



T.C.

**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PACEMAKER TAKILI HASTALARDA
YAŞAM KALİTESİ, ANKSİYETE VE
DEPRESYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

HATİCE EĞİLMEZ

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAM**

GAZİANTEP

2017

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PACEMAKER TAKILI HASTALARDA
YAŞAM KALİTESİ, ANKSİYETE VE DEPRESYONUN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hatice EĞİLMEZ

Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin Hemşirelik

Anabilim Dalı Programı İçin Öngördüğü

YÜKSEK LİSANS TEZİ

olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI




Yrd. Doç. Dr. Zerrin ÇİĞDEM

GAZİANTEP

2017

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans öğrencisi **Hatice EĞİLMEZ** tarafından hazırlanan “**Pacemaker Takılan Hastalarda Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyonun Değerlendirilmesi**” başlıklı tez, 26.07.2017 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

<u>Görevi</u>	<u>Unvanı Adı Soyadı</u> <u>Kurumu/Üniversitesi</u>	<u>İmzası:</u>
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Zerrin ÇİĞDEM Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBYO	
Jüri Başkanı	: Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN Bahçeşehir Üniversitesi SBF	
Jüri Üyesi	: Prof. Dr. Ayla YAVA Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBYO	

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla onaylanmıştır.


Prof. Dr. Ayla YAVA
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışması, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü kurulunun kararı ile Hemşirelik Ana Bilim Dalı Başkanlığı'nda yapılmıştır.

Çalışmanın uygulamasını yaptığım Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile Sağlık Bakanlığı Gaziantep İli Kamu Hastaneler Birliği' ne bağlı Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji ünitelerinde sağlık çalışanlarına ve çalışmaya gönüllü olarak katılan PM takılı olan hastalara,

Bilgi ve tecrübeleri ile her türlü yardım ve desteğini esirgemeyen HKÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü ve Hemşirelik Bölümü öğretim üyesi Sayın Prof. Dr. Ayla YAVA' ya,

Tez çalışması süresince; her konuda, bilgi ve deneyimleri ile beni destekleyen, tez danışmanım olarak; tezimin her aşamasında çalışmamın planlanmasını ve yürütülmesini yönlendiren, öğretim üyesi Sayın Yrd. Doç. Dr. Zerrin ÇİĞDEM' e,

Yüksek lisans eğitimim süresince desteğini ve yardımını esirgemeyen değerli hocalarım,

Tezimin tüm aşamalarında sabır ve anlayışları ile desteklerini ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen canım aileme,

Çok teşekkür ederim.

Hatice EĞİLMEZ

Gaziantep 2017

ÖZET

Hemşire Hatice EĞİLMEZ “Pacemaker Takılı Hastalarda Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyonun Değerlendirilmesi”, HKÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2017. Bu araştırma, PM implantasyonu sonrası yaşam kalitesinin incelenmesi, anksiyete ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi amacı ile tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir araştırma olarak yapılmıştır.

Bu araştırma Ocak 2016- Haziran 2016 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile Sağlık Bakanlığı Gaziantep İli Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji ünitelerinde, çalışmaya gönüllü olarak katılan toplam 87 hasta ile yapılmıştır. Veriler; Sosyo-demografik bilgileri içeren Bilgi Formu, SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD Ölçekleri kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın uygulanması için etik kurul izni dahil gerekli izinlerin tümü alınmıştır.

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde t-test (Student's t-test), tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) testi, Post Hoc testlerden olan Lsd testi, Kruskal-Wallis testi ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri ve PM implantasyon özellikleri ile yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon alanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmada hastaların sosyo demografik özelliklerden; kadın cinsiyeti, eşin ölmüş olması, ileri yaş gurubunda bulunması, bir yakınının yanında yaşamaması, herhangi bir işte çalışmaması, eğitim seviyesinin düşük olması, gelirinin az olması ve en az ek bir kronik hastalığı bulunması yaşam kalitesini ve anksiyete depresyon düzeyini olumsuz etkilediği görülmüştür.

Yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamalarından genel olarak en düşük fiziksel işlev, en yüksek ise sosyal işlev olduğu saptanmıştır

Bu çalışmada PM implantasyon sonucunda hastaların yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği, anksiyete ve depresyon yönünden risk altında olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, SF-36 Yaşam Kalitesi, HAD Ölçeği, Pacemaker

ABSTRACT

Nurse Hatice EĞİLMEZ “ Study on the life quality, anxiety and depression of the patients with implanted pacemaker.” HKU Institute of Medical Sciences, Nursing Program Master Degree Thesis, Gaziantep 2017. In this study it has been aimed at evaluating the life quality, anxiety and depression levels of the patients who got PM implanted, in a definitive and correlative way. This study was practised at Gaziantep University Sahinbey Research and Application Hospital and The Ministry of Health Gaziantep Province The Association of Public Hospitals Dr. Ersin Arslan Training and Research Hospital Cardiology units on eighty seven volunteer patients between January 2016 and June 2016. The data used was collected through the patient information forms including socio-demographic information, SF-36 Life Quality Scale and HAD Scales. To carry out the survey all necessary permissions , including the permission of The Ethical Committee, were obtained.

In evaluating the statistics t-test (Students’s t-test), one way variance analysis (one way ANOVA), Post Hoc test – one of Lsd tests-, Krukak-Wallis test and Mann Whitney U test are used.

The relationship between patients’, who were included in the survey, socio-demographic features, PM implantation features, life quality, anxiety and depression was studied. In the study it was seen that of the socio-demographic features; female gender, loss of the spouse, being an elderly, living with a relative, being unemployed, having a low education level, having low income, and being suffered from at least one other chronic disease affect the life quality and anxiety, depression level in a negative way. It was stated that in the sub-dimension point averages generally the lowest one is physical function and the highest is social function.

In the study it was determined that after PM implantation the patients’ life quality is adversely affected and the patients are at risk regarding anxiety and depression.

Keywords: Nurse, SF-36 Life Quality Scale, HAD Scale, Pacemaker

TEZ ETİK VE BİLDİRİM

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Pacemaker Takılı Hastalarda Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyonun Değerlendirilmesi” başlıklı çalışmanın tarafımda, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

24.07.2017

Hatice EĞİLMEZ

İmza:

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
TEZ ETİK VE BİLDİRİM.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
ŞEKİL DİZİNİ.....	xiii
TABLO DİZİNİ.....	xiv
1. GİRİŞ	
1.1.Kuramsal Yaklaşımlar Ve Kapsam.....	1
1.2.Amaç ve Araştırma Soruları.....	3
1.3.Araştırmanın Önemi.....	3
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Kalbin İleti Sistemi.....	4
2.1.1. Sinoatrial (SA) Düğüm.....	4
2.1.2. Atrioventriküler (AV) Düğüm.....	4
2.1.3. His Demeti.....	4
2.1.4. Purkinje Sistemi.....	5
2.2. Kalp Ritmin ve Uyarı İletimin Kalp Sinirleri Tarafından Kontrolü.....	5

2.2.1. Sempatik ve Parasempatik Sinirler.....	5
2.3. Normal Elektrokardiyografi (EKG).....	5
2.4. Kalbin İleti Sistemi Hastalıkları.....	6
2.4.1. Sinüs Düğümü Aritmileri.....	6
2.4.2. Atriumdan Gelişen Aritmiler.....	7
2.4.3. Atrio-Ventriküler Kavşaktan Kaynaklanan Aritmiler.....	8
2.4.4. Ventrikül Kaynaklı Aritmiler.....	8
2.5. Atrioventriküler Bloklar.....	9
2.5.1. Birinci Derece AV Blok.....	9
2.5.2. İkinci Derece AV Bloklar.....	9
2.5.3. Üçüncü Derece AV Tam Blok.....	9
2.5.4. Multifokal Atriyal Taşikardi (MAT).....	9
2.6. Yaşam Kalitesi (Quality of Live).....	10
2.7. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SİYK).....	11
2.8. Anksiyete ve Depresyon.....	12
2.8.1. Anksiyete.....	12
2.8.2. Depresyon.....	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Tasarımı.....	16
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	16
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	16
3.4. Örneklem Seçim ve Kriterleri.....	17
3.5. Veri Toplama Araçları.....	17

3.5.1. Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu (Ek 1).....	17
3.5.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 2).....	17
3.5.3. HAD Ölçeği (Ek 4).....	21
3.6. Verilerin Elde Edilmesi.....	21
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	21
3.8. Araştırmanın Sınırlılıklar.....	22
3.8. Etik Kurul Onayı.....	22
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA.....	40
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	51
7. KAYNAKLAR.....	53

EKLER

EK I	Hasta Bilgi Formu
EK II	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği
EK III	SF-36 Hesaplama Modeli
EK IV	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
EK V	Pacemaker takılı Olan Hastalar İçin Aydınlatılmış (Bilgilendirilmiş) Onam Formu
EK VI	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Onayı
EK VII	Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Onayı
EK VIII	Gaziantep İli Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Dr. Ersin Aslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onayı
EK IX	Yüksek Lisans Tez Çalışması İntihal Raporu Formu
EK X	Özgeçmiş

SİMGELER ve KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletler
AV	Atriyo-ventriküler
DM	Diabetes mellitus
DSÖ	Dünya sağlık örgütü
HAD	Hastane depresyon anksiyete ölçeği
HT	Hipertansiyon
KAH	Koroner arter hastalığı
KBY	Kronik böbrek yetmezliği
KKH	Konjestif kalp hastalığı
KOAH	Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
KY	Kalp yetmezliği
MI	Miyokart infarktüsü
PM	Pacemaker
SA	Sinoatriyal
SAD	Sinoatriyal düğüm
SİYK	Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi
SS	Standart sapma
XX	Ortalama
N	Sayı
%	Yüzde

ŞEKİL DİZİNİ

Şekiller	Sayfa No
Şekil 4.1. Hastaların Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar.....	29
Şekil 4.2. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi ve HAD Ölçekleri Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar.....	33
Şekil 4.3. Hastaların Çalışma Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi ve HAD Ölçekleri Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar.....	34

TABLO DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
Tablo 3.5.2.1.	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutları.....19
Tablo 3.5.2.2.	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Sorularının Birleştirilmesi ve Ham Puanlar.....20
Tablo 4.1.	Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri Bilgi Formun Dağılımı.....23
Tablo 4.2.	Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....25
Tablo 4. 3.	Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD Ölçekleri Alt Boyut Puanları.....27
Tablo 4. 4.	Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD Ölçekleri Alt Boyutları Puan Ortalamaları İle Cinsiyetlerinin Karşılaştırılması.....28
Tablo 4. 5.	Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD Ölçekleri Alt Boyutları Puan Ortalamaları İle Yaş Gruplarının Karşılaştırılması.....29
Tablo 4. 6.	Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD Ölçekleri Alt Boyutları Puan Ortalamaları İle Medeni Durumlarının Karşılaştırılması.....30
Tablo 4. 7.	Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD Ölçekleri Alt Boyutları Puan Ortalamaları ile Eğitim Durumlarının Karşılaştırılması.....31
Tablo 4. 8.	Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD Ölçekleri Alt Boyutları Puan Ortalamaları İle Çalışma Durumlarının Karşılaştırılması.....33
Tablo 4. 9.	Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD Ölçekleri Alt Boyutları Puan Ortalamaları İle Birlikte Yaşanılan Kişinin Karşılaştırılması.....35
Tablo 4.10.	Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD Ölçekleri Alt Boyutları Puan Ortalamaları İle Ekonomik Durumlarının Karşılaştırılması.....38

Tablo 4.11.	Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD Ölçekleri Alt Boyutları Puan Ortalamaları İle Kronik Bir Hastalık Varlığının Karşılaştırılması.....	39
--------------------	--	----



1. GİRİŞ

1.1. Kuramsal Yaklaşımlar ve Kapsam

Kalbin kendi yerleşik elektrik sistemine iletim sistemi denir. Kalp kasının fonksiyonlarını yapabilmesi bu iletim sistemi tarafından sağlanmaktadır. Bu iletim sistemi tarafından üretilen elektrik özel yollarla kalbin tamamına dağılır ve uyarıyı alan kalp kası kasılıp gevşeyerek işlevlerini yerine getirir (9, 57).

Kalbin yeterli hızda uyarıyı oluşturamaması ya da oluşturulan uyarının iletim yollarındaki bozukluk nedeniyle kalp kasına yeteri kadar taşınmaması sonucu, kalbin ritim ve iletim sistemi bozukluklarını düzeltmek için vücuda yerleştirilen elektronik cihazlara pacemaker (PM) “kalp pili” denilmektedir (1, 2, 9).

PM, kalbin ritmini düzenlemek ve kalbin düzenli çalışmasını sağlamak amacıyla, kalp kasına küçük elektriksel uyarılar göndermek için elektriksel uyarı üreten jeneratör ve bu uyarıları kalp kasına ileten elektrotlardan oluşan elektronik bir ünedir. PM öncelikli olarak kalbin çok yavaş atmasını önlemektedir (2, 33, 13).

PM’ler geçici ve kalıcı piller olarak ikiye ayrılırlar. Geçici PM’ler kalıcı PM takılıncaya ya da ritim normale dönünceye kadar (kalp ameliyatı, miyokart infarktüsü (MI) sonrası) hastaları desteklemek amacıyla kullanılırken, kalıcı PM’ler kalıcı ritm bozukluklarında sürekli kullanım için tasarlanmışlardır. Kalıcı PM’ler kalbin ritmini oluşturan, düzenleyen ve intrakardiyak şok uygulayabilen elektronik cihazlardır (2, 22).

PM’nin ilk tanımlanması 1952 yılında yapılmıştır. İlk PM implantasyonu 1958 yılında İsviçre’de yapılmıştır. Daha sonra ilk endokardiyal defibrilatörler 1980’de kullanıma girmiştir (16, 32).

Günümüzde PM implantasyon uygulaması hızlı bir artış göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) 1991 yılında 1 milyon kalıcı PM kullanan hasta bulunmaktayken, 2011 de 3 milyondan fazla kişide PM cihazı bulunduğu bildirilmiş, her yıl 600.000 PM implante olduğu tahmin edilmektedir (3).

ABD’de PM uygulamasının %80’den fazlası 65 yaş üzeri, %70’i 70 yaş üzeri yaşlı hastalara, %30’u da 80 yaş üzeri ileri yaşlı hastalara uygulanmaktadır (33).

Kalp hastalarında uygulanan tedavi sistemlerine bağılı olarak en sık görülebilen psikolojik bozuklukların anksiyete ve depresyon olduğu açıklanmıştır (9, 12, 37).

Hastaların yaşam biçimi ile ilgili endişeleri anksiyeteye neden olmaktadır. PM cihazının günlük yaşam aktiviteleri üzerine olumsuz etkisi olmamasına karşın, PM implantasyon sonrasında ilk dönemlerinde hastalarda önemli düzeyde uyum sorunları yaşandığı gözlenmiştir (6). İmplantasyon uygulamasının getirdiğı kısıtlamalar sonucunda, hastanın kayıp duygusu yaşadıkları ve bu durumunda depresyon gelişiminde en önemli etken olduğu belirtilmektedir (7, 18, 33, 44)

Herhangi bir nedenle sağlık sorunu yaşayan bireyler, yaşamlarındaki değişikliklere uyum sağlayıp ve bunlarla birlikte yaşamayı öğrenirken, yeni hayat tarzına bağılı olarak fiziksel ve psikolojik sorunlar oluşabilir. Bütün bunlar doğrultusunda hasta bireylerin yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenebilir. Hasta bireylerde psikolojik tepkilerin ve uyum zorluklarının anlaşılabilmesi ve uygun baş etme yöntemlerinin geliştirilmesine destek olabilecek bakım girişimlerinin planlanması, yaşam kalitesinin değerlendirilmesiyle sağlanabilir (4, 11, 18, 21).

PM implantasyonu sonrası hastalarda gelişen, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile yaşam kalitelerinin değerlendirildiğı araştırmalar ve yayınlar sınırlıdır (37).

Hollanda'da 2003 ile 2010 yılları arasında izlemeli olarak yapılan bir çalışmada, PM takılan hastaların yaşam kaliteleri 7,5 yıl boyunca değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre hastaların %70'inin sağlık durumlarını PM implantasyonu sonrasında çok daha iyi olduğunu ifade ettikleri gözlenmiştir. Hastaların yaşam kalitelerinin ilk PM implantasyon sonrasında ki ilk yıl içerisinde önemli ölçüde arttığı, ancak sonraki yıllarda yaşam kalitelerinin kademeli olarak düşüş gösterdiği görülmüştür (34).

Hemşirelik, insanın yaşamıyla, yaşamın kalitesiyle, bireylerin, ailelerin, toplumların sağlık kalitesiyle ilgilenir. Ve bireylerin en üst düzeyde sağlıklı olmaları için yardımcı olmayı hedefler (20, 23). Yaşam kalitesini yükseltmeyi hedefleyen hemşirelik girişimleri ise; uygun bakımın verilmesi, bireyin genel olarak rahatlatılması, yaşamın biyolojik, psiko-sosyal ve sosyokültürel yönünü içeren sağlık durumunu yükseltmeye yönelik uygulamalara dayanmaktadır (46).

1.2. Amaç ve Araştırma Soruları

Amaç; Bu çalışma, PM implantasyonu olan hastaların yaşam kalitesini, anksiyete ve depresyon düzeylerini ve bu durumu etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırmada aşağıda belirtilen sorulara yanıt aranacaktır.

1. PM implantasyonu olan hastaların yaşam kalitesi algı düzeyi nedir?
2. PM implantasyonu olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri nedir?
3. PM implantasyonu sonrası hastaların yaşam kalitesi düzeyleri ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
4. PM implantasyon sonrası hastaların yaşam kalitesi düzeyleri ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi etkileyen faktörler nelerdir?

1.3. Araştırmanın Önemi

İnsan sağlığında herhangi bir sorunla karşılaştığında, hemşireliğin hedefi ve işlevi; bireylerin kendi bakımlarını yapar hale gelinceye dek yardım etmek, en kısa sürede kendi bakımlarını üstlenmelerini ve gereksinimlerini karşılayabilmelerini sağlamak, gerekli baş etme yöntemlerini kullanarak yaşam şekli değişikliklerine, hastalığa uyum sağlamalarına yardımcı olmak ve tüm bu süreçlerde yaşam kalitesini yükselterek anksiyete ve depresyon düzeylerini azaltmaktır. (23, 24, 26, 37).

