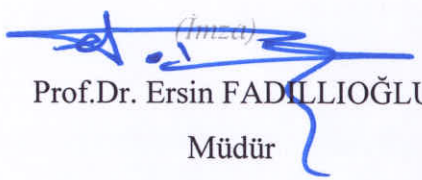
Üye: **Prof. Dr. Hatice Bostanoğlu** 
 (Gazi Üniversitesi)

Üye: **Prof. Dr. Nurhan Bayraktar** 
 (Hacettepe Üniversitesi)

Üye: **Doç. Dr. Leyla Özdemir** 
 (Hacettepe Üniversitesi)

ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.


 Prof. Dr. Ersin FADILLOĞLU
 Müdür

TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleşmesinde katkılarından dolayı aşağıda adı geçen kişilere içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Doç. Dr. Sevgisun Kapucu, tez danışmanım olarak çalışmanın planlanmasında ve yürütülmesinde, deneyim ve bilgileriyle yol göstermiş, tezin her aşamasında manevi destek vermiştir.

Sayın Prof Dr. Tülin Bedük tez konusunun belirlenmesi, eğitim materyalinin hazırlanmasında ve izlemlerde katkılarını esirgememiş, tezin her aşamasında manevi destek vermiştir.

Sayın Prof. Dr. Nuran Akdemir konun belirlenmesinde ve araştırmanın yapılandırmasında katkıda bulunmuştur.

Sayın Doç. Dr. Ayten Demir istatistiksel analizlerin yapılmasında katkıda bulunmuştur.

Sayın Arş. Gör. Fatih Göğüş ve Sayın Arş. Gör Eda Özge Yazgan tezin yazımına katkı sağlamıştır.

Ayrıca yaşamım süresince her an yanımda olan, beni destekleyen annem Sayın Serpil Köroğlu ve babam Sayın İbrahim Köroğlu'na ve kardeşime; doktora eğitimim boyunca sabır ve anlayış gösterdikleri için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Kalp Pili (Pacemaker) Takılan Hastalara Uygulanan Planlı Eğitim Ve İzlem Programının Etkinliğinin Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2014. Bu araştırma, kalp pili olan hastalara uygulanan planlı eğitim ve izlem programının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerine etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir müdahale çalışmasıdır. Araştırmanın örneklemini Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Merkezi'nde ve Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde izlemi yapılan ve araştırma kriterlerine uygun kalp pili implante edilmiş 60 (30 müdahale, 30 hasta kontrol) hasta oluşturmuştur. Araştırma örnekleminin seçiminde olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Verilerin toplanmasında; Hastalara ilişkin tanıtıcı veri toplama formu, Spielberger'in Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri, Beck Depresyon Envanteri ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçekler hastalara araştırmanın başlangıcında ve tekrar 2 ay sonrasında uygulanmıştır. Müdahale grubundaki hastalara ilk görüşmede, bireysel görüşmeler yapılarak eğitim gereksinimleri belirlenmiş, ilgili konularda bireysel eğitim verilmiş, 2 ay sonrası için ise ikinci görüşme planlanmıştır. Bu süre içinde hasta ve yakınlarına araştırmacıya ulaşabileceği telefon numarası verilmiştir. Görüşmeler arasındaki sürede hasta ve yakınları araştırmacıyı telefonla arayarak danışmanlık almışlardır. Kontrol grubunda ise kliniğin normal prosedürü devam etmiş, araştırma sonunda bu grubu da eğitim verilmiştir. Gruplar arasında ilk ve son değerlendirme sonuçları karşılaştırıldığında; müdahale grubu hastaların anksiyete, depresyon düzeyinde azalma, yaşam kalitesinin birçok alt ölçeğinde puan ortalamalarında artış olduğu belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, kalp pili olan hastaların piskososyal yönlerinin de değerlendirilmesi, telefonla ulaşabilecekleri danışmanların bulunması, hemşire tarafından planlı eğitim ve izlem programlarının uygulanması önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, kalp pili, yaşam kalitesi, anksiyete-depresyon, eğitim.

ABSTRACT

Determining the effectiveness of training and follow-up program given to patients with pacemaker Hacettepe University Institute of Health Sciences, Ph.D. Thesis in Medical Nursing Programme, Ankara, 2014. This research, is an intervention study to evaluate effectiveness of planned education and follow-up program on quality of life, anxiety and depression levels of patients with pacemaker. The research sample is consisted of 60 (30 intervention, 30 control) patients implanted with pacemaker that met the study criteria whom followed at Ankara University Faculty of Medicine Heart Center, and Turkey High Specialization Education and Investigation Hospital. Nonprobability sampling method was used to choose the research sampling. Data were collected with; patient identifier data collection form, Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory, the Beck Depression Inventory and SF-36 Quality of Life Questionnaire. These scales were applied to patients at the beginning of the study and again after two months. In the first interview with patients in intervention group, individual interviews were carried to identify education requirements, individual education was given on the related subjects, second meeting is planned for two months later. A phone number is given to patients and their relatives to reach the researchers during this time. Patients and their relatives have received counseling from researchers by phone in between the interviews. The normal clinical procedure continued for the control group, this group also given education at the end of the research. When groups first and last assessment results compared; a decrease in the anxiety, depression level, an increase in average scores of many sub-scale quality of life is identified in. intervention group patients. In accordance with the results obtained from this study, Also evaluation of psychosocial aspects of patients with pacemakers, a presence of consultants reachable by telephone, implementation of planned education and follow-up programs by nurses is recommended.

Keywords: Nursing, pacemaker, quality of life, anxiety-depression, education.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER	xi
TABLolar	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Kalp Pilinin Tarihçesi	6
2.2. Kalp Pilinin Uygulanma Yöntemleri	6
2.3. Kalp Pilinin Endikasyonları	7
2.3.1. Erişkinlerde Sonradan Oluşan Atriyoventriküler (AV) Bloklarda Pacemaker Endikasyonu	7
2.3.2. Kronik Bifasiküler ve Trifasiküler Bloklarda Pacemaker Endikasyonu	8
2.3.3. Miyokard İnfarktüsü'ne Bağlı Olarak gelişen AV Bloklarda Pacemaker Endikasyonu	8
2.3.4. Sinüs Düğümü Disfonksiyonunda Pacemaker Endikasyonu	8
2.3.5. Taşiaritmilerde Kalıcı Pacemaker Endikasyonu	9

2.3.6. Hipersensitif Karotid Sinüs Senkopu ve Nörokardiyojenik Senkopta Pacemaker Endikasyonu	9
2.3.7. Bazı Özel Durumlarda Pacemaker Endikasyonu	9
2.4. Kalp Pili Komplikasyonları	10
2.5. Yaşam Kalitesi ve Kalp Pili	10
2.6. Depresyon – Anksiyete ve Kalp Hastalıkları	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1 Araştırmanın Şekli	22
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	22
3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklem Seçimi	23
3.4. Verilerin Toplanması	23
3.4.1 Hastalara İlişkin Tanıtıcı Veri Toplama Formu (EK1)	24
3.4.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK2)	24
3.4.3. Beck Depresyon Envanteri (EK3)	26
3.4.4. Spielberger’in durumluk-süreklilik kaygı envanteri (EK4)	26
3.5. Ön Uygulama	27
3.6. Uygulama	27
3.6.1. Müdahale grubu	27
3.6.2. Kontrol Grubu	28
3.6.3. Eğitim Kitapçığı (Kalbiniz, Puliniz ve Siz – Kalp Pili (Pacemaker) Hasta Bilgilendirme Kitapçığı) (EK7)	28
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	31
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	31
4. BULGULAR	32
4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı Bulgular	33

4.2. Hastalara planlı eğitim ve izlem programı uygulanma durumuna göre durumluk-süreklilik kaygı puan ortalamaları, depresyon puan ortalamaları ve yaşam kaliteleri puan ortalamalarına ilişkin bulgular,	37
4.4. Hastaların kalp pili ile yaşama ilişkin görüşleri	45
5. TARTIŞMA	47
5.1. Uygulanan Planlı Eğitim ve İzlem Programının Yaşam Kalitesi, Depresyon ve Anksiyete Üzerine Etkisi	47
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	53
6.1. Sonuçlar	53
6.1.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar	53
6.1.2. Uygulanan Planlı Eğitim ve İzlem Programının Yaşam Kalitesi, Depresyon ve Anksiyete Üzerine Etkisine İlişkin Sonuçlar	53
6.1.3. Hastaların Sosyodemografik Özellikleriyle, İzlem Sonrası Durumluk-Süreklilik Kaygı, Depresyon Ve Yaşam Kaliteleri Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar	54
6.2. Öneriler	55
KAYNAKLAR	56
EK 1. Hastalara İlişkin Tanıtıcı Veri Toplama Formu	
EK 2. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	
EK 3. Beck Depresyon Ölçeği	
Ek 4. Spielberger'in Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği	
Ek-5. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Rıza Formu	
Ek-6.Gönüllüleri Bilgilendirme ve Rıza Formu	
Ek-7.Eğitim Kitapçığı	
Ek 8. Etik Kurul Yazısı	
Ek 9. Uygulama İzin Yazısı	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ICD	: Implantable Kardiyak Defibrilatör
MI	:Myokard Infarktüsü
AV	:Atrioventriküler
BDE	:Beck Depresyon Envanteri
DKÖ	:Durumluk Kaygı Ölçeği
SKÖ	:Süreklilik Kaygı Ölçeği
FF	:Fiziksel Fonksiyon
SF	:Sosyal Fonksiyon
Mİ	:Mental İşlev
Fİ	:Fiziksel İşlev
MS	:Mental Sağlık
E	:Enerji
A	:Ağrı
GSA	:Genel Sağlık Algısı

ŞEKİLLER

	Sayfa
Şekil 1. Araştırmanın Akış Şeması	30

TABLOLAR

	<u>Sayfa</u>
Tablo 4.1.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı	33
Tablo 4.1.2. Hastaların tıbbi ve kalp piline ilişkin özelliklerine göre dağılımı	35
Tablo 4.1.3 Hastaların Kalp Piline İlişkin bilgi alma durumları ve alınan bilgi içeriğinin dağılımı	36
Tablo 4.2.1 Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların izlem öncesi ve sonrasındaki durumluk kaygı puan ortalamaları	37
Tablo 4.2.2 Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların izlem öncesi ve sonrasındaki süreklilik kaygı puanı ortalamaları	38
Tablo 4.2.3 Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların izlem öncesi ve sonrasındaki depresyon puan ortalamalarının karşılaştırılması	39
Tablo 4.2.4 Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların izlem öncesi ve sonrasındaki yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması	40
Tablo 4.3 Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre, izlem sonrası durumluk-süreklilik kaygı, depresyon ve yaşam kaliteleri puanları	42

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Kronik hastalıklar, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren, uzun süreli, bir ya da birden fazla sistemde, geriye dönüşsüz yapı ve fonksiyon bozukluğuna yol açan sağlık sorunlarının kaynağı olup tüm dünyada en önemli ölüm nedeni olarak görülmektedir (1,2,3,4). Dünya Sağlık Örgütü 2011 yılı verilerine göre dünyada bulaşıcı olmayan hastalıklar tüm ölümlerin 2/3'ünden sorumludur ve 2010 yılı Türkiye verilerine göre ise tüm ölümlerin %85'i yine bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle gerçekleşmektedir (3,4).

Kronik hastalıklar içerisinde, kalp ve damar hastalıkları, tüm ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, 2010 yılında, dünyadaki ölümlerin %49'unun kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle olduğunu ve iskemik kalp hastalıklarının 2011 yılında 7 milyon kişinin ölümüne yol açtığını bildirmektedir (4,5). DSÖ tarafından eğer uygun önlemler alınmazsa 2015 yılına kadar her yıl yaklaşık 20 milyon insanın daha kalp ve damar hastalıklarından hayatını kaybedeceği bildirilmektedir (6). Ülkemizde ise ölüme yol açan hastalıkların 2010, 2011 ve 2012 yılları oranlarına bakıldığında, en fazla ölüm nedeninin dolaşım sistemi hastalıkları olduğu görülmekte ve 2012 yılında ölümlerin %37.9'u dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklanmaktadır. Dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümlerin %31.2'si iskemik kalp hastalığı, %25.7'si ise diğer kalp hastalıkları olarak belirtilmiştir (7).

Kalbin fizyolojik ritmi dışındaki ritim bozuklukları aritmi olarak adlandırılmaktadır (8,9). Klinik olarak önemi olmayan basit ritim bozukluklarından hayatı tehdit eden tablolara kadar çeşitli derecelerde görülebilen aritmiler, kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin yarısını oluşturmaktadır. Bu ölümler, hastalığın sadece ileri evresinde değil hastanın asemptomatik veya hafif semptomatik olduğu evrelerde de yaygın olarak görülebilmektedir (9,10,11,12).

Teknolojinin hızlı gelişimi, kalp damar alanındaki artan bilimsel bilgi birikimi, yeni tedavi girişimlerinin kullanılmasına yol açmıştır (13). Aritmilerin tedavisinde pacemaker implantasyonu yaygın bir tedavi seçeneği haline gelmiştir. Bu

yöntem, hastaların iyileşmesini ve şikâyetlerinin azalmasını sağlamakla birlikte, ömür boyu bir cihazla yaşama zorunluluğu getirmiştir (14).

Kalp pilleri (Pacemakerlar), bradikardilerin tedavisinde kullanılan, kalbin elektriksel olarak uyarılmasını sağlayan, uyarıları kalbe ileten elektrot ve jeneratör kaynaklı, implante edilebilir cihazlardır (15,16,17). Yapılan klinik çalışmalarda kalp pillerinin özellikle atriyo-ventriküler blok, hasta sinüs sendromu, konjestif kalp yetersizliği bulunan hastalar başta olmak üzere, tedavide yeni ufuklar açtığı gösterilmiştir. Klinik çalışmalar kalp pillerinin özellikle hastaların yaşam süresini uzatmasının yanı sıra bradikardiye bağlı semptomları (baş dönmesi, nefes darlığı, baygınlık hissi, egzersiz intoleransı, enerji eksikliği vb) düzelttiği, yaşam kalitesini artırdığı, egzersiz kapasitesini düzelttiği ve altta yatan hastalığın ilerlemesini yavaşlattığını göstermiştir (17,18,19).

Kalp pili implantasyonu, hastalara sağladığı yararların yanı sıra hastaların yaşam boyu vücuduna yerleştirilmiş yabancı bir cisimle yaşamasının getirdiği zorluklara da neden olmaktadır (20). Dereli'nin belirttiği gibi Goldman ve arkadaşları ile Grene ve arkadaşları kalp pili implantasyonunun yaşam kurtarıcı ve basit bir uygulama olmasına rağmen bireyler üzerinde psikolojik etkileri olduğunu bildirmişlerdir (21). Kalpte yabancı bir cismin varlığı, kalp pili takılan hastalarda yaşam kalitesi ve beden imajında değişiklik, psikososyal adaptasyonda olumsuz etkilere ve duygu durum bozukluklarına yol açabilmektedir (22).

Kalp pili implantasyonu, bazı bireylerde anksiyete, depresyon, hipokondriyazis, enerji kaybı gibi sorunlara yol açabilmektedir. Fiziksel olarak kötüleşme ve yaşamı desteklemek için mekanik bir cihaza bağımlılık hissi ise "pacemaker paniği" olarak tanımlanmıştır (23). Aydemir ve arkadaşlarının kalp pili takılan hastalarla yaptıkları bir çalışmada, hastaların %19.1'inde psikiyatrik tanı, %5.9'unda uyum bozukluğu ve %4.7'sinde ise major depresyon belirlenmiştir (24). Kalp pili olan hastalar vücutlarında yabancı bir cismin varlığından kaynaklanan hoş olmayan duygular ve kalp piliyle ilgili güvensizlik hissedebilmektedirler (23).

Berry ve arkadaşları kalp pili takılan kadın hastalarla yaptığı çalışmada, hastalar implantasyona bağlı bedenlerindeki değişimden duydukları rahatsızlığı, "olmaması gereken şişlik ve çıkıntı" olarak tanımlamışlardır (25).

Kalp pili takıldıktan sonra hastaların kısa süre içinde günlük yaşam aktivitelerine dönmeleri beklenmektedir. Ancak, hastalar kalp pillerini, rutin aktiviteler ve işlerde bulunurken, yaşamlarına müdahale edici ve dolayısıyla hayatlarını kısıtlayıcı ve sınırlandırıcı bir faktör olarak algılayabilmektedirler. Bu da aktivitelerde sınırlamalara neden olmaktadır. Bilgi eksikliği ya da yanlış inanışlar, hastalarda olağan aktivitelerde olumsuz etkilere ve kendilerini bilinçli olarak kısıtlamalarına yol açabilmektedir (26,27). Bununla ilgili Aqeel ve arkadaşlarının bildirdiği üzere, Torrington ve arkadaşları çalışmalarında, kalp pili takıldıktan sonra hastaların %50'sinin “engellilik” hissettiğini ve %53'ünün ise “daha az aktif” olduğunu belirtmişlerdir (27).

Kalp pili takılan hastaların, psikososyal uyumu ve bu cihazla uzatılmış yaşamlarının kalitesine yeterince özen gösterilemediği durumlar olabilmektedir. Klinisyenler genellikle cihaz fonksiyonuna ve teknik yönüne odaklanırken, kalp pilinin hasta üzerindeki psikososyal etkilerini göz ardı edebilmektedir (22,28). Oysa yapay bir cihazın bireyin yaşamının sonuna kadar bedeninde kalacak olması, cihazın bozulması durumunda kalbinin çalışmayacağı korkusu, hayatının geri kalanında sık sık kontroller gerektiği düşüncesi ya da çeşitli cerrahi komplikasyonların varlığı bireyde korku, kaygı, stres, anksiyete, depresyon gibi psikososyal sorunlara yol açabilmektedir (29).

Hasta eğitimi, hastalara yaşamlarını yönetmeleri için gereksinim duydukları yeterlilikleri kazanmalarını, sürdürmelerini sağlayan ve hasta bakımını tamamlayan bir süreçtir. Bu süreç; hastanın bakımı ve hastalığını, psikososyal desteği, hastane prosedürleriyle ilgili işlemleri içeren planlı etkinliklerden oluşur. Hasta eğitimi hastanın potansiyeli doğrultusunda mümkün olan en kısa zamanda fiziksel, psikolojik ve sosyal hayatında kendine yetebilecek duruma gelmesine, var olan ya da olası sorunlarını gidererek, sağlığı geliştirip, sürdürmesini sağlayacak davranış değişikliklerini kazanmasına yardımcı olur. Böylelikle hastalar ve aileleri hastalık, tedavi süreci, yaşam kalitesini geliştirme ve sürdürmede kendi bakımlarının sorumluluğunu üstlenirler (30,31,32,33). Aynı zamanda, hasta eğitimi terapötik etki sağlamayı da amaçlar, bireye yeni durumu üzerinde kontrol sağlayabilmesi için gerekli ve bakımda motive edici bilgiyi sunar, özbakım yeteneği kazandırır. Bireyin hastalığa yönelik sorunlarla başa çıkabilmesi, hastalığa uyum sağlaması, yaşam

biçiminde değişiklikler yapması ve karar alma becerilerinin artması için eğitime gereksinimi vardır. (30,31,32,33,34).

Pacemaker implantasyonu yapılan hastalara verilen planlı eğitim ve hasta izlemi hastanın cihaz ile uyumlu yaşaması ve yaşam kalitesinin artırılması açısından önemlidir. Bu nedenle kalp pili takıldıktan sonra izlemlerde, hasta ve ailesine kalp pilinin amacı, nasıl çalıştığı, kalp piliyle yaşama nasıl uyum sağlayacağı, nelere dikkat etmesi gerektiği ve en önemlisi de cihazda oluşabilecek bozuklukları, komplikasyonları nasıl anlayacağı, hangi durumlarda sağlık kurumuna başvurmaları gerektiği konularında bilgi verilmiştir (35,36,37,38). Hastaya verilen planlı eğitim, hastalarda mekanik bir cihazla yaşamaya bağlı görülebilen kaygı ve korkuların kontrol altına alınmasını sağlayabilmektedir (39).

Kronik hastalıkların yönetiminde hemşirelerin bireysel ve toplumsal rolleri oldukça önemlidir. Hemşireler bireysel düzeyde sağlığı geliştirici girişimleri ile kronik hastalık risklerini azaltabilmekte, toplumsal düzeyde ise eğitim, bilgilendirme kampanyaları ve sağlık politikalarının geliştirilmesinde etkili olabilmektedirler. Ayrıca, hemşireler her ortamda sağlam/hasta bireylere eğitici, rol modeli ve değişim ajanı olarak daha sağlıklı bir yaşam stili geliştirilmesinde yardımcı olurlar (40). Hemşire liderliğinde bakım, eğitim ve danışmanlık, kalp hastalarında postoperatif komplikasyonların önlenmesinde, fiziksel fonksiyonların geliştirilmesinde, risk faktörlerinin azaltılmasında, cihaza uyumun geliştirilmesinde etkili olacaktır (41). Kalp pili olan hastaların cihaza uyum ve sorunlarıyla baş etme yeteneklerinin geliştirilmesi amacıyla fiziksel, eğitsel, sosyal ve emosyonel destek sağlanması gerekmektedir (42). Bu destek hasta ve ailesinin bakım, eğitim ve danışmanlık gereksinimlerinin karşılanması ile olacaktır (22).

Kalp pili ile ilgili çalışmaların çoğunluğu, sosyo-ekonomik yönden gelişmiş, sağlık hizmetlerinin yeterli ve psikiyatrik danışmanın mevcut olduğu ülkelerde yapılmıştır. Türkiye’de kalp pili olan hastaların yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri gibi psikososyal uyuma yönelik araştırmalar mevcut olmakla birlikte oldukça sınırlı sayıdadır. Kalp pili olan hastalara verilen eğitimin hastaların anksiyete düzeyine etkisini inceleyen bir çalışma bulunmakta ancak planlı hemşirelik eğitimi ve izlem programlarıyla ele alınan hastaların yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon düzeylerinin nasıl etkilendiğini belirleyen bir çalışma bulunmamaktadır.

Bu nedenle çalışmamız, kalp pili takılan hastaların fiziksel ve psikososyal uyumuna katkı sağlama amacına yönelik olarak, hastaların izlem ve bakımını geliştirmede sağlık personeline ışık tutacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, kalp pili olan hastalara uygulanan planlı eğitim ve izlem programının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerine etkinliğinin değerlendirilmesidir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Müdahale ve kontrol grupları arasında anksiyete düzeylerine göre fark vardır.

H2: Müdahale ve kontrol grupları arasında depresyon düzeylerine göre fark vardır.

H3: Müdahale ve kontrol grupları arasında yaşam kalitelerine göre fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalp Pilinin Tarihçesi

19. yüzyılın başından itibaren elektrik akımının kalp kası üzerindeki etkileri araştırmacılar tarafından incelenmektedir. Tarihsel gelişime baktığımızda doktor Aldini'nin 1777 yılında merdivenden düşen bir çocuğu, göğsü üzerine elektrik uygulaması yaparak hayata döndürdüğü, 1932 yılında da Hyman'ın kalp kasını elektrik uyarısı aracılığıyla uyarabilen bir pil icat ettiği görülmektedir. Hyman cihaza, sinüs düğümünün pacemaker fonksiyonunu gerçekleştirdiği için "yapay kalp pili" adını vermiştir. Böylelikle bugünkü modern kalp pili teknolojisine öncülük etmiştir (10,43).

1952 yılında Zoll toraks üzerine koyduğu cilt elektroduyla kalbi uyararak Adam-stokes nöbeti geçiren iki vakada yapay pil yardımıyla dolaşımın devamını sağlamıştır. 1957 yılında Weirich, Gott ve Lillihei ilk kez elektrodları insan kalbi üzerine doğrudan yerleştirerek iatrojenik kalp bloğunu tedavi etmişlerdir (43,44).

Bu günkü tamamen implante edilebilen kalp pili ilk kez 1958 yılında Sening tarafından atrioventriküler blok nedeniyle Adam-stoke sendromu atakları geçiren bir hastada denenmiştir (10). Venöz kateter yoluyla endokardın uyarılması ise aynı yıl Furman ve Schwedel tarafından gerçekleştirilmiştir. (10,21) 1970'lerde enerji kaynağı olarak yeniden doldurulabilir nikel-kadmiyum piller yerine lityum piller kullanılmaya başlanmış ve 1980'lerde pillerde hız adaptasyonu mümkün olmuş, son yıllarda ise baş döndürücü gelişmeler sağlanmış, ayrıntılı programlanabilen, çok hafif ve küçük cihazlar rutin kullanıma girmiştir (10,45).

2.2. Kalp Pilinin Uygulanma Yöntemleri

Kalp pili steril koşullarda kateterizasyon laboratuvarında takılabilir. İşlem çoğu kez lokal anestezi ile yapılabilirse de derin sedasyon ya da genel anestezi de gerektirebilir. İşlem öncesi hastanın o gün ya da bir gün önce göğüs, koltuk altı bölgesi traş edilerek, banyo yapması ya da köpüklü süngerlerle bu alanların temizlenmesi sağlanır. İşlem öncesi her iki göğüs ve boyun bölgesi dezenfektan solüsyon ile 10 dakika fırçalanarak temizlenir, üzeri steril kuru bez ile örtülür (10).

Kalp pili jeneratörü daha çok sağ ya da sol pektoral bölgeye yerleştirilir. Sağ elini kullananlarda sol, sol elini kullananlarda sağ tarafa konulması tercih edilmelidir. Bu alanda klavikulanın 2 parmak altında lokal anesteziyi takiben 8-10 cm'lik bir kesi yapılır. Pil cebi cilt altı dokusu ile pektoralis major kası arasında hazırlanır. Cep hazırlanması parmaklar kullanılarak künt bir şekilde yapılmalı, cebin büyüklüğü pil hacmine göre uygun olmalı, çok büyük ya da çok küçük olmamalıdır (10).

Pil cebi hazırlandıktan önce ya da sonra venöz giriş yapılabilir. Bu amaçla her iki taraftaki subklavia venleri, sefalik venler, jugular venler ya da aksiler venler kullanılabilir. Kullanılan ven aracılığıyla elektrot, floroskopi altında kalp boşluklarına (atriyum/ventrikül) gönderilir. Epikardiyal uygulamada ise kalp pili elektrotları myokart üzerine tespit edilir ve bu işlem torokotomi gerektirir. Kalp pili elektrotlarının test edilmesi implantasyon sırasında yapılır (9,10).