PM implantasyonu olan hastaların günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirildiği bir çalışmada; implantasyon sonrasında hastaların fiziksel aktiviteler sırasında elektrotlara zarar vereceği korkusu yaşadığı görülmüş, bu durumun bireylerde anksiyeteye ve aktivite kısıtlılığına neden olduğu saptanmıştır. Ayrıca hastalarda yaşanan bu korkular azaldığında sosyal hayata katılımın olumlu etkilendiği görülmüştür. PM implantasyonu ile hastaların eski aile içi rollerini yeniden sürdürebildikleri, bununla birlikte hastaların bazılarında ev, iş ve alış veriş gibi aktivitelerde kısıtlılık ve rol değişimi olduğu bildirilmiştir (86).

Bu sonuçlar doğrultusunda PM implantasyonu olan hastalarda fiziksel ve sosyal kısıtlılıklara yol açtığını söylenebilir. Hastanın tedavi ve bakım sürecinde en çok karşılaşılan kişi olan hemşire, bireyleri ve yakınlarını bilgilendirmeli, destek olmalı, olumlu baş etme yöntemlerini öğretmeli, kardiyak rehabilitasyon programları oluşturmalı, öz bakım yeterliliklerini kazandırarak yaşam kalitesinin yükseltilmesine katkıda bulunmalıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalbin İleti Sistemi

Kalp kasının işlevlerini yerine yapabilmesi yani, kasılıp gevşemesi için bir uyarıya gereksinimi vardır. Bu uyarı da kalbin özel elektrik iletim sistemi tarafından sağlanır. Bu sistem tarafından üretilen elektrik, özel yollarla kalbin her tarafına dağılır ve uyarıyı alan kalp kası kasılıp (sistol) gevşeyerek (diastol) işlevlerinin yerine getirir (30, 40, 54).

Kalp uyarısı sağ atriumda bulunan sinoatrial düğümünden başlar.

2.1.1. Sinoatrial (SA) Düğüm

Sağ atriumun üst yan duvarında üst ana toplar damarın atriuma açıldığı yerin altındadır. SA düğüm kalbin normal çalışması için uyarıların başladığı bölgedir. Dakikada 70-80 ileti oluşturur. Bundan dolayı SA düğüm kalbin doğal bir pilidir (pacemaker) ve kasılmaya neden olan elektriksel iletileri kontrol eder (30, 40, 54).

SA düğümünden üretilen elektrik, özel ileti telleri tarafından önce sağ atrium daha sonra sol atriuma yayılır ve atriumlarla ventriküller arasında bulunan Atrio-Ventriküler (AV) düğümüne ulaşır (30, 40, 54).

2.1.2. Atrioventriküler (AV) Düğüm

Triküspid kapağın arkasında sağ atriumun arka duvarında bulunur. Atriumların elektriksel aktiviteleri ventriküllere AV düğüm aracılığı ile geçer. AV düğümü atriumlar ve ventriküller arasındaki tek bağlantıdır. Tek başına dakikada 40-60 ileti çıkarabilir (30, 40, 54).

2.1.3. His Demeti

AV düğümünün ön uzantısından başlar. Ventriküller arası bölgede sağ ve sol dallar olarak ikiye ayrılmaktadır. İletimi oldukça hızlıdır ve ventriküllerin aynı anda kasılmasını sağlar (30, 40, 54).

2.1.4. Purkinje Sistemi

His demetinin sağ ve sol kollarının miyokard içerisine giren ince dallarına denir. Her iki ventrikülün aynı anda ve hızlı bir şekilde kasılmalarını sağlar (35).

Bu ileti sistemi sayesinde elektriksel uyarıların atriumlara dağılması sonucu atriumlar kasılır ve kanı ventriküllere pompalar. Daha sonra uyarı ventriküllere dağılır ve bu defa da ventriküller kasılır. Bu düzenin düzgün olarak devam etmesiyle yaşamın devamı sağlanır (30).

2.2. Kalp Ritmin ve Kalp Sinirleri Tarafından Uyarı İletimin Kontrolü

2.2.1. Sempatik ve Parasempatik Sinirler

- **Parasempatik Sinirler:** Başlıca SA ve AV düğümlerde bulunurlar. Daha az oranda her iki atrium kasında, çok daha az oranda da ventrikül kasında dağılım gösterirler. Parasempatik uyarılar kalp ritmini ve iletimini yavaşlatabilir hatta durdurabilirler. Kalbi besleyen parasempatik sinirlerin uyarılması sonucu asetilkolin nörotransmitter salınır. Bu nörotransmitter, sinüs düğümü ritmini ve atrium kası ile AV düğümü arasında yer alan AV bağlantı liflerinin uyarılabilirliğini azaltarak, kalp uyarısının ventriküle geçişini yavaşlatır. Sonuç olarak, parasempatik uyarılma kalp hızını yavaşlatmaktadır (40, 57).

-**Sempatik Sinirler:** Kalbin her bölümünde özellikle de ventrikül kasında dağılım gösterirler ve norepinefrin salınımını sağlarlar. Sinüs düğümünün iletim hızını artırır, bunun sonucunda kalbin bütün bölümlerinde ileti hızı ve uyarılabilirlik düzeyi artar. Sempatik uyarının maksimum düzeye çıkması, kalbin atım frekansını yaklaşık üç katına, kasılma kuvvetini ise yaklaşık iki katına çıkarabilir (40).

2.3. Normal Elektrokardiyografi (EKG)

Kalp uyarı sonucu kalp boyunca ilerleyen elektrik akımı, düşük oranda vücudun yüzeyine kadar ilerlemektedir. Vücudun değişik yerlerine konulan elektrotlar sayesinde bu akımların meydana getirdiği elektrik potansiyelleri EKG olarak kaydedilir (30, 57).

-**P Dalgası:** Atriumların depolarizasyonunu yansıtır, sağ atrium için 0.07 sn, sol atrium için 0.03-0.09 sn olması, normal kabul edilir.

-**PR Aralığı:** SA düğümden çıkan uyarıların atriyoventriküler ileti süresini yansıtır. P dalgasının başından QRS kompleksinin başlangıcına olan mesafe PR aralığı olarak değerlendirilir. Yetişkinler için normal kabul edilen süresi 0.12-0.20 sn' dir.

-QRS Kompleksi: Ventriküllerin depolarizasyon süresini gösterir. Q, R ve S dalgalarından oluşur. İlk pozitif dalga R dalgası, ilk negatif dalga Q dalgası, ikinci negatif dalga S dalgasıdır. Tüm derivasyonlarda bu dalgaların hepsi bulunmayıp QRS kompleksi farklı dalgalardan oluşabilir. QRS kompleksi için normal kabul edilen süre, ön düzlem derivasyonları için 0.06-0.11 sn, yatay düzlem derivasyonları için 0.06-0.11 sn'dir.

-ST Bölümü: Ventriküllerin depolarizasyonu ile repolarizasyonu arasındaki elektriksel sessiz dönem. QRS kompleksinin bitiminden T dalgasının başına kadar olan mesafedir.

-T Dalgası: Ventriküllerin repolarizasyonu gösteren dalgadır. Genellikle I, II, Avf, V' den V' ya kadar tüm derivasyonlarda pozitif; aVR' de negatif, III, ve AvI' de pozitif ya da negatif; V' de pozitif, negatif ya da bifazik olabilir. Süresi 0.10-0.25 sn'dir.

-QT Aralığı: Ventriküllerin depolarize ve repolarize olduğu toplam süredir. QRS kompleksinin başından T dalgasının sonuna kadar olan süre QT aralığı olarak değerlendirilir. Erişkinler için normal süre, 0.35-0.44 sn olarak kabul edilir. Kalp hızına göre değişkenlik gösterdiği için kalp hızına göre düzenlenmiş QT aralığı değeri bulunmalıdır.

2.4. Kalbin İleti Sistemi Hastalıkları

2.4.1. Sinüs Düğümü Aritmileri

-Hasta Sinüs Sendromu (Sinüs Nod Disfoksiyonu): Sinüs düğümü normalde dakikada 60-80 uyarın çıkarmaktadır. Bu uyarın sayısı aktivitesi arttığında 140-160/dak. kadar çıkabilmektedir. Sinüs düğümünden kaynaklanan bu durum düzensiz bir ritim oluşturur. Bu ritim bozukluğunun solunum ile ilişkili ve solunum ile ilişkisiz olmak üzere iki tipi vardır. Solunumla ilişkili sinüs aritmisinde, kalp hızı inspirasyonda artar ekspirasyonda azalır. Sıklıkla sinüs biradikardisi ile birlikte görülür (28, 30).

-Sinüs Bradikardisi: Kalp atım hızının dakikada 60'ın altında olduğu, sinüs düğümünden kaynaklanan düzenli ve yavaş ritimdir. Özellikle yaşlılarda olmak üzere sağlıklı insanlarda, genç erişkinler ve sporcularda da görülen bir aritmi tipidir. Etyolojik faktörler arasında ilaç etkileri (dijital, anestezipler, antiaritmikler vb.), koroner anjiyografi, hipoksi, hipotermi, vagal uyarı artışı yer almaktadır (28, 36)

-Sinüs Taşikardisi: Sinüs düğümü uyarısının normalin üstüne çıkmasına bağlı olarak kalp atım hızının düzenli şekilde dakikada 90-100 üstün olmasıdır. Taşikardinin nedenleri

arasında, vücut ısısında artış, anemi, kalbin sempatik sinirler tarafından uyarılması, hipoksi, kanama, şok ve kalp yetersizliği bulunmaktadır (30, 36).

-Sinüs Duraklaması /Durması: SA düğümün uyarı çıkaramadığı durumda görülen durumdur. SA düğümünden uyarı çıkmama süresi, normal PP dalgası aralığının iki katından az ise duraklama, iki katından fazla ise durma olarak adlandırılır. Duraklama sırasında AV kavşak ve ventriküler kaçak vuruşlar görülebilir. Sinüs duraklaması/durmasına neden olan etkenler sıklıkla Akut MI , vagal uyarılar, hasta sinüs sendromu, dijital entoksikasyonu, miyokardit olarak bildirilmiştir (30).

-Sinüs Çıkışlı Blok: Sinüs düğümü uyarısının atrium kasına geçmeden kesintiye uğramasıdır. P dalgalarının aniden son bulması ile görülen bu olay, atriumların durmasına neden olur. Ancak ventriküller yeni bir ritim geliştirirler. Bu ritim uyarısı genellikle AV düğümünden kaynaklanır; böylece, ventriküllerin QRS-T kompleksinin yavaşlaması dışında hiçbir değişim meydana gelmez (31, 40).

2.4.2. Atriumdan Gelişen Aritmiler

-Atriyal Erken Vuru (Eksrasistol): Atriumlarda herhangi bir ektopik fokustan çıkan erken atımlardır. Ektopik fokus ise; uyarıların SA ya da AV düğüm dışında miyokardın herhangi bir noktasından çıkmasıdır. Emosyonel stres, yorgunluk, kahve, çay, sigara, koroner arter hastalığı (KAH), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), romatizmal kalp hastalıklarında görülebilir (2).

-Paroksizmal Atriyal Taşikardi (PAT): Atriyal ektopik bir fokustan birbiri ardına çok sık çıkan uyarıların neden olduğu oldukça hızlı atriyal atımlardır. Atriumların atım sayısı 160-250/dk' dır. Göğüs ağrısı ve iskemi ritmi hızlandırabilir. Hastalar sıklıkla baş dönmesi, terleme ve mide bulantısından yakınır (2).

-Atriyal Flutter: Atriumlarda ektopik bir odaktan 240-340/dk hızında düzenli uyarın çıkmasıdır. Bu uyarıların hepsi ventriküle geçmez atriyal flutterde, P ve T dalgaları görülmez. P dalgalarının yerini atriyumdaki elektrikselsel aktiviteyi gösteren testere ya da köpek balığı dişi görünümlü flutter dalgalarıdır. Kalp hastalıklarında (KAH, MI, perikardit, kalp cerrahisi) ve pulmoner hastalıklarda (KOA, pulmoner enfeksiyon) görülebilir (2).

-Atriyal Fibrilasyon (AF): Atriumdaki bir çok ektopik odaktan dakikada 450-700 uyarının çıktığı düzensiz ve hızlı ritimdir. Atriumlardan devamlı yer değiştiren odaklardan

uyaran çıkar, ancak 100'ü ventriküle geçer, atriumlar ve ventriküller aynı ritimlerle çalışır (30, 31).

2.4.3. Atrio-Ventriküler Kavşaktan Kaynaklanan Aritmiler

-AV Kavşak Erken Vuru: Sinüs ve atriumlardan uyarı çıkışı geciktiği ya da hiç çıkmadığı zaman, pasif uyarı mekanizması ile kavşaktaki sessiz PM hücrelerinden kaynaklanan kaçış vurularıdır (30).

-AV Kavşak Ritim: Sinüs ve atriumların herhangi bir yerinden uyarı çıkmadığı ya da geciktiği zaman, pasif mekanizma ile kavşaktan peş peşe üç ya da daha fazla kavşak kaçış vuruşunun birbirini izlemesi ile ortaya çıkan ritimdir (30).

-Atrioventriküler Nodal Re-Entrant Taşikardi (AVRNT): Aniden başlayan ve sonlanan, düzenli kalp atımları ile karakterize, ancak ne zaman başlayıp biteceği belli olmayan ve ataklar dışında semptom göstermeyen bir taşiaritmi durumudur (2).

2.4.4. Ventrikül Kaynaklı Aritmiler

-Ventriküler Erken Vuru: His demeti dalları ya da ventrikül miyokardının herhangi bir yerinden kaynaklanan temel ritmin siklusuna göre erken ortaya çıkan vurulardır (30).

-Ventriküler Taşikardi: Ventriküllerdeki ektopik bir odağın PM görevini üstlenerek, dakikada 150-250 arasında sürekli atımlara neden olmasıdır (2).

-Ventriküler Fibrilasyon: Ventrikül kas kütlesi içinde düzensiz bir şekilde dolaşan kalp uyarılarının, ventrikül kasının önce bir bölümünü, daha sonra bir başka bölümünü ve daha sonra farklı bölümünü uyararak, ventrikül kasının tekrar tekrar uyarılması durumudur. Bu durumda ventrikül kasının pek çok küçük bölümü aynı anda kasılır, eşit miktarda pek çok bölümü de aynı anda gevşer. Böylece ventrikül kası asla kalbin normal pompalama döngüsünün gerektirdiği gibi toplu halde ve uyumlu olarak eş zamanda kasılamaz (40).

-İdiyoventrikül Ritim: SA düğüm veya AV kavşaktan uyarı çıkmadığı zaman, ventriküllerdeki herhangi bir odaktan pasif olarak üç ya da daha fazla ventriküler kaçak vuruşunun art arda gelmesi ile ortaya çıkan yavaş bir ritimdir (30).

-**Asistoli:** Kalpte hiçbir elektriksel aktivite yoktur, ritim düz bir çizgi halindedir. Kalpte sistol ve diyastol oluşmaz, kardiyak atım yoktur, vital bulgular alınamaz. Genelde ventriküler ve atriyal asistoli birlikte görülür (2).

2.5. Atrioventriküler Bloklar

2.5.1. Birinci Derece AV Blok

SA düğümünden çıkan bütün uyarılarının ventriküllere gecikerek iletiildiği blok tipidir. Bu gecikme, AV kavşak bölgesinde, his demetinde, Purkinje sisteminde veya hepsinde olabilmektedir (30).

2.5.2. İkinci Derece AV Bloklar

-**Mobitz Tip 1 (Wenckebach) AV Blok:** Genellikle geçicidir. PR aralığının normal veya uzun başlayıp, giderek uzadığı, sonunda P dalgasından sonraki QRS kompleksinin düştüğü blok tipidir (30).

-**Mobitz Tip 2 AV Blok:** PR aralığının normal veya uzun olarak başladığı ve değişmediği, ancak bazı P dalgalarının düzenli ya da düzensiz olarak ventriküllere iletilmediği blok tipidir (30).

2.5.3. Üçüncü Derece AV Tam Blok

Atriumlardan çıkan uyarıların hiçbirinin ventriküllere iletilemediği bir blok tipidir. Blok AV düğüm, his demeti ve her iki dalda da olabilir. Atrium ve ventriküller birbirinden bağımsız olarak uyarı çıkarmaktadır ve major bir aritmidir (30).

2.5.4. Multifokal Atriyal Taşikardi (MAT)

Atriumlardan en az üç odaktan erken ileti çıkmasıdır. Kalp hızı genellikle 100-130/dk' dır ve ritim düzensizdir. Olguların çoğunda ciddi pulmoner hastalık ve buna bağlı hipoksi vardır (2).

2.6. Yaşam Kalitesi (Quality of Live)

Yaşam kalitesi, diğer bir ifade ile “iyi olma durumu” bireyin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda mutlu ve yaşamdan hoşnut olmasını içermektedir (41).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşam kalitesini “bireyin yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi içinde hedefleri, beklentileri, standartları, endişeleri ile ilgili, kendi yaşam durumlarını algılama biçimleridir. DSÖ tarafından yaşam kalitesinin kişilerin fiziksel sağlığından, psikolojik durumundan, bağımsızlık düzeyinden, içinde bulunduğu çevrenin özelliğinden ve çevre ile etkileşiminden etkilendiği açıklanmıştır. Bununla birlikte, yaşam kalitesinin bireyin daha önceki deneyimlerinden, ruhsal durumundan, kişilik yapısından ve beklentilerinden etkileyebileceğini belirten yayınlar da bulunmaktadır (2, 19, 83).

Yaşam kalitesiyle ilgili olarak yapılan ilk çalışmalar 1960’lı yıllarda ABD’de başlamıştır. Halkın yaşam kalitesinin iyileştirilmesi amacıyla devlet tarafından daha iyi gelir, daha iyi eğitim, daha iyi barınma ve sağlık koşulları gibi objektif göstergeleri içeren reform paketi hayata geçirilmiştir. 1970’li yıllarda özellikle psikolojik alanda yaşam kalitesi çalışmalarına ilgi artmıştır. Psikologlar yaşam kalitesinin barınma, gelir durumu gibi objektif bulgularla birlikte, içinde buldukları durumdan doyum alıp almama ile ilişkisini incelemeye başlamışlardır. Sonuç olarak; yaşam kalitesinin bireyin kendi yaşamına ilişkin doyumunu ve bu durumdan hoşnut olma ile ilişkili olduğunu açıklamışlardır (14).