2.3. Kalp Pili Endikasyonları

Genel endikasyonlar, bardikardi, atriventrioküler blok, akut miyokart enfarktüsünde ileti kusurları, taşikardinin önlenmesi, hipertrofik kardiyomiyopatide ve konjestif kalp yetersizliğinin eşlik ettiği kardiyomiyopatide görülen anjina ve dispne için kullanımı mümkündür (46,47,48).

2.3.1. Erişkinlerde Sonradan Oluşan Atriyoventriküler (AV) Bloklarda Pacemaker Endikasyonu

AV blok çoğu kez idyopatik olmakla koroner kalp hastalığı, kalsifik kapak hastalığı, AV düğüm ablasyonu, radyoterapi, enfeksiyonlar, kollajen hastalıklar, nöromüsküler hastalıklar ile birlikte görülebilir. Ayrıca bazı ilaçlar (digoksin, beta bloker, diltizem gibi) da AV bloğa yol açabilir.

Endikasyonların tarifinde sık olarak kullanılan “semptomlu bradikardi” deyimini yavaş kalp hızına bağlı olarak gelişen baş dönmesi, geçici sersemlik hissi, presenkop veya senkop, belirgin egzersiz intoleransı veya kalp yetersizliğini kapsamaktadır (10,45).

Hangi anatomik düzeyde olursa olsun üçüncü derece AV blok veya ileri düzeyde ikinci AV blok bulunması durumunda semptomlu bradikardi varlığı,

semptomlu bradikardiye yol açan ilaçların kullanılmasını gerektiren aritmi ve diğer medikal rahatsızlıkların varlığı, semptomsuz hastalarda uyanık iken üç saniye veya daha uzun süren asistoli gelişmesi veya kaçış ritmi hızının 40/dk'nın altında olması, AV kavşak'ın kateter ablasyonu, kalp cerrahisi sonrasında gelişen AV bloğun beklenmemesi ve bloğun tipi ya da yerine bakılmaksızın semptomlu bradikardiye yol açan ikinci derecede AV blok bulunması endikasyon oluşturur (10,45).

2.3.2. Kronik Bifasiküler ve Trifasiküler Bloklarda Pacemaker Endikasyonu

EKG'de AV düğümün altında her iki fasikülde (sağ dal ve sol dal) de ileti bozukluğuna ilişkin bulunması Bifasiküler Blok olarak adlandırılır. Alterne eden dal bloku (Bilateral dal bloku) olması üç fasikülün de hasta olduğunu göstermektedir Aralıklı üçüncü derecede AV blok, II. Tip ikinci derecede AV blok ya da alterne eden dal blok bulması endikasyon oluşturur. (10,45).

2.3.3. Miyokard İnfarktüsü'ne Bağlı Olarak gelişen AV Bloklarda Pacemaker Endikasyonu

Akut miyokard infarktüsünden sonra AV bloku gelişen hastaların uzun süreli yaşam beklentisi büyük oranda AV blokun kendisinden ziyade miyokard hasarının yaygınlığına ve intraventriküler ileti bozukluklarının niteliğine bağlıdır. Diğer klinik durumlardaki kalıcı pacemaker endikasyonlarından farklı olarak, akut miyokard infarktüsüne bağlı olarak AV bloku gelişen hastalardaki endikasyon kriterleri semptomların varlığına bağlı değildir (10,45).

2.3.4. Sinüs Düğümü Disfonksiyonunda Pacemaker Endikasyonu

Sinüs düğümü disfonksiyonu sinüs bradikardisi, sinüs duraklaması "arrest", sinoatriyal blok, asistoli ve bradikardi atakları ile alterne eden paroksizmal supraventriküler taşikardiyi içeren bir aritmi topluluğunu ifade eder. Profesyonel atletlerde, vagal tonus artışına bağlı olarak sinüs bradikardisi nedeniyle kalp hızı istirahatta ve uyanırken 40/dk'ya, uykuda ise 30/dk'ya kadar inebilir, ayrıca 2.8

saniyeye kadar uzayabilen sinüs duraklamaları olabilir. Bu durum fizyolojik bir durum olarak kabul edilmeli ve pacemaker takılması düşünülmemelidir (10,45).

2.3.5. Taşiaritmelerde Kalıcı Pacemaker Endikasyonu

Atriyum ya da ventrikülden değişik türde pacing yaparak supraventriküler ya da ventriküler taşikardiler sonlandırılabilir. Bu antitaşikardik kalp pilleri taşikardiyi tanıyarak belli bir uyarı dizisini başlatabilmektedir. Atriyal fibrilasyon atakları atriyal pacing ile azaltılabilmektedir. Ventriküler taşikardinin tedavisinde ise taşikardiyi sonlandırmak amacıyla yapılan ventriküler pacing ise implante edilebilen defibrilatörleri tamamlayan bir özellik olarak kabul edilmektedir (10,45).

2.3.6. Hipersensitif Karotid Sinüs Senkopu ve Nörokardiyojenik Senkopta Pacemaker Endikasyonu

Karotid sinüs refleksi karotid sinüs basısı ile ortaya çıkan fizyolojik bir cevap olup kalp hızında yavaşlamaya neden olur. Bazı insanlarda ise Karotid basısına aşırı yanıt alınabilir. Karotid uyarısına sadece kardiyoinhibitör yanıt alınan semptomlu hipersensitif karotid sinüs sendromunda kalıcı kalp pilinin takılması semptomların kontrol altına alınmasını sağlamaktadır.

Nörokardiyojenik senkop nöral mekanizmalarla ortaya çıkan, organik kalp hastalığının bulunmadığı ve ağrı, anksiyete, stresle oluşabilen bir senkop türüdür. Özellikle sık oluşan ve yaralanmalara yol açan vakalarda düşünülebilmektedir. (10,45).

2.3.7. Bazı Özel Durumlarda Pacemaker Endikasyonu

Aşağıdaki durumlarda da pacemaker uygulanması gerekebilmektedir.

Hipertrofik kardiyomiyopati: Bazı çalışmalar hipertrofik obstrüktif kardiyomiyopati hastalarda pacemakerın semptomları düzettiğini gösterilmiş olmasına rağmen halen hastalığın seyrini değiştirdiği ya da yaşam süresini uzattığına ilişkin kesin kanıt bulunmamaktadır.

Dilate Kardiyomiyopati: Medikal tedaviye dirençli ve uzun PR intervali olan semptomlu dilate kardiyomiyopatili hastalarda kalıcı pacemakerın kısa dönemde yarar sağlayabileceği bilinmekle beraber uzun dönem sonuçları belirsizdir ve bu konuda pacemaker takılması konusunda fikir birliğine varılamamıştır.

Kalp Nakli: Kalp nakli sonrasında hastaların %8-23'ünde, çoğunluğu sinüs düğümü disfonksiyonu ile ilgili olan bradiaritmi problemi gelişmektedir. Bu hastaların yaklaşık yarısında 6-12 ay içerisinde bradiaritmi düzelmekte, pacemaker takılmasına gerek kalmamaktadır. Diğer yandan belirgin bradiaritmi ve asistolün ani ölüme neden olabileceği bilinmektedir. Geri dönmeyen sinüs düğümü disfonksiyonu ya da AV blokta kalıcı pacemaker takılması zorunludur (10,45,49,50).

2.4. Kalp Piliinin Komplikasyonları

Kalp pili takılan bireylerde gelişebilecek komplikasyonlar aşağıda belirtilmiştir (10,47,48):

1. Ven girişine bağlı cerrahi komplikasyonlar: Pnömotoraks, hemotoraks, kanama, hava embolisi, hemoptizi, brakial pleksus hasarı, arterio-venöz fistül.
2. Jeneratöre bağlı cerrahi komplikasyonlar: Cep hematomu, cep erozyonu, cep enfeksiyonu.
3. Elektrodla bağlı cerrahi komplikasyonlar: Elektrodun yerinden oynaması ya da kırılması, elektrodun yalıtım kusuru, elektrodun yanlış alana yerleştirilmesi, elektrodun jeneratöre bağlantı yerindeki vidada gevşeme, venöz trombus, pulmoner emboli.
4. Pacemaker sendromu: Atriyum ve ventrikülerin kontraksiyonunun uygunsuz zamanlanmasına bağlı gelişen halsizlik, presenkop, senkop, bitkinlik, öksürük, göğüs ağrısı, hipotansiyon, dispne.
5. Pacemakerın taşikardi oluşturması: Pacemakerın yetersiz programlanması.

2.5. Yaşam Kalitesi ve Kalp Pili

Yaşam kalitesi ifadesi mutluluk ve yaşantısından memnun olmayı kapsayan, “iyi olma” halidir. DSÖ, yaşam kalitesini kişinin amacı, beklentileri, ilgileriyle

ilişkili olarak, yaşadığı kültür ve değerlerde yaşamda bulunduğu yeri algılama biçimi olarak tanımlamaktadır (13,51). Bireyin tüm gereksinimlerini karşılaması, yaşamdan doyum alması, sosyal davranışlarda yeterli olması, eğlenmeye zaman ayırması, emosyonel ve fiziksel durumun üst düzeyde olması, kişilerarası ilişkilerin sürdürülmesi yaşam kalitesinin içeriğini oluşturur (52).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde, bireyin fizyolojik fonksiyonlarını göz önünde bulundurmanın yanı sıra, hastalığı nasıl algıladığı ve hastalığının tedavisiyle ilgili yaşadıkları önem kazanmaktadır. Bireyin kendini ifade etmesi oldukça önemlidir. Çünkü yaşadıkları ve hissettikleri bireyin kendi deneyimleridir. Yaşam kalitesi ölçümünde bireyin kendini nasıl hissettiği, günlük aktivitelerini nasıl yaptığı, hastalık ve tedaviden nasıl etkilediği gibi konular bireyin kendi algısıyla değerlendirilmelidir. Bu nedenle sağlıkla ilgili olarak yaşam kalitesi “bireyin durumuna emosyonel yanıtı”, “hastalığının emosyonel, sosyal, meslek ve aile yaşantısını nasıl etkilediği”, “kişisel iyilik hali”, “kişinin kendisinden beklentileri ve gerçek durumu ile karşılaştırmalar”, “sosyal, fiziksel ve emosyonel fonksiyonların doyumunu”, “gereksinimlerinin karşılanmasında bireysel yeterliliği” olarak tanımlanmalıdır. Yaşam kalitesinin, tıp ve hemşirelik bilimlerinde kullanılmasıyla, “sağlık hizmetinin ve tedavinin bireyin yaşamını ve iyilik halini ne ölçüde etkilediği, bireyin neyi ne düzeyde yapabildiği” bilgisini sağlamaktadır. Böylelikle tedavi ya da girişim alternatifleri değerlendirilebilmekte, yaşam kalitesine etki eden faktörler belirlenebilmekte, hastaya uygun tedavi ve bakım verilebilmektedir. Yaşam kalitesi çalışmaları hastanın problemlerinin belirlenmesini, tedavide öncelikli olan konuların saptanmasını, uygun girişimlerin yönlendirilmesini, hastalık ve uyum sürecinin izlenmesini sağlamaktadır (13,53).

Kalp hastalıklarında nefes darlığı, göğüs ağrısı, yorgunluk belirtilerinin yanı sıra fiziksel aktivitelere karşı da azalan bir tolerans yaşanmaktadır. Bireyin yürüme, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma gibi güç gerektiren fiziksel aktivitelere zorlanması, günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinimi olması yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bununla birlikte fiziksel aktivitelerle ilgili belirtiler arttıkça hastalar bu belirtilerden kaçmak amacıyla, aktivitelerini azaltma yoluna giderler. Bu durum fiziksel, sosyal ve mental fonksiyonların dolayısıyla yaşam kalitesinin azalmasına ve sağlık algısının bozulmasına neden olur. Bu nedenle

kardiovasküler hastalığı olan bireylerin, fiziksel sağlık durumlarının yanı sıra sosyal aktivitelerinin ve zihinsel sağlık durumlarının sorgulanmasının önemi ortaya çıkmaktadır (13,52).

Son yıllarda tedavi seçeneklerinden biri olan kalp pilinde önemli gelişmeler kaydedilmiş, kalp pili endikasyonları genişlemiş ve klinikte yaygın olarak kullanılan bir prosedür haline gelmiştir (54). Medikal teknoloji yaşam desteği, sağlığın devamını, daha uzun ve daha üretken bir yaşam sağlamaktadır (20). Başlangıçta Adam Stokes sendromlu olgularında pacemaker ile sağlanan klinik fayda “yaşamak için ritim denetimi” kavramının gelişmesine yol açarak, “yaşam kalitesi için ritim denetimi” kavramını oluşturmuştur (55). Günümüzde etkili tedavi stratejileri, sağlık algısını geliştiren, hastalığa psikososyal uyumu destekleyen ve hastanın sınırlı fonksiyonel kapasitesini stabilize etmeye ve geliştirmeye yönelik planlanmaktadır (56).

Yaşam kalitesinin artırılması için, hastaların bilgilendirilmesi, değerlerinin, inançlarının, amaçlarının, sağlıklarına verdikleri önemin ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, planlanan bakıma aktif katılımları ve iş birliği gerekmektedir. Yaşam kalitesinin yükseltilmesi, hastalığa iyi uyum sağladıklarının ve kabullendiklerinin önemli bir göstergesidir (57). Bireyin sağlığındaki herhangi bir sapma, yaşamdan aldığı doyum duygusunu da azaltabileceği için hemşireliğin bütüncül yaklaşımı, bireye yardımcı olmayı, en kısa zamanda kendi bakımını üstlenmesini sağlamayı ve bu süreç içerisinde yaşam doyumunu maksimum düzeye çıkartmayı gerektirmektedir (58). Hemşireler tarafından düzenlenen sürekli eğitim programları, kalp pili olan hastalara ve yakınlarına yardım ve destek olanakları sağlayabilmektedir.

Düzenli izlemler ve eğitimler sayesinde, hastalara yüksek yaşam kalitesini elde etme fırsatını verebilmektedir (59). Literatürde yer alan bazı çalışmalar aşağıda verilmiştir:

Kalp hastalığı olan bireylere de yaşam tarzı, diyet, kilo kontrolü, ilaç kullanımı gibi konularda hemşireler tarafından verilen eğitimin yaşam kalitesini yükselttiği bildirilmektedir (60). Jiang ve arkadaşları hemşire yönetiminde uygulanan kardiyak rehabilitasyon programının sağlık tutumlarını geliştirdiği ve kardiyak risk faktörlerini azalttığını saptamışlardır (61). Koroner arter bypass grefti olan hastaların

kardiyak rehabilitasyon programına alındığı bir çalışmada, programa dahil edilenler edilmeyenlere göre, genel sağlık algısı, fiziksel fonksiyon ve özellikle sosyal fonksiyon yaşam kalitesi alanlarında önemli derecede daha yüksek puan elde etmişlerdir (62). Kalp yetersizliği olan 60 hastanın tek seferlik eğitim alarak 1 yıl aylık telefon izlemleriyle takip edilmesi sonucu yaşam kalitesi ve öz bakım davranışlarında bir gelişme gözlemlenmemesi sonucu eğitimlerin ve telefon izlemlerinin daha yoğun olması gerekliliği üzerinde durulmuştur (63). Kalp hastalarına bilgisayar temelli ve tek seferde verilen eğitimin bilgi düzeyi, uyum, yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada, müdahale grubu ile kontrol grubu arasında yaşam kalitesi, uyum açısından fark bulunmazken, bilgi düzeyinin arttığı görülmüş, araştırmacılar tarafından tek seferli eğitimin yetersiz olabileceği vurgulanmıştır (64). Yaşam kalitesini belirlemek için yapılan çalışmalarda hastaların depresyon, anksiyete, psikolojik distres, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık, seksüel aktivitede azalma, sosyal ilişkilerde sorun gibi değişimler yaşadığı da bildirilmektedir (56,65). Akın ve arkadaşının yaptığı kalp yetersizliği olan hastalarda hastalığa ilişkin çeşitli eğitim içeren programlarının depresyon ve anksiyeteyi azalttığı, yaşam kalitesini arttırdığı gösterilmiştir (66).

İzlemler, eğitimlerin yanı sıra psiko-eğitim de bireylerin yaşadıkları güçlüklerle başa çıkabilmelerini ve yaşamı üzerinde karar verme yetisini geliştirmektedir (67). Sosyal etkileşim, seksüel fonksiyon, hastalığın kötüye gittiğini gösteren işaretler gibi konularda eğitim alan hastalarda öz bakım davranışlarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde artış saptanmıştır (68). 106 kalp hastasının hemşire tarafından izleme alındığı bir çalışmada kontrol grubuna göre öz bakım davranışlarında önemli iyileşmeler olduğu ortaya konmuştur (69). Eğitim müdahaleleriyle hastaneye tekrarlı yatışların da %39 azalabilmektedir (70). Kardiyoloji hemşiresi tarafından eğitim alan ve izlemleri yapılan bir grup hastanın kontrol grubuna göre hastaneye tekrardan yatış oranları 4 kez daha az bulunmuştur (71). Yine tüm bu sonuçlara göre yeterli düzeyde verilen hasta eğitimi; bireyin kendi hastalığı üzerinde sorumluluk alabilmesi ve kendi bakımına aktif olarak katılabilmesini, böylelikle sağlık algısını geliştirerek yaşam kalitesini yükselttiği söylenebilir.

Hemşirelerin yaşam kalitesini koruma, geliştirme, iyileştirme sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşirelikte yaşam kalitesine yönelik girişimler, hastayı rahatlatma, yardım etme, uygun bakım verme, biyolojik, psikososyal ve sosyokültürel yönünden esenlik durumunu yükseltmeyi temel almaktadır. Bunun için de yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi gerekir (52,53,72)

2.6. Depresyon – Anksiyete ve Kalp Hastalıkları

Hastalık ve uygulanan tedavilerin her biri hasta için birer stres kaynağıdır. Hastalıklar, etkilediği işlevlerle bireyin fiziksel ve ruhsal gücünü azaltarak uzun süre tehdit oluşturabilir. Süreç boyunca birey hastalığın yol açtığı kayıp, hayal kırıklığı, gelecek endişesi, bağımsızlık ve yetersizlik gibi korkularla baş başa kalabilir. Bağımlılık gereksiniminin artması sonucu fiziksel etkinliklerden kaçınma, öfke ve saldırganlık ortaya çıkabilir. Bu durumun devam etmesi bireyin yaşamının hemen her alanını etkiler, ortaya çıkan komplikasyonlar ciddi baş etme sorunları doğurur, umut ve beklentiler azalır. Bu gibi durumlarda bireyde çaresizlik, umutsuzluk ve kayıp duyguları gelişebilmektedir. Başlangıçta hasta bu stres kaynaklarıyla başa çıkma becerileri geliştirmeye gayret gösterir. Bu yeterli olmazsa ruhsal anlamda gerileme gelişir, olgunlaşmamış savunma mekanizmaları devreye girererek öfke, güvensizlik ve aşırı bağımlılık özellikleri belirginleşir (73,74). Bu durum aynı zamanda uyum bozukluğunu da göstermektedir (73). Uygun tedaviye rağmen belirtilerinin düzelmemesi, hastalığın yol açtığından daha düşük işlevsellik, azalmış yaşam kalitesi gibi olumsuz sonuçlar gelişebilir. Sürecin iyi seyretmesi, bireyin bu stres etmenine giderek uyum sağlaması ya da fiziksel hastalığın düzelmesi ile ilişkilidir (74).

Hastalık hangi alanda yaşanırsa yaşansın bireyi, biyolojik, duygusal, sosyal olarak olumsuz etkileyen çok yönlü bir olgudur. Günlük yaşamında sağlığın kaybıyla birlikte birey hasta rolüne girmektedir. Bu yeni rol, kişinin fiziksel hastalığa kendisine ait anlamlar yüklemesi nedeniyle homeostatik dengesini bozarak duygusal tepiklere neden olmaktadır. Fiziksel hastalıkta gelişen duygusal tepkiler, psikososyal çevreye, fiziksel hastalığın ve hastanın bir birey olarak özelliklerine göre farklılıklar göstermektedir. Fiziksel hastalık hastanın beden imajını, özgüvenini kimliğini, yaşam amaçlarını, ego bütünlüğünü, sosyal, aile ve çevre ilişkilerini olumsuz etkileyerek depresyon ve anksiyete gibi ruhsal hastalıkların gelişmesine yol açmaktadır (75,76).

Kronik hastalığı olan bireylerle yapılan bir çalışmada hastaların büyük çoğunluğunda anksiyete (%51.2) ve depresyon (%81.5) yönünden risk altında bulunduğu ortaya konmuştur (77).

Anksiyete, yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan içten ya da çevreden kaynaklanan tehlike, tehlike olasılığı ya da tehlikeli algılanıp yorumlanan bir durum karşısında yaşanan duygu durumudur. Anksiyete korkuya benzeyen bir duygudur. Dışarıdan gelen bir tehlikeye karşı temel duygusal tepki korkudur. Korku benliğe, varlığa yönelik olan bir tehlike durumunda kaçma davranışlarını başlatır. Bu durum sayesinde organizma tehlikeli durumlardan kendisini hemen kurtarma, kaçma yoluna girebilmektedir. İnsanoğlu için tehlikeler yalnızca dışarıda var olan nesnel tehlikeler değildir. Çoğu kez insan kendi içindeki dürtülerden, eğilimlerden korkabilir. Aslında kişiyi hoş olamayan bir duruma sokan herhangi bir şey tehlike olarak algılanır. Kimi dürtüler aşırı yargılar ya da çevresel durumlar bireyin dengesini bozan gerginliği arttıran bir tehlike olarak değerlendirilir. Kişi bunu sanki kötü bir şey olacakmış gibi, içinde nedeni belirsiz bir sıkıntı, bir endişe duygusu olarak algılar (78,79,80).

Anksiyete bireylerde çeşitli bedensel belirtilerin görülmesine de neden olabilmektedir. Bunlar:

- Kardiyovasküler belirtiler (çarpıntı, tansiyon değişiklikleri, soluk renk ya da yüzde kızarma)
- Solunum sistemi belirtiler (hava açlığı, soluk almada zorluk, hiperventilasyon)
- Gastrointestinal sistem belirtileri (yutma güçlüğü, bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı)
- Genitoüriner sistem belirtileri (sık işeme, empotans, ejakülasyon bozuklukları)
- Cilt belirtileri (terleme, kızarma, soğukluk)
- Nörolojik belirtiler (tremor, parastezi, anestesi, baş dönmesi, bayılma hissi ya da bayılmalar, kas gerginliği)
- Diğer somatik belirtiler (ağrılar, yorgunluk, uykuya dalmada güçlük, uykusuzluk ve kabuslar) olarak sıralanabilir (78,79,80).

Her canlı kendi varlığını koruma sürecinde çevre ile çatışma yaşar. Bu çatışmalar bireyin bütünlüğünü bozmadan çözümlendikleri zaman ruhsal olgunlaşmanın kaynağını oluşturur. Bu anlamda anksiyetenin yeni koşullara uyum sağlayıcı işlevi bulunmaktadır ancak engelleyici, ketleyici işlevi de olabilir. Kişi sıkıntılı, huzursuz, dış dünyasıyla kurduğu ilişkilerde yetersiz bir duruma geldiğinde, işlevselliğinde ve üretkenliğinde düşüşler yaşar. Süregenleşmiş, kişinin verimini düşüren, kişilerarası ilişkilerde kopukluklara neden olan, sıklıkla, titreme, çarpıntı, ağız kuruluğu, kas gerginliği gibi fiziksel belirtilerinde eşlik ettiği durumlar patolojik olarak değerlendirilmektedir (78,79,80).

Anksiyete, çok hafif tedirginlik ve gerginlik duygusundan, panik derecesine varan değişik yoğunlukta olabilir. Ağır derecelerinde kişinin benliği, ruhsal acı altında ezilir, kimi kez dağılır ve en güçlü fiziksel ağrıların bile bu denli rahatsız edici olmadığı hastalıkları tercih ettirir. Bunaltı durumunda kan basıncının yükselmesi, kalp atımının hızlanması, kaslarda gerginlik, kılların dikleşmesi, göz bebeklerinde genişleme, ağız kurumaması, yüzde solukluk, avuç içlerinde terleme, sık idrar gereksinimi, kusma- bunaltı eğilimleri gibi fizyolojik belirtiler görülür. Kişi anksiyetenin şiddeti ve süresine göre yardım gerektiren ruhsal bir duruma girebilir (79,80).

Bedensel hastalığı olan bireylerin %41'inde ruhsal hastalıklardan herhangi birini geçirme riski bulunduğu bildirilmektedir. Bu hastalarda özellikle duygu durum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları görünmektedir (73,76). Bedensel hastalıkla birlikte en sık bulunan bozukluklar depresyon ve anksiyetedir ve bu iki bozukluk sıklıkla aynı anda bulunmaktadır (77,81). Depresif olguların da en az $\frac{3}{4}$ 'ünde anksiyete görülür (77).

Çoğu kişide yaşamı tehdit eden bir hastalığa yakalanmış olmak ise depresyona neden olabilmektedir (73,78). Tıbbi hastalıkların seyri sırasında görülen en yaygın bozukluğun depresyon olduğu, yaygınlığının %9-58 gibi çok geniş aralığa dağıldığı, ancak hastaların sadece yarıya yakınının tanınabildiği ileri sürülmektedir (74).

Depresyon temel olarak bir mutsuzluk, neşesizlik hastalığıdır. Kişiler kendilerini hüznü, karamsar, isteksiz, umutsuz ve çaresiz hisseder. Daha önce

kolayca yapılan işler bireyin gözünde büyümeye, zor gelmeye başlar. Hastalar güçlerinin, kuvvetlerinin, enerjilerinin eskisi gibi olmadığından yakınır (77,81,82). Azalmış benlik saygısı, yetersizlik, suçluluk duyguları, dalgınlık, keder, çevrenin de gözlediği ilgi ve istek azalması, tıbbi girişimlere kayıtsız ya da isteksiz tutum, tıbbi durumun elverdiğinden daha az işlevsellik gibi belirtiler depresyonu düşündürmelidir. Uykusuzluk, yorgunluk, baş ağrısı, kilo değişiklikleri gibi bedensel yakınmalar, bellek sorunları, evlilik, iş stresi ile baş edememe, sosyal geri çekilme gibi yaşamsal değişiklikler bulunabilir (74,81,82). Bu nedenle izlemlerde hastalığının anlam ve önemi, psikososyal stres etmenleri araştırılmalıdır (74,82).

Fiziksel hastalıklarda gelişen depresyon hastanın uyumunu, tedavi ekibiyle olan işbirliğini, tedaviye yanıtı, yaşam kalitesini, hastalığın seyrini olumsuz etkiler. (75,82) Ayrıca uyumsuzluk sonucu hastalığa ilişkin komplikasyonlar görülür ve hastanın durumu daha da ağırlaşır. Bunun sonucu olarak da depresyon kaçınılmaz olarak ortaya çıkar (77). Depresyon ve anksiyete, kalp hastalıkları gibi tıbbi hastalıklara sahip hastaların yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisi olan duygusal bozuklardır (75,82,83).

Kalp hastalıkları emosyonel zorlanmalarla psikiyatrik komplikasyonların en fazla geliştiği hastalıklardan olup hastalarda depresyon kaygı bozukluğu, inkar, bağımlılık, uyum güçlüğü sıklıkla görülmektedir (84). Depresyon, endişe, kontrol kaybı gibi duygular bireyin kendisini güçsüz hissetmesine neden olabilmektedir (85). Hastalığın semptomlarının ortaya çıkışı kişide anksiyete yaratır. Anjina ve aritmi sorunu yaşayan bireyler sağlığını ve yaşam amaçlarını tehdit altında hissederek, ölüm kaygısı yaşayabilirler (84). Bunun yanı sıra kardiovasküler hastalıklarda kullanılan tanı ve tedavi yöntemler de bireyin anksiyete ve ölüm korkusu yaşamasına neden olabilmektedir (86).

Depresyon yaşam kalitesini ve psikososyal uyumu ileri düzeyde bozmakta, bireyin fiziksel hastalığının yol açtığı bedensel belirtilerini daha ağır yaşamasına neden olmaktadır. Kalp hastalarında görülen depresyon bulguları da uyum sorunu olarak görülebilir. MI geçiren bireylerde birçok bilişsel ve davranışsal uyum süreçleri yaşanır. Bu hastaların yaklaşık yarısında depresif belirtiler saptanabilmektedir (73,74). Ayrıca kalp hastaları, ölümün yaklaştığı düşüncesiyle de anksiyete, depresyon, korku yaşamaktadırlar. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında MI geçirmiş

5750 hastada %13.4'den %59.5'e varan oranlarda çeşitli anksiyete semptomlarının gözlemlendiği bulunmuştur (87). Kelleci ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da kalp hastalarının %17.6'sında anksiyete, %35.3'ünde depresyon yönünden riskli olduğu saptanmıştır (75). Niti ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise kronik hastalığı olan bireylerin depresyon açısından risk taşıdığını ve depresyon oranını MI geçiren hastalarda %22.3 oranında olduğunu bildirmişlerdir (88). MI geçiren kişilerin öfke, anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelendiği bir çalışmada da, hasta bireylerle sağlıklı bireyler karşılaştırılmış, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmamasına rağmen, MI hastalarının öfke düzeyi önemli derecede daha yüksek bulunmuştur (89). Özellikle iyileşme döneminde ev, iş, cinsel yaşamda kendini yetersiz hissetmesine yola açarak yaşam kalitesinin de kötüleştirmekte, fiziksel kısıtlamalar, ilerleyici semptomlar, psikososyal endişeler yaşam kalitesinde azalmaya yol açabilmektedir (74,90,91). MI sonrasında ilk bir ay içerisinde depresyon ve yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada anksiyete yaygınlığı %87.5 oranında bulunmuş, depresyon ve/veya anksiyete tanısını, yaşam kalitesini önemli derecede etkilediği bildirilmiştir (76). Koroner hastalığı olanlarda ise %19-23 oranında major depresyon gözlemlendiği belirtilmiştir (73). Bypass operasyonu geçirenlerin üçte birinde depresyon belirlendiği, hastaların yarısında bu durumun 6 ay devam ettiği bildirilmektedir (73). Bir çalışmada da pacemakerı olan hastaların %5.2'sinde depresif bozukluk, %13.1'inde anksiyete bozukluğu saptanmıştır (22).

Kalbe implate edilebilir bir başka cihaz da ICD (Implantable kardiyak defibrilatör)'dir ve ICD takılan hastalarda da %6.5-%58 oranları arasında depresyon, %24-87.5 oranları arasında da anksiyete görüldüğü bildirilmektedir. Bilge ve arkadaşlarının bu hastalarda yaptıkları çalışmada depresyon ve anksiyete skorları yüksek bulunmuş, bu durum hastaların cihaza uyum sağlamaya çalışırken yaşanan bilinmeyen gelecek korkusu ile açıklanmıştır (92).

Uyum davranışı özgün klinik durumlar, hastalığın doğası ve uygulanan tedavi programının özelliğinden etkilenmektedir. Hastaların üçte birinin tedaviye tam uyduğu, üçte birinin kısmen uyduğu, üçte birinin ise hiçbir tedaviye uymadığı bildirilmektedir. Hastanın bilgilendirmesindeki yetersizliğin hastanın tedaviye uyumunu olumsuz etkilemektedir. Tedaviye uyum kontrollere düzenli gelmeyi,

tedavi programını tamamlamayı, ilaçları düzenli kullanmayı ve önerilen davranışları yerine getirmeyi içeren bir konudur (83). Bundan dolayı Amerikan Kalp Yetmezliği Birliği hasta eğitiminin önemine dikkat çekmiş, Food Drug Administration ve Kalp Ritim Birliği kardiyak cihazın etkin çalışmasının hastaların cihaza uyumuna katkı sağladığını ve klinisyenlerin bu konuda farkındalıklarının yüksek olması gerektiğinin belirtmişlerdir (69,93,94). Sağlık personeli ile hasta arasındaki işbirliğinin bozulması, hastanın hastalık ya da tedavi hakkında eksik bilgilendirilmesi, hastanın sosyal çevresinde yaşadığı güçlükler, belirtilerin tekrar ortaya çıkmasıyla hastanın tedavinin işe yaramayacağına inanması hastanın tedaviye uyumsuzluğuna katkıda bulunan faktörlerdir (83).

Ülkemizde fiziksel hastalığı olan bireylerde psikolojik faktörler oldukça önemli olduğu halde bu durum uygulama içinde ihmal edilebilmektedir (75). Kalp pililerinde de benzer şekilde; cihazın yapısından kaynaklanan karışıklık, sadece teknik fonksiyonunun önemsenmesine yol açmakta ve bu durumda sağlık ekibi genelde kalp pilinin yol açtığı psikososyal etkileri göz ardı edebilmektedir (22). Oysa cihazın başarısı, hastaların cihazın sağlıklı yaşamaları için önemli bir etken olduğunu kabul etmeleriyle ve psikolojik olarak uyum sağlamalarıyla yakından ilişkilidir (25, 26).

Düşük psikososyal uyumu olan bireylerin tanımlanması, erken dönemde uygun girişimlerin yapılmasına fırsat vererek sadece “cihazın iyi çalışması” değil, “hastanın uyumuyla birlikte iyi çalışması” sağlamaktadır. Düşük anksiyete, öfke, düşmanlık, gerginlik yaşayan ve kendilerini aktif hissedilen bireylerin uyumlarının iyi olduğu görülmektedir (95). Uyum için, yeni baş edebilme mekanizmalarının öğrenilmesi ve uygun yaşam tarzı değişikliklerinin geliştirmesi gerektirdiği unutulmamalıdır (96). Bu noktada planlı hasta eğitimlerinin gerekliliği akla gelmektedir. Planlı eğitim, uygun psikolojik yönlendirme, psiko-eğitim programları psikopatolojinin gelişmesini önlemede önemlidir (22,97). Bu nedenle hastanın yeterli düzeyde bilgilendirilmesi büyük bir gereksinimdir. Hastalarda bilgi eksikliğine bağlı gelişen anksiyete ve olumsuz psikososyal yanıtlar planlı eğitimle giderilebilmekte, çalışmalarda eğitimin, stres ve depresyonu azaltmada yararlı olduğu, korku ve anksiyeteyi engelleyebileceği gösterilmektedir (86). Aynı zamanda hasta eğitiminin, hastaların tedaviye uyumunu arttırarak, komplikasyonları büyük oranda önlediği,

yine anksiyeteyi azalttığı bilinmektedir (98). Bir çalışmada uygulanan psikoeğitimin MI geçirmiş hastaların psikososyal uyumlarını arttırmada etkili olduğu saptanmış, hastaların bilgi düzeylerinin belirlenerek uygun eğitim programlarının düzenlenmesine ihtiyaç duyulduğuna dikkat çekilmiştir (99). Özellikle tanıyı izleyen aylarda birebir eğitim verilerek, hastalıkla başa çıkma gibi yöntemlerinin açıklanması gerekmektedir. (98). Psikososyal uyum hastalığın oluşturduğu strese, aile, iş, sosyal ve seksüel yaşam da meydana gelen değişimlere bireysel tepki şeklini içerir (100). Türkmen ve arkadaşları MI geçirmiş 30 hastaya her biriyle 6 kez olmak üzere psikoeğitim ve bireysel görüşme yapmış, bu deney grubundaki hastaların kontrol grubuna göre psikososyal uyumlarının daha fazla olduğunu görmüşlerdir (67). Balcı ve arkadaşının yaptığı çalışmada koroner anjiyografi uygulanacak hastalara işlem öncesi verilen eğitimin kalp hızı, kan basıncı, solunum sayısı gibi fizyolojik parametreler ile stres, anksiyete, depresyon gibi psikolojik parametreler üzerine olumlu etkisi olduğu saptanmıştır (86). İspanya’da Lupo ve arkadaşlarının 151 kalp hastasıyla yaptıkları çalışmada, hemşire tarafından verilen eğitimle hastaların öz bakım davranışlarında önemli derecede gelişme olduğuna dikkat çekmişlerdir (101). Başka bir çalışmada da Kardiyak rehabilitasyon programlarında depresyon ve distresin tekrarlı bir şekilde değerlendirilmesi ve geçirilen kardiyak duruma uyum için mücadele eden bireylere psikososyal tedavi uygulanması ve disters durumu azalınca kadar devam etmesi önerilmektedir (102). ICD implantasyonu sonrasında normal fiziksel fonksiyonun elde edilmesi ve psikososyal uyumun geliştirilmesi için hastane temelli eğitim programları düzenlenmesi, kırsal alanda yaşayanlar için telefonla danışmanlık uygulanması gerekliliği üzerinde durulmuştur. Aynı zamanda bu yöntem hastaya kendini daha değerli ve desteklenmiş hissedebileceği belirtilmiştir (103).

Sonuç olarak; kalp yetersizliği olan hastaların psikososyal uyumlarının artırılması için de bireysel gereksinimler doğrultusunda kapsamlı ve sürekli eğitim programlarının uygulanmasının önemi büyüktür (104). Sağlık bakım profesyonellerinden önemli biri olan hemşire, etkin tedavinin sağlanması için kalp hastalığı olan bireylerde sık görülen anksiyete ve depresyonun tanınmalı, çeşitli uyum bozuklukları ortaya çıkmadan bu sorunları ele alabilmelidir (75,77). Hemşire bireyin hastalıkla ilgili duyduğu endişeleri ve hastalığın yol açtığı kısıtlamaları göz

önünde bulundurmalı, bilgilendirme programları ile hastaların uyumları arttırılmalı, başa çıkma yönleri geliştirilmeli ve hasta edilgen rolden etkin konuma getirilmeli, hastalıkla ilgili sorumluluk alması için desteklemelidir. Bilgilendirme programlarına, tıbbi gereksinimlere yönelik eğitimlerin yanı sıra depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi ruhsal tabloların tanımı ve tedavisi de eklemelidir. Bu anlamda hastanın korkuları, planları ve beklentilerini anlamalı, varsa hatalı inançlarını değiştirmeli, hastalığına daha uygun bir yaşam tarzı ve alışkanlıklar geliştirmesine yardım etmelidir (82).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, kalp pili olan hastalara uygulanan planlı eğitim ve izlem programının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerine etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla müdahale kontrol gruplu ön test-son testin uygulanacağı müdahale çalışması olarak yapılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan bireyler müdahale ve kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Planlı eğitim ve izlem programının etkinliğini (yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon düzeyi üzerine) belirlemek için kontrol gruplu bir araştırma yöntemi kullanılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Merkezi ve Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulanmıştır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Merkezi 84 yatak kapasitesine sahiptir. Kalp Merkezi kalp pil polikliniğinde bir kardiyoloji asistanı ve iki personel görev yapmakta, hemşire bulunmamaktadır. Poliklinik çarşamba günleri 09.00-12.00 arasında hizmet vermektedir. Merkezde kalp pili olan hastaların rutin izlemleri hastane protokolü gereği pilin implantasyonunu takiben 1., 3. ve 6. ay sonunda ve daha sonra her 6 ayda bir Pil polikliniğinde yapılmaktadır. İzlem sırasında hastaların EKG sonuçları ve pilin bataryası değerlendirilmekte ve gereksinimlerine göre hastalara sözel bilgi verilmektedir. Merkezde her yıl ortalama 135 hastaya kalp pili takılmaktadır.

Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde bulunan pil polikliniği hafta içi 13.00-16.00 arasında hizmet vermektedir. Poliklinikte bir kardiyoloji asistanı ve bir hemşire görev yapmaktadır. Hastaların rutin izlemleri implantasyonu takiben 1., 3. ve 6. ay sonunda ve sonrasında her 6 ayda bir yapılmaktadır. Poliklinikte hastalara gereksinimine göre sözel bilgi verilmektedir. Merkezde her yıl ortalama 195 hastaya kalp pili takılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklem Seçimi

Araştırma evrenini Şubat 2011- Şubat 2013 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Merkezi'nde ve Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde izlemi yapılan ve araştırma kriterlerine uygun kalp pili implante edilmiş hastalar oluşturmuştur.

Araştırma örnekleminin seçiminde olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılmış, hastalar kontrole geliş sırasına göre örnekleme alınmıştır. Araştırma kriterlerine uygun, kalp pili takılan hastaların %45'i Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Merkezi'nden ve %55'i Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi' den olmak üzere 60 birey (30 hasta müdahale ve 30 hasta kontrol grubu) örneklemini oluşturmuştur. Müdahale ve kontrol gruplarının yaş, cinsiyet, eğitim ve sosyo-ekonomik durumlara göre benzer olmasına özen gösterilmiştir. Böylece araştırma gruplarının oluşturulmasındaki seçim ve farklılık nedeni ile ortaya çıkabilecek hata kontrol edilmeye çalışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınma kriterleri;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü,
- 18 yaşından büyük,
- Türkçe okuma-yazma bilen,
- İletişim sorunu olmayan,
- Kalıcı kalp pili implante edilmiş olup 1 ay sonra kontrole gelen hastalar

olarak belirlenmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmada kullanılacak veri toplama formları:

- Hastalara ilişkin tanıtıcı veri toplama formu (EK1)
- SF-36 yaşam kalitesi ölçeği (EK2)
- Beck depresyon envanteri (EK3)
- Spielberger'in durumluk-süreklilik kaygı envanteri (EK4)

3.4.1. Hastalara İlişkin Tanıtıcı Veri Toplama Formu (EK1)

Araştırmacı tarafından konuyla ilgili literatür (15,17,55,21,22,105,106,107) taranarak hastalara ilişkin veri toplama formu hazırlanmıştır. Veri toplama formu iki bölümden oluşmuştur.

Birinci bölümde; bireye ilişkin sosyo-demografik değişkenleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, aile tipi, çalışma durumu ve statüsü, yaşadığı yer, sağlık hizmetlerine erişme durumu, sosyal güvencesi ve ekonomik durumu) içeren 11 soru bulunmaktadır.

İkinci bölümde ise; hastalığa ilişkin değişkenleri (hastalığının tanısı, başka hastalığın varlığı, kullandığı ilaçlar, kalp pili takılmadan önce ve şuan devam eden şikayetleri, kalp pili ile ilgili eğitim alma durumu, eğitimi kimden aldığı, eğitimin içeriği, kalp pili takılmadan önce ve sonrasında kendini algılayışı, kalp pili takıldıktan sonra yaşadığı sorunlar ve çözümleri, kalp pili ile yaşam hakkındaki düşünceleri gibi) belirleyen 20 soru bulunmaktadır.

3.4.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK2)

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, ilk kez İngiltere’de Ware tarafından 1987 yılında kullanılmıştır. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ülkemizde Pınar (1995) tarafından yapılmış ve kronik hastalıklarda kullanılabilir olduğu belirtilmiştir. Pınar, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin geçerlilik ve güvenilirlikle ilgili ilk çalışmalar, kardiyak, hemodiyaliz ve diyabetli 180 hasta üzerinde başlatılmış, aracın dil ve içerik geçerliliğini (content validity) faktör analiziyle, güvenilirliğini (reliability) test-tekrar-test yöntemiyle yapmıştır. SF-36 skalaları için yapılan test-tekrar-test güvenilirlik katsayılarının 0.83-0.92 arasında değiştiği, bu rakamların güvenilirlik için öngörülen 0.70’in üzerinde olduğu ve aracın güvenilir bir şekilde kullanılabileceği belirtilmiştir (72).

Ölçek, 8 alt grupta 36 sorudan oluşmakta olup alt gruplar fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık algısı, enerji/canlılık, sosyal fonksiyon, duygusal rol güçlüğü ve mental sağlık konularını içermektedir. Bunlardan ilk 4’ü fiziksel komponent skoru, son 4’ü mental komponent skoru olarak bildirilmektedir.

Fiziksel Komponent Skoru Alt Grupları;

- 1) **Fiziksel fonksiyon:** Bir veya birkaç kat merdiven çıkma veya birkaç sokak öteye yürüme fiziksel aktivitelerdeki yeterliliği değerlendiren sorularla fiziksel kısıtlılıkları ölçer.
- 2) **Fiziksel rol güçlüğü (fiziksel işlev):** Fiziksel problemlerin hastaların aktivitelerini ne kadar kısıtladıkları sorulur.
- 3) **Ağrı:** Vücut ağrısının derecesini ve ağrının hastanın günlük hayatını ne kadar etkilediğini değerlendirir.
- 4) **Genel sağlık algısı:** Hastaların kendilerini nasıl hissettiklerini ve genel olarak sağlıklarının nasıl olacaklarını tahmin etmelerini ölçer.

Mental Komponent Skoru Alt Grupları;

- 1) **Enerji/canlılık:** Enerji durumlarını ve yorgunluğu ölçer.
- 2) **Sosyal fonksiyon:** Hastaların aile, arkadaş ve diğer gruplarla olan sosyal aktivitelerini fiziksel veya emosyonel problemlerin ne kadar etkilendiğini sorgular.
- 3) **Duygusal rol güçlüğü (mental işlev):** Emosyonel problemlerin hastaların aktivitelerini ne kadar kısıtladıkları sorulur.
- 4) **Mental Sağlık:** Anksiyete, depresyon, emosyonel kontrol ve davranış bozukluğu ve psikolojik iyilik hali gibi konularda mental sağlık durumunu ölçer (72).

Ölçek puanlamasında, yeniden kodlanması gerekmeyen alanlar:

Fiziksel fonksiyon:3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j

Sosyal fonksiyon:10

Mental işlev:5a+5b+5c (1 evet, 2 hayır)

Fiziksel işlev:4a+4b+4c+4d (1 evet, 2 hayır)

Yeniden kodlanması gereken alanlar ise:

Mental sağlık:9b+9c+9d+9f+9h

9b, 9c, 9f yeniden kodlanması gerekmemektedir. 9d ve 9h puanlaması ise tersten yapılmalıdır.

Enerji:9a+9e+9g+9i

9g ve 9i yeniden kodlanmasına gerek olmayıp, 9a ve 9e tersten kodlanmalıdır.

Ağrı:7+8

Sosyal fonksiyon:6

Genel sağlık algısı:1+11a+11b+11c+11d

Her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puanlar elde edilmekte, bu puanlar 0-100 arasında değişmektedir. 100 puan iyi sağlık durumunu, 0 puan kötü sağlık durumunu göstermektedir (108).

3.4.3. Beck Depresyon Envanteri (EK3)

Beck depresyon envanteri 1961 yılında geliştirilmiş, 1978 yılında revizyonu yapılmıştır. Envanterin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemek ve depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtilerini ölçmektedir. Duygu durum, kötümserlik, başarısızlık duygusu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal içe dönüklük, kararsızlık, beden imajı, çalışılabilirliğin engellenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk-bitkinlik, iştahın azalması, cinsel dürtü kaybı gibi 21 belirti kategorisi içerir. Her bir kategori dört seçenek içerir ve uygulama günü dâhil olmak üzere son bir hafta, kişinin kendisini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi işaretlemesi istenir. Her madde 0-3 arasında puan alır. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksekliği, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek oluşunu gösterir (109).

Beck depresyon envanteri için Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması 1988 yılında Hisli tarafından yapılmıştır Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur (110).

3.4.4. Spielberger'in durumluk-süreklilik kaygı envanteri (EK4)

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin anksiyete düzeyini saptamak amacıyla 1970 yılında Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilen durumluk-süreklilik kaygı ölçeği kullanılmıştır. Durumluk-süreklilik kaygı ölçeği bireylerin anksiyete düzeyini yansıtmakta kullanılan, bireyin kendisini betimleyen 20'şer maddeden oluşan, bireyin belirli bir an veya durumda kendini nasıl hissettiğini ölçen bir ölçektir. Bireyin duygularının şiddetine göre "Hiç (1), Biraz (2), Çok (3),

Tamamiyle (4)’’ ve bireyin kendisini genellikle nasıl hissettiğini, duygularının sıklık derecesine göre “Hemen hemen hiçbir zaman (1), Bazen (2), Çok zaman (3), Hemen her zaman (4)’’ gibi dört seçenek bulunmaktadır. Durumluk-süreklilik kaygı ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1977 yılında Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır ve ölçeğin Cronbach alfa katsayıları 0.83 - 0.92 arasında değişmektedir (111,112).

Durumluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade (1,2,5,8,10,1,15,16,19,20. maddeler) vardır. Süreklilik kaygı ölçeğinde ise yedi tane tersine dönmüş ifade (2,26,27,30,33,36,39. maddeler) bulunmaktadır. Puanlamada tersine dönmüş ifadeler puanlanırken (1) ağırlık değerinde olmalara (4)’e, (2) puan (3)’e, (3) puan (4)’e, (4) ağırlık değerinde olmalara ise (1)’e dönüştürülür ve doğrudan ifadelerin puanlarıyla tersine ifadelerin puanları toplanarak anksiyete puanı bulunur. Her iki ölçekten elde edilen puanlar 20 ile 80 arasında değişir. Yüksek puan yüksek anksiyete seviyesini, düşük puan düşük anksiyete seviyesini ifade eder (113).

3.5. Ön Uygulama

Ocak 2011 tarihinde 3’ü Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Merkezi ve 3’ü Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi pili polikliniğe gelen, kalp pili olan hastalardan **6 birey** ile araştırmacı tarafından geliştirilen hastalara ilişkin tanıtıcı veri toplama formunun anlaşılabilirliğinin saptanması ve veri toplama formu ile ölçeklerin uygulanma süresinin belirlenmesi amacıyla ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama yapılan hastalar, örnekleme dahil edilmemişlerdir.

3.6. Uygulama

3.6.1. Müdahale grubu

İlk görüşmede onam alınarak pili takılmış hastalara “hastalara ilişkin tanıtıcı veri toplama formu, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, Spielberger’in durumluluk-süreklilik kaygı ölçeği, Beck depresyon envanteri” hastalara verilerek ve 20-25 dakika süresince uygulanmıştır. Hastalara Hastalara ve yakınlarına, bekleme salonuna ait bir

alandaki, yüz yüze görüşme yöntemiyle 35 dakika süresince araştırmacının hazırladığı kitapçık kullanılarak bire bir eğitim verilmiştir.

İlk görüşmeden 2 ay sonraya ikinci görüşme planlanmıştır. Bu süre içinde hasta ve yakınlarına araştırmacıya ulaşabileceği telefon numarası verilmiştir. Çalışmamız sırasında hasta ve yakınları gereksinimlerine göre araştırmacıyı telefonla arayarak danışmanlık almıştır.

İkinci görüşmede; izlem programı kapsamında hasta bekleme salonunda, hastalara yüz yüze görüşme yöntemiyle SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, Spielberger'in durumluluk-süreklilik kaygı ölçeği, Beck depresyon envanteri tekrar uygulanmıştır.