Günümüzde yaşam kalitesi iş, sağlık, aile ve benzeri günlük yaşam memnuniyeti olarak çok boyutlu açıklanmaktadır. Memnuniyet; bireyin geçmişi, şimdiki ve gelecekteki amaçlarının yerine getirilmesi ile birlikte, memnuniyeti arttıran değişimi de kapsayan birçok yönleri içermektedir. Yaşam kalitesi bireyin yaşamını kişisel anlamda olumlu ve olumsuz etkilemektedir. Bireyin yaşam koşullarını kabul etmesi ya da isteklerinin tamamlanması ve yerine getirilmesi yaşamından memnun olduğu anlamına gelmektedir. Özünde yaşam kalitesi bireyin öznel bir değerlendirmesidir. Bireyin yaşamını değerlendirmesine dayanan öznel algı, duygu ve biliş sürecinin tamamıdır. Ayrıca yaşam kalitesi subjektif ve bireyin tam bir iyilik halinde olmasıdır. (19, 43).

Yaşam kalitesi, bir yandan kişinin beden sağlığı, mental durumu, sosyal ilişkileri, bağımsızlık düzeyi ve kişisel inançlarından, diğer yandan, kendi çevresiyle olan ilişkilerinden karmaşık bir biçimde etkilendiği ifade edilmektedir. Bu kavramın oldukça geniş kapsamlı olması anlam karışıklıklarına neden olmaktadır. Ayrıca sağlık durumunu değerlendirme ve araştırmalarda kullanılmak üzere yaşam kalitesinin profesyonel bir tanımına dair, fikir birliği oldukça azdır. Yaşam kalitesi kavramının araştırılmasının,

kişinin kendi yaşam kalitesinin öznel algısına odaklanması gerekliliği konusunda uzmanlar arasında fikir birliği vardır (20, 42).

2.7. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SİYK)

SİYK; bireyin ve grubun bedensel, sosyal ve ruhsal sağlık algısıdır. SİYK, bir bütün olarak yaşam kalitesinin ve onun belirleyicilerinin, gerek bedensel gerekse ruhsal sağlığı etkilediği açıklıkla gösterilmiş olan yönlerini içermektedir (27).

SİYK bireyin fizyolojik işlevlerini değerlendirmekten çok bireyin sağlığını algılaması ve sağlığını iyileştirmesiyle ilgili yaşantılarını kapsamaktadır. Sağlıktan sapma durumlarında, özellikle kronik hastalıkların birey üzerinde etkilerini değerlendirmede önemli bir göstergedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümleri, bireyin kendisini nasıl hissettiğini, günlük yaşam aktivitelerini nasıl yaptığını, hastalık durumunu ve hastalığın tedavisinden nasıl etkilendiğini değerlendirme olanağı sağlamaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesi “bireyin içinde bulunduğu duruma ruhsal yanıtı” “hastalığın sosyal, ruhsal, mesleki ve aile yaşantısı üzerindeki etkisi”, “kişisel iyilik hali”, “kişinin beklentileri ve gerçek durumu arasındaki karşılaştırmalar” “fiziksel, sosyal ve ruhsal işlevlerin doyumu”, “gereksinimleri karşılama bireysel yeterlilik” biçiminde tanımlanmaktadır (10, 25, 50, 83).

“Sağlık” insan yaşamının en önemli yönlerinden biridir. Son yıllarda, insanların yaşam kalitesi üzerine hastalıkların olumsuz etkileri giderek arttığı için “hastanın kendini nasıl hissettiği” konusu, üzerinde en çok durulan durumlardan biri haline gelmektedir. Sağlık durumunun iyiliği, sosyal ve mesleki çevre güvenliği, finansal güvenlik, maneviyat, özgüven, güç ve destekleyici kişiler gibi birçok faktör birbirleriyle ilişkilidir ve bireyin yaşam kalitesine olumlu katkı sağlamaktadır (23, 45).

Sağlık hizmetleri felsefesine göre; hemşire, hastanın yaşam kalitesini yükseltmek için, karşılıklı saygı ve işbirliğine dayanan bütüncül bir yaklaşım anlayışı ile hastanın yaşam kalitesini etkileyen etmenleri değerlendirmelidir. Yaşam kalitesini değerlendirmede ve iyileştirmede hemşireler belirleyici rolü oynayan bireylerdir (23, 24). Bu rollerini tamamı hemşireliğin alanı içerisinde olan, hastayı rahatlatma, yardım etme, uygun bakım vermeyi gerçekleştirerek yerine getirirler (14, 17). Hastanın kendi bakımını üstlenebilmesi ve ya hasta tarafından hemşirelik uygulamalarının memnuniyet olarak ifade edilmesi, yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde olumlu geri dönüş olarak değerlendirilebilmektedir.

Hasta bireyin hastalığına yönelik olan kişisel kontrolü ve bakımdan memnun olması emosyonel rolünü etkiler. Hemşirelik uygulamaları; bireyin bütününe odaklandığı, bireyin sağlık sorununa verdiği yanıtlarını değerlendirdiği ve bireye özgü bakımın planlanıp verilmesini sağladığı için yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri vardır (58).

2.8. Anksiyete ve Depresyon

2.8.1. Anksiyete

Anksiyete, sürekli huzursuzluk veren belirsiz bir olumsuzluk önsezisidir (15, 44). Anksiyete her insan tarafından yaşanan nedenin ne olduğu bilinmeyen, içten gelen, korku, kaygı, bunaltı, boğulma hissi, stres, kötü bir şey olacakmış endişesiyle yaşanan bunaltı duygusudur. Çarpıntı, nefes almada zorluk, hızlı hızlı nefes alma, boğuluyormuş gibi hissetme, kalp hızının artması, ellerde ve ayaklarda titreme, aşırı terleme gibi fizyolojik belirtileri vardır. Yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan bir çeşit alarm duygusudur. İçten ya da dıştan gelen tehlikeler ya da tehlike beklentilerine karşı yaşanan bir tepkidir. Bazı tanımlar anksiyeteyi kaynağı bilinmeyen bir tehlike beklentisi ile sınırlandırarak korkudan ayırt eder (15, 29). Korku dışarıdan gelebilecek kaynağı belli gerçek bir tehlike karşısında ruhsal ve bedensel olarak verilen bir tepkidir. Yani korku mevcut ve açık bir tehlike karşısında yaşanan duygudur (29).

Anksiyetenin asıl amacı, yaşamın sürdürülmesi ve uyum davranışının gelişimini sağlamaktır (29). Ayrıca organizmayı uyarıcı, koruyucu ve motive edici özellikleri vardır ve kişinin zor durumlarda başa çıkabilmesine yardımcı olur. Anksiyetenin patolojik olduğuna karar verebilmek için, uyarının şiddeti ile ortaya çıkan anksiyetenin orantılı olmaması, zamanla azalmak yerine değişmemesi ya da şiddetlenmesi, klinik tabloya ağırlıklı olarak anksiyetenin fiziksel belirtilerinin hakim olması, anksiyeteye katlanılamaması ve işlevselliğin bozulması gerekir. Bu durumda anksiyete kişinin mesleki ve ailevi yaşantısını etkilemeye başlar, kişilerarası ilişkilerinde bozulmalara neden olur, gün içinde sık sık ortaya çıkar ve günün büyük bir kısmını kaplar, kişi bu durumu kontrol edemez ve başa çıkamaz (5, 51, 56).

Anksiyete bozuklukları en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklardandır. Toplumun % 25' inde görülmekte ve ortalama 14 yaş civarında başlamaktadır (29).

Kardiyak hastaların %30'unda anksiyete semptomları artmıştır. Bu durum morbitide ve mortalite artması ile ilişkilidir (59).

Toplam 250.000 birey üzerinde yapılan 20 araştırmanın meta-analizinde, anksiyetenin, genel anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi ve konjestif kalp

hastalığındaki (KKH) travma sonrası gibi farklı yapılar üzerindeki etkilerini bir araya getirdiği ortalama 11 yıllık takip sonrasında hastalığın seyrini etkileyen diğer faktörlerden bağımsız olarak KKH morbitide riskinin 1.3 kat, kardiyak mortalite riskinin ise 1.5 kat arttığı gösterilmiştir (59, 60).

KKH semptomatik olmaya başladığında anksiyete için önemli bir tetikleyicidir. Bireyde MI geçirme, sakat kalma ve ani ölüm korkusunu ortaya çıkarabilir. Anksiyete, ventriküler aritmi ve ani kardiyak ölüm riskini arttırarak koroner arter hastalığına bağlı mortalite oranlarını yükseltebilmektedir. Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde öfke gibi subjektif emosyonel durumlar ve anksiyete, koroner arterlerde kan akışını azaltarak ölümcül etki gösterebilirler (29, 33).

Anksiyete ile ani kardiyak ölüm arasında bir ilişki olduğunun gösterildiği bir takım prospektif çalışmalar bulunmaktadır. Bunlardan tüm katılımcıların erkek olduğu bir araştırmada, fobik (yoğun anksiyete duygusu) anksiyete düzeyi yüksek olan bireylerde ani kardiyak ölüm riskinin, anksiyete düzeyleri düşük olan diğer bireylere kıyasla üç kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (29).

Bireysel anksiyete bozuklukları ile kardiyak sonuç arasındaki ilişkiler konusunda çok az bilgi vardır. Çoğu araştırmada anksiyete bozuklukları yapılandırılmış tanı amaçlı bir görüşme yerine, anket kullanılarak değerlendirilmiştir. Bazı çalışmalarda ise anksiyete bozukluklarının hastalık üzerinde koruyucu bir etkiye sahip olduğu belirtilmektedir. Anksiyetenin belki de kaygı düzeyi yüksek kalp hastalarının daha sağlıklı bir şekilde uyanık olmaları ve bu nedenle endişeli olmayan kalp hastalarından daha sıklıkla sağlık bakımları aramalarına neden olmaktadır (59).

2.8.2. Depresyon

Duygu durum bozuklu olan depresyon, içsel olarak yaşanan, kişinin davranışları ve dünyayı algılamasını etkileyen sürekli bir duygu tonudur.

Duygulanım ise, duygu durumunun dışı ifade şeklidir. Duygu durumu normal, yükselmiş ya da çökük olabilir. Çökmüş duygu durumunda depresyon tablosu görülmektedir (15).

Depresyon durumunda kişide, günlük etkinlikleri yerine getirme ile ilgi istek ve yaşamdan zevk alma yerine üzüntü, keder, mutsuzluk, isteksizlik, karamsarlık, umutsuzluk ve suçluluk gibi duygular yer alır. Düşünce, konuşma, hareketler ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama görülürken çaresizlik, değersizlik ve karar verme güçlüğü gibi duygu ve

düşünceleri içeren özellikler bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal alanlarını olumsuz yönde etkilemektedir (8, 15, 90).

Depresyon, görülme sıklığı %17 olan çok yaygın psikolojik bir sendromdur (29). Depresyonun kadınlarda görülme oranı erkeklere göre yaklaşık iki kat fazladır ve ortalama başlangıç yaşı 25'tir. ABD' de erişkinlerde depresyonun ömür boyu yaygınlığının %16.5, 12 aylık yaygınlığının ise %6.7 olduğu bildirilmiştir. Ayrıca depresyonun, 2030 yılında tüm dünyada HIV enfeksiyonu ve edinilmiş immün yetersizlik sendromundan (AIDS) sonra ikinci sırada gelen, gelir düzeyi yüksek ülkelerde ise birinci sırada gelen sağlık sorunu olacağı tahmin edilmektedir (61).

Yapılan araştırmalarda her beş kişiden birinin yaşamlarının bir döneminde en az bir kez depresyon geçirdiği belirtilmektedir. Herhangi bir anda toplum içinde yapılan kontrollerde erkeklerin %3'ünde, kadınların ise %6'sında depresyon görülmektedir. Kadınlar en çok 35-45, erkekler 55-70 yaşlarında depresyon geçirmektedir. Kadınların yaşam boyu depresyon görülme sıklığı, erkeklerin yaklaşık 1.7-2.7 katıdır (19). Ailede depresyon geçiren bir kişinin olması, kadın olması, yalnız yaşaması, yoksul olması, aile içinde sorun olması, kronik bir hastalığı ya da eşinde kronik bir hastalığının olması kişinin depresyon geçirme riskini arttırabilmektedir (19).

Hastalık durumunda hissedilen çaresizlik duygusu, hastalığın yol açtığı fiziksel belirtiler ve tedaviye bağlı yan etkileri sonucunda, hasta bedenini kontrol edememe duygusunu yaşamaktadır. Yaşanan kontrol kaybı sonucunda ise benlik saygısı azalmakta bu durum da depresyonun ortaya çıkmasını kolaylaştırabilmektedir. Depresyon yaşayan hasta kendi içine kapanarak kendisini sosyal çevresinden izole eder ve değersizlik hissi yaşayabilir. Bu durum kişide hem fiziksel hem de ruhsal yönden olumsuz etkilenmeyi arttırır, sonuç olarak iş performansında düşme, günlük yaşam aktivitelerinde azalma ve sosyal izolasyon görülebilir ve kişinin yaşam kalitesi de olumsuz etkilenebilir (5, 44).

Depresyonun tanınması oldukça zordur. Bazen hastalar depresyonu anlatmakta güçlük çeker, yaşamdan tat alamadıklarını anlatmaya çalışabilirler. Kişi isteksizlik duygusunu tanımlayamayabilir ya da bunu tembellik olarak düşünüp söylemekten utanır. Belirtilerin ciddiye alınmayacağı düşüncesiyle hekime vücudunda olan anormal tepkileri söylemekten çekinir. Depresyonun belirtileri soyut olduğu için, bazı hastalar, yakınlarının buna inanmayacağını ya da küçümseyeceğini düşünerek sıkıntılarını bedenleri ile ifade ederler (48).

Depresyon kardiyovasküler hastalıkların seyrini ve prognozunu önemli derecede ve olumsuz etkilediği için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Major depresyon, özellikle iskemik kalp hastalığı ve konjestif kalp yetersizliği bulunan olgularda daha sık görülmektedir (29). Kardiyak hastalarda depresyon %10-15 oranında yaygınlık gösterdiği bildirilmiştir (55).

Uzun yıllar yapılan çalışmalarda depresif bireyler arasında iskemik kalp hastalığı riskinin yüksek olduğu, kalp hastalarının depresyon sürecini kötüleştirdiğini ve depresif hastalarda MI'dan hemen sonrasındaki periyotta ölüm oranının arttığı belirtilmiştir (37). Yapılan 18 aylık takiplerde de akut MI sonrası gelişen depresyonun, ölüme neden olan önemli bir öngörücü olduğu sunulmuş olup böylece depresyon ve kardiyovasküler hastalıklar arasında güçlü bir ifade olduğu belirtilmiştir (55).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tasarımı

Bu araştırma PM implantasyonu olan hastaların yaşam kalitesini, anksiyete ve depresyon düzeylerini ve bu durumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Uygulama ve Araştırma Hastanesi ile Sağlık Bakanlığı Gaziantep İli Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Üniteleri' inde polikliniklere kontrol amacıyla gelen, kardiyoloji servisleri ve koroner yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarla Ocak 2016-Haziran 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Gaziantep Üniversite Şahinbey Uygulama ve Araştırma Hastanesinde 1 tane koroner yoğun bakım ünitesi, 1 tane kardiyoloji servisi, 1 tane anjio ünitesi, 2 tane kardiyoloji polikliniği, 3 tane eko odası, 2 tane EKG odası bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı Gaziantep İli Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 1 tane koroner yoğun bakım ünitesi, 1 tane kardiyoloji servisi, 1 tane anjio ünitesi, 1 tane eko poliklinik, 2 tane EKG odası, 3 tane kardiyoloji polikliniği mevcuttur.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

04 Ocak 2016 – 07 Haziran 2016 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Uygulama ve Araştırma Hastanesi ile Sağlık Bakanlığı Gaziantep İli Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji ünitelerine PM imptantasyonundan en az altı hafta sonra, kontrol veya tedavi amacıyla kardiyoloji ünitelerinde bulunan, tüm hastalar çalışmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırma süreci boyunca (04 Ocak - 07 Haziran 2016) her iki kurumda kontrol ve tedavi amacıyla toplam 134 hasta başvurusu olmuştur. Bu hastalardan 24'ü okur-yazar olmadığı, 9'u Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmadığı, 6'sı PM implantasyon süresinin altı haftadan az olduğu, 4'ü araştırmayı yarıda bıraktığı, 2'si Türkçe bilmediği ve 2'si de 18 yaş altı olduğu için araştırma grubuna dahil edilmemişlerdir. Örneklem seçim kriterlerine uyan toplam 87 hasta örneklem grubunu oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı her iki kurumda toplam 1

Ocak 2015 ile 31 Aralık 2015 tarihleri arasında 117' si Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmak üzere toplamda 139 hastaya PM implantasyonu uygulanmıştır.

3.4. Örneklem Seçim Kriterleri

Örneklem kriterleri;

- ✓ 18 yaş ve üzeri olan,
- ✓ PM implantasyonundan sonra en az altı hafta geçmiş olan,
- ✓ İletişim sorunu olmayan,
- ✓ Çalışmaya katılma konusunda gönüllü olan hastalar araştırma kapsamına alınmışlardır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerini elde etmek amacıyla sosyo-demografik ve hastalığa yönelik özelliklerini içeren araştırmacı tarafından geliştirilen Sosyo Demografik Özellikler Bilgi Formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve HAD Ölçeği kullanılmıştır.

3.5.1. Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu (Ek 1)

Araştırmacı tarafından literatür bilgisine dayanılarak hazırlanan Sosyo Demografik Özellikler Bilgi Formu; hastaların sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hali, yaşadığı yer, çalışma durumu, ekonomik düzeyi gibi) ve hastalığına yönelik (hastalığın tanılama süresi, PM takılma zamanı, kronik hastalık varlığı, hastalığına yönelik düzenli ilaç kullanma ve antidepresan ilaç kullanma durumu gibi) bilgi içeren toplam 19 sorudan oluşmuştur.