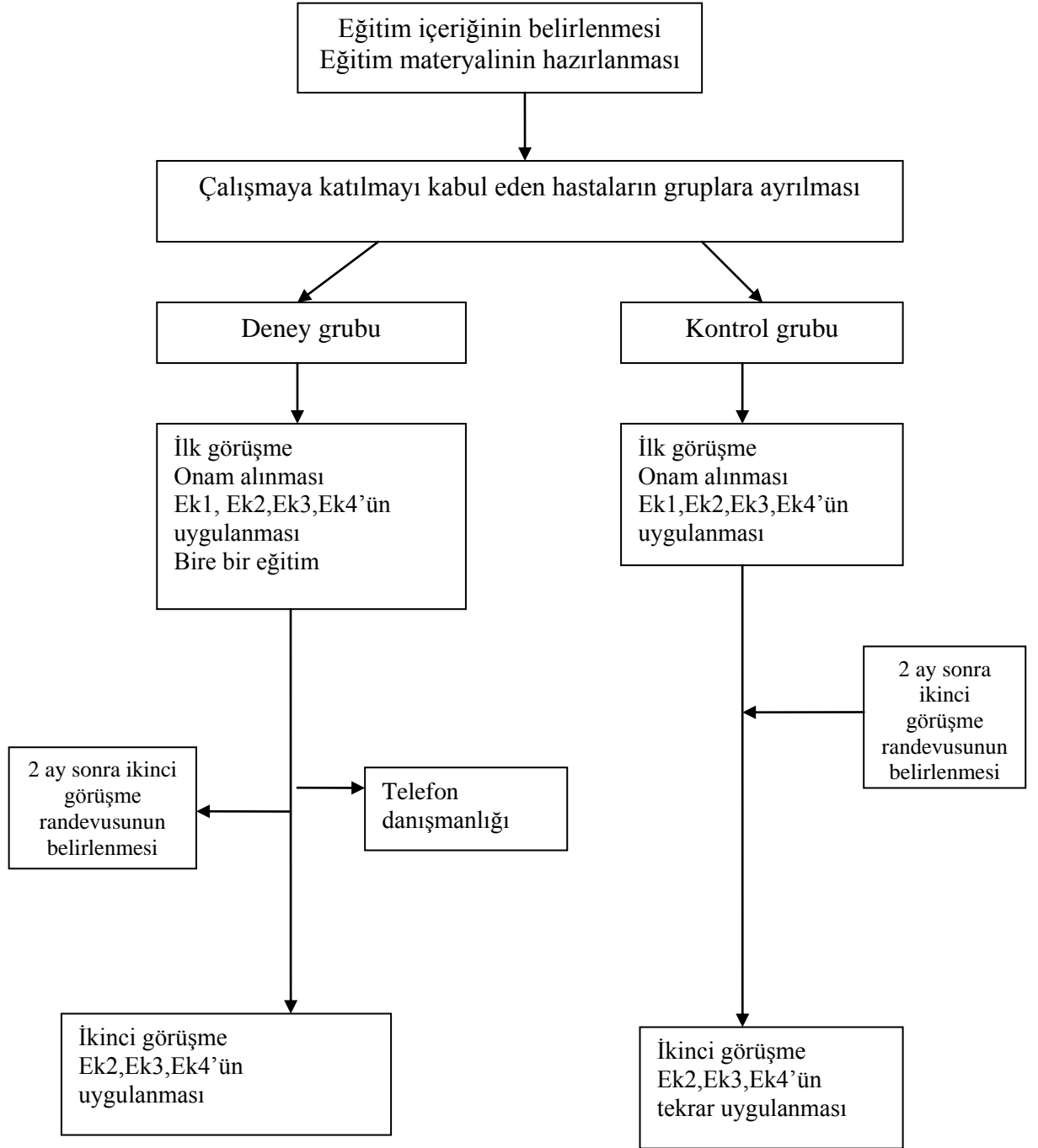
3.6.2. Kontrol Grubu

Kontrol grubuna alınan hastalara ilk görüşmede çalışma tanıtılarak hastaların onamları alınmıştır. Bu görüşmede "hastalara ilişkin tanıtıcı veri toplama formu, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, Spielberger'in durumluluk-süreklilik kaygı ölçeği, Beck depresyon envanteri" uygulanmıştır. Kontrol grubundaki hastalar eğitim ve izlem programına alınmayarak kliniğin standart izlemlerine devam etmişlerdir. Hastalar ilk görüşmeden sonraki üçüncü ayda tekrar görüşmeye çağrılarak veri toplama formları ("SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, Spielberger'in durumluluk-süreklilik kaygı ölçeği, Beck depresyon envanteri") tekrar uygulanmıştır. Çalışma sona erdikten sonra bu gruptaki hastalara da gönüllü olarak araştırmacı tarafından eğitim içeriğine uygun eğitim verilmiştir.

3.6.3. Eğitim Kitapçığı (Kalbiniz, Piliniz ve Siz – Kalp Pili (Pacemaker) Hasta Bilgilendirme Kitapçığı) (EK7)

Konuyla ilgili literatür ve örnek broşürler incelenerek (55,21,22,35,105,106,107,114) ve 3 uzman görüşüne baş vurularak kalp pili olan hastalara yönelik eğitim broşürü geliştirilmiştir. Broşürde eğitim içeriğinde yer alan konulara paralel olarak, kalp pilinin tanıtımı, kalp pilini gerektiren durumlar, kalp pilinin takılma işlemi, günlük nabız kontrolü, fizik aktiviteler, kalp pilinin olduğu bölgede kanama, ısı artışı, şişlik olduğunda ve yorgunluk, halsizlik, göğüs ağrısı gibi

durumlarda sağlık kurumuna başvurulması gerektiği, kalp pili kartını taşımanın önemi ve düzenli tıbbi izlemin önemi gibi konular vurgulanmıştır.



Şekil 1. Araştırmanın Akış Şeması

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel değerlendirmeler için SPSS for. Win. Ver. 16.00 programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, frekans, yüzde kullanılmıştır. Ki kare testi ile tanımlayıcı değişkenlere ilişkin karşılaştırmalar yapılmıştır. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların durumluk kaygı puanları karşılaştırmasında; Bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U ve Wilcoxon işaretli sıralar testi, süreklilik kaygı puanı karşılaştırmasında; Bağımsız gruplarda t testi ve Wilcoxon işaretli sıralar testi, Beck depresyon envanteri puanları karşılaştırmasında; Bağımsız gruplarda t testi ve Wilcoxon işaretli sıralar testi, SF-36 yaşam kalitesi puanları karşılaştırmasında Mann Whitney U ve Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır. Hastaların sosyodemografik özellikleriyle (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, kiminle yaşadığı, çalışma durumu, çalışma statüsü, gelirin gideri karşılaştırma durumu, yaşadığı yer), izlem sonrası durumluk-süreklilik kaygı, depresyon ve yaşam kaliteleri puanlarının karşılaştırılmasında ise One Way Anova, Kruskal Wallis, Bağımsız gruplarda t testi ve Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Merkezi ve Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi'nden yazılı kurum izni (Ek-9) ve Ankara Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 33526960-50-04 numaralı etik kurul izni (Ek-8) alınmıştır. Bunun yanı sıra araştırma kapsamına alınan hastaların yazılı bilgilendirilmiş onamı alınmıştır. Çalışma sona erdikten sonra kontrol grubundaki hastalara da araştırmacı tarafından gönüllü olarak eğitim verilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde;

I. Araştırmada yer alan hastaların sosyodemografik, tıbbi ve kalp piline ilişkin tanıtıcı bulguları,

II. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların durumluk-süreklilik kaygı puan ortalamaları, depresyon puan ortalamaları ve yaşam kaliteleri puan ortalamalarına ilişkin bulguları,

III. Hastaların sosyodemografik özellikleriyle, çalışma sonrası durumluk-süreklilik kaygı puan ortalamaları, depresyon puan ortalamaları ve yaşam kaliteleri puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguları,

IV. Hastaların kalp pili ile yaşama ilişkin görüşleri yer almaktadır.

4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı Bulgular

Tablo 4.1.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Müdahale Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)		X ²	p
	n	%	n	%		
Yaş (yıl)	$\bar{x} \pm ss=64.4 \pm 15.2$		$\bar{x} \pm ss=64.2 \pm 13.4$		0.115	0.944
20-44	4	13.3	4	13.3		
45-60	5	16.7	6	20.0		
61 ve üzeri	21	70.0	20	66.7		
Cinsiyet					0.271	0.602
Kadın	14	46.7	12	40.0		
Erkek	16	53.3	18	60.0		
Eğitim Durumu					1.574	0.853
Okur yazar	12	40.0	10	33.3		
İlkokul	11	36.7	14	46.7		
Ortaokul	2	6.7	1	3.3		
Lise	3	10.0	4	13.3		
Üniversite	2	6.7	1	3.3		
Medeni Durum					0.317	0.573
Evli	20	66.7	22	73.3		
Bekar	10	33.3	8	26.7		
Kiminle Yaşadığı					1.888	0.612
Yalnız	3	10.0	1	3.3		
Eş-çocuklar	27	90.0	28	93.3		
Anne baba	0	0	1	3.3		
Çalışma Durumu					0.131	0.718
Çalışıyor	5	16.7	4	13.3		
Çalışmıyor	25	83.3	26	86.7		
Çalışma Statüsü					2.588	0.629
Memur	2	6.7	1	3.3		
İşçi	1	3.3	3	10.0		
Serbest meslek	3	10	1	3.3		
Emekli	16	53.3	15	50.0		
Ev hanımı	8	26.7	10	33.3		
Gelirin Gideri Karşılama Durumu					5.891	0.054
Geliri giderini karşılıyor	22	73.3	15	50.0		
Geliri giderini kısmen karşılıyor	7	23.3	8	26.7		
Geliri giderini karşılamıyor	1	3.3	7	23.3		
Yaşadığı Yer					1.294	0.731
Büyükşehir	8	26.7	10	33.3		
İl	3	10.0	5	16.7		
İlçe	16	53.3	12	40.0		
Köy	3	10.0	3	10.0		
Sağlık Hizmetlerine Erişim Durumu					0.218	1.000
Kolay ulaşabiliyor	27	90.0	28	93.3		
Kolay ulaşamıyor	3	10.0	2	6.7		

Tablo 4.1.1’de araştırmada yer alan hastaların sosyodemografik bulguları yer almaktadır. M¼dahale grubunu 30 hasta oluşturmaktadır. Bu hastaların yaş ortalamaları 64.43 ± 15.27 ve %53.3’¼ erkek olup %40’ı okur yazar, %66.7’si evli, %90’ı eş ve çocuklarıyla yaşamakta, %83.3’¼ çalışmamakta, %53.3’¼ emekli stat¼s¼nde, %73.3’n¼n geliri giderini karşılamakta, hastaların tamamının sosyal g¼vencesi bulunmakta ve %53.3’¼ ilçede yaşamaktadır. Hastaların %3’¼ sağlık hizmetlerine erişim durumunun sorunlu olduğunu belirtmiş ve tabloladıştırılmamakla beraber bu sorunu ulaşım g¼l¼ę¼ olarak tanımlamıştır.

Kontrol grubunu oluşturan hastaların ise, yaş ortalaması 64.20 ± 13.40 ve %60’ı erkek, %46.7’si ilkokul mezunu, %73.3’¼ evli, %93.3’¼ eş-çocuklarıyla yaşamakta, %86.7’çalışmamakta, %50’si emekli stat¼s¼nde olup, %50sinin geliri giderini karşılamakta, %40’ı ilçede yaşamaktadır. Bu gruptaki hastaların da tamamının sosyal g¼vencesi bulunmakta, %6.7’si sağlık hizmetlerine erişimde sorun yaşamakta ve tabloda ye almamakla bitlikte bu sorunu ulaşım g¼l¼ę¼ olarak belirtmiştir.

Gruplar arasında sosyodemografik ¼zellikler açısından fark istatistiksel olarak ¼nemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.1.2. Hastaların tıbbi ve kalp piline ilişkin özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Müdahale Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)		X ²	p
	n	%	n	%		
Neden olan hastalık						
Atrioventriküler blok	14	46.7	17	56.7	0.657	0.720
Hasta sinüs sendromu	13	43.3	11	36.7		
Atrial fibrilasyon	3	10.0	2	6.7		
Kalp pili sonrası ilaç kullanma durumu						
Kullanıyor	23	76.7	26	86.7	1.002	0.317
Kullanmıyor	7	23.3	4	13.3		
Başka bir hastalık olma durumu						
Var	20	66.7	21	70.0	0.077	0.781
Yok	10	33.3	9	30.0		
Kalp pili takılmadan önceki şikayetler						
Çarpıntı	27	90.0	16	53.3	9.932	0.002
Baş dönmesi	21	70.0	19	63.3	0.300	0.584
Bayılma	11	36.7	10	33.3	0.073	0.787
Nefes darlığı	25	83.3	23	76.7	0.417	0.519
Kalp pili takıldıktan sonraki şikayetler						
Çarpıntı	10	33.3	10	33.3	0.000	1.000
Baş dönmesi	11	36.7	9	30.0	0.300	0.584
Bayılma	4	13.3	3	10.0	0.162	0.688
Nefes darlığı	17	56.7	10	33.3	3.300	0.069

Tablo 4.1.2.'de çalışmaya katılan hastaların tıbbi ve kalp piline ilişkin özelliklerine yer verilmiştir. Müdahale grubundaki hastaların %46.7'si Atrioventriküler blok, %43.3'ü Hasta sinüs sendromu, %10'u Atrial fibrilasyon nedeniyle tedavi görmekte ve %66.7'sinde eşlik eden başka bir hastalık bulunmakta, %76.7'si kalp pili sonrası ilaç kullanmaktadır. Bu gruptaki hastaların %90'ı kalp pili takılmadan önce; çarpıntı, %70'i baş dönmesi, %36.7'si bayılma, %83.3'ü nefes darlığı, kalp pili takıldıktan sonra ise; %33.3'ü çarpıntı, %36.7'si baş dönmesi, %13.3'ü bayılma, %56.7'si nefes darlığı şikayetleri yaşadığını belirtmiştir.

Kontrol grubundaki hastaların ise %56.7'si Atrioventriküler blok, %36.7'si Hasta sinüs sendromu, %6.7'si Atrial fibrilasyon nedeniyle tedavi görmekte ve

%70'inde eşlik eden başka bir hastalık varlığı bulunmakta, %86.7'si kalp pili sonrası ilaç kullanmaktadır. Bu hastaların %53,3'ü kalp pili takılmadan önce; çarpıntı, %63.3'ü baş dönmesi, %33.3'ü bayılma, %76.3'ü nefes darlığı, kalp pili takıldıktan sonra ise; %33.3'ü çarpıntı, %30'u baş dönmesi, %10'u bayılma, %33.3'ü nefes darlığı şikayetleri yaşadığını bildirmiştir.

Gruplar arasındaki farkın kalp pili takılmadan önce çarpıntı şikayeti dışında ($p=0.002$), istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.1.3 Hastaların kalp piline ilişkin bilgi alma durumları, bilgi kaynakları ve alınan bilgi içeriği

Kalp piline ilişkin bilgi alma durumu	Müdahale Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)		X ²	P
	n	%	n	%		
Alan	16	53.3	15	50.0	0.067	0.796
Almayan	14	46.7	15	50.0		
Bilgi alınma zamanı					0.005	0.945
Kalp pili takılmadan önce	2	12.5	2	12.5		
Kalp pili takıldıktan sonra	14	87.5	13	86.7		
Bilginin kim tarafından verildiği					1.929	0.381
Hemşire	3	18.8	2	13.3		
Doktor	8	50	11	73.3		
Kalp pili üreten firma yetkilisi	5	31.2	2	13.3		
Alınan bilgi içeriğinin dağılımı					1.209	0.546
Cep telefonu	3	18.8	2	13.3		
Uzak durulması gerekenler	13	81.2	12	80.0		
Cep telefonu+ağır kaldırmamak	0	0	1	6.7		

Tablo 4.1.3'de hastaların kalp piline ilişkin bilgi alma durumları ve alınan bilgi içeriğinin dağılımı verilmiştir. Müdahale grubundaki hastaların %53.3'ü kalp piline ilişkin bilgi aldığı, bilgi alanların %87.5'inin kalp pili takıldıktan sonra bilgi

aldığı ve %50'sinin doktordan bu bilgiyi aldığı, %81.2 oranında alınan bilginin içeriğinin uzak durulması gerekenler olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubundaki hastaların ise %50'sinin kalp piline ilişkin bilgi aldığı, bilgi alanların %86.7'sinin kalp pili takıldıktan sonra bilgi aldığı ve %73.3'ünün doktordan bu bilgiyi aldığı, %80 oranında alınan bilginin içeriğinin uzak durulması gerekenler olduğu bulunmuştur.

Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

4.2. Hastalara planlı eğitim ve izlem programı uygulanma durumuna göre durumluk-süreklilik kaygı puan ortalamaları, depresyon puan ortalamaları ve yaşam kaliteleri puan ortalamalarına ilişkin bulgular,

Tablo 4.2.1 Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların durumluk kaygı puanları

DKÖ puanları	Müdahale grubu (n=30)	Kontrol grubu (n=30)	İstatistiksel test
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	
İzlem öncesi DKÖ puanı	37.33±7.60	38.40±10.39	t=0.453 p*=0.089
İzlem sonrası DKÖ puanı	32.40±7.37	37.56±12.02	Z=1.636 p**=0.102
İstatistiksel test	Z=4.793 p***=0.000	Z=1.785 p***=4.793	

DKÖ, Durumluk Kaygı Ölçeği

*Bağımsız gruplarda t testi

**Mann Whitney U testi

*** Wilcoxon işaretli sıralar testi

Tablo 4.2.1'de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların izlem öncesi ve sonrasındaki durumluk kaygı puan ortalamaları karşılaştırması gösterilmektedir. Grup içi değerlendirme sonucuna göre, müdahale grubundaki hastaların izlem sonrası durumluk kaygı puanının, çalışma öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı ($p=0.000$), kontrol grubunda ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=4.793$).

Yapılan gruplar arası değerlendirmede, m¼dahale ve kontrol grubu arasında izlem sonrasında durumluk kaygı puanı ortalamaları bakımından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.2.2 Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların süreklilik kaygı puanları

SKÖ puanları	M¼dahale grubu (n=30)	Kontrol grubu (n=30)	İstatistiksel test
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	
İzlem öncesi SKÖ puanı	44.90±7.84	44.70±8.54	t=0.094 p*=0.925
İzlem sonrası SKÖ puanı	43.10±10.13	43.90±10.80	t=0.296 p*=0.768
İstatistiksel test	Z=2.379 p**=0.017	Z=1.197 p**=0.231	

SKÖ, Süreklilik Kaygı Ölçeği

**Bağımsız gruplarda t testi

** Wilcoxon işretli sıralar testi

Tablo 4.2.2’de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların izlem öncesi ve sonrasına göre süreklilik kaygı puan ortalamaları karşılaştırılması gösterilmektedir. Grup içi değerlendirmelerde müdahale grubundaki hastaların, izlem sonrasındaki süreklilik kaygı puanları ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı bulunmuştur ($p=0.017$).

Kontrol grubundaki hastaların ise izlem sonrasındaki süreklilik kaygı puanları ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0.231$).

Yapılan gruplar arası değerlendirmede, müdahale ve kontrol grubu arasında izlem sonrasında süreklilik kaygı puanı ortalamaları bakımından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.2.3 Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların depresyon puanları

BDE puanları	Müdahale Grubu (n=30)	Kontrol Grubu (n=30)	İstatistiksel Test
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	
İzlem öncesi BDE puanı	16.33±11.38	15.76±10.86	t=0.197 p*=0.844
İzlem sonrası BDE puanı	12.03±9.42	15.96±11.31	t=1.463 p*=0.149
İstatistiksel Test	Z=4.717 p**=0.000	Z=1.050 p**=0.294	

BDE, Beck Depresyon Envanteri

*Bağımsız gruplarda t testi

**Wilcoxon işaretli sıralar testi

Tablo 4.2.3’de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların izlem öncesi ve sonrasındaki depresyon puan ortalamaları yer almaktadır. Yapılan grup içi değerlendirmede müdahale grubundaki hastaların izlem sonrası depresyon puan ortalamalarının azaldığı ve bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (p=0.000).

Kontrol grubundaki hastaların izlem sonrası depresyon puan ortalamalarında ise bir miktar artış olmakla birlikte, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0.294).

Gruplar arasında izlem sonrasında depresyon puan ortalamaları arasında önemli bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.2.4 Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların yaşam kalitesi puanları

Yaşam Kalitesi Puanı	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		İstatistiksel Test	
	İzlem Öncesi $\bar{x} \pm ss$	İzlem Sonrası $\bar{x} \pm ss$	İzlem Öncesi $\bar{x} \pm ss$	İzlem Sonrası $\bar{x} \pm ss$	İzlem Öncesi $\bar{x} \pm ss$	İzlem Sonrası $\bar{x} \pm ss$
Fiziksel Fonksiyon Puanı	54.33±24.69	56.50±22.93	52.33±16.33	52.83±14.54	Z=0.460 p**=0.625	Z=0.801 p**=0.423
	Z=1.304 p*=0.192		Z=0.411 p*=0.681			
Sosyal Fonksiyon Puanı	68.06±27.07	78.46±23.88	68.43±30.93	74.21±27.28	Z=0.257 p**=0.797	Z=0.451 p**=0.652
	Z=3.442 p*=0.001		Z=3.149 p*=0.002			
Mental İşlev Puanı	53.33±42.52	63.36±33.24	46.60±46.00	52.10±39.88	Z=0.516 p**=0.606	Z=1.128 P=0.259
	Z= 2.229 p*=0.026		Z=1.890 p*=0.059			
Fiziksel İşlev Puanı	51.66±37.10	56.66±34.07	48.33±46.39	52.50±45.17	Z=0.314 p**=0.753	Z=0.244 p**=0.807
	Z =2.121 p*=0.034		Z=1.179 p*=0.238			
Mental Sağlık Puanı	60.80±20.35	69.60±15.02	60.13±19.29	60.53±19.67	Z=0.119 p**=0.905	Z=1.861 p**=0.068
	Z= 4.261 p*=0.000		Z=0.442 p*=0.442			
Enerji Puanı	53.33±17.92	56.33±17.61	56.66±17.28	58.00±16.53	t=0.733 p***=0.466	t=0.378 p***=0.707
	Z =1.681 p*=0.093		Z=1.377 p*=0.169			
Ağrı Puanı	69.66±20.42	77.66±16.33	71.66±18.76	75.33±18.33	t=0.395 p***=0.694	t=0.521 p***=0.605
	Z=3.096 p*=0.002		Z=2.121 p*=0.034			
Genel Sağlık Algısı Puanı	53.16±22.18	56.66±21.46	53.33±22.06	54.33±21.56	t=0.029 p***=0.976	t=0.029 p***=0.676
	Z=2.589 p*=0.010		Z= 1.476 p*=0.140			

*Wilcoxon işretli sıralar testi

**Mann Whitney U testi

***Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.2.4’de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların izlem öncesi ve sonrası yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırması verilmiştir. Müdahale grubunda sosyal fonksiyon, mental işlev, fiziksel işlev, mental sağlık, ağrı ve genel sağlık algısı alt ölçek puanlarında artış olduğu ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Kontrol grubunda ise sadece sosyal fonksiyon ve ağrı alt ölçek puanındaki artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

4.3. Hastaların sosyodemografik özellikleriyle, izlem sonrası durumluk-süreklilik kaygı, depresyon ve yaşam kaliteleri puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular,

Tablo 4.3 Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre, izlem sonrası durumluk-süreklilik kaygı, depresyon ve yaşam kaliteleri puanları

Özellikler	BDE puanı ($\bar{x} \pm SS$)	DKÖ puanı ($\bar{x} \pm ss$)	SKÖ puanı ($\bar{x} \pm ss$)	FF puanı ($\bar{x} \pm ss$)	SF puanı ($\bar{x} \pm ss$)	Mİ puanı ($\bar{x} \pm ss$)	Fİ puanı ($\bar{x} \pm ss$)	MS puanı ($\bar{x} \pm ss$)	E puanı ($\bar{x} \pm ss$)	A puanı ($\bar{x} \pm ss$)	GSA puanı ($\bar{x} \pm ss$)
Yaş Grupları											
20-44	14.25±6.40	33.00±11.10	43.87±10.11	53.12±22.98	79.68±21.06	37.37±21.54	34.37±32.56	64.00±12.64	58.12±15.56	78.75±12.46	55.62±20.07
45-60	16.09±14.20	38.54±13.46	47.00±9.38	62.27±21.60	69.40±26.45	54.45±40.28	40.90±35.83	61.81±17.46	58.63±15.18	74.54±20.18	53.18±23.90
61 ve üzeri	13.39±10.19	34.41±9.09	42.48±10.71	52.92±17.64	77.54±26.27	62.58±37.48	62.19±40.35	66.14±19.14	56.58±17.97	76.58±17.55	56.09±21.40
	F=0.282 p=0.756	F=0.877 p=0.421	F=0.819 p=0.446	F=1.067 p=0.351	F=0.512 p=0.602	X ² =3.393 p=0.183	F=2.569 p=0.085	F=0.262 p=0.771	F=0.076 p=0.927	F=0.135 p=0.874	F=0.078 p=0.925
Cinsiyet											
Kadın	16.46± 10.44	36.69± 9.20	44.65 ± 10.36	50.19±17.11	72.69± 24.52	55.11± 35.30	50.00± 41.83	63.23± 17.08	52.30±17.90	68.46± 19.53	52.69± 19.96
Erkek	12.11± 10.32	33.67 ± 10.89	42.61 ± 10.47	58.08± 20.11	79.13 26.25	59.73± 38.38	58.08± 38.29	66.47± 18.71	60.88 15.44	82.64± 12.38	57.64± 22.43
	t=1.607 p=0.114	t=1.135 p=0.261	t=0.749 p=0.457	t=1.605 p=0.114	t=0.969 p=0.337	t=0.478 p=0.634	t=0.779 p=0.439	t=0.690 p=0.493	t=1.989 p=0.051	Z=3.082 p=0.002	t=0.889 p=0.378
Eğitim Durumu											
Okur yazar	13.36± 8.51	34.36± 9.05	44.63± 10.63	53.63±17.60	81.93± 22.71	68.13±36.42	70.45± 38.29	67.63± 17.79	53.63± 15.82	73.63± 18.13	57.27± 21.86
İlkokul	15.68 ±12.81	36.56± 10.98	42.56± 10.66	50.40±18.59	70.60± 28.20	47.92±38.65	42.00± 39.34	61.92±19.18	59.40 ± 17.75	76.00± 18.25	56.20± 21.76
Ortaokul	11.66±6.02	32.66± 6.65	41.66±6.35	60.00±26.45	66.66± 28.86	44.33±19.62	25.00± 43.30	73.33 ± 4.61	63.33± 20.20	83.33±11.54	53.33± 14.43
Lise	14.00±10.18	35.14± 14.22	45.14± 10.85	63.57± 23.04	80.42± 26.88	57.14±37.19	53.57± 33.62	60.57± 17.95	54.28 ± 17.89	81.42±15.73	50.71± 26.36
Üniversite	7.00± 7.81	28.33± 3.78	41.00± 13.74	71.66±10.40	83.33± 14.43	78.00±19.05	75.00± 25.00	74.66 ±16.16	65.00 ± 18.02	83.33±11.54	50.00± 17.32
	F=0.532 p=0.713	F=0.507 p=0.731	F=0.215 p=0.929	F=1.393 p=0.249	F=0.778 p=0.544	F=1.227 p=0.310	F=2.308 p=0.069	F=0.776 p=0.545	F=0.640 p=0.636	F=0.517 p=0.723	F=0.179 p=0.948