3.5.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 2)

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde yaşam kalitesi ölçekleri içinde geniş açılı ölçüm sağlayan 1992 yılında Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulan bir ölçektir (38). Yaşam kalitesini değerlendirmede geçerli ve oldukça sık kullanılan bir ölçüttür. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği' nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır. Yaşam kalitesini değerlendirmede çok sık kullanılan bir ölçüt olup herhangi bir hastalık, cinsiyet ya da tedavi gurubuna özgü değildir (39, 83).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği; sağlığın genel algılanması (5 madde), fiziksel fonksiyon (10 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), sosyal işlev (2 madde), ağrı (2 madde), yaşamsallık/enerji (4 madde), ve mental sağlık (5 madde) üzere 8 alt boyuttan ve toplam 36 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin her alt boyutu için ayrı ayrı puanlar elde edilmektedir. Alt boyutların puanları 0-100 arasında değişmektedir. Puanlar pozitif yönelimlidir. Artan puan yaşam kalitesinde iyiliği göstermektedir (38, 39, 53, 83).

Koçyiğit ve arkadaşlarının yaptığı SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısını 0,7324-0,7612 arasında bulmuşlardır. Her bir alt boyutun Cronbach alfa katsayısı; genel sağlık için 0.7593, fiziksel işlev için 0.7529, fiziksel rol için 0.7576, emosyonel rol için 0.7612, sosyal işlev için 0.7529, ağrı için 0.7602 yaşamsallık için 0.7324, ve mental sağlık için 0.7610 olarak bulunmuştur (39).

Bu araştırmada SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Cronbach alfa katsayısı 0.937, her bir alt boyutun Cronbach alfa katsayısı; genel sağlık için 0.646, fiziksel işlev için 0.930, fiziksel rol için 0.824, emosyonel rol için 0.785, sosyal işlev için 0.839, ağrı için 0.898, yaşamsallık için 0.881, mental sağlık için 0.861 olarak bulunmuştur.

Tablo 3.5.2.1. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutları (19)

Alt Boyutlar	Düşük puan	Yüksek puan
Genel Sağlık	Sağlığın kötü olduğuna ve daha kötüye gideceğine inanma	Sağlığın mükemmel olduğuna inanma
Fiziksel İşlev	Yıkanma ya da giyinme dahil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri, sağlıkla ilgili bir kısıtlama olmaksızın yerine getirebilme
Fiziksel Rol	Fiziksel sağlık nedeniyle işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sağlık nedeniyle işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Emosyonel Rol	Duygusal sorunlar nedeniyle işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Duygusal sorunlar nedeniyle işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Sosyal İşlev	Fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeniyle normal sosyal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti	Normal sosyal etkinliklerin fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeniyle kesintiye uğramaksızın yürütülmesi
Ağrı	Çok şiddetli ve aşırı kısıtlayıcı ağrı	Ağrı ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Yaşamsallık	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Her zaman yaşam dolu, canlı ve enerjik hissetme
Mental Sağlık	Sürekli sinirlilik ve depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme

Tablo 3.5.2.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Sorularının Birleştirilmesi ve Ham Puanlar (19)

SF-36 Alt Boyutları	Soruların Son Puan Değerleri Toplamı	Olası En Düşük Ve En Yüksek Ham Puanlar	<i>Olası Ham Skor Aralığı</i>
Genel sağlık	1+11(a+b+c+d)	5-25	20
Fiziksel İşlev	3(a+b+c+d+e+f+g+i+j+k)	10-30	20
Fiziksel Rol	4(a+b+c+d)	4-8	4
Emosyonel Rol	5(a+b+c)	3-6	3
Sosyal İşlev	6+10	2-10	8
Ağrı	7+8	2-12	10
Yaşamsallık (vitalite)	9(a+e+g+i)	4-24	20
Mental Sağlık	9(b+c+d+f+h)	5-30	25

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin değerlendirilmesi her bölüm için farklılık göstermektedir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğin alt boyutuna ait dördüncü ve beşinci sorusu evet/hayır, diğer sorular likert tipi (3, 5 ve 6'lı) derecelendirme ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin 1, 6, 7, 8, 9d, 9e, 9h, 11b, 11d, maddeleri ters çevrilerek puanı hesaplanmaktadır. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinde toplam puan hesaplaması söz konusu değildir. Alt boyutlar sağlığı 0-100 arasında değerlendirir ve 0 "kötü sağlık " durumunu, 100 "iyi sağlık" durumunu göstermektedir.

3.5.3. HAD Ölçeği (Ek 4)

Zigmond ve Snaith (1983) tarafından hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Aydemir ve ark. (1997) tarafından yapılmıştır. Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlar için tanı koymak için değil anksiyete ve depresyonu kısa sürede tanılayıp risk grubunu belirlemek amacıyla kullanılır. Ölçek toplam 14 sorudan oluşmaktadır. Soruların yedisi (tek sayılar) anksiyete, diğer yedisi (çift sayılar) ise depresyon durumunu değerlendirir. Yanıtlar dörtlü Likert biçiminde ve 0-3 arasında puanlandırılmaktadır. Ölçekte ters ifadeler vardır ve bu nedenle her maddenin puanlaması farklılık gösterir. 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan 2, 4, 7, 9, 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3, biçiminde puanlanırlar. Anksiyete alt boyutu için 1, 3, 5, 7, 9, 11. ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt boyutu için 2, 4, 6, 8, 10, 12. ve 14. maddelerin puanları toplanır. Hastaların her iki alt boyuttan alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21'dir. HAD Ölçeği'nin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt boyutu için 10, depresyon alt boyutu için 7 olarak saptanmıştır (37, 49, 53, 90).

Aydemir ve ark.'ının HAD Ölçeğinin bedensel hastalığı olan hastalarda yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı anksiyete alt boyutu için 0.8525, depresyon alt boyutu için 0.7784 olarak bulunmuştur (63).

Bu araştırmada HAD Ölçeği Cronbach alfa katsayısı 0.856, alt boyutları Cronbach alfa katsayıları anksiyete için 0.870, depresyon için 0.757 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Elde Edilmesi

Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Her bir hasta için verilerin toplanması yaklaşık 30-40 dakika sürmüştür. Hasta tarafından anlaşılmayan ifadeler, hastanın yanıtını etkilemeyecek şekilde açıklanmış ve hastanın anlayacağı şekilde bilgi verilmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 22 (Statistical Package for the Social Sciences) istatistik programı kullanılmıştır.

Verilerin gösteriminde sürekli değişkenler için ortalama (xx) ve standart sapma (ss), kategorik değişkenler için sayı (n) ve yüzde (%) gösterimi kullanılmıştır. Verilerin analiz testleri için; iki grup ortalamasının karşılaştırılmasında t-test (Student's T testi), ikiden fazla grup ortalamalarının değerlendirilmesinde tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) testi, anlamlı olanlarda çoklu karşılaştırma için Post Hoc testlerden olan Lsd testi, ANOVA testinin sağlaması için Kruskal-Wallis testi ve ikili ortalamanın sağlaması için de Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılıklar $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın bir bölge ve il sınırları içerisinde yapılması, sonuçların genele uyarlanmasını güçleştirmektedir. Veri toplama sürecinde yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalar da dahil edilmiştir. Ve hastaların yoğun bakım ünitelerinde duygu durum süreçlerini de göz önünde bulundurulması gerektiği düşünölmektedir. Ayrıca çalışma kapsamına alınan hastaların bir kısmının başka kronik hastalıklarında bulunduğundan sonuçların etkilenme ihtimali bulunmaktadır. Hastaların PM implantasyon uyumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen, anksiyete ve depresyon düzeylerini belirleyen ileriki çalışmalarda bu durumlar göz önünde bulundurulabilir.

3.9. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın örneklem ölçütlerini karşılayan hastalarla yüz yüze görüşme öncesi, araştırmanın amacı, zamanı, araştırma verilerinin gizliliği, gönüllü olarak katılabilecekleri hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onam alınmıştır (**Ek 5**). Araştırmanın yapılması için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu 23.11.2015 tarih ve 2015-07 karar numaralı etik kurulu onayı (**Ek 6**) ve Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliğinden (**Ek 7**) yazılı kurum izni alınmıştır. Sağlık Bakanlığı Gaziantep İli Kamu Hastaneler Birliğine bağlı Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi yazılı kurum izni alınmıştır (**Ek 8**).

4. BULGULAR

PM implantasyonu olan hastaların yaşam kalitesini, anksiyete ve depresyon düzeylerini ve bu durumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanan çalışma, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile Sağlık Bakanlığı Gaziantep İli Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji ünitelerinde çalışmaya gönüllü olarak katılan toplam 87 hasta ile yapılmıştır.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri Bilgi Formun Dağılımı (N=87)

Sosyo – Demografik Özellikler		Sayı (n)	%
Cinsiyet	Kadın	34	39,1
	Erkek	53	60,9
Yaş Grubu	26-46 Yaş Arasında	12	13,8
	47-67 Yaş Arasında	34	39,1
	68-89 Yaş Arasında	41	47,1
Medeni Durum	Evli	69	79,3
	Eşi Ölmüş	18	20,7
Yaşanılan Yer	İl	65	74,7
	İlçe	11	12,6
	Belde/Köy	11	12,6
Eğitim Durumu	Okur Yazar	41	47,1
	İlkokul	24	27,6
	Ortaokul	8	9,2
	Lise	8	9,2
	Yüksekokul ve Üstü	6	6,9
Çalışma Durumu	Çalışıyor	7	8,0
	Çalışmıyor	39	44,8
	Emekli	41	47,1
Birlikte Yaşanılan Kişi	Eşi İle	43	49,4
	Eş ve Çocuklar	24	27,6
	Yalnız	15	17,2
	Yakını İle	5	5,7
Ekonomik Durum	Gelir Az	51	58,6
	Gelir Eşit	32	36,8
	Gelir Fazla	4	4,6

Araştırmaya katılan PM implantasyonu olan hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; hastaların %39,1'inin (n=34) kadın, %60,9'unun (n=43) erkek olduğu görüldü. Yaş sınırlarının 26-89 arasında değişmekte olup, yaş ortalamasının 64.48±14.40 olduğu bulundu. Hastaların %13,8'inin (n=12) 26-46 yaş arası, %39,1'i (n=34) 47-67 yaş

arası, %47,1'i (n=41) 68-89 yaş arası olduğu gözlemlendi. Hastaların %79,3'ünün (n=69) evli, %20,7'sinin (n=18) eşi ölmüş olduğu gözlemlendi. Hastaların %74,7'sinin (n=65) kentlerde yaşadığı, %12,6'sının (n=11) ilçe, %12,6'sının (n=11) belde/köyde yaşadığı gözlemlendi. Eğitim durumları bakımından hastaların %47,1'nin (n=41) okuryazar, %27,6'sının (n=24) ilköğretim, %9,2'sinin (n=8) ortaokul, %9,2'sinin (n=8) lise, %6,9'unun (n=6) yüksekokul ve üstü olduğu gözlemlendi. Hastaların çalışma durumları bakımından %8'inin (n=7) çalıştığı, %44,8 (n=39) çalışmıyor, %47,1'i (n=41) emekli olduğu. Birlikte yaşanan kişiler olarak hastaların %49,4'ünün (n=43) eşi ile birlikte, %27,6'sının (n=24) eş ve çocukları ile, %17,2 (n=15) yalnız yaşadığı, %5,7 (n=5) yakını ile birlikte yaşadığı gözlemlenmiştir. Ekonomik durumları bakımından hastaların %58,6'sının (n=51) gelirinin giderden az, %36,8'inin (n=32) geliri giderine eşit, %4,6'sının (n=4) geliri giderinden fazla olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 4. 1).

Tablo 4.2. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=87)

Hastalığa İlişkin Özellikler	Sayı (n)	%	
Hastalığın Tanılanma Süresi	1-5 Yıl Arası	24	27,6
	6-10 Yıl Arası	28	32,2
	11-15 Yıl Arası	19	21,8
	16 Yıl ve Üzeri	16	18,4
PM İmplantasyon Zamanı	0-11 Ay Arası	16	18,4
	1-5 Yıl Arası	43	49,4
	6-10 Yıl Arası	18	20,7
	11-15 Yıl Arası	3	3,4
	16 Yıl ve Üzeri	7	8,0
PM Hakkında Bilgi Alma Kaynağı*	Hekim	87	100
	Hemşire	69	79,3
	Medikalci	49	56,8
	İnternet	12	13,8
Düzenli İlaç Kullanımı	Evet	79	90,8
	Hayır	8	9,2
Antidepresan İlaç Kullanım	Kullanmıyor	59	67,8
	Kullanıyor	28	32,2
	0-3 Ay	12	13,8
	4-7 Ay	4	4,6
	Düzensiz Kullanıyor	12	13,8
Kronik Bir Hastalık Varlığı	Kalp Yetmezliği	30	34,5
	HT	29	33,3
	DM	19	21,8
	KBYKOA	6	6,9
	KOAHKBY	3	3,4
Psikolojik Destek Alma	Evet	6	6,9
	Hayır	81	93,1

* Birden fazla yanıt verilmiştir. Yüzdeler N=87'ye göre alınmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların hastalıklarının tanılama süresi bakımından %27,6'sının (n=24) 1-5 yıl arası, %32,2'sinin (n=28) 6-10 yıl arası, %21,8'inin (n=19) 11-15 yıl arası ve %18,4'nün (n=16) 16 yıl ve daha fazla senedir hastalık tanısı aldığı görüldü. PM implantasyon süresinin %18,4'ünde (n=16) 0-11ay, %49,4'ünde (n=43) 1-5 yıl arası, %20,7'sinde (n=18) 6-10 yıl arası, %3,4'ünde (n=3) 11-15 yıl arası ve %8,0'inde (n=7) 16 yıl ve üzerinde olduğu gözlemlendi. Hastaların %100,00'ünün (n=87) hekim, %79,3'ünün (n=69) hemşire, ve %56,3'ünün (n=49) medikalci ve %13,8'inin (n=12) internetten PM ile ilgili bilgi aldığı belirlendi. Hastaların %90,8'inin (n=79) düzenli ilaç kullandığı %9,2'sinin (n=8) ise kullanmadığı gözlemlendi. Hastalar antidepresan ilaç kullanmaları bakımından değerlendirildiğinde, %67,8'inin (n=59) ilaç kullanmadığı, %32,2'sinin ise (n=28) ilaç kullandığı, ilaç kullananların kullanım sıklığı bakımından %13,8'inin (n=12) 0-3 ay, %4,6'sının (n=4) 4-7 ay aralığında kullandığı ve %13,8'inin (n=12) düzensiz olarak kullandığı görüldü. Hastaların ilave en az bir kronik hastalığı olanların %62,1'i (n=54) evet, %37,9'u hayır cevabını verdiği gözlemlendi. Çalışma grubuna giren hastaların tümünde eşlik eden bir kronik hastalık olduğu, %34,5'inin (n=30) kalp yetmezliği (KY), %33,3'ünün (n=29) hipertansiyon (HT), %21,8'inin (n=19) diabetes mellitus DM, %6,9'unun (n=6) KOAH, %3,4'ünün (n=3) kronik böbrek yetmezliği (KBY) tanısı olduğu gözlemlendi. Hastaların %6,9'unun (n=6) profesyonel anlamda uzmanlardan psikolojik destek aldığı ve %93,1'inin psikolojik destek almadığı gözlemlenmiştir (Tablo 4. 2).

Tablo 4.3. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD Ölçekleri Alt Boyut Puanları (N=87)

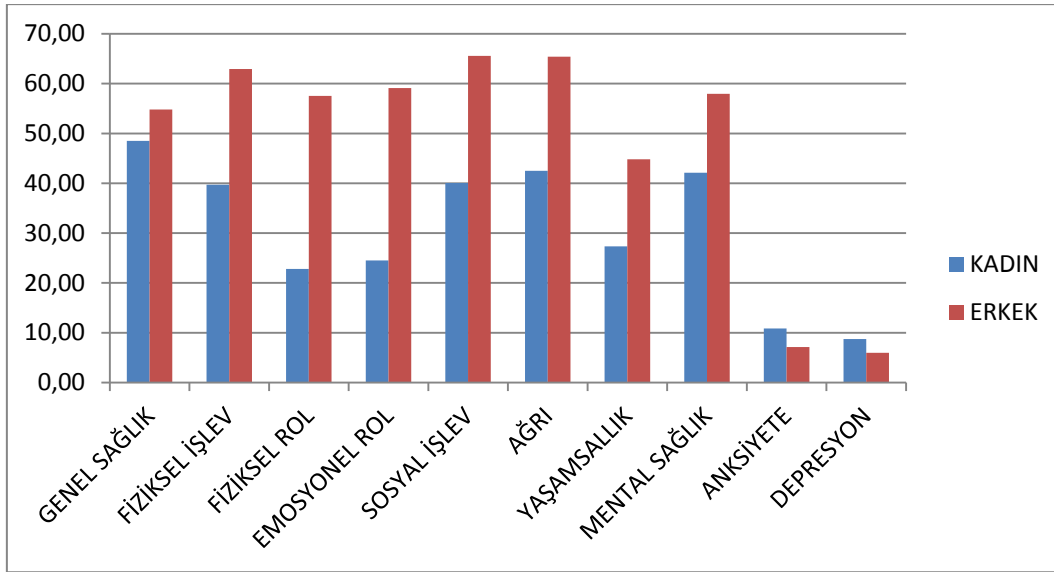
SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Boyutları	Ortalama \pm ss	Ortanca	Alt Değer	Üst Değer	
Genel Sağlık	52,33 \pm 20,53	50	5	92	
Fiziksel İşlev	53,85 \pm 31,02	55	0	100	
Fiziksel Rol	43,97 \pm 40,16	25	0	100	
Emosyonel Rol	45,59 \pm 41,64	33,33	0	100	
Sosyal İşlev	55,60 \pm 27,87	62,5	0	100	
Ağrı	56,46 \pm 24,99	52	0	100	
Yaşamsallık	37,99 \pm 24,56	35	0	100	
Mental Sağlık	51,77 \pm 21,37	52	4	92	
HAD					
Alt Boyutları	Ort.	N	%	Min.	Maks.
HAD-A Eşik altı (0-10 puan)	10,10 \pm 4,97	28	32,2	0	19
Eşik üstü (11-21 puan)	7,86 \pm 4,86	59	67,8		
HAD-D Eşik altı (0-7 puan)	7,67 \pm 4,29	28	32,2	0	19
Eşik üstü (8-21 puan)	6,74 \pm 5,02	59	67,8		

Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD ölçekleri alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.3'te verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının en yüksek (56,46 \pm 24,99) ağrı olmak üzere, sırasıyla sosyal işlev (55,60 \pm 27,87), fiziksel işlev (43,97 \pm 40,16), genel sağlık (52,33 \pm 20,53), mental sağlık (51,77 \pm 21,37), emosyonel rol (45,59 \pm 41,64), fiziksel rol (43,97 \pm 40,16) ve en düşük olarak da yaşamsallık (37,99 \pm 24,56) olduğu belirlendi. HAD Ölçeği alt boyutlarından anksiyete için alınan eşik altı puan ortalaması 10,10 \pm 4,97, eşik üstü 7,86 \pm 4,86 iken, depresyon için eşik altı puan ortalamasının 7,67 \pm 4,29, eşik üstü 6,74 \pm 5,02 olduğu bulundu. Hastaların eşit oranlarda (%67,8; n=59) hem anksiyete hem de depresyon alt boyutlarından eşik üstü puan aldıkları saptandı.

Tablo 4.4. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD Ölçekleri Alt Boyutları Puan Ortalamaları İle Cinsiyetlerinin Karşılaştırılması (N=87)

SF-36 Yaşam Kalitesi	Kadın (n=34)	Erkek (n=53)	p değeri
Genel Sağlık	48,50 ± 21,12	54,79 ± 19,96	p=0,164
Fiziksel İşlev	39,71 ± 30,99	62,92 ± 27,69	p=0,000
Fiziksel Rol	22,79 ± 33,35	57,55 ± 38,48	p=0,000
Emosyonel Rol	24,51 ± 36,98	59,12 ± 39,03	p=0,000
Sosyal İşlev	40,07 ± 29,96	65,57 ± 21,36	p=0,000
Ağrı	42,50 ± 24,76	65,42 ± 20,85	p=0,000
Yaşamsallık	27,35 ± 22,33	44,81 ± 23,66	p=0,001
Mental Sağlık	42,12 ± 20,45	57,96 ± 19,75	p=0,001
HAD	Kadın (n=34)	Erkek (n=53)	p değeri
Anksiyete	10,85 ± 5,18	7,13 ± 4,31	p=0,000
Depresyon	8,74 ± 5,09	5,96 ± 4,29	p=0,008

Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD ölçekleri alt boyutları puan ortalamaları ile cinsiyetlerinin karşılaştırılması Tablo 4. 4'te verilmiştir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne göre, hastaların cinsiyetleri karşılaştırıldığında erkek hastaların tüm alt boyutlarda kadın hastalardan daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu görüldü. Hastaların cinsiyetleri arasında genel sağlık (p=0,164) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken (p>0,05), fiziksel işlev (p=0,000), fiziksel rol (p=0,000), emosyonel rol (p=0,000), sosyal işlev (p=0,000), ağrı (p=0,000), yaşamsallık (p=0,001) ve mental sağlık (p=0,001) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (p<0,05). Benzer şekilde hastaların HAD Ölçeği'ne göre anksiyete (p=0,000) ve depresyon (p=0,008) puan ortalamaları erkek hastalarda daha düşük bulundu ve gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (p<0,05).



Şekil 4.1. Hastaların Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

Tablo 4.5. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD Ölçekleri Alt Boyutları Puan Ortalamaları İle Yaş Gruplarının Karşılaştırılması (N=87)

SF-36 Yaşam Kalitesi	A 26-46 Yaş (n=12)	B 47-67 Yaş (n=34)	C 68-89 Yaş (n=41)	p değeri	Farkın Kaynağı
Genel Sağlık	64,75±15,72	55,06±18,89	46,44±21,35	p=0,014	A-C
Fiziksel İşlev	74,58±20,83	61,47±27,76	41,46±31,27	p=0,001	A-C, B-C
Fiziksel Rol	58,33±35,89	45,59±40,58	38,41±40,73	p=0,308	Yok
Emosyonel Rol	66,67±34,82	47,06±41,13	38,21±42,53	p=0,110	A-C
Sosyal İşlev	72,92±24,33	58,82±22,30	47,87±30,61	p=0,015	A-C
Ağrı	66,00 ±19,94	61,74±23,65	49,29±25,86	p=0,034	A-C, B-C
Yaşamsallık	51,25±22,78	40,00±23,77	32,44±24,50	p=0,053	A-C
Mental Sağlık	59,00 ±17,98	51,65±21,20	49,76±22,42	p=0,424	Yok
HAD	26-46 Yaş (n=12)	47-67 Yaş (n=34)	68-89 Yaş (n=41)	p değeri	Farkın Kaynağı
Anksiyete	7,25±4,86	7,85±4,97	9,59±4,95	p=0,199	Yok
Depresyon	4,83±3,95	7,06±4,72	7,68±4,98	p=0,195	Yok

Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD ölçekleri alt boyutları puan ortalamaları ile yaş gruplarının karşılaştırılması Tablo 4. 5'te verilmiştir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne göre, hastaların yaş grupları karşılaştırıldığında yaş büyüdükçe puan ortalamalarının düştüğü görüldü. Hastaların yaş grupları ile genel sağlık (p=0,014), fiziksel işlev (p=0,001), sosyal işlev (p=0,015) ve ağrı (p=0,034) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (p<0,05). Hastaların yaş grupları ile HAD Ölçeği alt boyutları arasında anksiyete (p=0,199) ve depresyon yönünden (p=0,195) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (p>0,05).

Tabloda farkın kaynağı sütununda "Genel Sağlık, Emosyonel Rol, Sosyal İşlev, Yaşamsallık" boyutlarında hastaların yaş grupları bakımından karşılaştırılmalarında 26-46 yaş grubundaki hastalar ile 68-89 yaş grubundaki hastalar arasında (genç hastalar ile ileri yaşlı olanlar arasında) anlamlı fark olduğu gözlenmiştir. "Fiziksel İşlev, Ağrı" boyutlarında ise hastaların yaş grupları bakımından karşılaştırılmalarında 26-46 yaş grubundaki hastalar ile 68-89 yaş grubundaki hastalar arasında ve 47-67 yaş grubundaki hastalar ile 68-89 yaş grubundaki hastalar arasında anlamlı fark olduğu gözlenmiştir.

Tablo 4.6. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD Ölçekleri Alt Boyutları Puan Ortalamaları İle Medeni Durumlarının Karşılaştırılması (N=87)

SF-36 Yaşam Kalitesi	Evli (n=69)	Eşi Ölmüş (n=18)	p değeri
Genel Sağlık	55,04 ± 20,84	42,78 ± 16,89	p=0,024
Fiziksel İşlev	60,29 ± 27,86	30,83 ± 32,37	p=0,000
Fiziksel Rol	51,10 ± 39,45	19,44 ± 32,71	p=0,002
Emosyonel Rol	53,92 ± 41,54	16,67 ± 26,20	p=0,001
Sosyal İşlev	61,21 ± 26,20	35,42 ± 25,46	p=0,000
Ağrı	61,50 ± 23,53	38,28 ± 22,63	p=0,000
Yaşamsallık	41,62 ± 23,93	26,11 ± 22,98	p=0,016
Mental Sağlık	55,18 ± 21,60	39,78 ± 16,09	p=0,006
HAD	Evli (n=69)	Eşi Ölmüş (n=18)	p değeri
Anksiyete	7,79 ± 4,90	11,11 ± 4,17	p=0,010
Depresyon	6,41 ± 4,74	9,17 ± 4,41	p=0,029

Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD ölçekleri alt boyutları puan ortalamaları ile medeni durumlarının karşılaştırılması Tablo 4. 6'da verilmiştir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne göre, hastaların medeni durumları karşılaştırıldığında evli hastaların tüm alt boyutlarda eşi ölmüş olan hastalardan daha yüksek ortalamaya sahip oldukları bulundu. Medeni durumlarına göre gruplar arasında genel sağlık (p=0,024), fiziksel işlev (p=0,000), fiziksel rol (p=0,002), emosyonel rol (p=0,001), sosyal işlev (p=0,000), ağrı (p=0,000), yaşamsallık (p=0,016) ve mental sağlık (p=0,006) alt boyutları puan ortalamaları yönünden

istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p<0,05$). Eşi ölmüş olan hastaların HAD Ölçeği'ne göre anksiyete ($p=0,010$) ve depresyon ($p=0,029$) puan ortalamaları evli olan hastalara göre daha düşük bulundu ve gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Tablo 4.7. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD Ölçekleri Alt Boyutları Puan Ortalamaları ile Eğitim Durumlarının Karşılaştırılması (N=87)

SF-36 Yaşam Kalitesi	A Okuryazar (n=41)	B İlkokul (n=24)	C Ortaokul (n=8)	D Lise (n=8)	E Y.Okul ve ↑ (n=6)	p değeri	Farkın Kaynağı
Genel Sağlık	43,05 ± 18,86	58,38 ± 17,61	57,38 ± 18,39	65,13 ± 21,87	67,83 ± 19,08	p=0,001	A-B, A-D, A-E
Fiziksel İşlev	35,98 ± 26,86	65,21 ± 25,34	74,38 ± 22,11	75,00 ± 29,40	75,00 ± 27,57	p=0,000	A-B, AC, AD, A-E
Fiziksel Rol	22,56 ± 31,03	53,13 ± 39,23	65,63 ± 37,65	75,00 ± 37,80	83,33 ± 25,82	p=0,000	A-B, AC, AD, A-E
Emosyonel Rol	22,76 ± 32,01	55,56 ± 41,32	75,00 ± 34,51	83,33 ± 35,63	72,22 ± 32,77	p=0,000	A-B, AC, AD, A-E
Sosyal İşlev	39,02 ± 24,24	63,02 ± 22,87	78,13 ± 17,36	78,13 ± 20,86	79,17 ± 20,41	p=0,000	A-B, AC, AD, A-E
Ağrı	39,05 ± 18,30	71,42 ± 22,41	69,38 ± 16,22	72,00 ± 18,21	77,67 ± 12,99	p=0,000	A-B, AC, AD, A-E
Yaşam-Sallık	24,02 ± 18,00	45,83 ± 23,67	53,13 ± 21,20	58,13 ± 19,45	55,00 ± 28,11	p=0,000	A-B, AC, AD, A-E
Mental Sağlık	40,39 ± 19,47	56,83 ± 18,83	67,00 ± 16,94	68,00 ± 12,65	67,33 ± 17,24	p=0,000	A-B, AC, AD, A-E
HAD	Okuryazar (n=41)	İlkokul (n=24)	Ortaokul (n=8)	Lise (n=8)	Y.Okul ve ↑ (n=6)	p değeri	Farkın Kaynağı
Anksiyete	11,39 ± 4,41	7,08 ± 4,42	6,50 ± 3,46	4,50 ± 3,70	3,67 ± 2,73	p=0,000	A-B, AC, AD, A-E
Depresyon	9,61 ± 4,90	5,83 ± 3,48	2,75 ± 2,31	3,75 ± 3,11	4,50 ± 3,15	p=0,000	A-B, AC, AD, A-E

Tablo 4. 7'de hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD ölçekleri alt boyutları puan ortalamaları ile eğitim durumlarının karşılaştırılması verilmiştir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne göre, hastaların eğitim durumları karşılaştırıldığında eğitim düzeyi arttıkça hastaların tüm alt boyutlar da puan ortalamalarının da yükseldiği gözlemlendi. Hastaların eğitim durumları arasında genel sağlık ($p=0,001$), fiziksel işlev ($p=0,000$), fiziksel rol ($p=0,000$), emosyonel rol ($p=0,000$), sosyal işlev ($p=0,000$), ağrı ($p=0,000$), yaşamsallık

($p=0,000$) ve mental sağlık ($p=0,000$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). Hastaların HAD Ölçeği'ne göre anksiyete ($p=0,000$) ve depresyon ($p=0,000$) puan ortalamalarının eğitim düzeyi arttıkça azaldığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Tabloda farkın kaynağı sütununda "genel sağlık" boyutunda hastaların eğitim durumları bakımından karşılaştırılmalarında okuryazar olan hastalar ile ilkokulu, lise ve yüksekokul mezunu hastalar arasında anlamlı fark olduğu gözlenmiştir.

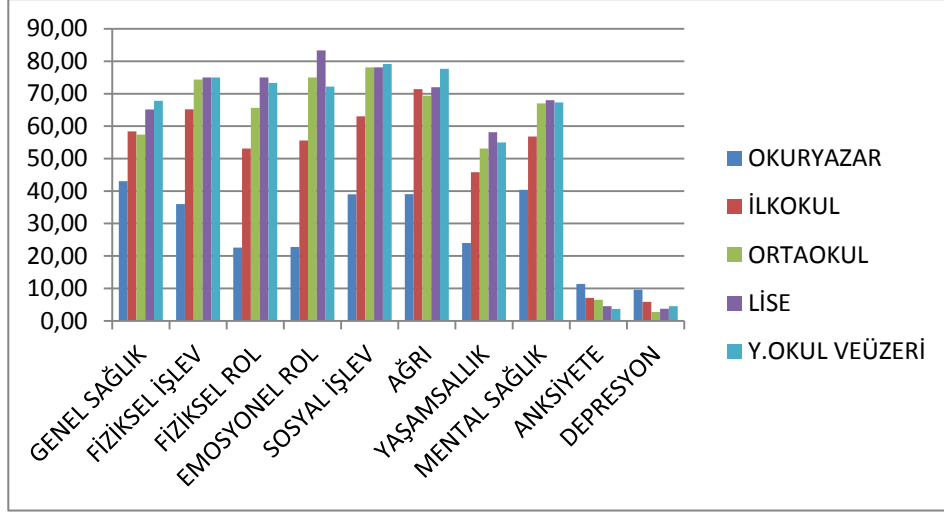
Tabloda farkın kaynağı sütununda " Fiziksel İşlev, Fiziksel Rol, Emosyonel Rol, Sosyal İşlev, Ağrı, Yaşamsallık, Mental Sağlık" boyutlarında hastaların eğitim durumları bakımından karşılaştırılmalarında okuryazar olan hastalar ile diğer tüm eğitim seviyesindeki hastalar arasında anlamlı fark olduğu gözlenmiştir.

Tabloda farkın kaynağı sütununda " Anksiyete ve Fiziksel İşlev, Fiziksel Rol, Emosyonel Rol, Sosyal İşlev, Ağrı, Yaşamsallık, Mental Sağlık" boyutlarında hastaların eğitim durumları bakımından karşılaştırılmalarında okuryazar olan hastalar ile diğer tüm eğitim seviyesindeki hastalar arasında anlamlı fark olduğu gözlenmiştir.

Tabloda farkın kaynağı sütununda "genel sağlık" boyutunda hastaların eğitim durumları bakımından karşılaştırılmalarında okuryazar olan hastalar ile ilkokulu, lise ve yüksekokul mezunu hastalar arasında anlamlı fark olduğu gözlenmiştir.

Tabloda farkın kaynağı sütununda " Fiziksel İşlev, Fiziksel Rol, Emosyonel Rol, Sosyal İşlev, Ağrı, Yaşamsallık, Mental Sağlık" boyutlarında hastaların eğitim durumları bakımından karşılaştırılmalarında okuryazar olan hastalar ile diğer tüm eğitim seviyesindeki hastalar arasında anlamlı fark olduğu gözlenmiştir.

Tabloda farkın kaynağı sütununda " Anksiyete ve Fiziksel İşlev, Fiziksel Rol, Emosyonel Rol, Sosyal İşlev, Ağrı, Yaşamsallık, Mental Sağlık" boyutlarında hastaların eğitim durumları bakımından karşılaştırılmalarında okuryazar olan hastalar ile diğer tüm eğitim seviyesindeki hastalar arasında anlamlı fark olduğu gözlenmiştir.



Şekil 4.2. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi ve HAD Ölçekleri Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

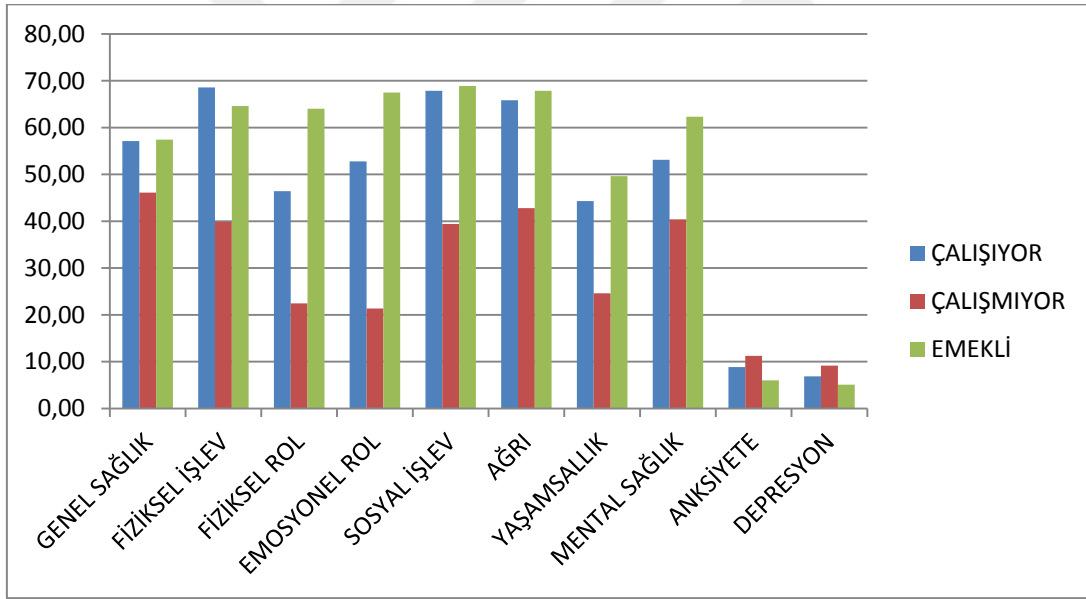
Tablo 4.8. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD Ölçekleri Alt Boyutları Puan Ortalamaları İle Çalışma Durumlarının Karşılaştırılması (N=87)

SF-36 Yaşam Kalitesi	A Çalışıyor (n=7)	B Çalışmıyor (n=39)	C Emekli (n=41)	p değeri	FARKIN KAYNAĞI
Genel Sağlık	57,14 ± 24,91	46,10 ± 20,15	57,44 ± 18,94	p=0,037	B-C
Fiziksel İşlev	68,57 ± 32,75	39,87 ± 30,88	64,63 ± 25,58	p=0,000	A-B, B-C
Fiziksel Rol	46,43 ± 41,90	22,44 ± 33,83	64,02 ± 35,38	p=0,000	B-C
Emosyonel Rol	52,38 ± 42,41	21,37 ± 32,88	67,48 ± 36,88	p=0,000	A-B, B-C
Sosyal İşlev	67,86 ± 28,74	39,42 ± 26,37	68,90 ± 20,56	p=0,000	A-B, B-C
Ağrı	65,86 ± 27,84	42,79 ± 22,84	67,85 ± 20,01	p=0,000	A-B, B-C
Yaşamsallık	44,29 ± 28,93	24,62 ± 18,65	49,63 ± 22,81	p=0,000	A-B, B-C
Mental Sağlık	53,14 ± 22,36	40,41 ± 18,78	62,34 ± 18,20	p=0,000	B-C
HAD	Çalışıyor (n=7)	Çalışmıyor (n=39)	Emekli (n=41)	p değeri	FARKIN KAYNAĞI
Anksiyete	8,86 ± 5,01	11,23 ± 4,46	6,02 ± 4,14	p=0,000	B-C
Depresyon	6,86 ± 4,98	9,15 ± 5,03	5,07 ± 3,63	p=0,000	B-C

Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD ölçekleri alt boyutları puan ortalamaları ile çalışma durumlarının karşılaştırılması Tablo 4. 8’de verilmiştir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği’ne göre, hastaların çalışma durumları karşılaştırıldığında çalışmayan hastaların alt boyut puan ortalamalarının çalışan ve emekli olan hastaların puan ortalamalarından daha düşük olduğu gözlemlendi. Hastaların çalışma durumları arasında genel sağlık (p=0,037),

fiziksel işlev (p=0,000), fiziksel rol (p=0,000), emosyonel rol (p=0,000), sosyal işlev (p=0,000), ağrı (p=0,000), yaşamsallık (p=0,000) ve mental sağlık (p=0,000) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (p<0,05). Hastaların HAD Ölçeği'ne göre çalışma durumları ile anksiyete (p=0,000) ve depresyon (p=0,000) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (p<0,05).