Medeni Durum Evli Bekar	12.71±10.20 17.00±10.91	34.11± 9.94 37.00 ±10.87	42.83±10.23 45.05±10.88	55.95±19.63 51.66±18.06	77.16±25.45 74.41±26.27	58.71±38.89 55.44±32.48	52.97±40.65 58.33±38.34	66.47±17.82 61.77±18.31	59.28±6.54 52.22± 7.33	79.76±16.00 68.88±18.11	56.42±21.01 53.33±22.62
	t=1.461 p=0.150	t=1.000 p=0.321	t=0.756 p=0.453	t=0.793 p=0.431	t=0.380 p=0.705	t=0.313 p=0.756	t=0.476 p=0.636	t=0.928 p=0.357	t=1.494 p=0.141	t=2.318 p=0.024	t=0.511 p=0.611
Kiminle Yaşadığı Anne baba Eş-çocuklar Yalnız	21.00±00.00 13.21±10.55 23.00±5.77	50.00± 00.00 34.41±10.14 37.50±6.60	52.00±00.00 43.05±10.52 47.50±9.00	55.00±00.00 55.36±19.02 45.00±23.45	1.00± 00.00 75.53± 26.14 81.50± 16.01	33.00±00.00 58.14±37.60 58.25±32.11	50.00±00.00 54.54±40.56 56.25±37.50	36.00±00.00 65.74±18.24 63.00± 6.83	40.00±00.00 58.18±16.73 47.50±19.36	90.00±00.00 77.45±17.02 60.00±14.14	30.00±00.00 57.09±21.57 40.00±4.08
	F=1.894 p=0.160	F=2.429 p=0.097	F=0.674 p=0.514	F=0.539 p=0.586	F=0.531 p=0.591	F=0.223 p=0.801	F=0.010 p=0.990	X ² =2.671 p=0.263	F=1.272 p=0.288	F=2.318 p=0.108	X ² =3.860 p=0.145
Çalışma Durumu Çalışıyor Çalışmıyor	15.33±8.66 13.76±10.86	32.88±12.49 35.35±9.87	44.66±10.35 43.29±10.48	61.11± 26.90 53.52±17.52	73.61±26.84 76.82±25.51	33.22±23.68 62.05±37.21	38.88±33.33 57.35±40.00	64.88±12.45 65.09±18.84	58.88±14.74 56.86±17.43	80.00± 12.24 75.88± 18.01	54.44± 20.06 55.68± 21.77
	t=0.410 p=0.684	t=0.663 p=0.510	t=0.363 p=0.718	Z=0.872 p=0.383	t=0.346 p=0.731	Z=2.195 p=0.028	t=1.293 p=0.201	Z=0.042 p=0.967	t=0.328 p=0.744	t=0.657 p=0.514	t=0.159 p=0.874
Çalışma Statüsü Memur İşçi Serbestmeslek Emekli Ev hanımı	18.66± 3.05 8.75± 8.18 14.00±11.57 11.16± 9.96 19.27±10.83	25.00±5.00 32.50±15.71 35.00±11.51 33.41±9.41 39.88±9.36	40.00±12.12 40.75±8.65 48.75±9.74 41.51±10.58 46.94±9.97	58.33±20.20 61.25±20.56 71.25±35.67 56.93±17.49 45.00±14.03	91.66±14.43 96.87 ±6.25 50.00±20.41 82.35±24.32 64.72±24.42	55.66± 19.62 58.25± 50.05 24.75± 16.50 69.90± 36.92 44.33± 32.43	41.66±38.18 56.25±42.69 43.75±37.50 65.32±37.45 40.27± 42.12	68.00±8.00 63.00±19.96 70.00±6.92 69.41±19.55 56.44±15.33	65.00±17.32 52.50±11.90 58.75±14.93 62.90± 17.35 46.66±13.17	83.33±11.54 80.00±11.54 77.50±15.00 84.19±11.18 61.11±19.06	45.00±5.00 61.25±28.09 60.00±20.41 59.35±23.37 48.33±17.06
	F=2.277 p=0.073	F=2.145 p=0.087	F=1.204 p=0.320	F=2.353 p=0.065	F=4.039 p=0.006	F=2.469 p=0.055	F=1.335 p=0.269	X ² =5.885 p=0.208	F=3.302 p=0.017	F=7.672 p=0.000	X ² =3.109 p=0.540

Gelirin Gideri Karşılama Durumu											
Karşılıyor	13.51±10.07	33.27± 9.06	43.21±10.49	51.89±17.17	75.78±26.03	58.54±35.58	53.37±41.31	65.40±16.36	56.89±17.33	75.94±16.40	54.86±19.98
Karşılmıyor	21.12±13.16	43.75±13.07	48.62±10.64	50.00±18.12	64.06±20.71	29.00±33.01	25.00±26.72	48.50±16.75	51.25±17.26	66.25±21.33	43.75±23.10
Kısmen karşılıyor	11.40± 9.03	34.53±9.59	41.46±9.76	64.00±22.21	85.86±23.52	71.06±35.43	73.33±31.99	73.06±17.40	61.00±15.94	83.33±14.96	63.33±22.01
	F=2.449 p=0.095	F=3.803 p=0.028	F=1.286 p=0.284	F=2.538 p=0.088	F=2.627 p=0.081	F=3.743 p=0.030	X ² =7.652 p=0.022	F=5.684 p=0.006	F=0.871 p=0.424	F=2.763 p=0.072	F=2.335 p=0.106
Yaşadığı Yer											
Büyükşehir	10.72±8.83	32.61±9.25	40.77±9.71	58.33±15.33	71.61±28.40	63.00±30.12	54.16±47.16	64.66±18.72	61.66±15.52	80.00±14.95	60.00±18.78
İl	12.12±5.16	38.00±8.12	46.37±9.99	51.25±16.63	81.31±18.92	62.50±37.61	50.00±48.18	62.50±16.27	54.37±21.45	81.25±12.46	52.50±23.29
İlçe	17.50±12.43	36.32±11.36	44.96±11.07	52.67±21.83	76.42±26.44	51.07±40.10	54.46±32.66	64.57±18.17	55.00±17.84	72.14±19.69	53.57±23.52
Köy	10.00±5.93	31.83±9.82	41.00±9.54	57.50±21.38	83.50±21.81	66.66±42.21	62.50±44.01	72.00±19.59	57.50±9.87	80.00±15.49	55.00±18.16
	X ² =4.760 p=0.190	F=0.900 p=0.447	F=0.913 p=0.0.441	F=0.437 p=0.727	F=0.452 p=0.117	F=0.577 p=0.632	X ² =0.395 p=0.941	F=03.51 p=0.788	F=0.636 p=0.595	F=1.134 p=0.343	F=0.383 p=0.765

F:One Way Anova, Z:Mann Whitney U testi, X²:Kurskal Wallis, t:Bağımsız gruplarda t testi

Araştırmada hastaların sosyodemografik özelliklerine göre izlem sonrası kaygı, depresyon, yaşam kalitesi ölçeklerinin puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Sosyodemografik özelliklerden yaş, eğitim durumu, birlikte yaşadığı kişi, yaşadığı yere göre izlem sonrası kaygı, depresyon, yaşam kalitesi puanları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz ($p>0.05$), cinsiyete ve medeni duruma göre yaşam kalitesi ağrı puanı, çalışma durumuna göre yaşam kalitesi mental işlev puanı, çalışma statüsüne göre yaşam kalitesi sosyal fonksiyon, enerji, ağrı puanları, gelirin gideri karşılama durumuna göre ise yaşam kalitesi mental işlev, fiziksel işlev, mental sağlık ve durumluk kaygı puanları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). (Tablo 4.3).

4.4. Hastaların kalp pili ile yaşama ilişkin görüşleri

Çalışmamızda hastalara “Kalp pili ile yaşam hakkında ne düşünüyorsunuz?” şeklinde görüşlerini almak üzere açık uçlu soru sorulmuştur. Hastaların çoğunluğunun “kalp piline zarar gelmesinden korktuklarını, kalp pilini sürekli dikkat gerektiren bir cihaz olarak algıladıkları, kalp pili ile yaşarken nelere dikkat etmesi gerektiğini bilmedikleri ve bu konuda bilgi sahibi olmak istedikleri, cihazın aniden bataryası bitecek şeklinde korku yaşadıkları ve ayrıca endişe, bilinmezlik anksiyetesi, korku gibi duyguları yaşadıkları belirlenmiştir”. Aşağıda konu ile ilgili hasta ifadelerinden örnekler yer almaktadır.

“Şu an sorun yok ama ilerisi için ne sorun yaratır bilmiyorum. Eskiden çok sıkıntılıydı, şu an rahatım, aile de rahat.”

“Korkularım var, nelere dikkat etmem gerektiğini bilmediğim için.”

“Tehlikeli, sorunlu, içimde yabancı bir şey var gibi geliyor. Her an tetikteyim bir zarar gelir mi diye. Markete bile girmekten korkuyorum.”

“Pille yaşamak nasıl olur, bir şey olur mu, yanımda kimse olmazsa bir şey olur mu diye korkuyorum, endişelerim var. Önceki durumuma göre çok faydası var. Ama birden biterse ne olur diye korkuyorum.”

Kalp pilinin varlığına alışan, özellikle kalp pili takılmadan önceki şikayetleri ortadan kalkan, kendini iyi hissedilen, kalp pilini sağlıklı kalabilmeleri için en önemli yol olarak gören hastalar ise kalp pilini kabullendiğini ifade etmişlerdir.

Aşağıda konu ile ilgili olumlu hasta ifadelerinden örnekler yer almaktadır.

“Pilden memnunum, birtakım şikâyetlerim azaldı, zamanla pilin varlığına alışıyorum.”

“Şifa buldum, acım yok, memnun kaldım.”

“Aynı sıkıntıları olan herkese tavsiye ederim. Korkulacak bir şey değil. Şikayetlerim azaldığı için memnunum.”

“Kalp pili faydalı bir cihaz, fennin tıbbın bulduğu elzem bir şey, çok güzel. Ömrümü uzattı, belki de takılmasaydı ölecektim.”

Kendisini kalp piline bağımlı olarak gören, fiziksel kısıtlamalar yaşayan, ağrısı olan ve sağlığında herhangi bir düzelme olmadığına inanan, kalp pilini vücuduna yabancı bir madde olarak algılayan hastaların ise kalp piline alışmadığı ve pilden rahatsızlık duydukları görülmüştür.

Aşağıda konu ile ilgili olumsuz hasta ifadelerinden örnekler yer almaktadır.

“Ağrı olmasa ya, alışamadım henüz, geri almalarını istiyorum. Çünkü ağrı çok rahatsız ediyor.”

“ Vücudumda değişik bir şey taşıyor gibiyim, alışamadım, ne zaman alışırım bilemiyorum.”

“Herkesin yaptığı işi yapamıyorum, yarım olduk. Eskiye göre sağlığım azaldı, iş yapmamı engelliyor, zor geliyor.”

“Faydası olsaydı iyi olacaktı ama faydasını göremedim.”

5. TARTIŞMA

Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular, araştırmaya katılan bireylere uygulanan planlı eğitim ve izlem programının yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete üzerine etkisi başlığı altında tartışılmıştır.

5.1. Uygulanan Planlı Eğitim ve İzlem Programının Yaşam Kalitesi, Depresyon ve Anksiyete Üzerine Etkisi

Çalışmamızda izlem öncesi aşamada, müdahale grubundaki hastaların durumluk kaygı puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha düşük olmakla birlikte gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p=0.089$). Uygulanan planlı izlem ve eğitim programının hastaların durumluk kaygı puanına etkisini değerlendirmek amacıyla grup içi değerlendirme yapılmıştır. Bu değerlendirme sonucunda, müdahale grubunun izlem sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları istatistiksel olarak önemli düzeyde azalırken ($p=0.000$), kontrol grubunda istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı görülmüştür ($p=4.793$). İzlem sonrası dönemde ise, müdahale ve kontrol grubu arasında durumluk kaygı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış ($p=0.102$) ancak müdahale grubundaki hastaların kaygı puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar eğitim ve izlem programının durumluk anksiyetesi üzerine olumlu etkisi olduğunu düşündürmektedir (Tablo 4.2.1).

Müdahale grubundaki hastaların süreklilik kaygı puan ortalamalarının izlem sonrasında anlamlı derecede azaldığı saptanmıştır ($p=0.017$). Kontrol grubundaki azalma ise anlamlı değildir ($p=0.231$). İzlem sonrası iki grup değerlendirildiğinde aradaki fark anlamlı olmasa da ($p=0.768$) planlı eğitim ve izlem grubuna alınan müdahale grubunda müdahalenin sürekli anksiyete düzeyini azaltmada etkin olduğu görülmektedir (Tablo 4.2.2).

Araştırmamızda izlem sonrası dönemde, müdahale grubu ile kontrol grubu depresyon puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı olmamasına karşın ($p=0.149$), müdahale grubundaki hastaların izlem sonrası depresyon puanlarının istatistiksel olarak önemli düzeyde azaldığı ($p=0.000$), kontrol grubunda ise aksine bir miktar artış olduğu belirlenmiştir. Bu durum müdahalenin depresyonu düşürmede etkili olduğunu gösterebilir. (Tablo 4.2.3).

Kardiyovasküler hastalıklarda bir tedavi yöntemi olan pacemaker implantasyonu da ilk dönemde uyumu gerektiren, sonraki dönemde ise yaşamı kısıtlayabilen bir durum olup ruhsal bozuklara neden olabilmektedir (115). Çeşitli çalışmalarda pacemaker implantasyonunun hastalarda depresyon, anksiyete, enerji kaybı, hipokondriyazis gibi sorunlar oluşturabileceği

bildirilmiştir (23,115). Bazı hastalar pacemaker cihazını kolaylıkla kabullenirken, bazıları ise bu cihazı adeta bedenlerine bir saldırı gibi algılayabilmektedirler (21).

Kalbe implante edilebilen cihazlar hem anksiyete kaynağı hem de yaşamı uzatan bir araç olarak görülmektedir. Çünkü yabancı bir cihazın kalbe implantasyonu hastalar tarafından yaşamı etkileyen ciddi bir durum olarak algılanabilir. Bu açıdan pacemaker, beden imajında, psikososyal uyumda, yaşam kalitesinde değişikliklere yol açarak affektif bozukların gelişmesiyle sonuçlanabilir (20). Bununla birlikte, yaşam boyu yapay bir cihazın bedende kalması, cihazın fonksiyonunu yerine getirememesi olasılığı, sık kontrol gerekliliği düşüncesi, cihaz ve skar dokusunun estetik görünümüne ilişkin kaygılar, sosyal ilişkilerde ve yaşam tarzında değişimler hastanın anksiyete yaşamasına, cihazı kabullenmesini zorlaştırmasına ve yaşam kalitesinde olumsuzluklara yol açabilmektedir (29). Yapılan çalışmalar depresyon ve anksiyetenin kalp pili olan hastalarda genel popülasyona göre daha yaygın görüldüğünü bildirilmektedir. Aydemir ve arkadaşları çalışmalarında pacemakerı olan hastaların %19.1'inde psikiyatrik tanı, %5.9'unda uyum bozukluğu, %4.7'sinde major depresif bozukluk ve %10.7'sini klinik olarak depresif olduğunu saptamışlardır (24). Aynı çalışmada hastalarda en sık görülen belirtiler ise; aktivite ve işe dair zorlanmalar (%53.6), psikik anksiyete (%48.8), enerji kaybı (%42.9), hipokondriasis ve uykusuzluk (%39.3) olarak saptanmıştır (24).

ICD de pacemaker gibi kalbe implante edilebilir bir cihazdır. Leosdottir ve arkadaşlarının ICD ya da pacemakerı olan hastalarla yaptığı çalışmalarında, yaklaşık olarak her iki grubun %35'inde genel psikiyatrik distres belirtileri bulunmuştur. Aynı araştırmada pacemakerı olan hastaların %12.7'sinde hafif ya da şiddetli olarak tanımlanabilecek anksiyete puanı ve %3.7'sinde yine hafif ya da şiddetli depresyon puanı elde edilmiştir (116).

Berry ve arkadaşlarının pacemakerı olan 11 kadın hastanın yaşam öykülerini inceledikleri yarı yapılandırılmış görüşme yöntemini kullandığı çalışmalarında, hastaların 9'u kendi bakımları konusunda karar verme yetilerinin kaybolduğunu, çoğu implantasyondan önce korku duyduklarını, kadınların çoğu skar dokusu nedeniyle implantasyondan sonra beden imajlarında değişim algıladıklarını, bazıları ise implanasyondan sonra kendilerini daha güçlü hissettiklerini ifade etmişlerdir. (25). Pacemakerı olan hastaların günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirildiği başka bir çalışmada ise; implantasyon sonrasında hastaların fiziksel aktiviteler sırasında elektrotlara zarar geleceği korkusu yaşadığı görülmüş, bu durumun bireylerde anksiyeteye neden olduğu ve aktivitede kısıtlılığa yol açtığı saptanmıştır. Ayrıca hastalarda yaşanan bu korkular azaldığında sosyal hayata katılımın olumlu etkilendiği ve kalp pili takılmasıyla hastaların eski aile içi rollerini yeniden sürdürebildikleri, bununla birlikte hastaların bazılarında ev, iş ve alış veriş gibi aktivitelerde kısıtlılık ve rol değişimi

olduğu bildirilmiştir (27). Bu sonuçlara göre kalp pilinin hastalarda fiziksel ve sosyal kısıtlılıklara yol açtığını söyleyebiliriz.

Ala'nın pacemakerı olan hastalarla yaptığı çalışmasında hemşire tarafından eğitim verilen grubun kontrol grubuna göre durumluk anksiyetesinde önemli derecede azalma görülmüştür (107). Dereli de araştırmasında pacemakerı olan hastalara uygulanan programlanmış eğitimin hastaların anksiyetesi üzerinde azaltıcı etkisi olduğunu saptamıştır (21).

ICD implantasyonu sonrası hastalara telefon aracılığıyla eğitim verilen bir çalışmada müdahale grubunda seksüel aktivitenin geliştiği, fiziksel semptomların, yorgunluğun, uyku bozukluğunun, anksiyete, ölüm korkusunun önemli düzeyde azaldığı ve müdahalenin önemli derecede özyeterlilik, bilgi düzeyini etkilediği bulunmuştur (96). ICD'si olan hastalarla yapılan benzer bir çalışmada da, müdahale grubunda 1 ayın sonunda, kısıtlanmış cinsellik, yorgunluk, uykusuzluk, bağımlılık gibi fiziksel semptom puanlarında, 3 ayın sonunda ise durumlilik anksiyetesinde önemli azalma ve bilgi düzeyinde artış saptanmıştır (117). Gallagher ve arkadaşları, kardiyak öyküsü olan hastalara telefonla danışmanlık hizmeti vermiş, anksiyeteli hasta oranının %38'den %12'ye düştüğünü belirtmişlerdir (118). Kardiyovasküler sağlık ve psiko-eğitim girişimlerini içeren bir sağkalm çalışmasında depresyon, anksiyete, öfke boyutlarında anlamlı bir değişim olmamasına rağmen, 2 yıl sonunda mortalitede önemli derecede azalma olduğu belirlenmiştir (119). Benzer şekilde Sneed ve arkadaşlarının ICD'si olan hasta ve bakım verenlerinin duygu durumuyla ilgili çalışmasında; müdahale ve kontrol grubunda duygu durumunda anlamlı bir fark olmamakla beraber, her iki grupta da önemli düzeyde anksiyetenin azaldığını bildirilmiştir (120). Başka bir çalışmada da kısa süreli anjina geçiren hastalara uygulanan psiko-eğitim sonucu, daha az stres ve anjin geçirdikleri, daha rahatlamış oldukları görülmüştür (121). Literatürdeki birçok psiko-eğitim çalışmasında, eğitim sonrası hastaların yaşadığı korku, stres, anksiyete, depresif semptomlarda azalma olduğu bulunmuştur (122,123,124). Sonuç olarak, kardiyak cihazın implantasyonundan sonra hastaya verilen planlı eğitimin depresyon ve anksiyeteyi azaltabileceği söylenebilir.

Literatürde kalp pili olan hastaların yaşam kalitelerinin incelendiği çeşitli çalışmalar bulunmakta ve genel olarak bu çalışmalarda, kalp pili implantasyonu sonrası yaşam kalitesinin arttığı yönünde sonuçlar yer almaktadır (53,125-133). AV blok ve hasta sinüs sendromu nedeniyle pacemaker implantasyonu yapılmış hasta grubuyla yapılan bir çalışmada, implantasyon öncesi ve sonrası hastaların yaşam kalitesi değerlendirilmiş, anksiyete ve depresyon alanı hariç diğer alanlarda yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur (125). Fleischmann ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da pacemakerlı hastaların yaşam

kalitesinin yüksek olduğu saptanmıştır (126). Başka çalışmalarda da benzer şekilde, pacemaker implantasyonundan 6 ay sonra yaşam kalitesinde artış olduğu belirtilmektedir (116,127,128). Eck ve arkadaşlarının pacemaker implantasyonundan bir yıl sonraki dönemde hastaların yaşam kalitesini incelediği bir çalışmada da, yaşam kalitesinde artış saptanmış, hastaların yaklaşık %70'nin yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu düşündüklerini tespit etmişlerdir (129). Çeşitli çalışmalarda pacemakerlı hastaların yaşam kalitesinin uzun süreli izlemelerinin incelenmiş, hem implantasyondan kısa süre sonra, hem de uzun süreli izlemler sonrasında yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur (130,131). Çiftçi ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, bütün hastalarda kalp pili takıldıktan sonra yaşam kalitesinin tüm boyutlarında değerlerinin önemli derecede düzelme gerçekleştiğini ortaya koymuşlardır (132). Bununla birlikte pacemakerlı hastalarda, yaşla birlikte yaşam kalitesinin azaldığı da bildirilmektedir (133).

Captipovic ve arkadaşları tarafından kalp pili olan hastalarla yapılan çalışmada, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılmış ve hastaların fiziksel fonksiyon alanından 67.3, fiziksel rol alanından 57.6, ağrı alanından 49.8, genel sağlık algısı alanından 57.9, enerji alanından 49.8, sosyal fonksiyon alanından 29.0, emosyonel rol alanından 69.2, mental sağlık alanından 61.7 puan aldığı saptanmıştır (134). Aynı çalışmada, hastaların %73.7'si sağlık durumlarını yaşlarına göre normal, %13'ü daha iyi, %10'u daha kötü olarak tanımlamış, %47.5'i kendisini çevresindeki bireylerden daha sağlıksız, %20'si daha sağlıklı hissettiğini ifade etmiştir (134). Tedaviyle hastaların fonksiyonel kapasite ve psikososyal adaptasyonunda gelişme olmasına rağmen, fiziksel kısıtlılıklar, aile stresi, sosyal fonksiyonlarıyla ilişkili olarak yaşam kalitelerinde düşüşler görülebilmektedir (135).

Kalbe implante edilebilen cihazların yararı ancak hastanın yaşam kalitesi ve psikososyal durumu istendik düzeyde olduğu sürece etkili olabilmektedir (136).Yapılan bir çalışmada hastaların %8'i cihazın çok iyi çalıştığını, %89'u ise iyi çalıştığını bildirmişlerdir. Ayrıca, hastanın cihaza uyumu ne kadar iyiyse cihazın o kadar iyi çalıştığını algıladığı, cihazın genel çalışma durumu iyi olduğunda, hastanın cihazda meydana gelen küçük sorunları tolere edebildiği görülmüştür (95).

Tüm tedavi alternatiflerine rağmen kardiovasküler sistem hastalıklarında sağlıktan sapma durumuyla karşılaşan birey fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik sorunlar yaşamakta, yaşam biçimini değiştirmek zorunda kalmakta, yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Oysa bireyin hastalığını nasıl yöneteceği hakkında bilgi sahibi olması, öz bakım gücünü geliştirerek duruma uyumunu sağlamak ve yaşam kalitesini yükseltmektedir (137). Dolayısıyla kalp hastalıklarında hastaların yaşam kalitesini arttıran davranış değişikliği sağlamanın yolu ve uyum eğitimle elde edilebilmektedir (30). Düşük uyum hastalığın kötüye gitmesine ve tekrarlı

yatışlara neden olabilmektedir. Yapılan tahminlere göre tekrarlı yatışların %54'ü önlenabilir, yetersiz hasta eğitimi ve hasta izleminin eksiliğinden kaynaklanmaktadır. Hastaların eğitim ve danışmanlık alması özbakımlarını arttırmakta, fonksiyonel durumlarını geliştirmekte, tekrarlı yatışları ve hastanede kalış sürelerini azaltmakta, erken dönemde sorunların saptanmasına olanak sunmaktadır (69).

Rakshan ve arkadaşlarının 51 pacemaker hastasıyla yaptığı bir çalışmada, verilen eğitimle, eğitim öncesi döneme göre hastaların hastalık algısında anlamlı düzeyde farklılık olduğu ve olumlu düşünce geliştirdiklerini, bilişsel ve duygusal boyutlarda pozitif değişim gösterdikleri, bu durumun uyum ve tedavi isteğini etkileyebileceği gibi komplikasyonları da azaltmasını sağlayabileceği bildirilmiştir (138). Çin'de Yan ve arkadaşları tarafından yapılan, taburculuk eğitimi ve telefon izlemlerinin, Mİ sonrası yaşam tarzı ve hastalık algısı üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, müdahale grubunda taburculuktan 6 ve 12 hafta sonra anlamlı düzeyde pozitif algı ve inanç geliştiği, beslenme ve fiziksel aktivitede de 12 haftalık izlem sonucunda gelişme olduğu saptanmıştır (139). Yaşam kalitesinin “iyi olma hali ve nasıl algıladığı” üzerine temellendiğini göz önünde bulundurursak, olumlu düşünce ve pozitif algı gelişmesinin yaşam kalitesini de olumu etkileyebileceğini, eğitimin olumlu düşünce ve pozitif algı gelişimine yardımcı olduğunu söyleyebiliriz.

Shahriari ve arkadaşları pacemakerı olan hastalara bireysel eğitim vererek yaptıkları çalışmalarında, müdahale ve kontrol grubunun her ikisinde de eğitim öncesi ve sonrası önemli farklılık olduğunu ancak 2 ay sonunda müdahale grubunun yaşam kalitesi puan ortalamasının kontrol grubuna göre önemli düzeyde yüksek olduğunu ve bu tür eğitim programlarının implantasyon sonrası hastaların bakım planlarında yer alması gerektiği bildirmişlerdir (140). Başka bir çalışmada ise pacemakerı olan hastaların sosyal ve fonksiyonel alana ilişkin yaşam kalitelerinin düşük olduğunu saptamış ve bu hastaları desteklemek için eğitim programlarına ihtiyaç duydukları bildirilmiştir (141). Köroğlu'nun pacemakerı olan 183 hastanın yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada da eğitim alan hastaların almayanlara göre yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (106). Psiko-eğitimle ICD hastalarında yaşam kalitesinin fiziksel alanında yükselme, fiziksel kısıtlamalarda azalma bulunmuştur (122). Yapılan bir çalışmada ICD'li hastalara hemşire tarafından verilen planlı eğitim ve takip programının hastaların bilgi düzeyinde artma, anksiyete ve depresyon durumlarında azalma, yaşam kalitesinde iyileşme olduğu saptanmıştır (105).