Tabloda farkın kaynağı sütununda "Genel Sağlık, Fiziksel Rol, Mental Sağlık " boyutlarında hastaların çalışma durumları bakımından karşılaştırılmalarında çalışmayan hastalar ile emekli olan hastalar arasında anlamlı fark olduğu gözlenmiştir. "Fiziksel İşlev, Emosyonel Rol, Sosyal İşlev, Ağrı, Yaşamsallık" boyutlarında ise hastaların çalışma durumları bakımından karşılaştırılmalarında çalışmayan hastalar ile çalışan ve emekli olan hastalar arasında anlamlı fark olduğu gözlenmiştir. "Anksiyete" ve "Depresyon" boyutlarında hastaların çalışma durumları bakımından karşılaştırılmalarında çalışmayan hastalar ile emekli olan hastalar arasında anlamlı fark olduğu gözlenmiştir.



Şekil 4.3. Hastaların Çalışma Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi ve HAD Ölçekleri Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

Tablo 4.9. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD Ölçekleri Alt Boyutları Puan Ortalamaları İle Birlikte Yaşanılan Kişinin Karşılaştırılması (N=87)

SF-36 Yaşam Kalitesi	A Eş (n=43)	B Yakını (n=5)	C Yalnız (n=15)	D Eş ve Çocuklar (n=24)	p değeri	FARKIN KAYNAĞI
Genel Sağlık	56,30 ± 22,29	32,80 ± 10,94	46,87 ± 17,68	52,71 ± 18,07	p=0,063	A-B, B-D
Fiziksel İşlev	61,05 ± 28,84	13,00 ± 23,61	39,67 ± 33,67	58,33 ± 26,07	p=0,001	A-B, A-C B-D
Fiziksel Rol	58,72 ± 41,15	10,00 ± 22,36	25,00 ± 36,60	36,46 ± 32,95	p=0,002	A-B, A-C A-D
Emosyonel Rol	56,59 ± 43,36	6,67 ± 14,91	24,44 ± 34,43	47,22 ± 37,96	p=0,008	A-B, A-C B-D
Sosyal İşlev	61,05 ± 26,19	17,50 ± 16,77	45,00 ± 28,27	60,42 ± 25,45	p=0,002	A-B, A-C B-C, B-D
Ağrı	62,60 ± 25,00	21,20 ± 15,99	46,60 ± 22,86	58,96 ± 20,51	p=0,001	A-B, A-C, B-C, B-D
Yaşamsallık	40,58 ± 26,69	10,00 ± 10,00	33,33 ± 23,43	42,08 ± 19,72	p=0,039	A-B, B-D
Mental Sağlık	56,56 ± 23,37	24,80 ± 11,80	45,87 ± 13,60	52,50 ± 18,70	p=0,008	A-B, B-C B-D
HAD	Eş (n=43)	Yakını (n=5)	Yalnız (n=15)	Eş ve Çocuklar (n=24)	p değeri	FARKIN KAYNAĞI
Anksiyete	7,63 ± 5,38	14,20 ± 1,30	10,13 ± 4,24	8,17 ± 4,30	p=0,020	A-B, B-D
Depresyon	6,44 ± 4,92	12,80 ± 4,21	7,33 ± 3,77	6,75 ± 4,67	p=0,042	B-A, B-C, B-D

Tablo 4.9’ da hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD ölçekleri alt boyutları puan ortalamaları ile birlikte yaşanılan kişi/kişilerin karşılaştırılması verilmiştir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği’ne göre, eşi ya da eş ve çocukları ile birlikte yaşayan hastaların yalnız ve bir yakını ile birlikte yaşayanlardan, yalnız yaşayanların da bir yakını ile birlikte yaşayanlardan tüm alt boyutlarda daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları gözlemlendi. Birlikte yaşanılan kişi bakımından hasta grupları aralarında genel sağlık (p=0,063) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken (p>0,05), fiziksel işlev (p=0,001), fiziksel rol (p=0,002), emosyonel rol (p=0,008), sosyal işlev (p=0,002), ağrı (p=0,001), yaşamsallık (p=0,039) ve mental sağlık (p=0,008) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (p<0,05). Benzer şekilde hastaların

HAD Ölçeği'ne göre anksiyete ($p=0,020$) ve depresyon ($p=0,042$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$).

Tabloda farkın kaynağı sütununda "Genel Sağlık" boyutunda hastaların birlikte yaşanan kişi bakımından karşılaştırılmalarında eşiyile yaşayanlar ile bir yakınıyla birlikte yaşayanlar arasında ve bir yakınıyla birlikte yaşayanlar ile eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan hastalar arasında anlamlı fark olduğu gözlenmiştir.

Tabloda farkın kaynağı sütununda "Fiziksel İşlev" boyutunda hastaların birlikte yaşanan kişi bakımından karşılaştırılmalarında eşiyile yaşayanlar ile bir yakını ile birlikte yaşayanlar arasında anlamlı fark olduğu gözlendi, Eşiyile yaşayanlar ile yalnız yaşayanlar arasında anlamlı fark olduğu gözlendi. Bir yakınıyla birlikte yaşayanlar ile eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan hastalar arasında anlamlı fark olduğu gözlenmiştir.

Tabloda farkın kaynağı sütununda "Fiziksel Rol" boyutunda hastaların birlikte yaşanan kişi bakımından karşılaştırılmalarında eşiyile yaşayanlar ile bir yakınıyla birlikte yaşayanlar arasında anlamlı bir fark olduğu gözlendi. Eşiyile birlikte yaşayanlar ile yalnız yaşayanlar arasında anlamlı bir fark olduğu gözlendi. Eşiyile yaşayanlar ile eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan hastalar arasında anlamlı fark olduğu gözlenmiştir.

Tabloda farkın kaynağı sütununda "Emosyonel Rol" boyutunda hastaların birlikte yaşanan kişi bakımından karşılaştırılmalarında eşiyile yaşayanlar ile bir yakınıyla birlikte yaşayanlar arasında anlamlı bir fark olduğu gözlendi. Eşiyile yaşayanlar ile yalnız yaşayanlar arasında anlamlı bir fark olduğu gözlendi. Bir yakınıyla birlikte yaşayanlar ile eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan hastalar arasında anlamlı fark olduğu gözlenmiştir.

Tabloda farkın kaynağı sütununda "Sosyal İşlev" boyutunda hastaların birlikte yaşanan kişi bakımından karşılaştırılmalarında eşiyile yaşayanlar ile bir yakınıyla birlikte yaşayanlar arasında anlamlı bir fark olduğu gözlendi. Eşiyile yaşayanlar ile yalnız yaşayanlar arasında anlamlı bir fark olduğu gözlendi. Bir yakınıyla birlikte yaşayanlar ile yalnız yaşayan hastalar arasında anlamlı bir fark olduğu gözlendi. Bir yakını ile birlikte yaşayanlar ile eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan hastalar arasında anlamlı fark olduğu gözlenmiştir.

Tabloda farkın kaynağı sütununda "Ağrı" boyutunda hastaların birlikte yaşanan kişi bakımından karşılaştırılmalarında eşiyile yaşayanlar ile bir yakınıyla birlikte yaşayanlar arasında anlamlı bir fark olduğu gözlendi. Eşiyile yaşayanlar ile yalnız yaşayanlar arasında

anlamli bir fark olduğu gözlendi. Bir yakınıyla birlikte yaşıyanlar ile yalnız yaşıyan hastalar arasında anlamli bir fark olduğu gözlendi. Bir yakınıyla birlikte yaşıyanlar ile eşı ve çocuklarıyla birlikte yaşıyan hastalar arasında anlamli fark olduğu gözlenmiştir.

Tabloda farkın kaynağı sütununda "Yaşıamsallık" boyutunda hastaların birlikte yaşıyan kişi bakımından karşılaştırılmalarında eşıyle yaşıyanlar ile bir yakınıyla birlikte yaşıyanlar arasında anlamli bir fark olduğu gözlendi. Bir yakınıyla birlikte yaşıyanlar ile eşı ve çocuklarıyla birlikte yaşıyan hastalar arasında anlamli fark olduğu gözlenmiştir.

Tabloda farkın kaynağı sütununda "Mental Sağlık" boyutunda hastaların birlikte yaşıyan kişi bakımından karşılaştırılmalarında eşıyle yaşıyanlar ile bir yakınıyla birlikte yaşıyanlar arasında anlamli fark olduğu gözlendi. Eşıyle yaşıyanlar ile yalnız yaşıyanlar arasında anlamli fark olduğu gözlendi. Bir yakınıyla birlikte yaşıyanlar ile eşı ve çocuklarıyla birlikte yaşıyan hastalar arasında anlamli fark olduğu gözlenmiştir.

Tabloda farkın kaynağı sütununda "Anksiyete" boyutunda hastaların birlikte yaşıyan kişi bakımından karşılaştırılmalarında eşıyle yaşıyanlar ile bir yakınıyla birlikte yaşıyanlar arasında anlamli fark olduğu gözlendi. Bir yakınıyla birlikte yaşıyanlar ile eşı ve çocuklarıyla birlikte yaşıyan hastalar arasında anlamli fark olduğu gözlenmiştir.

Tabloda farkın kaynağı sütununda "Depresyon" boyutunda hastaların birlikte yaşıyan kişi bakımından karşılaştırılmalarında eşıyle yaşıyanlar ile bir yakınıyla birlikte yaşıyanlar arasında anlamli bir fark olduğu gözlendi. Eşıyle yaşıyanlar ile yalnız yaşıyanlar arasında anlamli fark olduğu gözlendi. Bir yakınıyla birlikte yaşıyanlar ile eşı ve çocuklarıyla birlikte yaşıyan hastalar arasında anlamli fark olduğu gözlenmiştir.

Tablo 4.10. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD Ölçekleri Alt Boyutları Puan Ortalamaları İle Ekonomik Durumlarının Karşılaştırılması (N=87)

SF-36 Yaşam Kalitesi	A Gelir Az (n=51)	B Gelir Eşit (n=32)	C Gelir Fazla (n=4)	p değeri	FARKIN KAYNAĞI
Genel Sağlık	48,04 ± 20,53	56,88 ± 19,06	70,75 ± 17,97	p=0,028	A-C
Fiziksel İşlev	49,80 ± 31,72	57,50 ± 30,29	76,25 ± 15,48	p=0,184	Yok
Fiziksel Rol	36,27 ± 38,83	52,34 ± 40,34	75,00 ± 35,36	p=0,058	Yok
Emosyonel Rol	36,60 ± 41,23	55,21 ± 39,36	83,33 ± 33,34	p=0,023	A-B, A-C
Sosyal İşlev	50,49 ± 28,72	60,94 ± 25,35	78,13 ± 21,35	p=0,062	Yok
Ağrı	52,80 ± 26,37	60,53 ± 23,14	70,50 ± 10,63	p=0,203	Yok
Yaşamsallık	30,98 ± 23,07	45,31 ± 22,96	68,75 ± 17,50	p=0,001	A-B, A-C
Mental Sağlık	46,51 ± 21,92	57,50 ± 18,11	73,00 ± 16,45	p=0,008	A-B, A-C
HAD	Gelir Az	Gelir Eşit	Gelir Fazla	p değeri	FARKIN KAYNAĞI
Anksiyete	10,14 ± 4,94	6,78 ± 4,22	3,25 ± 2,63	p=0,001	A-B, A-C
Depresyon	8,67 ± 4,95	4,97 ± 3,51	3,00 ± 2,94	p=0,000	A-B, A-C

Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD ölçekleri alt boyutları puan ortalamaları ile ekonomik durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.10'da verilmiştir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne göre, hastaların ekonomik durumları karşılaştırıldığında da geliri giderinden düşük olan hastaların alt boyut puan ortalamalarının geliri giderine eşit veya geliri giderinden fazla olan hastaların alt boyut puan ortalamalarından düşük olduğu gözlemlendi. Hastaların ekonomik durumları arasında genel sağlık (p=0,028), emosyonel rol (p=0,023), yaşamsallık (p=0,001) ve mental sağlık (p=0,008) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (p<0,05). Hastaların HAD Ölçeği'ne göre ekonomik durumları ile anksiyete (p=0,001) ve depresyon (p=0,000) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (p<0,05).

Tabloda farkın kaynağı sütununda "Genel Sağlık" boyutunda hastaların ekonomik açıdan karşılaştırılması bakımından geliri az olan hastalar ile geliri fazla olan hastalar arasında anlamlı fark gözlemlendi.

Tabloda farkın kaynağı sütununda "Emosyonel Rol, Yaşamsallık, Mental Sağlık" boyutlarında hastaların ekonomik açıdan karşılaştırılması bakımından geliri az olan hastalar ile geliri eşit olan hastalar arasında anlamlı fark gözlemlendi. Geliri az olan hastalar ile geliri fazla olan hastalar arasında anlamlı fark olduğu gözlemlendi.

Tabloda farkın kaynağı sütununda "Anksiyete" ve "Depresyon" boyutlarında hastaların ekonomik açıdan karşılaştırılması bakımından geliri az olan hastalar ile geliri eşit olan hastalar arasında anlamlı fark gözlemlendi. Geliri az olan hastalar ile geliri fazla olan hastalar arasında anlamlı fark olduğu gözlemlendi.

Tablo 4.11. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD Ölçekleri Alt Boyutları Puan Ortalamaları İle Kronik Bir Hastalık Varlığının Karşılaştırılması (N=87)

SF-36 Yaşam Kalitesi	EVET (n=54)	HAYIR (n=33)	p değeri
Genel Sağlık	48,57±20,32	58,48±19,66	p=0,028
Fiziksel İşlev	46,67±29,73	65,61±29,86	p=0,005
Fiziksel Rol	33,80±36,39	60,61±41,00	p=0,002
Emosyonel Rol	37,04±38,67	59,60±43,11	p=0,013
Sosyal İşlev	47,92±26,35	68,18±25,98	p=0,001
Ağrı	48,72±24,22	69,12±20,99	p=0,000
Yaşamsallık	33,80±22,49	44,85±26,56	p=0,041
Mental Sağlık	47,26±21,90	59,15±18,51	p=0,011
HAD	EVET (n=54)	HAYIR (n=33)	p değeri
Anksiyete	9,04±5,16	7,85±4,66	p=0,283
Depresyon	7,69±5,11	6,00±4,06	p=0,112

Hastaların kronik hastalık durumlarının SF-36 Yaşam kalitesi ve HAD ölçeğinin alt boyutlarıyla karşılaştırılması Tablo 4.11’de verilmiştir. Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları göre hastaların kronik bir hastalığının olmasının ile olmaması durumları karşılaştırıldığında kronik bir hastalığı olmayanların genel sağlık (p=0,028), fiziksel işlev (p=0,005), fiziksel rol (p=0,002), emosyonel rol (p=0,013), sosyal işlev(p=0,001), ağrı (p=0,000), yaşamsallık (p=0,041) ve mental sağlık(p=0,011) algılarının yüksek olduğu ve yaşam kalitesi tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). Hastaların kronik bir hastalığının olması ile olmaması durumları karşılaştırıldığında anksiyete yönünden (p=0,283) ve depresyon yönünden (p=0,112) aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

Çalışma kapsamına giren hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD ölçekleri alt boyutları puan ortalamaları ile yaşanan yer, hastalığın tanılanma süresi, PM implantasyon zamanı, PM hakkında bilgi alma kaynağı, düzenli ilaç kullanımı, antidepressan ilaç kullanım ve psikolojik destek alma durumları arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı gözlemlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde; PM implantasyonu olan hastaların yaşam kalitesini, anksiyete ve depresyon düzeylerini ve bu durumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak gerçekleştirilen araştırmanın bulguları kendi içerisinde ve literatür bilgileri doğrultusunda benzer araştırma sonuçlarıyla tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde %39.1'i kadın, %60,9'u erkek, yaş gurubu olarak %13.8'i 26-46 yaş arası, %39.1'i 47-67 yaş arası, %47.1'i 68-89 yaş arası, medeni durumu olarak %79.3'ü evli, %20,7'si eşi ölmüş, yaşanılan yer olarak %74.7'si il, %12.6'sı ilçe, %12,6'sı belde/köy, eğitim durumu olarak %47.1'i okur yazar, %27.6'sı ilkököl, %9.2'si ortaokul, %9.2'si lise, %6.9'u yüksekokul ve üstü, çalışma durumu olarak %8.0'ı çalışıyor, %44,8'i çalışmıyor, %47.1'i emekli, birlikte yaşanılan kişi olarak %49.4'ü eşi ile, %5.7'si yakını ile, %17.2'si yalnız, %27.6'sı eş ve çocukları ile, ekonomik durumu olarak %58.6'sı gelir giderden az, %36.8'i gelir gidere eşit, %4.6'sı gelir giderden fazla olduğu görülmüştür (Tablo 4. 1).

Dilek (62) koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yaptığı çalışmada, çalışma gurubunun %78.8 inin erkek, % 34.7 sinin 56-65 yaş arası olduğu % 84.7 sin evli, %44.9 unun köyde yaşadığı, %58.5 inin ilkököl mezunu, %55.9 u emekli, %41 inin eşiyile yaşadığı, %50.4 ünün gelirinin orta düzeyde olduğunu belirtmiştir.

Korkmaz ve ark.(64)'nın yaptıkları "Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi" başlıklı çalışmada, hastaların %81.5 inin erkek , yaş ortalamasının 56.8±8.5 olduğu, %94.8 inin evli, %53.8 inin ilkököl mezunu, %30.3 sının emekli olduğu ve %89.2 sinin eşi ve çocuklarıyla yaşadığı belirtilmiştir.

Çalışmada yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer ve ekonomik durum her iki çalışma ile benzerlik gösterirken, eğitim durumunun farklı olmasının nedeni her iki çalışmanın da batı bölgesinde yapılmış olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Oğuz ve ark.(33)'nın PM takılmış hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyini inceledikleri çalışmada, hastaların cinsiyetlerinin yarı yarıya eşit olduğu, yaş ortalamalarının 65.5±1.6 yıl, %88. 1 inin evli, %38.6 sının ortaokul ve lise mezunu olduğu, %96.0' ının sosyal güvencesi olduğu, %79.2 sinin eşi ile yaşadığı ve %57.4 nün ekonomik düzeyinin orta düzeyde olduğu belirtilmiştir.

Çalışmada yaş gurubu, medeni durum, birlikte yaşanan kişi benzerlik gösterirken hastaların cinsiyet dağılımı, eğitim durumu ve ekonomik durumların farklı olduğu gözlenmiştir. Yaptıkları çalışmaya katılanların ekonomik yüksek olmasına bağlı olarak eğitim düzeyinin de daha iyi olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların, hastalığa ilişkin özellikleri incelendiğinde hastalığın tanılanma süresinin en yüksek olarak %32.2 oranında 6-10 yıl arası ve PM implantasyon zamanının %49.4 oranında 1-5 yıl arası olduğu görüldü. Hastaların PM hakkında bilgi alma kaynağı olarak %100'ünün hekim, %79.3'ünün hemşire olduğu, hastalıklarıyla ilgili %90.8'inin düzenli ilaç kullandığı gözlemlendi. Çalışma kapsamına giren bireylerin antidepresan ilaç kullanımı oranının %32.2 olduğu ve 0-3 aydır ilaç kullananlar ile düzensiz olarak ilaç kullanan hastaların aynı oranda %13.8 olduğu belirlendi. Hastalar ilave kronik bir hastalığın varlığı yönünden değerlendirildiklerinde, %62.1'inde ilave bir hastalık olduğu ve bu hastalıkların %34.5'inin KY, %33.3'ünün HT, %21.8'inin DM, %6.9'unun KOAH ve %3.4'ünün kronik böbrek yetmezliği olduğu görüldü. PM implantasyon uygulanan hastaların yalnızca %6.9'unun profesyonel olarak psikolojik destek aldığı gözlenmiştir (Tablo 4. 2).

Ertaş ve Çelik (37) "Pacemaker takılan hastalarda depresyon ve anksiyete düzeyinin incelenmesi" başlıklı çalışmada hastaların %34.3'ünün 5-10 yıl arasında tanı aldığı, %37.3'ünün PM implantasyonunun 1-5 yıl içinde uygulandığı, hastaların %65.7'sinin PM hakkında bilgi sahibi olduğu ve bu bilgiyi %80.6 oranında hekim ve hemşirelerden aldığı, %76.1'nin ise hastalıkları ile ilgili düzenli ilaç kullandığı belirtilmiştir.

Çalışmada hastalığın tanılanma zamanı, PM implantasyon zamanı, hastalıkla ilgili ilaç kullanma, PM hakkında bilgi alma ve bilgi alınan kişilerin yapılan çalışmayla benzerlik gösterdiği belirlenmiştir.

Ertaş ve Çelik (37) yaptıkları çalışmada, hastaların %41.8'inde depresyon varlığı (hasta bildiri ve hastane kayıtlarına göre) ifade edilmiş ve bu hastaların %28.5'inin antidepresan ilaç kullandıkları belirtilmiştir. Hastaların antidepresan ilaç kullanım süreleri incelendiğinde, yarısının bir yıldan az diğer yarısının ise bir yıldan uzun süredir kullandıkları görülmüştür. Aynı çalışmada hastaların %10.4'ü psikolojik destek aldıklarını ifade etmişlerdir.

Oğuz ve ark. (33)'nin çalışmalarında hastaların %10.9'unda depresyon varlığının olduğu, %11.9'unun antidepresan ilaç kullandığı, %33.3'ünde antidepresan ilaç kullanım süresinin bir yılın altında olduğu ve %10.9'unun psikolojik destek aldığı açıklanmıştır.

Çalışmada hastaların antidepresan ilaç kullanma ve psikolojik destek alma durumları Ertaş ve Çelik(37) ile Oğuz ve ark.(33)'nin çalışmalarıyla farklılık göstermektedir. Ancak çalışmada düzensiz ilaç kullanım durumları değerlendirildiğinde diğer iki çalışma ile benzerlik görülmektedir. Hem antidepresan ilaç kullanım hem de psikolojik destek alma durumlarının düşük oranlarda olması çalışmanın yapıldığı bölgesel özelliklerden ve yaptığımız çalışmaya katılan hastaların eğitim durumlarının düşük olduğundan kaynaklandığını düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların HAD ölçeği anksiyete ve depresyon düzeyleri incelendiğinde hastaların eşit % 67.8 oranında her iki alt boyut için eşik üstü puan aldıkları saptanmıştır. (Tablo 4. 3).

Ertaş ve Çelik (37) çalışmalarında hastaların %32.8'inin anksiyete %73.1'inin depresyon alt boyutlarından eşik üstü puan aldıklarını belirtmişlerdir. Oğuz ve ark.(33)'nin yaptığı çalışmada ise hastaların %21.8'inin anksiyete, %35.6'nın depresyon alt boyutlarından eşik üstü puan aldıkları açıklanmıştır.

Bu sonuçlara göre çalışma ile sadece Ertaş ve Çelik (37) çalışmasındaki depresyon alt boyut eşik üstü puan ortalaması benzerlik gösterirken diğer sonuçlar farklılık göstermektedir. Bu farklı sonuçların çalışma grubumuzun örneklemini oluşturan hastaların eğitim ve ekonomik durumlarının düşük düzeyde olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların cinsiyetlerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, erkek hastaların tüm alt boyutlarda puan ortalamalarının kadın hastalara göre yüksek olduğu, genel sağlık alt boyutu puan ortalaması hariç diğer tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu görülmüştür ($p<0,05$). Erkek ve kadın hastaların HAD Ölçeği Alt Boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, erkek hastaların hem anksiyete hem de depresyon alt boyut puan ortalamalarının kadın hastalara göre daha düşük olduğu ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 4).

Yapılan literatür incelemesinde kardiovasküler hastalığa sahip erkeklerin yaşam kalitesinin kadınlara göre daha iyi olduğunu açıklamışlardır (65, 66, 72). Bu sonuçlar yapılan araştırma bulgusuyla benzerlik göstermektedir.

Akçay ve Dedeli (88) umutsuzluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla miyokart infarktüsü geçiren 165 hasta ile yaptıkları çalışmalarında, cinsiyetin yaşam kalitesini etkilemediğini ifade etmişlerdir. Bu sonucun yapılan çalışmadan farklı olmasının nedeni olarak, çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamasının daha genç olması, erkek hastaların çalışma grubunun yaklaşık %80'ini oluşturarak çoğunlukta olması ve eğitim düzeyinin yüksek olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Ertaş ve Çelik (37) PM implante edilen kadın hastaların anksiyete düzeyinin erkek hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bahar ve Taşdemir (67) HAD Ölçeği kullanılarak, dahili ve cerrahi kliniklerde yatan 240 hasta ile yaptıkları çalışmalarında, kadın hastaların anksiyete ve depresyon alt boyut puan ortalamalarının erkek hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğunu açıklamışlardır.

Çalışmada cinsiyetlerin karşılaştırılması yönünden anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında yapılan çalışmalar ile benzerlik olduğu görülmüştür. Kadının toplumsal statüsü, fizyolojik özellikleri, daha duygusal olması, eğitim seviyesinin düşük ve çalışma yaşamında yer almaması bu sonuçlara neden olabilir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş grupları karşılaştırıldığında hem SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği fiziksel rol ve mental sağlık alt boyutları puan ortalamaları hem de HAD Ölçeği anksiyete ve depresyon alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü ($p>0.05$). Yaş grupları arasında hastaların yaş büyüdükçe SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin puan ortalamalarının düştüğü görülmüştür. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin tüm alt boyutlarında en yüksek puan ortalamalarının 26-46 yaş grubundaki hastalarda, en düşük puan ortalamalarına ise 68-89 yaş grubundaki hastalarda olduğu saptanmıştır (Tablo 4. 5).

Köroğlu'nun (68) "Pacemakerı (kalp pili) olan hastaların yaşam kalitesinin belirlenmesi" başlıklı 183 hasta ile yaptığı çalışmasında, hastaların yaş guruplarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hastaların

yaş grupları yükseldikçe yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamalarının düştüğü açıklanmıştır.

Aydemir ve ark.(80)'nin "Eş Hastalık Durumlarının SF-36 Üzerindeki Etkisi: Hipertansifler İçin Primer Bakım Esaslı Bir Çalışma" başlıklı yaptığı çalışmada da sağlıklı ilgili yaşam kalitesi puanlarının ileri yaşlarda daha düşük olduğunu saptanmıştır.

Korkmaz ve ark. (64)'nin çalışmalarında yaş ilerledikçe ameliyat öncesi, ameliyattan altı hafta ve bir yıl sonraki dönemde hastaların hem fiziksel işlevlerinin hem de genel sağlık ve yaşamsallık puanlarının olumsuz yönde etkilendiği belirtilmiştir.

Li ve ark.(75)'nin hipertansiyon ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi çalışmada SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin tüm alt boyut skorları için ileri yaşlarda genç yaştakilere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu ifade edilmiştir.

Bu çalışmalarda elde edilen veriler yapılan çalışmayla benzerlik göstermektedir. Bu durumun, yaşla birlikte hastalarda risk faktörlerinin ciddiyetinin ve prevelansının artmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir (70).

Araştırma kapsamına alınan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları ile medeni durumların karşılaştırılmasında evli olan hastaların tüm alt boyutlarda eşi ölmüş olan hastalara göre daha yüksek ortalamaya sahip oldukları bulundu ($p<0,05$). Eşi ölmüş olan hastaların HAD Ölçeği'ne göre anksiyete ve depresyon puan ortalamaları evli olan hastalara göre daha yüksek bulundu ve gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.6).

Olgun ve ark.(69)'nin Yaşam Kalitesi Kardiyak Versiyon III Skalası'nı kullanarak miyokart infarktüsü geçirmiş hastalarda, yaşam kalitesini değerlendirdikleri bir araştırmada, medeni durumun aile alt ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı bulunduğunu göstermişlerdir.

Koroğlu (68) çalışmasında, evli olan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin tüm alt boyutlarından bekar olan hastalara göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olduklarını ve ağrı alt boyutunda bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu açıklamıştır.

Gün ve Korkmaz (78) "Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi" başlıklı çalışmalarında evli olan hastaların bekar olan hastalara göre tüm alt boyutlarda

puan ortalamalarının yüksek olduğu fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, sosyal fonksiyon ve ağrı alt boyutlarında farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu ifade edilmiştir.

Göçgeldi ve ark.(79)'nın yaptıkları bir çalışmada evli olan hipertansiyon hastalarının bekar ve dul/boşanmış olanlara göre istatistiksel olarak tüm alt boyutlarda puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu ve açıklamışlardır. Evlilerin yaşam kalitelerinin genel olarak daha yüksek olmasında sosyal desteklerinin daha fazla olmasının yanı sıra düzenli hayatın etkili olabileceği düşünülmektedir (79).

Oğuz ve ark.(89)'nın yaptıkları çalışmada medeni durum ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir fark bulunmadığı açıklanmıştır. Bu çalışma araştırma bulgusuyla benzerlik göstermemektedir.

Eğitim düzeyinin yaşam üzerine pek çok etkisi olduğu bilinmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD Ölçekleri alt boyutları puan ortalamaları ile eğitim durumlarının karşılaştırılmasında genel sağlık, fiziksel işlev, fiziksel rol, emosyonel rol, sosyal işlev, ağrı, yaşamsallık ve mental sağlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0.05$). Okur-yazar olan hastaların genel sağlık alt boyutu hariç diğer tüm alt boyutlarda gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlendi. Eğitim düzeyi yükseldikçe SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından alınan puan ortalamalarının yükseldiği, ancak gruplar arasında fark olmadığı gözlemlendi. Bu sonuçlar doğrultusunda bu çalışma grubu için PM implantasyonu yapılan hastalarda minimum ilköğretim düzeyinde eğitimin, yaşam kalitesini iyileştirdiği ifade edilebilir (Tablo 4. 7).

Yapılan çalışmada hastaların HAD Ölçeği'ne göre anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının eğitim düzeyi arttıkça düştüğü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Yapılan ileri analizde yaşam kalitesi sonuçlarına benzer sonuçlar elde edilmiş olup, eğitim düzeyi arttıkça anksiyete ve depresyon düzeyinin azaldığı görülmüştür. Okur-yazar olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin diğer dört gruptan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlemlendi (Tablo 4. 7). Bu sonuca göre hastanın eğitim düzeyinin stresle başa çıkma stratejilerini artırdığı ve buna bağlı olarak anksiyete depresyon düzeylerini azaltabileceğini düşündürmektedir.

Yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı ve eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark olduğunu açıklanmıştır (68, 71).

Süt (73)'ün Akut Koroner sendromlu hastalarda yaşam kalitesi: EQ-5D ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığı çalışmasında, çalışma kapsamına alınan bireylerin eğitim düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığını belirtmiştir.

Ünsar ve ark.(74)'nın koroner arter hastalarında yaşam kalitesini inceledikleri çalışmalarında eğitim durumunu yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olduğunu belirtmişlerdir. Lise ve üstü eğitim düzeyinde yaşam kalitesinin anlamlı olarak yükseldiğini ifade etmişlerdir.

Çalışmada da eğitim düzeyinin yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiş ve literatür verileriyle de benzer göstermiştir.

Olgun ve ark.(69)'nın yaptıkları çalışmalarında hastaların yaşam kalitesi puan ortalamasının eğitim ile ilişkilendirildiğinde, çalışma grubundaki hastaların ilköğretim üzeri ile ilköğretim ve altı eğitim grupları olmak üzere iki gruba ayırarak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını göstermişlerdir. Aynı araştırmacılar araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun ilköğretim mezunu olmasının bu sonuca neden olduğunu belirtmişlerdir.

Kardiyak sorunları olan hastalar ile yapılan anksiyete depresyon durumunu değerlendiren farklı çalışmalarda, eğitim düzeyi arttıkça anksiyete ve depresyon düzeylerinin azaldığı açıklanmıştır (12, 53). Bu araştırmalar da sonucumuzu destekler nitelikte bir bulgudur.

Araştırma kapsamına alınan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD ölçekleri alt boyutları puan ortalamaları ile çalışma durumları karşılaştırıldığında, çalışmayan hastaların tüm alt boyut puan ortalamalarının hem çalışan hem de emekli olan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu gözlemlendi (Tablo 4. 8).

Koroğlu'nun (68) yaptığı çalışmada PM implantasyonu olan hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne göre çalışan hastaların çalışmayan hastalara göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. HAD Ölçeği kullanılarak kalp hastaları ile yapılan farklı iki çalışmada çalışan/emekli olan hastaların her iki alt boyut puan ortalamalarının çalışmayanlara göre daha düşük bulunduğu açıklanmıştır (12, 89).

Doğu ve ark.(84)'nın “Koroner By-Pass Ameliyatı Olan Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi” başlıklı çalışmada, çalışan hastalar ile çalışmayan hastalar arasında yaşam kalitesi puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığını belirtmişlerdir.

Kelleci ve ark.(85) “Hastanede yatan hastaların bazı tanı gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri” başlıklı çalışmada hastaların çalışma durumları karşılaştırılmış ve gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadığını belirtilmişlerdir.

Yapılan çalışma ile bazı araştırmalar benzerlik gösterirken (12, 68, 89), bazılarının ise benzerlik göstermediği (84, 85) görülmüştür.

Kronik hastalıklara ve beden imajının değişmesine neden olan durumlara uyumu etkileyen en önemli faktörlerden bir tanesi aile faktörüdür. Yapılan araştırmalarda daha esnek, daha destekleyici, yapıcı eleştiren ve problem çözme becerisi iyi olan aileye sahip hastaların, hastalığa uyumda daha az sorun yaşadıkları belirtilmektedir. Destekleyici aile bağları, hastanın stresle baş etme becerisini destekleyerek hastalığa uyum sağlamalarını kolaylaştırmaktadır (64).

Araştırma kapsamına alınan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD ölçekleri alt boyutları puan ortalamaları ile birlikte yaşanan kişi/kişiler karşılaştırıldığında, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne göre, eşi ya da eş ve çocukları ile birlikte yaşayan hastaların yalnız ya da bir yakını ile birlikte yaşayanlara göre, yalnız yaşayanların da bir yakını ile birlikte yaşayanlara göre tüm alt boyutlarda daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları gözlemlendi.