Araştırmamızda yaşam kalitesine ilişkin müdahale grubunda sosyal fonksiyon, mental işlev, fiziksel işlev, mental sağlık, ağrı ve genel sağlık algısı alt ölçek puanlarında çalışma sonrasında iyileşme olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda ise sosyal fonksiyon ve ağrı alt ölçeklerinde iyileşme olmuştur (Tablo4.2.4). Yapılan eğitim ve izlem müdahalesinin

hastaların yaşam kalitesini geliştirici yönde olduğunu söyleyebiliriz. Kontrol grubundaki ağrı ve sosyal fonksiyon alt ölçeğindeki gelişme ise, implant bölgesindeki hassasiyetin zamanla azalması ve bu iyileşmenin zamanla cihaza alışmayı daha kolaylaştırabileceğiyle açıklayabiliriz.

Çalışmamızda hastaların yarısına yakınının bilgi almadığı görülmektedir (Tablo 4.1.3). Kalp hastalarının bilgi seviyesinin belirlendiği bir araştırmada, hastaların %37'si hiç bilgisi olmadığını ya da çok az bilgisi olduğunu ifade etmiştir (69). Kardiyovasküler girişim geçiren hastalarla yapılan bir çalışmada, hastalar kendilerine ve ailelerine özel bir eğitim hemşiresinin, planlı eğitim vermelerini istediklerini ifade etmişler ayrıca konuyla ilgili eğitim materyaline gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir (98). ICD'si olan hastalarla yapılan bir çalışmada da hastaların, sağlık personelinin cihazın fonksiyonu ve yaşamlarını nasıl etkileyeceği konusunda yeterli bilgi almadıklarını ifade etmişlerdir (142). Başka bir çalışmada ise hastaların %7.9'u daha sık izlem, %9.3'ü daha uzun süreli görüşmelere, %9.2'si psikoterapiye, %19.7'si destek gruplarına, %67.1'i toplumun implante edilebilir cihazlar hakkında daha iyi bilgilendirilmesine gerek olduğunu bildirmişlerdir (22). Pacemaker hastaları tarafından sıkça sorulan soruların ele alındığı bir çalışmada da, günlük yaşamı etkileyecek ve efor gerektiren eylemler konusunda hastaların merak içinde olduğu, aldıkları bilgileri özümsemek için zamana ihtiyaç duydukları ortaya konmuştur (143). Sonuçlara göre hastaların sağlık personelinin yeterli düzeyde ya da hiç eğitim alamadığını, eğitim programları ve materyallerinin geliştirilmesine büyük ihtiyaç duyulduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda hastaların sadece yarısına yakınının kalp piline ilişkin bilgi aldığı, bilgi veren kişiler arasında da hemşirenin en son sırada yer aldığı saptanmıştır. (Tablo 4.1.3). Bu durum özellikle pil polikliniğinde hizmet veren hemşirelerin eğitim rollerini, hekim ya da cihaz üretim firmasının yetkilerine devrederek danışmanlık ve eğitim hizmetinde bulunmadıklarıyla açıklanabilir. Oysa hemşire anksiyete ve depresyon belirtilerinin, yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkilerini önlemede önemli bir sağlık profesyoneli olup hastanın psikososyal ve fiziksel iyilik halinin sürdürülebilmesinde anahtar rol üstlenmektedir. Hastanın tedavi ve bakım sürecinde en sık karşılaştığı kişi olan hemşire, bireyleri ve yakınlarını bilgilendirmeli, desteklemeli, baş etme yöntemlerini öğretmeli, kardiyak rehabilitasyon programları oluşturmalı, öz bakım yeterliliklerini kazandırarak yaşam kalitesinin yükselmesine katkıda bulunmalıdır (69,86,90,98,137).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde çalışmadan elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlara yönelik öneriler yer almaktadır.

6.1. Sonuçlar

6.1.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

- Çalışmamızda müdahale ve kontrol gruplarının tanıtıcı özellikleri açısından benzer olduğu (pil takılmadan önceki şikâyetlerden çarpıntı hariç çarpıntı hariç), gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). (Tablo 4.1.1 ve Tablo 4.1.2).
- Ortalama yaş müdahale grubunda 64.43 ± 15.27 , kontrol grubunda 64.20 ± 13.40 olarak belirlenmiş, erkek hasta oranının kadın hasta oranından bir miktar daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.1).
- Hastaların çoğunun; okuryazar ya da ilkökul mezunu, evli ve eş-çocuğuyla yaşamakta, gelirinin giderini karşılamakta, emekli ve çalışmamakta, ilçede yaşamakta, sağlık hizmetlerine kolay erişebilmekte olduğu görülmüştür (Tablo 4.1.1).
- Araştırmamızda kalp pili takılmasına neden olan hastalık olarak ilk sırada AV blok, ikinci sırada hasta sinüs sendromu yer almakta, hastalarının büyük çoğunluğu ilaç kullanmakta ve eşlik eden başka bir hastalıkları bulunmaktadır (Tablo 4.1.2).
- Müdahale grubunda kalp pili takılmadan önce en sık görülen şikâyet çarpıntı, pil takıldıktan sonra nefes darlığı, kontrol grubunda pil takılmadan önce nefes darlığı; takıldıktan sonra ise nefes darlığı ve çarpıntı olarak belirlenmiştir (Tablo 4.1.2).

6.1.2. Uygulanan Planlı Eğitim ve İzlem Programının Yaşam Kalitesi, Depresyon ve Anksiyete Üzerine Etkisine İlişkin Sonuçlar

- İzlem öncesi ve sonrası durumluk kaygı puanı yönünden gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Yapılan grup içi değerlendirmede müdahale grubundaki hastaların izlem sonrası kaygı puanının, çalışma öncesine göre önemli düzeyde azaldığı ($p<0.05$), kontrol grubundaki

azalmanın ise istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.2.1)

- Müdahale ve kontrol grubu arasında, izlem sonrası süreklilik kaygı puanı bakımından istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmadığı ($p>0.05$), grup içi değerlendirmede müdahale grubundaki hastaların süreklilik kaygı puanları önemli düzeyde azaldığı ($p<0.05$), kontrol grubunda ise istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p>0.05$). (Tablo 4.2.2).
- Yapılan grup içi değerlendirmede müdahale grubunda izlem sonrası depresyon puanı istatistiksel olarak önemli düzeyde azaldığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Kontrol grubunda ise izlem sonrası depresyon puanında bir miktar artış olmakla birlikte, bu artışın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Gruplar arasında izlem sonrasında depresyon puanı bakımından önemli bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). (Tablo 4.2.3).
- Hastaların yaşam kalitesine ilişkin puanları değerlendirildiğinde, müdahale grubunun izlem sonrası sosyal fonksiyon, mental işlev, fiziksel işlev, mental sağlık, ağrı, genel sağlık algısı alt ölçek puanlarının, kontrol grubunun ise sadece sosyal fonksiyon ve ağrı alt ölçek puanlarında artış olduğu ve bu artışın istatistiksel olarak önemli düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). (Tablo 4.2.4).

6.1.3. Hastaların Sosyodemografik Özellikleriyle, İzlem Sonrası Durumluk-Süreklilik Kaygı, Depresyon Ve Yaşam Kaliteleri Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar

- Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre izlem sonrası kaygı, depresyon, yaşam kalitesi ölçeklerinin puan ortalamaları karşılaştırılmış, bu özelliklerden yaş, eğitim durumu, birlikte yaşadığı kişi, yaşadığı yere göre izlem sonrası kaygı, depresyon, yaşam kalitesi puanları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz ($p>0.05$), cinsiyete ve medeni duruma göre yaşam kalitesi ağrı puanı, çalışma durumuna göre yaşam kalitesi mental işlev puanı, çalışma statüsüne göre yaşam kalitesi sosyal fonksiyon, enerji, ağrı puanları, gelirin gideri karşılama durumuna göre ise yaşam kalitesi mental işlev, fiziksel işlev, mental sağlık ve durumluk kaygı puanları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). (Tablo 4.3).

6.2. Öneriler

Kalp pili olan hastalara uygulanan planlı eğitim ve izlem programının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerine etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular sonuçlar doğrultusunda geliştirilen öneriler şunlardır:

- Kalp pili implantasyonu yapılmış hastalara ve yakınlarına implantasyondan sonra planlanmış eğitim ve izlem programları uygulanarak bu sürece uyumlarının sağlanması,
- Multidispliner ekip anlayışı yaklaşımı içerisinde hemşirelerin özellikle kalp pili polikliniklerinde daha fazla yer alması ve hastaların eğitim, danışmanlık, izlem gereksinimlerini karşılaması,
- Hastaların ihtiyaçları olduğunda telefonla ulaşabilecekleri danışmanların bulunması,
- Hastaların kalp piline ilişkin eğitim gereksinimlerini giderecek uygun görsel eğitim materyallerinin hazırlanması,
- Kalp pili olan hastaların sadece fiziksel olarak değil, psikososyal (yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete gibi) boyutlarda da bütüncül olarak değerlendirilmesi,
- Kalp pili olan hastalara telefonla danışmanlık hizmetinin verildiği çalışmaların da yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akdemir N., Birol, L. (2005). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara: Sistem Ofset.
2. World Health Organisation. (2011). Chronic Diseases. Erişim:22 Ocak 2014 http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/
3. World Health Organisation. (2011). The Top 10 Causes Of Death. Erişim:22 Ocak 2014 <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index2.html>
4. World Health Organisation. (2011).NCD Country Profiles. Erişim:22 Ocak 2014 http://www.who.int/nmh/countries/tur_en.pdf
5. World Health Organisation. (2013). The Top 10 Causes Of Death. Erişim:22 Ocak 2014 <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>
6. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2010). Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı. Erişim: 15 Aralık 2013 <http://www.aydinism.gov.tr/upload/files/kronik/kdhokpeylemlani.pdf>
7. Türkiye İstatistik Kurumu. (2013). Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2010, 2011 ve 2012 Erişim:22 Ocak 2014 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15847>
8. Gök, H.(2002). *Klinik Kardiyoloji*. Konya: Nobel Tıp Kitabevi.
9. Enar, R. (2007). *Temel Kardiyoloji Semiyoloji Ve Kardiyovasküler Hastalıklar*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
10. Erol, Ç. (2004). *Klinik Kardiyoloji*. Ankara: Medikal Ve Nobel Tıp Kitabevleri.
11. Sonel, A. (2002).*Kardiyoloji*. Ankara: Semih Ofset.
12. Rourke, R., Fuster, V., Alexander R., Roberts, R., King, S., Wellens , H.(2005). *Kalp Hastalıkları*. (Konuk M.A, Çev). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
13. Demir-Korkmaz, F. (2012). Kalp Damar Cerraisinde Yaşam Kalitesi. *Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu*. Manisa, 52-57
14. Agney J.(2010). A Literature Review Comparing The Experiences And Emergent Needs Of Adult Patient With Ppms And IcDs. *Journal Of Clinical Nursing*,19,2081-2089.
15. Gemici, K. (2005). *İç Hastalıkları*. Dolar, E. (Ed.) Aritmiler ve Tedavileri. Bursa: Nobel Tıp Kitabevleri.
16. Özın B., Yiğit F. (2006) Kalp Pilleri İmlante Edilebilir Kardiyoverterler ve Cerrahi. *Anestezi Dergisi*, 14(3):164-170.
17. Wood M.A., Ellenbogen K.A. (2002). Cardiac Pacemakers From The Patient Perspective. *Circulation*, 105, 2136-2138.
18. Kılıçaslan F. (2010). Kalıcı kalp pili implantasyon pratiğimiz değişiyor mu?, *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 10; 135-6

19. Epstein AE, DiMarco JP, Ellenbogen KA, Estes NA, Freedman RA, Gettes LS, ve diğ erleri. (2008). ACC/AHA/HRS 2008 Guidelines for Device-Based Therapy of Cardiac Rhythm Abnormalities: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the ACC/AHA/ NASPE 2002 Guideline Update for Implantation of Cardiac Pacemakers and Antiarrhythmia Devices) developed in collaboration with the American Association for Thoracic Surgery and Society of Thoracic Surgeons. *Journal of the American College of Cardiology*, 51:1-62.
20. Berry, T., Baas, L. (1996). Medical Devices and Attachment: Holistic Healing in the Age of Invasive Technology. *Issues Mental Health Nursing*, 17(3), 233-243.
21. Dereli N. (1992). *İ lk Kez Kalıcı Pacemaker Yerleş tirilen Hastalara Uygulanan Programlanmış Eğ itimin Hastanın Anksiyete Düzeyine Olan Etkisinin İ ncelenmesi*. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
22. Duru, F., Büchi, S., Klaghofer, R. (2001). How Different From Pacemaker Patients Are Recipients Of Implantable Cardioverter-Defibrilators With Respect To Psychosocial Adaptation, Affective Disorders, And Quality Of Life?. *Heart*, 85, 375-379.
23. Berry, T. A., Baas, L. S., Mathews, H., Burroughs, J., Handhorn, R. (2005). Development of The Implanted Devices Adjustment Scale. *Dimensions Of Critical Care Nursing*, 24(5), 242-248.
24. Aydemir, O., Ozmen, E., Küey, L., Kültür, S., Yeş il, M., Postacı, N., Bayata, S. (1997). Psychiatric Morbidity And Depressive Symptomatology In Patients With Permanent Pacemakers. Quality of Life in Patients With Rate Responsive Pacemakers: a Randomized, Cross-Over Study. *Pacing Clinical Electrophysiology*, 20(6), 1628-1632.
25. Berry, T. A., Sommers, M. S., Hall, J. (2002). Focused Life Stories of Women With Cardiac Pacemakers. *Western Journal of Nursing Research*, 24(1), 7-27.
26. Aqeel, M., Shafqua, t A., Salahuddin, N. (2008). Pacemaker Patients Perpection Of Unsafe Activites, *BMC Cardiovascular Disorders*, 8:31.
27. Malm, D., Hollberg, L. R.-M. (2008). Patients' Experiences Daily Living With A Pacemaker A Grounded Theory Study. *Journal of Health Psychology*, 11(5), 787-798
28. Greene, W.A, Moss, A.J. (1969) Psychocisol factors in the adjustment of patients with permanently implanted cardiac pace makers. *Annals of Internal Medicine*, New York
29. Alkan, H. Ö. (2010). İ mplant e Edilebilen Kardiyoverter Defibrilatör (ICD) Hastalarında Psikososyal Faktörler ve Hemş irelik Bakımı. *Türk Kardiyol Derneğ i Kardiyovasküler Hemş irelik Dergisi*, 1(2), 35-40.
30. Aygöl, S., Ulupınar, S. (2012). Hemş irenin Hasta Eğ itimindeki Rolüne Yönelik Hastaların Görüşleri. *Anadolu Hemş irelik ve Sağ lık Bilimleri Dergisi*, 15(1), 1-9.
31. Harm T. (2001) Patient Education in Estonia. *Patient Education and Counseling* 44: 75-78.
32. Ş enyuva E, Taş ocak G. (2007). Hemş irelerin Hasta Eğ itimi Etkinlikleri ve Hasta Eğ itim Süreci. *İ stanbul Üniversitesi Florence Nigthingale Hemş irelik Yüksek Okulu Dergisi*; 15(19): 100-106.

33. Avşar G, Kaçıkçı M. Ülkemizde Hasta Eğitiminin Durumu. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009; 12(3): 67-73.
34. Olgun N, Ulupınar S. (2004). Hasta Güçlendirme ve Diyabetli Bireyin Güçlendirilmesi. *Diyabet Forumu Dergisi*, 1(1-2): 57-65.
35. Wood, M. A., Ellenbogen, K. A. (2002). Cardiac Pacemakers From The Patient's Perspective. *Circulation Journal Of The American Heart Association*, 105, 2136-2138.
36. Diane D.(2001). Medical Devices Adverse events and the temporary invasive cardiac pacemaker. *İnternel Journal of Trauma Nursing*, 7(2),70-73
37. Lenhart R.C. (1995). Pacemaker assesment and care plans long- term care. *Geriatric Nursing*, 16,276-280
38. Aktoz M. (2010). Poliklinikte kalp yetersizliği hastası takibi ve tedavisi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 1,57-62
39. Obendorf L. (1977). Nursing care durining pacemaker implnatation. *Association periOperative Registerd Nursing Journal*, 26 (4),771-776
40. International Council Of Nurses. (2010). Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care. Erişim: 14 Ağustos 2013 <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2010.pdf>
41. Stolic, S., Mitchell, M., Wollin J. (2010). Nursed led telephone intervention for people with cardiac disease, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9: 203-217.
42. Akın, S., Durna, Z. (2006). Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumu. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 1-8.
43. Arslan C. (2004). **Pacemaker Tasarımı ve İmalatı**. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
44. Taber E. R., Estoye L. R., Gren E. R., Gahagan T.(1964).Treatment Of Congenital And Acquired Heart Block With Pacemaker. *Circulation*, 29, 182-185.
45. DüNDAR C.(2006). **Kalıcı Pacemaker Takılmış Aseptomatik Olgularda Tee İle Lead Üzerinde Kitle Saptanması Ve Bu Kitlelerin Aktif Lead Endokarditi İle İlişkinin Araştırılması**. Uzmanlık, Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
46. Cicella R. (1999) *Kalp hastalıkları*. (Tümer G. Çev.). Hekimler yayınbirliği, Ankara
47. Sokolow M., Mecllroy M, Cheitlin M.(1990). *Clinical Cardiology*. Lange Medical Publication, East Norwalk.
48. Gray H., Dawkins K., Morgan J., Simpson I.(2005). *Kardiyoloji*. (Soyer H.çev.) Nobel Kitapevi, İstanbul.

49. Gregoratos, G., Abrams, J., Epstein, A. E., Freedman, R. A., Hayes, D. L., Hlatky, M. A., Kerber, R. E., Naccarelli, G. V., Schoenfeld, M. H., Silka, M. J., Winters, S. L. (2002). ACC/AHA/NASP2002 Guideline Update For Implantation Of Cardiac Pacemakers And Antiarrhythmia Devices-Summary Article. *Journal of the American College Cardiology*, 40(9), 1703-1719
50. Epstein, A. E., Dimarco, J. P., Ellenbogen, K. A., Estes, H. A. M., Freedman, R. A., Gettes, L. S., Gillinov, A. M., Gregoratos, G., Hammill, S. C., Hayes, D. L., Hlatky, M. A., Newby, L. K., Page, R. L., Schoenfeld, M. H., Silka, M. J., Stevenson, L. W., Sweeny, M. O. (2008). ACC/AHA/HRS 2008 Guidelines For Device-Based Therapy Of Cardiac Rhythm Abnormalities: Executive Summary. *Circulation*, 117, 2820-2840.
51. Whoqol. (1997). Measuring Quality Of Life. Switzerland: World Health Organisation YK 504
52. Erdem, N., Ergüney, S. (2005). Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 8(3), 1-9
53. Eser, E. (2002). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi, Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu. Manisa, 2-10
54. Stofmeel, M. A. M., Stel, H. F., Hemel, N. M., Grobbee, D. E. (2005). The Relevance of Health Related Quality of Life in Paced Patients. *International Journal of Cardiology*, 102, 377-382
55. Bayata, S., Yeşil, M., Arıkan, E., Postacı, N., Berilgen, R., Ceylan, Ö., Avcı, E. (2010). Bir Kardiyoloji Kliniğinde Ardışık İki Ayrı Dönemde Takılan 1650 Kalıcı Kalp Piliinin Retrospektif Karşılaştırmalı İncelemesi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 10, 130-134.
56. Dracup K, Walden JA, Stevenson LW, Brecht ML. (1992) Quality of life in patients with advanced heart failure. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 11,273-279
57. Özer, S., Argon, G. (2005). Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları, Sağlığa Verilen Önem Ve Yaşam İlişkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(1), 63-77.
58. Uysal, H. (2012). Kardiyak Rehabilitasyon Ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Türk Kardiyol Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*
59. Maun, D., Karlsson, J.-E., Fridlund, B. (1998). Quality of Life in Pacemaker Patients From a Nursing Perspective. *Coronary Health Care*, 2, 17-27
60. Kutzleb, J., Reiner, D. (2006). The Impact of Nurse-Directed Patient Education on Quality of Life And Functional Capacity In People With Heart Failure. *Journal of the Academy of Nurse Practitioners*, 18, 116-123.
61. Jiang, X., Sit, J. W., Wong, T. KS, (2007). A Nurse-Led Cardiac Rehabilitation Programme Improves Health Behaviours And Cardiac Physiological Risk Parameters: Evidence From Chengdu, China. *Journal Of Clinical Nursing*, 1886-1897.

62. Simchen, E., Zitser-Gurevich, Y., Brown, D., Galai, N. (2001). Is Participation in Cardiac Rehabilitation Programs Associated With Better Quality of Life and Return To Work After Coronary Artery Bypass Operations? The Israel CABG Study. *IMA Journal*, 3, 399-403
63. Holst, M., Willenheimer, R., Martensson, J., Lindholm, M., Strömberg, A. (2007). Telephone Follow-up of Self-care Behaviour After a Single Session Education of Patients With Heart Failure in Primary Health Care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, 153-159.
64. Strömberg, A., Dahlström, U., Fridlund, B. (2006). Computer-based education for patients with chronic heart failure a randomised, controlled, multicenter trial of the effects on knowledge compliance and quality of life. *Patient education and counselling*, 64, 128-135
65. Moser, Debra K., Worster, Patricia L.(2000). Effect of Psychosocial Factors on Physiologic Outcomes in Patients with Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 14,(4) 106-115
66. Akın, S., Durna, Z. (2006). Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumu. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 1-8.
67. Türkmen, S. N., Çam, M. O. (2012). Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Psikoeğitimin Psikososyal Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(3), 105-115.
68. Jaarsma, T., Halfens, H., Huijter Abu-Saad , K., Dracup , T., Gorgels, J. (1999). Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. *European Heart Journal*, 20, 673-682.
69. Paul, S. (2008). Hospital Discharge Education for Patients With Heart Failure:What Really Works and What Is the Evidence?. *Critical Care Nurse*, 28(2), 66-82.
70. Krumholz H, Amatruda J, Smith G, Mattera J, Roumanis S, Radford M. ve diğerleri, (2002). Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. *Journal American College Cardiology*, 39(1):83-89.
71. Anderson C, Deepak B.V., Amoaeng-Adjepong Y., Zarich S. (2005). Benefits of Comprehensive Inpatient Education and Discharge Planning Combined With Outpatient Support in Elderly Patients With Congestive Heart Failure, *Congestive Heart Failure*, 11(6),315-321
72. Pınar, R. (1995). ***Diabetes Mellitus'lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini etkileyen Faktörlerin İncelenmesi***. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Ankara.
73. Sertöz, Ö. Ö., Mete, H. E., (2004). Bedensel Hastalıklarda Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 2, 63-69
74. Oğuzhanoğlu, N. K. (2001). Tıbbi Durumlarda Depresyon. *Duygudurum Dizisi*, 3, 116-125

75. Kelleci, M., Aydın, D., Sabancıoğulları, S., Doğan, S. (2009). Hastanede Yatan Hastaların Bazı Tanı Gruplarına Göre Anksiyete Ve Depresyon Düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*, 12,90-98
76. Karaçetin, G., Doğangün, B., Kocabaşoğlu, N. (2010). Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu İle İlgili Bir Gözden Geçirme. *New Symposium Journal*, 48(4), 292-298
77. Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P., Yıldırım, A., Uslu, S. (2010). Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kronik Hastalığı Olan Birayelerde Anksiyete Ve Depresyon. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(3), 209-216
78. Öztürk O. (1989). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. İstanbul, Evrim Basım.
79. Köknel Ö. (1989). *Genel ve Klinik Psikiyatri*. İstanbul, Nobel Tıp kitapevi.
80. Güleç C.,Koroğlu E.(1997). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
81. Karamustafalıoğlu, O., Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74
82. Mete, H. E. (2008). Kronik Hastalık Ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(3), 3-18
83. Ervatan, S. Ö., Özel, A., Türkçapar, H., Atasoy, N. (2003). Depresif Hastalarda Tedaviye Uyum: Doğal İzlem Çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 6,5-11
84. Küçük, L. (2007). Kalp Hastalarında Ruhsal Sorunlar ve Bakımın Psikososyal Boyutu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 11(1), 48-51.
85. Engebretson, T. O., Clark, M. M., Niaura, R. S., Phillips, T., Albrecht, A., Tilkemeier, P. (1999). Quality Of Life And Anxiety In A Phase II Cardiac Rehabilitation Program. *Medicine and Science in Sports Exercise*, 31(2), 216-223
86. Balcı, A., Enç, M. (2013). Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalara Verilen Görsel-İşitsel Eğitimin Fizyolojik ve Psikososyal Parametreler Üzerine Etkisi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 4(5), 41-50.
87. Roest A, Martens E J, Denollet J, Jonge P. (2010). Prognostic Association of Anxiety Post Myocardial Infarction With Mortality and New Cardiac Events: A Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine* 72:563-569
88. Niti1,M, Ng T, Kua1E, Ho1 R,Tan C.(2007) Depression And Chronic Medical İllnesses İn Asian Older Adults: The Role Of Subjective Health And Functional Status. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 22 (11), 1087–1094.
89. Arslan H, Arkar H, Danaoğlu Z. (2011) Miyokard İnfarktüsü Geçiren Kişilerde Mizaç ve Karakter Boyutları ve Öfke, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 14:3, 143-149
90. Özer, S., Argon, G. (2005). Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları, Sağlığa Verilen Önem Ve Yaşam İlişkinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(1), 63-77.

91. Scott, L. D., Seter-Kline, K., Britton, A. S. (2004). The Effects of Nursing Interventions to Enhance Mental Health and Quality of Life Among Individuals With Heart Failure. *Applied Nursing Research*, 17(4), 248-256
92. Bilge A, Ozben B, Demircan S., Cinar M, Yılmaz E, Adalet K. (2006) Depression and anxiety status of patients with implantable cardioverter defibrillator and precipitation factors. *Pacing Clinical Electrophysiology*, 29(6), 619-626
93. Food Drug Administration. (2005). *Pacemaker and ICD Generator Malfunction: Rates, Trends and Implications*. Rockville.
94. Heart Rhythm Society. (2006). *Draft Recommendations Report by the Heart Rhythm Society Task Force on Devices Performance Policies and Guidelines*. Washington.
95. Berry, T. A., Baas, L. S., Handhorn, C. (2007). Self-reported Adjustment To Implanted Cardiac Devices. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(6), 516-524.
96. Daugherty, C. M., Thomson, E. A., Lewis, F. M. (2005). Long-Term Outcomes of a Telephone Intervention After an ICD. *Pacing And Clinical Electrophysiology* , 28, 1157-1167
97. Nehir, S., Çam, O. (2010) Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Psikososyal Sağlık ve Hastalık Uyumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 26(3), 73-84.
98. Aygül, S., Ulupınar, S. (2012). Hemşirenin Hasta Eğitimindeki Rolüne Yönelik Hastaların Görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(1), 1-9.
99. Nehir S. (2011). ***Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Psikoeğitimin Psikososyal Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi***. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
100. Mauro, A. M. P. (2010). Long-term Follow-up Study of Uncertainty and Psychosocial Adjustment Among Implantable Cardioverter Defibrillator Recipients. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1080-1088
101. Lupo, J., Gonzales, B., Mas, D., Urrutia, A., Arenas, M., Domingo, M., Altimir, S., Vale, V. (2007). Patients' Self-care Improvement With Nurse Education Intervention in Spain Assessed By The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7, 16-20
102. Lingden, W., Phillips, M. J., Leclerc, J. (2007). Psychological Treatment of Cardiac Patients A Meta-Analysis. *European Heart Journal*, 28, 2972-2984.
103. Daugherty, C. M., Pyper, G. P., Frazs, H. A. (2004). Description of a Nursing Intervention program after an implantable cardioverter defibrillator. *Heart and Lung*, 33(3), 183-190
104. Akın S. (2003). ***Kalp Hastalarının Psikososyal Uyumunun Değerlendirilmesi***. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
105. Çınar F.İ. (2010). ***İntrakardiyak Defibrilatörlü (ICD) hastalarda planlı Eğitim ve Takip Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi***. Doktora Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara.

106. Köroğlu E. (2008). *Pacemakerı (Kalp Pili) Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
107. Ala Z. (1992). *Kalıcı Pacemakerı İmplant Edilmeden Önce Anksiyetenin Giderilmesi İçin Eğitimin Etkinliğinin Saptanması*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
108. Başaran, S. Güzel R., Sarpel T. (2005). Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri. *Romatizma*, 20(1), 55-63.
109. Beck A.T, Ward C.H., Mendelson M, Mock J., Erbaugh J. (1961) An inventory for measuring depression, *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
110. Hisli N. (2007). Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 22(6), 118-22.
111. Öner N. (1977). *Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanterinin Türk Toplumunda Geçerliliği*. Doç Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
112. Totan, T., Yavuz, Y. (2009). Westside Sınav Kaygısı Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9(17), 95-109.
113. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E. (1970). *Manual for the State Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist's Press, Palo Alto, California.
114. Chardack, W. (1967) The After-Care of Patients with Implanted Cardiac Pacemakers, *Circulation Journal Of The American Health Association*, 36:476-477.
115. Aydemir, Ö., Özmen, E., Önal, C., Kültür, S., Bayata, S. (1994). Kalıcı Pacemaker Takılan Hastalarda Depresif Belirtiler Ve Psikitayrik Tanı Dağılımı. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 31(1), 14-19
116. Leosdottir, M., Sigurdsson, E., Reimarsdottir, G., Gottskalksson, G., Torfason, B., Vigfusdottir, M., Eggertsson, S., Arnar, D. O. (2006). Health Related Quality Of Life Of Patients With Implantable Cardioverter Defibrilators Compared With That Of Pacemaker Recipients. *European Society Of Cardiology*, 8, 168-174
117. Daugherty, C. M, Lewis, F. M., Thomson, E. A., Baer, J. D., Kim, W. (2004). Short-Term Efficacy of a Telephone Intervention By a Expert Nurses After an Implantable Cardioverter Defibrillator. *Pacing And Clinical Electrophysiology*, 27, 1594-1602
118. Gallagher, R., McKinley, S., Dracup, K. (2003). Effects of a Telephone Counseling Intervention on Psychosocial Adjustment in Women Following A Cardiac Event. *Heart and Lung*, 32(2), 79-87
119. Cowan, M. J., Pike, K. C., Budzynski, H. K. (2001). Psychosocial Nursing Therapy Following Sudden Cardiac Arrest: Impact On Two-Year Survival. *Nursing Research*, 50(2), 68-76.
120. Sneed, N. V., Finch, N. J., Mitchell, Y. (1997). The Effect of Psychosocial Nursing Intervention On The Mood State of Patients With Implantable Cardioverter Defibrilators And Their Caregivers. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 12(2), 4-14.

121. Gallachera J, Hopkinson A, Bennett P, Burr M. L., Elwood P. C. (1997). Effect of stress management on angina. *Psychology & Health*, 12, (4), 523-532.
122. Lewin, R. J., Coulton, S., Frizelle, D. J. (2007). A Brief Cognitive Behavioural Preimplantation And Rehabilitation Programme For Patients Receiving An Implantable Cardioverter-Defibrillator Improves Physical Health And Reduces Psychological Morbidity And Unplanned Readmissions. *Hearth*, 95, 63-69
123. Khon, C. S., Petrucci, R. J., Baessler, C., Soto, D. M., Movsowitz, C. (2000). The Effect Of Psychological Intervention On Patients' Long-Term Adjustment To The ICD: A Prospective Study. *Pacing Clinical Electrophysiology*, 23, 450-456
124. Dunbar, S. B., Langberg, J., Reilly, C. M., Viswanathan, B., Mccarty, F., Culler, S. D., O'Brian, M. C., Weinrub, W. S. (2009). Effect of a Psychoeducational Intervention on Depression, Anxiety, and Health Research Use in Implantable Cardioverter Defibrillator Patients. *PACE*, 32, 1259-1271
125. Mlynarsli R., Wlodyka A., Kargul W. (2009). Changes in the mental physical components of the quality of life for patients six months after pacemaker implantation. *Cardiology Journal*, 16 (3), 250-253.
126. Fleischmann, K. E., Orav, E. J., Lamas, G. A., Mangione, C. M., Schron, E., Li, K. L., Goldman, L. (2006). Pacemaker Implantation And Quality Of Life In The Mode. *Heart Rhythm*, 3(6), 653-659.
127. Mlynarski, R., Drzewieck, A., Plat, E., Kargul, V. (2006). Correlation Of Echo Measurements And Quality Of Life In Patients Before And 6 Months After Pacemaker Implantation. *European Journal Echocardiography Abstracts Supplement*, 194
128. Newman, D., Lau, C., Tang, A. S. L., Irvine, J., Paquette, M., Wudend, K., Dorian, P., Gent, M., Kerr, C., Connolly, S. J. (2002). Effect of Pacing Mode On Health-Related Quality Of Life In The Canadian Trial Of Physiologic Pacing. *American Heart Journal*, 145(3), 430-437
129. Martijn van ECK, J. W., Van Hemel, N. M., Van Den Bos, A., Taks, W., Grobbee, D. E., Mons, K. G. M. (2008). Predictors Of Improved Quality of Life 1 Year After Pacemaker Implantation. *American Heart Journal*, 156(3), 491-497
130. Udo, E. O., Van Hemel, N. M., Zuidhoff, N. P. A, Nijboer, H., Taks, W., Doevendans, P. A., Moons, K. G. M. (2013). Long Term Quality-Of-Life In Patients With Bradycardia Pacemaker Implantation. *International Journal Of Cardiology*, 168, 2159-2163.
131. Benzer W, Oldridge N, Monti M, Berger T, Hintringer F, Höfer S. (2006) Clinical predictors of health-related quality of life after pacemaker implantation. *Wiener Klinische Wochenschrift The Middle European Journal Of Medicine* 118, 739-743.
132. Çiftçi, Ö., İkitimur, B., Tavşanoğlu, S., Vural, V. A., Öngen, Z. (2007). Kalıcı kalp pillerinde yaşam kalitesi analizi. *Medical Network Kardiyoloji Dergisi*, 14(5), 299-307.
133. Borges, J. B. C., Barros, R. T., Carvalho, S. M. R., Silva, M. A. M. (2013). Correlation Between Quality Of Life, Functional Class And Age In Patients With Cardiac Pacemaker. *Revista Brasileira Cirurgia Cardiovascular*, 28(1), 47-53

134. Catipovich, K., Skrincari, S., Mrdnovic, S., Mujic, N., Catipovich, B., Andric, M., Vizner-Lovric, I., Lauc, A. (1990). Emotion Profiles And Quality-of-life of Paced Patients. *Pacing And Clinical Electrophysiology*, 13, 399-404
135. Scott, L. D., Seter-Kline, K., Britton, A. S. (2004). The Effects of Nursing Interventions to Enhance Mental Health and Quality of Life Among Individuals With Heart Failure. *Applied Nursing Research*, 17(4), 248-256
136. Friedmann, E., Thomas, S. A., Inguito, P., Kao, C. W., Metcalf, M., Kelly, F. J., Gottlieb, S. S. (2006). Quality of Life Psychological Status of Patients Implantable Cardioverter Defibrilators. *J Interv Card Ellectrophysiol*, 17, 65-72
137. Fertelli, T. K., Tel, H. (2007). Miyokard İnfarktüsü Sonrası Bireylere Verilen Planlı Eğitimin Özbakım Gücüne Etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 11(2), 57-61
138. Rakhshan, M., Hassani, P., Ashktorab, T., Majd, H. A. (2012). The Nature And Course Of İllness Perception Cardiac Pacemaker Implantation: A Self-Regulatory Upproach. *International Journal Of Nursing Practice*, 19, 318-325.
139. Yan, J., You, L., Liu, B., Jin, S., Zhou, J., Lin, C., Li, Q., Gu, J. (2013). The Effect of a Telephone Follow-up Intervention on İllness Perception and Lifestyle After Myocardial Infarction in China: A Randomised Controlled Trial. *International Journal of Nursing Studies*, 2302, 1-12.
140. Shahriari, M., Jalalvandi, F., Yousefi, H., Tavkol, K., Saneei, H. (2005). The Effect of a Self-care Program on the Quality of Life of Patients Permanent Pacemaker. *Iranian Journal of Medical Education*, 5(1), 45-52.
141. Kouchaksaraei, F. R., Akbarzadeh, F., Hashemi, M. (2007). Quality of Life Of Patients With Implanted Cardiac Pacemaker in Northwest Of Iran. *ARYA Atherosclerosis Journal*, 2(4), 197-203.
142. Mert H. (2004). **İntrakardiyak Defibrilatörü Olan Hastalarda Odak Grup Görüşmeleri İle Hasta Deneyimlerinin Belirlenmesi ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi**. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
143. Rassin, M., Zilcha, L., Gross, D. (2008). “A Pacemaker in My Heart” – Classification of Questions Asked By Pacemaker Patients as a Basis For Intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 56-62.

EK 1. Hastalara İlişkin Tanıtıcı Veri Toplama Formu

Hasta No:.....

A.Sosyodemografik Veriler:

Hasta Protokol No:.....

Ad Soyad:.....

Adres:.....

.....

Telefon.....

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet: a) Erkek

b) Kadın

3. Medeni durumu:

a) Evli

b) Bekar

4. Eğitim durumu:

a) Okur yazar

b) İlkokul

c) Ortaokul

d) Lise

e) Üniversite

5. Yaşadığı aile tipi:

a) Anne- baba

b) Eş-çocuk

c) Yalnız yaşıyor

6. Çalışma durumu:

a) Çalışıyor

b) Çalışmıyor

7. Çalışma statüsü:

a) Memur

b) İşçi

c) Serbest meslek

d) Emekli (Nerden.....)

e) Ev hanımı

8. Yaşadığı yer:

a) Büyükşehir

b) İl

c) İlçe

d) Köy

9. Sağlık hizmetlerine erişim durumu:

a) Kolay

b) Sorunlu.....

10. Sosyal güvencesi:

a) Var

b) Yok

11. Ekonomik durumu:

a) Geliri giderini karşılıyor b) Geliri giderini karşılamıyor c) Geliri giderini kısmen karşılıyor

B.Hastalığa İlişkin Özellikler

12. Hastalığın tanısı:.....

13. Başka hastalık/hastalılarınız var mı?

a) Evet.....

b) Hayır

14. Kalp pili takılmadan önceki ile şuan devam etmekte olan şikayetlerinizi işaretler misiniz?

Şikayetler	Kalp pili takılmadan önceki şikayetleriniz		Kalp pili takıldıktan sonra devam eden şikayetleriniz	
	Var	Yok	Var	Yok
Çarpıntı				
Baş dönmesi				
Bayılma				
Nefes darlığı				
Diğer				

15. Kalp pili takıldıktan sonra kullandığınız ilaç/ilaçlar var mı?

a)Evet b)Hayır

16.(15. soruya cevabınız evet ise) hangi ilaç/ilaçları kullanıyorsunuz? Açıklar mısınız?

.....

17.(15. soruya cevabınız evet ise) ilaçlarınızı düzenli kullanabiliyor musunuz?

a)Evet b)Hayır

18.Kalp pili ile ilgili herhangi bir eğitim/bilgi aldınız mı?

a)Evet b)Hayır

19. (18.soruya cevabınız evet ise) eğitim/bilgi kim tarafında verildi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

a)Hemşire b)Doktor c)Arkadaşlarım d)Diğer hastalar
e)Kalp pili üreten firma yetkilisi f)Broşür e)Diğer.....

20. (18. soruya cevabınız evet ise) Kalp pili ile ilgili verilen eğitim/bilginin içeriğini açıklar mısınız?

.....

21. (18. soruya cevabınız evet ise) eğitim/bilgiyi ne zaman aldınız?

a)Kalp pili takılmadan önce eğitim/bilgi aldım.
b)Kalp pili takıldıktan sonra eğitim/bilgi aldım.
c)Kalp pili takılmadan önce ve sonra eğitim/bilgi aldım.

22.(18. soruya cevabınız evet ise) Siz bunların dışında hangi bilgilerin verilmesini isterdiniz?

.....

23. (18. soruya cevabınız hayır ise) Siz hangi konularda eğitim almak isterdiniz?

.....

24. Kalp pili takılmadan önce ve sonra kendinizi nasıl hissettiniz?

	Önce	Sonra
İyi		
Kötü		
Fark hissetmiyorum		
Diğer		

25. Kalp pilinin takılı olması sizi rahatsız ediyor mu?

a)Evet b)Hayır

26.(25. soruya cevabınız evet ise) rahatsızlığınızı açıkla mısınız?

.....

27. Kalp pili takıldıktan sonra sosyal yaşantınızda değişiklik oldu mu?

a)Evet b)Hayır

28.(27. soruya cevabınız evet ise) ne/nelerde değişiklik oldu?

.....

29. Ailenizde ya da çevrenizde kalp pili takılı olan biri var mı?

a)Evet b)Hayır

30. Kalp pili takıldıktan sonra aşağıdakilerden hangisi/hangilerine dikkat ediyorsunuz?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Elektronik eşyalara	
Cep telefonlarına	
Güvenlik alarmlarına	
Egzersiz/spor aktivitelerine	
Kalp pili takıldığını belirten kartın yanında taşınmasına	
Günlük nabız kontrolüne	
Tıbbi cihazlara (MR vb)	
Ağır kaldırmamaya	
Diğer.....	
Diğer.....	
Diğer.....	
Diğer.....	

31.Kalp pili takıldıktan sonra yaşadığınız sorunları tabloda işaretleyiniz.

Yaşadığınız Sorunlar		Varsa çözümleriniz
Günlük yaşam aktiviteleri		
Fiziksel aktiviteler		
Alışveriş yapma		
Ev işleri		
Cinsel aktivite		
Diğer		
Diğer		
Diğer		
Diğer		

32.Kalp pili ile yaşam hakkında ne düşünüyorsunuz?

.....

.....

.....

.....

EK 2. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

- a) Mükemmel (5) b) Çok iyi (4) c) İyi (3) d) Orta (2) e) Kötü (1)

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi (5)
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi (4)
c) Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı (3)
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü (2)
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü (1)

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığımız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça Kısıtlıyor (1 puan)	Evet, biraz kısıtlıyor (2 puan)	Hayır, hiç kısıtlamıyor (3 puan)
a) Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
b) Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
c) Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
d) Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
e) Merdivenle bir kat çıkma			
f) Eğilme veya diz çökme			
g) Bir iki kilometre yürüme			
h) Birkaç sokak öteye yürüme			
i) Bir sokak öteye yürüme			
j) Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet (1 puan)	Hayır (2 puan)
a) İş veya diğer etkinlikler için harcadığımız zamanı azalttınız mı?		
b) Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
c) İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
d) İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet (1 puan)	Hayır (2 puan)
a) İş veya diğer etkinlikler için harcadığımız zamanı azalttınız mı?		
b) Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
c) İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi (5)
- b) Biraz etkiledi (4)
- c) Orta derecede etkiledi (3)
- d) Oldukça etkiledi (2)
- e) Aşırı etkiledi (1)

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç (6)
- b) Çok hafif (5)
- c) Hafif (4)
- d) Orta (3)
- e) Şiddetli(2)
- f) Çok şiddetli (1)

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem eviştirlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi (5)
- b) Biraz etkiledi (4)
- c) Orta derecede etkiledi (3)
- d) Oldukça etkiledi (2)
- e) Aşırı etkiledi (1)

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını gözönüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
a)Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?	6	5	4	3	2	1
b)Çok sinirli bir insan oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
c)Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
d)Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?	6	5	4	3	2	1
e)Kendinizi enerjik hissettiniz mi?	6	5	4	3	2	1
f)Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g)Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h)Kendinizi mutlu hissettiniz mi?	6	5	4	3	2	1
i)Kendinizi yorgun hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

- a) Her zaman (1)
- b)Çoğu zaman (2)
- c) Bazen (3)
- d)Nadiren (4)
- e) Hiçbir zaman (5)

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a)Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.	1	2	3	4	5
b)Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.	5	4	3	2	1
c)Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
d)Sağlığım mükemmel.	5	4	3	2	1

EK 3. Beck Depresyon Ölçeği

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.

- (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

- (1) Gelecek için karamsarım.
- (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.

- (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
- (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
- (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

- (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
- (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (3) Herşeyden sıkılıyorum

5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.

- (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum

6 (0) Kendimden memnunum.

- (1) Kendimden pek memnun değilim.
- (2) Kendime kızgınlığım.
- (3) Kendimden nefrete ediyorum.

7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

- (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
- (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
- (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.

8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.

- (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
- (2) Kendimi öldürmek isterdim.
- (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.

- (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
- (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.

- (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
- (2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
- (3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.

11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.

- (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
- (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
- (3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum

12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.

- (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
- (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.

- (1) Aynada kendime her zamanklinden kötü görünüyorum.
- (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
- (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.

- (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
- (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
- (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15 (0) Uykum her zamanki gibi.

- (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
- (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
- (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.

- (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
- (2) Her şey beni yoruyor.
- (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17 (0) İştahım her zamanki gibi.

- (1) Eskisinden daha iştahsızım.
- (2) İştahım çok azaldı.
- (3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.

- (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
- (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
- (3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.

- (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
- (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
- (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbirşey düşünemiyorum.

20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

- (1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
- (2) Cinsel isteğim çok azaldı.
- (3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.

- (1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
- (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
- (3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Ek 4. Spielberg’in Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmakta kullandıkları bir dizi ifade verilmiştir. Her ifadeyi okuduktan sonra **o anda kendinizi nasıl hissettiğinizi** ifadelerin sağ tarafındaki kutulardan uygun olanını işaretleyerek belirtiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman harcamaksızın anında kendinizi nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamen
1. Şu anda sakinim				
2. Kendimi emniyette hissediyorum				
3. Şu anda sinirlerim gergin				
4. Pişmanlık duygusu içindeyim				
5. Şu anda huzur içindeyim				
6. Şu anda hiç keyfim yok				
7. Başıma geleceklerden endişe duyuyorum				
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
9. Şu anda kaygılıyım				
10. Kendimi rahat hissediyorum				
11. Kendime güvenim var				
12. Şu anda asabım bozuk				
13. Çok sinirliyim				
14. Sinirlerim çok gergin olduğumu hissediyorum				
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum				
16. Şu anda halimden memnunum				
17. Şu an endişeliyim				
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum				
19. Şu anda sevinçliyim				
20. Şu anda keyfim yerinde				

Bundan sonraki her ifadeyi Lütfen okuyun sonrada kendinizi **genel olarak nasıl hissettiğinizi** ifadelerin sağ tarafındaki kutulardan uygun olanını işaretleyerek belirtiniz. Her hangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman harcamaksızın kendinizi genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.

	Hemen Hemen Hiçbir Zaman	Bazen	Çok Zaman	Hemen Her Zaman
21. Genellikle keyfim yerindedir				
22. Genellikle çabuk yorulurum				
23. Genellikle kolay ağlarım				
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim				
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım				
26. Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
27. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğuk kanlıyım				
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim				
29. Önemsiz şeyler hakkında endişeleniyorum				
30. Genellikle mutluyum				
31 Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim				
32. Genellikle kendime güvenim yoktur				
33. Genellikle kendimi emniyette hissederim				
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım				
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissederim				
36. Genellikle hayatımdan memnunum				
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder				
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam				
39. Akli başında ve kararlı bir insanım				
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder				

Ek-5. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Rıza Formu**(MÜDAHALE GRUBU)**

Sayın katılımcı, bu araştırma kalp pili (pacemaker) takılmış hastaların cihaza bağlı yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi ve bu hastalara uygulanan planlı eğitim ve izlem programının etkinliğinin (yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon düzeyleri üzerine) değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma, kalp pilinizin neden olduğu sorunları belirlemek, bakım ve eğitim gereksiniminizi saptamak ve buna göre planlı eğitim ve takip programı uygulayıp etkinliğini değerlendirmek için yapılmaktadır.

Araştırma kapsamında sizinle yüz yüze görüşme yapılacak, yukarıda belirttiğimiz amaca yönelik sorular sorulup, formlar doldurulacak ve eğitim verilecektir.

Bu araştırma kapsamında, araştırmadan elde edilecek sonuçların, kalp pili takılmış hastalara yaklaşım tarzına ve hastalık yönetimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Bu bilgiler farklı bir araştırma/uygulamada da kullanılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama ya da katıldıktan sonra vazgeçme hakkına sahiptir. Teşekkürler...

Yukarıdaki bilgileri okudum, bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Bu koşullarda söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

Ek-6.Gönüllüleri Bilgilendirme ve Rıza Formu**(KONTROL GRUBU)**

Sayın katılımcı, bu araştırma kalp pili (pacemaker) takılmış hastaların cihaza bağlı yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi ve bu hastalara uygulanan planlı eğitim ve izlem programının etkinliğinin (yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon düzeyleri üzerine) değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma, kalp pilinizin neden olduğu sorunları belirlemek, bakım ve eğitim gereksiniminizi saptamak amacıyla yapılmaktadır.

Araştırma kapsamında sizinle yüz yüze görüşmeler yapılacak ve formlar doldurulacaktır.

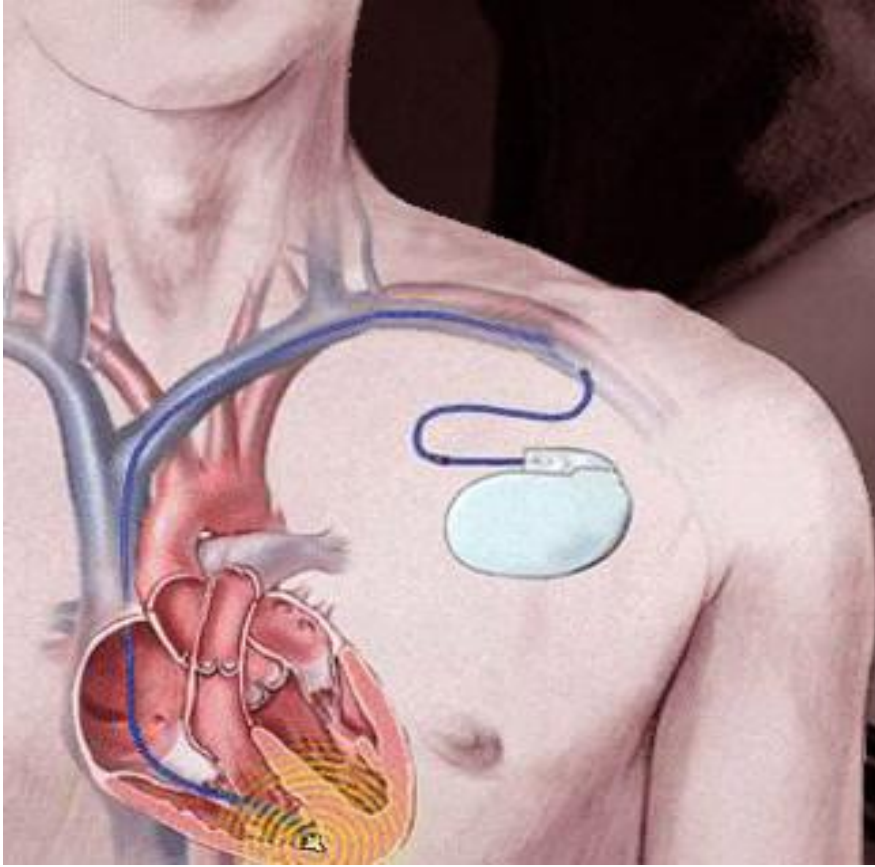
Bu araştırma kapsamında, araştırmadan elde edilecek sonuçların, kalp pili takılmış hastalara yaklaşım tarzına ve hastalık yönetimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Bu bilgiler farklı bir araştırma/uygulamada da kullanılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama ya da katıldıktan sonra vazgeçme hakkına sahiptir. Teşekkürler...

Yukarıdaki bilgileri okudum, bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Bu koşullarda söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

KALBİNİZ, PİLİNİZ ve SİZ**KALP PİLİ (PACEMAKER)
HASTA BİLGİLENDİRME KİTAPÇIğI**

Bu broşürde kalbiniz ve kalp piliniz (pacemaker) hakkında olası sorunlar ve bu sorunlarla nasıl baş edeceğinize ilişkin bilgiler yer almaktadır.

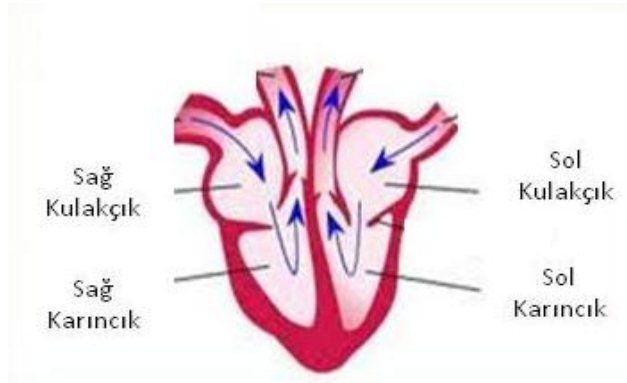
İÇİNDEKİLER

Kalbin Yapısı Nasıldır	3
Kalbin Elektriksel İletim Sistemi Nasıl Çalışır?.....	3
Ritim Bozukluğu (Aritmi) Nedir?.....	4
Kalp Pili Nedir?	4
Kalp Pili Kimlere Takılmalıdır?	4
Kalp Pilinin Yapısı Nasıldır?	4
Kalp pilinin Özellikleri Nelerdir?	5
Kalp Pili Takılacak Hastaları İşlem Öncesi Neler Bekliyor?	6
Kalp Pili Takılacak Hastaları İşlem Sırasında Neler Bekliyor?	6
Kalp Pili Takıldıktan Sonra Nelere Dikkat Etmelisiniz?	7
Kalp Pili İle Nasıl Yaşayacaksınız?.....	8
Seyahatler	8
Güvenlik.....	9
Kontrol/ İzlem Randevuları	11

1. Kalbin Yapısı Nasıldır?

Kalp vücudumuzdaki en önemli kastır.

Kalbin sağ ve sol tarafı kulakçık (atrium) ve karıncık (ventrikül) adını verdiğimiz ikişer odacıktan oluşur. Kalp kası düzenli aralıklarla kasılıp gevşeyerek kalp içindeki kanı vücuda pompalar. Vücuttan toplanan kan ise sağ kulakçığa gelir ve buradan sağ karıncığa geçer. Sağ karıncık kanı akciğerlere pompalar. Akciğerlerde kan oksijenlenir. Oksijenlenmiş kan sol kulakçığa sonra da sol karıncığa geçer. Sol karıncıktaki kan buradan tüm vücuda pompalanarak vücudun oksijen ihtiyacını karşılar.

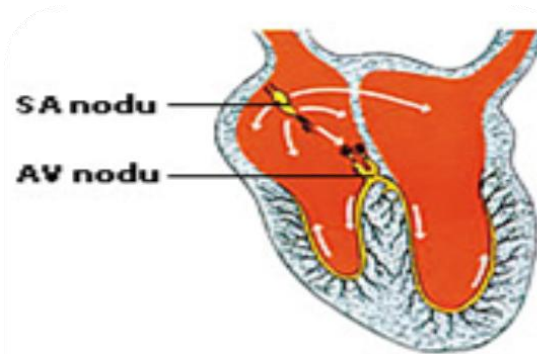


Şekil 1 – Kalbin yapısı

(http://www.alvimedica.com.tr/images/kalbin_yapisi.jpg)

2. Kalbin Elektriksel İletim Sistemi Nasıl Çalışır?

Sağlıklı bir kişide kalp atımları istirahat halindeyken dakikada 60-100 arasındadır. Kalp atımları kalbin kendisinden kaynaklanan elektriksel uyarılar ile başlar. Elektriksel uyarılar, sağ kulakçıkta sinüs düğümü olarak adlandırılan bir alandan başlar. Bu alan, kalbin doğal pili olarak tanımlanır. Uyarılar kalbin üst odacıklarından alt odacıklarına ilerler ve tüm kalp odacıklarının kasılmasını sağlar. Bu sayede düzenli, ritmik kalp atımları meydana gelir.



Şekil 2. Kalbin Elektriksel İletim Sistemi

(http://www.harunyahya.org/bilim/vucut_elektrigi_mucizesi/vucut_elektrigi_05.html)

3. Ritim Bozukluğu (Aritmi) Nedir?

Kalbin normal ritmindeki herhangi bir değişim ritim bozukluğu olarak adlandırılır. Birçok ritim bozukluğu kalbin elektriksel aktivitesindeki problemlerden kaynaklanır.

Yaşlanma, kalp krizi ya da kalp kapak problemleri kalbin elektriksel sisteminde sorunlara yol açabilir. Elektriksel sistemdeki sorunlar düzensiz ve yavaşlamış kalp atımları meydana gelebilir. Kalp atımları çok yavaşsa, beyin ve vücuda yeterli kan akımı sağlanamaz. Sonuç olarak, beden yeterince oksijen alamaz, bayılma, baygınlık hissi, baş dönmesi, halsizlik, çabuk yorulma gibi belirtiler ortaya çıkar.

Ritim bozukluğu genellikle ilaçlarla tedavi edilir. Kalbi yavaşlatan ritim bozukluğunda tedaviden sonuç alınmadığında, kalp pili gereklidir.

4. Kalp Pili Nedir?

Kalp pili (pacemaker), kalp atımlarını düzenlemek için küçük bir girişim ile göğüs duvarında sağ ve sol köprücük kemiği altına yerleştiren elektronik bir cihazdır.

Kalp ritim problemi olan kişilerin kalp kası, bir kalp pili sistemi tarafından elektriksel uyarılarla uyarılır. Böylece kalbin sağlıklı kalp ritmine benzer şekilde atması sağlanır. Kalp pili, yavaş ya da düzensiz kalp atışını elektriksel uyarılarla normale çevirmek ve hastanın yaşam kalitesini tekrar sağlamak için uzun yıllardır kullanılmaktadır.

5. Kalp Pili Kimlere Takılmalıdır?

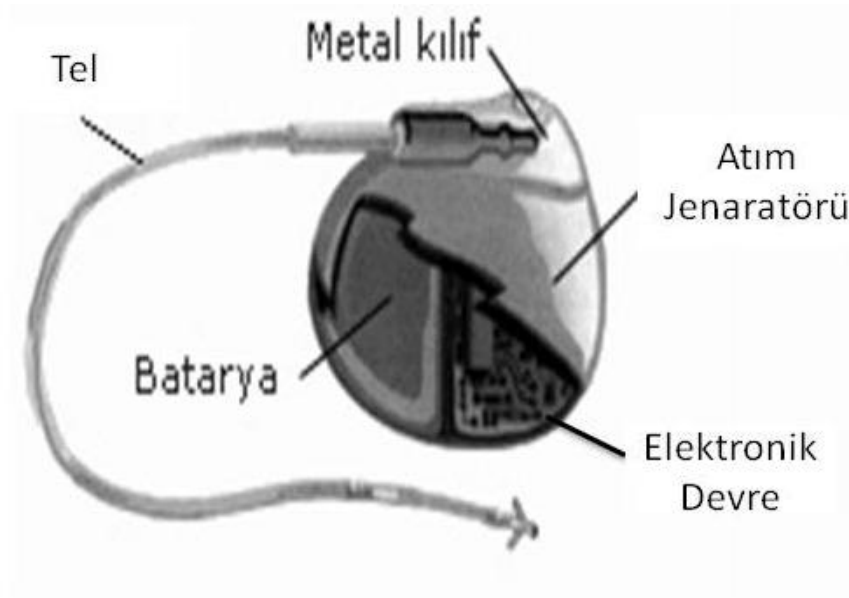
Kalp pilleri, kalbin atımlarının normalden yavaş olduğu durumlarda takılır. Bu durum "bradikardi" olarak adlandırılır. İstirahat halinde genellikle, dakikada 60-100 atım gerçekleştiren kalp, stres ya da egzersiz halinde atımlarını 2-3 katına yükseltebilir.

Kalp atımının tam olmadığı ya da çok yavaş kalp atımlarının tedavisinde kalp pili önerilebilmektedir.

5.1. Kalp Piliinin Yapısı Nasıldır?

Kalp pili 2 kısımdan oluşur: yalıtımlı teller ve atım jenaratörü (Bakınız şekil- 3).

Bazı kalp pilleri 1 tele sahipken bazıları 2 telden oluşur. Teller oldukça esnek ve güçlüdür. Bu güç ve esneklik sayesinde vücudun hareketi ve kalp atımlarının neden olduğu bükülme ve kıvrılmaya karşı dayanıklıdır.



Şekil 3. Kalp pilinin yapısı

(<http://www.semakardiyoloji.com/sayfa/12/kalp-pili.aspx>)

Jenaratörden kalp kasına giden teller kalbin ne kadar hızlı attığını tespit eder ve jenaratöre bilgi gönderir. Jenaratörden aldığı bilgi doğrultusunda, kalp atımını uyarmak için kalbe elektriksel uyarıları iletir.

Atım jenaratörü, çok küçük batarya ve elektronik devre içeren küçük metal bir kutucuktur. Batarya cihaza elektrik gücü sağlar. Elektronik devre ise bilgisayar programı gibi görev yaparak kalp atımlarını belirler.

Atım jenaratörlerinin yeni modelleri 28 gr dan az ve oldukça incedir. Kalp pilinin bataryası bittiğinde (yaklaşık 6 yılda bir) yenisiyle değiştirilmesi gerekir.

5.2. Kalp Piliinin Özellikleri Nelerdir?

Kalp pili, hastanın kalp ritminin bozulduğu durumlarda etkinleşir. Eğer kalp pili herhangi bir doğal kalp atımı algılayamazsa kalbe bir elektriksel uyarı gönderir ve kalp kası kasılır.

Kalp pili vücudun ihtiyaç duyduğu kalp atımını belirler. Vücudun ihtiyacına uygun atım sayısı ile uyumludur. Örneğin koşarken, yüzerken veya bahçe işlerini yaparken ortaya çıkan değişen bedensel ihtiyaçlar, kalp pili tarafından, kalp atımı artırılarak dengelenir. Bunun dışında kişinin duygusal nedenlere dayanan değişimlerine de kalp pili tepki verebilmektedir. Örneğin çok heyecanlı bir film seyrettiğinizde kalp ritmi hızlanabilir ve kan basıncı artar.

6. Kalp Pili Takılacak Hastaları İşlem Öncesinde Neler Bekliyor?

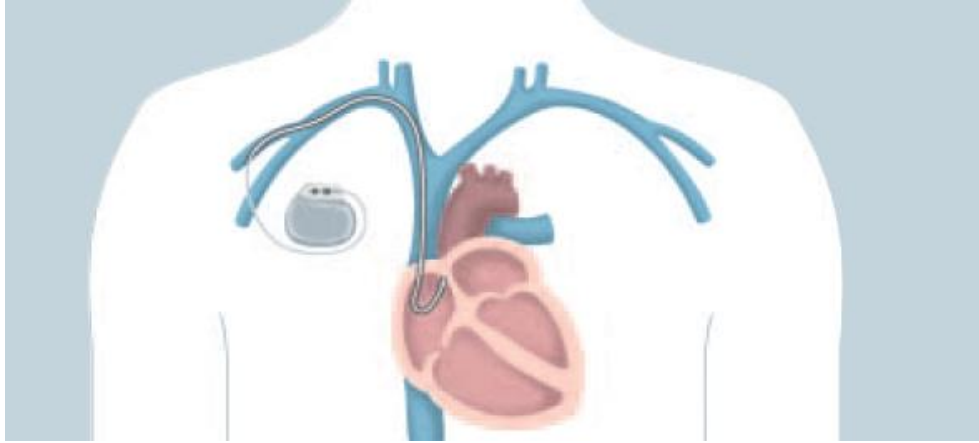
İşlemden birkaç saat önce bir şey yiyip içmemeniz istenir. Örneğin, işleminizin sabah olması, gece yarısından sonra içecek ve yiyecek almamanızı gerektirir. Aspirin, Heparin, Coumadin gibi kanı sıvılaştırıcı ilaçlarınız işlem esnasında kanamanızı arttırabilir. Bu nedenle ilaçlarınızı işlemden ne kadar zaman önce kesmeniz ve işlemden ne kadar zaman sonra tekrar başlamanız gerektiğini doktor ve hemşirenize sorunuz.

İşlemden hemen sonra araba kullanamayacaksınız. Bunun için hastaneden eve gidebilmeniz için ulaşımınızı sağlayabilecek birini planlamanız uygun olur.

7. Kalp pili Takılacak Hastaları İşlem Sırasında Neler Bekliyor?

Kalp pilini yerleştirme işlemi genellikle bölgesel uyuşturma yöntemiyle yapılan küçük bir girişimdir. Bu sadece işlem yapılacak alanın uyuşturulması anlamına gelir. Sizin işlem boyunca uyanık kalmanızı sağlar. Gerekirse, bununla birlikte rahatlamanız için bazı ilaçlar verilebilir.

İşlem yaklaşık bir saat sürmektedir. Genelde köprücük kemiğinin alt tarafındaki bir yer bölgesel olarak uyuşturulur. Deride küçük bir kesik açılır. Ardından kalp pilinin kabloları bir toplardamar içerisinde kalbe kaydırılır. Tellerin kalbe olan konumu bir röntgen ekranı aracılığıyla denetlenir. Kabloların işlevi sılandıktan sonra teller kalp piline bağlanır. Kalp pili küçük bir 'cep' içerisinde köprücük kemiğinin alt tarafına yerleştirilir. Son olarak kesi yeri birkaç dikişle kapatılır.



Şekil 3- Elektrodların kalbe yerleştirilmesi

(<http://sccscience.wordpress.com/2009/01/30/the-first-pace-maker/>)

8. Kalp pili Takıldıktan Sonra Nelere Dikkat Etmelisiniz?

Genelde müdahaleden kısa bir süre sonra hastalar kendilerini iyi hisseder. Duruma göre işlem yerinde hafif ağrı hissedilebilir. Bu ağrılar ağrı kesici ilaçlarla hızla gerileyecektir. Bayılma, baygınlık hissi, baş dönmesi, halsizlik gibi şikayetler genelde hızla geriler. İşlem sonrası kalp pilinin olduğu yeri hissedebilirsiniz, fakat bu his kısa bir süre sonra kaybolacaktır.

Kalp pilinin yerleştirilmesi oldukça basit ve sorunsuz bir işlemdir. Sorunlar nadiren görünür. Örneğin, kanama, enfeksiyon, ağrılı ve göze hoş gözükmeyen yara izi gelişebilir, pil cilt altından çıkıntı yapabilir. Kalp pilinin telleri gevşeyip tellerin kalp ile bağlantısı kaybolabilir.

Aşağıdaki durumlarda mutlaka sağlık kuruluşuna başvurunuz:

- Kalp pilinin takıldığı bölgede kanama olduğunda,
- Kalp pilinin takıldığı yerdeki yara kızardığında, ısındığında, şiştiğinde ya da yaradan sıvı çıktığında,
- Ateş, baş dönmesi, göğüs ağrısı ya da sürekli yorgunluk veya halsizlik oluştuğunda,
- Kalp pili takılmadan önceki şikayetleriniz geliştiğinde,
- Açıklanamayan herhangi olağandışı bir durum olduğunda.

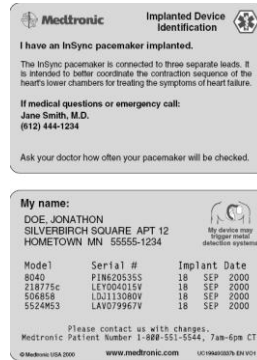
Ayrıca işlemden sonraki 7 – 10 gün boyunca kalp pilinin yer aldığı taraftaki kolunuzu fazla açmamaya, kaldırmamaya özen göstermelisiniz. Kalp pilinin takıldığı taraftaki omuz eklemiyle hızlı veya geniş hareketler yapmamalısınız. Kalp pilinizin olduğu taraftaki kolunuzla ağır yük kaldırmamalısınız. Yara bölgenizi temiz ve kuru tutmalısınız.

İşlemden kısa bir süre sonra (yaklaşık bir ay sonra) ilk kontrolünüze gidecek ve kalbinizin etkinliği ile kalp pilinin işlevleri kontrol edilecektir. Bu sırada kalp pilinin programı bireysel ihtiyaçlarınıza göre ayarlanacaktır. Bunun için ek bir girişime gerek yoktur. Daha sonra üçüncü ve altıncı ayda da kontrolleriniz düzenli olarak devam edecektir. Kontrollerinizde, kalp pilinin işleme şekli, bataryanın ve kalbinizin uyarılma durumu değerlendirilecektir. Bu değerlendirmeye göre kontroller her altı ayda bir tekrarlanacaktır.

9. Kalp Pili İle Nasıl Yaşayacaksınız?

Kalp pili takıldıktan kısa bir süre sonra genelde alıştığınız yaşam tarzınıza dönebilirsiniz. Bahçe ve ev işlerinizi yapabilir ya da araba kullanabilirsiniz. Duş ve banyo yapabilir ya da yüzebilirsiniz. Çoğu durumda mesleğinizi ve alıştığınız boş zaman etkinliklerinizi yerine getirebilir, sportif ve cinsel etkinliklerinizi sorunsuz olarak yeniden yapabilirsiniz.

Kalp pili kimlik kartı sizi bir kalp pili taşıyıcısı olarak tanımlar. Bu kartın sürekli yanınızda bulunması önemlidir. Özellikle kontrol / izlem randevularında, havaalanı güvenliğinden geçerken ve tıbbi bir acil durumda önemlidir. Kimlik kartınız, adınız, adresiniz ve telefon numaranız, kalp pilinizin modeli ve seri numarası ve takıldığı tarih, sizi takip eden doktorun adı ve telefon numarası gibi bilgileri gösterecektir. Kimlik kartınızı kaybederseniz, doktorunuzu değiştirirseniz, taşınırsanız ya da adres ya da telefon numaralarınızda değişiklik olursa, firma yetkililerinden yeni bir kimlik kartı almalısınız.



Şekil 4- Kalp pili kimlik kartı

(<http://www.alyamedikal.com.tr/kalppiliNedir.asp>)

9.1. Seyahatler

Genelde kalp pili olan kişilerin seyahatleri (uçak, gemi, tren ya da araba) hastalar için sorun olmaz. Seyahatinizden önce, gideceğiniz yere en yakın kalp merkezini öğrenmeniz yararlı olabilir.

Uçakla yolculuk yapacaksanız havalimanında güvenlik veya yer personeline haber verip gerekirse kalp pili kimlik kartınızı gösteriniz. Personel size güvenlik kontrolü sırasında yapmanız gerekenleri söyleyecektir.



Şekil 5 – Metal Dedektörler

(<http://www.ahmetalpman.com/defkonuoku.asp?id=1515>)

Arabayla yolculuklar kalp pilinden kaynaklanan sorunlara yol açmaz. Kendi güvenliğiniz için daima emniyet kemerini takmalısınız. Kalp pili bundan hasar görmez.

9.2.Güvenlik

Üzerinde aşağıdaki amblem olan cihazları kullanmanız sakıncalıdır.



Şekil 6 – Kalp pili taşıyan kişiler için yasak amblemi
(<http://www.igesikazlevhalari.com/urunler/34/139/0/694/kalp-pili-ile-girilmez.html>)

Elektrikli cihazların yakınında, kalp atışının hızlanması, nabız düzensizleşmesi ya da baş dönmesi gibi belirtiler hissederseniz derhal bu cihazdan uzaklaşınız veya bu cihazı kapatınız.

Elektrikli cihazlarınızın bakımını uzmanına yaptırarak kusursuz durumda olduklarını kontrol ettiriniz. Taşınabilir cihazları mümkün olduğunca doğrudan kalp pilinizin üstünde tutmayınız.

Televizyon, radyo, telsiz kulaklık, müzik seti veya benzer görsel-işitsel cihazlar, kablosuz telefon, saç kurutucuları, elektrikli tıraş makinesi veya banyodaki diğer elektrikli cihazlar, çamaşır makinesi, elektrikli süpürge, mikro dalga fırını, bulaşık makinesi veya benzer ev aletleri, bilgisayar, WLAN (kablosuz internet), faks, fotokopi makineleri, yazıcılar, elektrikli mutfak aletleri ve nabız ölçme cihazlarını sorunsuz olarak kullanabilirsiniz:

Kulaklıklar gibi mıknatıs içeren bazı cihazların, kalp pilinize olan mesafeleri çok kısa olduğunda bozukluklara yol açabilir. Bu nedenle kulaklık ve kalp pili arasında 3 santimetre kadar bir mesafe bırakın.



Şekil 7- Kalp pili ve cep telefonu

[\(http://icdusergroup.blogspot.com/\)](http://icdusergroup.blogspot.com/)

Olası bozuklukların önüne geçmek için cep telefonunu daima kalp pilinin karşı tarafındaki kulağınıza tutmalısınız. Cep telefonunu kullandıktan sonra da kalp pilinizin yakınında bulundurmamalısınız. Cep telefonunu kalp pilinizden 15 santimetre uzakta tutmalısınız. Telefon taşınırken, kalp pilinizin bulunduğu tarafın karşı tarafında tutun.

Her türlü muayeneden önce lütfen sağlık personelinize ve diş hekiminize kalp piliniz olduğunu bildirin. Normal diş tedavileri, örneğin delme veya ultrasonik cihazlarla diş temizliği yöntemleri sizin için herhangi bir sorun teşkil etmez.

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) kalp pili taşıyan hastalar için önerilmez. Tıbbi durumunuz MRG gerektiriyorsa bu durumu kardiyoloğunuzla konuşmalısınız. Ayrıca, MR tarayıcısı kapalı olsa bile, manyetik alan yaymaya devam eder. MR tarayıcısının bulunduğu bir odada veya yakınıdaysanız kalp piliniz etkilenebilir.

10. Kontrol / İzlem Randevuları

Pilinizin kalbinizle kurduğu iletişimin, ayarlarınızın ve batarya durumunuzun kontrol edilmesi önemlidir. Kalp pilinizin kontrol sıklığı zamanla değişecektir. Kalp pili takıldıktan kısa bir süre sonra ve

kalp pilinizin beklenen değiştirme zamanı yaklaşıkça kontroller sıklaşacaktır.



şekil 8 – Kalp pilinin programlayıcı sistemiyle kontrolü

Kontrollerinizde programlayıcı adı verilen özel bir cihaz kullanılır. Programlayıcı bir tür bilgisayardır. Bu bilgisayar kalp pilinizde kayıtlı olan bilgiyi alır. Ayrıca gerekli görülen bazı ayar değişiklikleri herhangi bir işlem gerektirmeden yapılabilir.

- **Bunların dışında nabzınızı düzenli olarak kontrol ediniz ve değişiklikleri kaydediniz. Nabzınızı dakikada olması gereken en düşük atım sayınızla karşılaştırınız.**
- **Kalp hızınızın çok yavaşladığını hissederseniz ve nefes darlığı, baş dönmesi, göz kararması gibi şikayetleriniz olursa hemen bir sağlık kuruluşuna başvurunuz.**
- **Seyahatlerinizde ve günlük ortamınızda kalp pili kartınızı daima yanınızda taşımalısınız.**
- **Etkili tedavi için rutin kontrolleri daima yaptırınız ve kontrollerinizi aksatmayınız.**

Kaynaklar

1. Chardack, W., M., The After-Care of Patients with Implanted Cardiac Pacemakers, Circulation Journal Of The American Health Association, 36:476-477,1967
2. Wood,M., A. Ve Ellenbogen, K., A., Cardiac Pacemakers From the Patient's Perspective, Circulation Journal Of The American Health Association, 105(18): 2136-2137, 2002
3. -----, Atrial Arrhythmias, Heart Center, Inc., 2007, Ulaşım Adresi: <http://theheartcenter.md/handler.cfm?event=practice,template&cpid=1862>
4. -----, Hearth Block, Heart Center, Inc., 2007, Ulaşım Adresi: <http://theheartcenter.md/handler.cfm?event=practice,template&cpid=22674>
5. -----,Pacemaker Implantation ,Heart Center, Inc., 2007, Ulaşım Adresi: <http://theheartcenter.md/handler.cfm?event=practice,template&cpid=22687>
6. -----, X-Plain Pacemaker: Reference Summary, The Patient Education Institute, Inc., 2010, Ulaşım Adresi: www.X-Plain.com
7. -----, American Heart Association,Ulaşım Adresi: http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/Arrhythmia/PreventionTreatmentofArrhythmia/Living-With-Your-Pacemaker_UCM_305290_Arti

Ek 8. Etik Kurul Yazısı



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik

G İ Z L İ

Sayı : 33526960-50.04-

94

Konu :

Ankara

15 Ocak 2013

Sayın Esra KÖROĞLU
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

İlgi : 20/11/2012 tarihli dilekçeniz.

“Kalp Pili (Pacemaker) Takılan Hastalara Uygulanan Planlı Eğitim ve İzlem Programının Etkinliğinin Belirlenmesi” başlıklı doktora teziniz ile ilgili olarak Ankara Üniversitesi Etik Kurulununun 10/01/2013 tarihli toplantısında alınan 141/645 sayılı kararının bir örneği ilişikte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.


Prof. Dr. Erkan İBİŞ
Rektör

EKLER :

1- Karar Örneği (1 sayfa)

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ**

Karar Tarihi : 10/01/2013

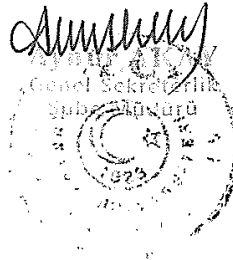
Toplantı Sayısı : 141

Karar Sayısı : 645

645-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi araştırma görevlilerinden **Esra Köroğlu**'nun "Kalp Pili (Pacemaker) Takılan Hastalara Uygulanan Planlı Eğitim ve İzlem Programının Etkinliğinin Belirlenmesi" başlıklı doktora tezine ilişkin 20/11/2012 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda, **Esra Köroğlu**'nun "Kalp Pili (Pacemaker) Takılan Hastalara Uygulanan Planlı Eğitim ve İzlem Programının Etkinliğinin Belirlenmesi" konulu tezinin, araştırma protokolüne uyulmak koşuluyla, uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

**ASLININ AYNIDIR
10/01/2013**



Ek 9. Uygulama İzin Yazısı

Anket



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : B.30.2.ANK.0.20.70.01/044/2570
Konu : Esra KÖROĞLU Hk.

9672 02.05.2011

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Başkanlığına

İlgi:04.04.2011 tarih ve B.30.2.HAC.0.82.00.00/339 sayılı yazınız.

Bölümünüz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi Esra KÖROĞLU'nun "Kalp Pili (Pacemaker) Takılan Hastalara Uygulanan Planlı Eğitim ve İzlem Programının Etkinliğinin Belirlenmesi" konulu tezinin uygulamasını Nisan 2011-Nisan 2012 tarihleri arasında Fakültemiz Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygı ile rica ederim.

Prof.Dr.T.Murat ÖZSAN
Dekan v.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Sağlık İşletmesi



Sayı : B.10.4.İSM.4.06.00.15-KAR-819-
Konu : Araştırma İzni (Esra Köroğlu)

30/05/2011

İLGİLİ MAKAMA

İlgi: 10/05/2011 tarih ve 07361 sayılı yazı

İlgili yazıya istinaden Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doktora Lisans öğrencisi Esra Köroğlu'nun " Kalp pili takılan hastalara uygulanan planlı eğitim ve izlem programının etkinliğinin belirlenmesi" çalışmasının anket uygulamasını hastanemizde yapması uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.


Doç. Dr. Ali Sasmaz
Kardiyoloji Kliniği Direktörü