Birlikte yaşanan kişi/kişiler bakımından hasta grupları arasında genel sağlık hariç, diğer alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Benzer şekilde hastaların HAD Ölçeği'ne göre anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (Tablo 4. 9).

Yel, (77) koroner anjiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeylerinin belirlenmesini değerlendirdiği çalışmasında, yalnız ve çocukları ile birlikte yaşayan hastaların, eşi, eşi ve çocukları, diğer aile üyeleri (torun) ile birlikte yaşayanlara göre genel sağlık, fiziksel rol ve yaşamsallık alt boyutları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğunu belirtmiştir.

Dilek (62) çalışmasında; eşi, eşi ve çocukları ile yaşayan hastalarda normal aktiviteler, cinsel aktivite ve total skor ortalamalarının diğer gruplardan (yalnız, diğer aile üyeleri ile yaşayan) daha yüksek olduğunu bulmuştur.

Erceg ve ark.(82)'nin yaptıkları araştırmada ailedeki birey sayısının artması ile hastaların yaşam kalitelerinin yükseldiğini ifade etmişlerdir.

Bektaş (76) gastrointestinal sistem kanseri olan hastalarda anksiyete depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesinin (EORTC QLQ alt ölçekleri) belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada, yalnız yaşayan hastaların çekirdek ve geniş aile ile yaşayan hastalara göre yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamalarının düşük olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını ifade etmiştir. Benzer şekilde anksiyete depresyon puan ortalamaları yalnız yaşayanlarda daha yüksek bulunmuş, ancak arasında anlamlı bir fark bulunmadı açıklanmıştır.

Araştırmada elde edilen bulgular ile yapılan çalışmaların benzerlik gösterdiği söylenebilir. Bir yakını ile veya yalnız yaşayan kişilerin eş, eş ve çocukları ile yaşayanlara göre; tek başına daha fazla sorumluluk üstlenmeleri, hayatta daha fazla mücadele etme zorunluluğunda olmaları, üzüntülerini paylaşacak, destek olacak ve streslerini azaltacak kişilerin olmaması nedeniyle kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu, buna bağlı olarak da yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği düşünülebilir.

Bireyin genel sağlık düzeyi ile sosyoekonomik faktörler arasında yakın ilişki vardır. Sosyoekonomik faktörler arasında yer alan ekonomik durum, bireyin yaşadığı fiziksel ve ruhsal sorunların sıklık ve şiddeti, tanı ve tedaviye yönelik uygulamalara erişimini etkilemektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve HAD ölçekleri alt boyutları puan ortalamaları ile ekonomik durumları karşılaştırıldığında, geliri giderinden düşük olan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği tüm alt boyut puan ortalamalarının, geliri giderine eşit veya geliri giderinden fazla olan hastalardan düşük olduğu gözlemlendi. Hastaların ekonomik durumları arasında genel sağlık, emosyonel rol, yaşamsallık ve mental sağlık alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Hastaların HAD Ölçeği'ne göre ekonomik durumları ile anksiyete ve depresyon alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4.10).

Göçgeldi ve ark.(79)'nın yaptıkları bir çalışmada gelir düzeyini yüksek olarak ifade eden hastaların genel sağlık alt boyutu hariç, diğer alt boyutlarda yüksek puan ortalaması elde ettikleri açıklanmıştır.

Köroğlu (68) yaptığı çalışmasında gelirinin giderini karşıladığını ifade eden hastaların yaşam kalitelerini, gelirinin giderini kısmen karşılayan ya da karşılayamayan hastalara göre daha yüksek olduğunu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğunu saptamıştır.

Doğru ve Karadakovan (81) “Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Hastalarda Psikososyal Uyum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi” başlıklı çalışmada; gelir durumunu kötü olarak ifade edenlerin, iyi ve orta olarak ifade edenlere göre hastalığına uyum sağlamada zorlandığını, aile ile çevre ilişkilerinde psikososyal uyumunun yetersiz olduğunu saptamışlardır. Ayrıca, gelir durumu kötü olan hastaların iyi ve orta olanlara göre yaşam kalitesinin anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Erceg ve ark.(82)'nin yaptığı araştırmada yaşam kalitesinin ekonomik düzeyi iyi olan hastaların kötü olan hastalara göre daha iyi olduğunu saptamıştır.

Kelleci ve ark.(85)'nin yaptıkları çalışmada hastaların ekonomik düzeyleri düştükçe anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının arttığı, ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmadığı belirtilmiştir.

Yapılan çalışmalarda gelir düzeyi azaldıkça hastaların yaşam kalitesi ve anksiyete depresyon düzeylerinin olumsuz etkilendiği vurgulanmıştır (68, 79, 81, 82, 85). Çalışmada da aynı sonuçlar elde edilmiştir.

Kronik hastalıklar bireyin yeni yaşamına uyum sağlayabilmesi ve sürdürebilmesi için belli kurallara uyma zorunluluğunu getirmektedir. Hastalık nedeniyle iş, aile yaşamı ve sosyal yaşam biçimi alanlarında değişikliklerin olması bireyin ruhsal sınırlarını zorlayabilmektedir (91).

Araştırmada en az ek bir kronik hastalığı olan hastaların yaşam kaliteleri ve anksiyete depresyon durumları incelendiğinde; ilave kronik hastalığı olan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin tüm alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmüştür. Benzer şekilde ilave kronik bir hastalığı olan ve olmayan hastaların anksiyete ve depresyon alt boyut puan ortalamaları birbirine yakın olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.11).

Korkmaz ve Tel (91) “KOAHLI hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi” başlıklı çalışmada KOAHLI hastalığına ek bir ilave kronik hastalığı olan ve olmayan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri birbirine yakın

olduğunu belirtmişlerdir. Araştırma sonucu yaptığımız araştırma sonucuna paralellik göstermiştir.

Korkmaz ve ark.(64)'nın yaptıkları çalışmada, kronik hastalık bulunma durumunun hastaların ameliyattan öncesi ve ameliyattan altı hafta sonraki yaşam kalitesini etkilediği belirtilmiş ve yapılan araştırmayla benzerlik göstermiştir.

Göçgeldi ve ark.(79)'nın yaptıkları çalışmada herhangi bir yandaş hastalığa (DM, HT, kalp yetmezliği, AMI, v.b.) sahip olanlar olmayanlara göre bütün alt ölçeklerde daha düşük puanlar elde etmiş, aradaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan araştırmayla benzerlik göstermiştir.

Demir (87) ” Kalp yetmezliğinde yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi” başlıklı çalışmasında kalp yetmezliği hastalığına ilave kronik hastalığına sahip olan hastaların, olmayan hastalara göre yaşam kalitesini etkilemediğini belirtmiştir ve yapılan çalışmayla benzerlik göstermemiştir.

Akçay ve Dedeli (88) 165 hastayla yaptıkları çalışmada “Miyokart infarktüsü geçiren hastalarda umutsuzluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla kronik hastalık varlığı yaşam kalitesini etkilemediğini belirtmişlerdir. Yapılan çalışmayla benzerlik göstermemiştir.

Literatürde farklı kronik hasta gruplarıyla yapılan çalışmalarda, ek bir kronik hastalık varlığının yaşam kalitesi ve anksiyete depresyon düzeyini olumsuz etkilediğini belirten çalışmalar (64, 79, 91) bulunurken, yaşam kalitesi ve anksiyete depresyon düzeyini etkilemediğini açıklayan çalışmalar da (87, 88) bulunmaktadır.

Çalışmada hastaların ek kronik hastalıkları sorgulandığında, bu hastalıkların KY, HT, DM, KOAH ve KBY olduğu görüldü.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

SONUÇLAR

Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun erkek (%60,9), yaş ortalamasının 64.48 ±14.40 yıl, büyük çoğunluğunun okuryazar olduğu (%47,1), neredeyse yarısının eşiyile birlikte yaşadığı (%49,4) ve yarısından fazlasının gelirinin giderinden az olduğu (%58,6) gözlemlendi. Hastaların %49,4'ünde PM implantasyon takılma süresinin 1-5 yıl arasında bulunduğu ve tüm hastaların PM hakkında bilgi sahibi olduğu, %90,8'inin hastalığına yönelik ilaçlarını düzenli kullandığı, çoğunluğunun antidepresan ilaç kullanmadığı (%67,8), yarısından fazlasının (%62,1) en az ek bir kronik hastalığı olduğu, büyük çoğunluğunun herhangi bir psikolojik destek almadığı (%93,1) belirlendi.

Araştırmada PM implantasyonu olan hastaların genel olarak yaşam kalitesinin orta düzeyde, anksiyete puanlarının depresyon puanından daha yüksek olduğu belirlendi.

Araştırmaya katılan hastaların yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları yüksekte düşüğe doğru sırasıyla; sosyal işlev, fiziksel işlev, ağrı, mental sağlık, genel sağlık, yaşamsallık, emosyonel rol ve fiziksel rol olarak bulundu.

Araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlası (%67,8) HAD Ölçeğinin alt boyutlarından hem anksiyete hem de depresyondan aynı oranda eşik üstü puan aldıkları ve hastaların anksiyete ve depresyon yönünden risk altında oldukları belirlendi.

Araştırmada hastaların sosyo demografik özelliklerden; kadın cinsiyeti, eşin ölmüş olması, ileri yaş gurubunda bulunması, bir yakınının yanında yaşaması, herhangi bir işte çalışmaması, eğitim seviyesinin düşük olması, gelirin giderden düşük olması ve en az ek bir kronik hastalığı bulunması yaşam kalitesini ve anksiyete depresyon düzeyini olumsuz etkilediği görüldü.

Araştırmaya katılan hastalarda ilkökul düzeyinden itibaren eğitimin seviyesinin, hem yaşam kalitesini hem de anksiyete ve depresyon düzeyini iyileştirdiği gözlemlendi.

Herhangi bir işte çalışmayan hastaların emekli olan ve çalışan hastalara göre yaşam kalitesi ve anksiyete depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu bulundu.

Özellikle eşi ile birlikte yaşayan hastaların yaşam kalitesinin daha iyi ve anksiyete depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu görüldü.

Ek bir kronik hastalığı olan hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu, anksiyete depresyon düzeyleri arasında fark bulunmadığı belirlendi.

ÖNERİLER;

- Araştırma sonucunda PM implantasyonu olan hastaların anksiyete ve depresyon yönünden risk altında olduğu belirlendi. Bu doğrultuda sağlık çalışanları tarafından HAD Ölçeği'nin bu hasta gruplarında kullanılarak hastaların anksiyete ve depresyon durumlarının değerlendirilmesi önerilmektedir.
- PM implantasyonu yapılan hastalardan kadın cinsiyeti olan, ilkokuldan düşük eğitim düzeyi bulunan, bir yakını ya da yalnız yaşayan ve çalışmayan hastaların risk grubunu oluşturduğunu düşünerek, sağlık çalışanları tarafından bu hastaların yaşam standartları üzerinde daha dikkat edilmesi ve periyodik aralıklarla yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi önerilmektedir.
- Hastaların hangi konularda eğitim gereksinimlerinin olduğu belirlenmeli ve gereksinim olduğu konularda eğitim verilmesi önerilmektedir.
- Bu hastaların özel PM polikliniklerinde sağlık çalışanı tarafından izlemlerinin yapılması, eğitim ve danışmanlık hizmetinin verilmesi önerilmektedir.
- Çalışmanın daha fazla kişiyle ve çok merkezli yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Kalp pili ile ilgili merak ettikleriniz,
<http://www.ahmetalpman.com/brosurler/KalpPilleriBilmenizGerekenler.pdf>
[12/12/2016].
2. Ovaryolu N., Ovayolu Ö., Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar, Adana, birinci baskı, Çukurova Nobel Kitapevi, s.184-234, 2016.
3. Erol Ç., Atalar E., Kardiyovasküler Hastalıklar El Kitabı, dördüncü baskı, Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, s.357-411, 2014.
4. Mohanty S., and et. all, Catheter ablation improves quality of life in patients with atrial fibrillation and previous atrio-ventricular junction ablation followed by pacemaker implantation, American College of Cardiology Foundation 2012;59(13): 122-130.
5. Çam O., Engin E., Ruh Sağlığı Hemşireliği, İstanbul birinci baskı, İstanbul Tıp Kitapevi, s.275-599, 2014.
6. Türkçapar H., Anksiyete bozukluğu ve depresyonu tanısal ilişkileri, Klinik Psikiyatri 2014;17(4): 12-16.
7. Vellone E., and et. all., Anxiety and depression before and after a pacemaker implantation: a comparative study, Int Nurs Persp 2008;8(3): 93-99.
8. Kayahan M., Serbaş G., Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007;8(1): 52-61.
9. Nasr MH., El Ganzory GS., Ahmed E., Impact of counseling program on knowledge and self-efficacy of patients with implanted permanent pacemaker, Journal of American Science 2015;11(6): 297-306.
10. Torlak S.E., Yavuzçehre P.S., Denizli kent yoksullarının yaşam kalitesi üzerine bir inceleme, Çağdaş Yerel Yönetimler 2008;17(2): 23-44.
11. Tothova V., Bartlova S., Dolak F., Kaas J., Kimmer D., Manhalova J., Martinek L., Olisarova V., Quality of life in patients with chronic diseases, Neuroendocrinol Lett 2014; 35(1): 11-18.

12. Özer Z.C., Şenuzun F., Tokem Y., Miyokart infarktöslü hastalarda anksiyete ve depresyonun incelenmesi, Türk Kardiyoloji Dern. Arş. 2009;37(8): 557-562.
13. Kılıçaslan F., Kalp pili implantasyon pratiğimiz değişiyor mu? Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2010; 10(2): 135-136.
14. Pınar R., Türkiye'de hemşirelik alanında yaşam kalitesi, Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu Kitabı., Manisa 04 Mayıs 2012, s:5-9.
15. Karamustafalıoğlu O., Yumrukçal H., Depresyon ve anksiyete bozuklukları., şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 2011;45(2): 65-74.
16. Berilgen R., Yeşil İ., Ertaş F., Kocabaş U., Düzel B., Eren NK., Acet H., Geçici kalp pili implante edilen hastaların klinik özellikleri, altta yatan hastalıkları ve hastane içi mortalite oranları, Journal of Clinical and Experimental Investigations 2013; 4 (2): 180-183.
17. Pınar R. Diabetes mellituslu hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi, Hemşirelik Programı Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1995.
18. Bayata S., Arıkan E., Postacı N., Berilgen R., Ceylan Ö., Avcı E., Bir kardiyoloji kliniğinde ardışık iki ayrı dönemde takılan 1650 kalıcı kalp pilinin retrospektif karşılaştırmalı incelemesi, Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2010;10(2): 130-134.
19. Akbolat M., Turgut M., Över G., Hemşirelerin yaşam kalitesi algılarının motivasyonlarına etkisi: Bir kamu hastanesi örneği, Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi 2015;4(2): 65-82.
20. Küçük M., Hemodiyaliz hastaların yaşam kaliteleri, hasta özellikleri ve hemşirelik hizmetleri ile ilgili doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar, 2008.
21. Acaray A., Pınar R., Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004;8(1): 1-11.
22. Apalı Z., Bayata S., Yeşil M., Postacı N., DDD tipi kalıcı kalp pilli olgularda atriyumun elektriksel uyarılmasının sol ventrikül diyastolik fonksiyonu ve BNP seviyeleri üzerine etkisi, Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2010;10(4): 323-327.
23. Müezzinoğlu T., Yaşam kalitesi, Üroonkoloji Derneği 2004 güz dönemi konuşması, Üroonkoloji Bülteni, 2005;4(1):25-29.

24. Yılmaz E., Cerrahi hemşireliği ve yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalar-ulusal boyut, Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu Kitabı, Manisa 04 Mayıs 2012, s.11-18.
25. Korkmaz F.D., Kalp damar cerrahisinde yaşam kalitesi, Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu, Manisa 04 Mayıs 2012, s.52-59.
26. Topçu S., Bölüktaş R.P., İnmeli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi, Yeni Tıp Dergisi 2012;29(3): 159-164.
27. Zoghi M., Özer S., Kalp yetersizliğinde yaşam kalitesi, Üçüncü Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, İzmir 25-27 Mart 2010, s:135-137.
28. Keleş İ., Güncel Kardiyoloji, Birinci Baskı, İstanbul, Akademi Yayınevi, s.65-111, 2014.
29. Dilbaz N., Anksiyete Bozuklukları: Kaygı ve Şiddet, Birinci Baskı, Ankara, Pozitif Matbaacılık, s.413-419, 2009.
30. Karadakovan A., Aslan F.E., Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Üçüncü Baskı, Ankara, Akademisyen Kitabevi, s.409-430, 2014.
31. Erol Ç., Biberoglu K., Atalar E., Kardiyoloji tanı ve tedavi, Üçüncü Baskı, Ankara, Güneş Tıp Kitapevler, s.267-298.
32. J.W. Martijn Van Eck., Norbert M. Van Hemel., Predictors of improved quality of life 1 year after pacemaker implantation, American Heart Journal, 2008;156(3): 491-497
33. Oğuz S., Kara N., Karataş A., Pacemaker Takılmış Hastalarda Anksiyete ve Depresyonun İncelenmesi, Türk Kardiyol Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi - Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing 2014;5(7): 22-31.
34. Udo E.O., Hemel Van M.N., Zuithoff P.A.N., Nijboer H., Taks W., Doevendans P.A., Moons G.M.K., Long term quality-of-life in patients with bradycardia pacemaker implantation, International Journal of Cardiology 2013;168(3): 2159–2163.
35. Aydın F., Kalp ritim bozukluğu olan hastaların tedavi süreçlerini desteklemek amaçlı makine öğrenmesine dayalı bilgi sisteminin geliştirilmesi, Bilgisayar Mühendislik Programı Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Edirne, 2011.
36. T.C Milli Eğitim Bakanlığı Hemşirelik, Kardiyolojik Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı I, Ankara 2013.

http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Kardio-vask%C3%BCler%20Sistem%20Hastal%C4%B1klar%C4%B1%20Ve%20Bak%C4%B1m%C4%B1%20I.pdf [05/01/2076].

37. Ertaş M., Çelik G.O., Pacemaker takılan hastalarda depresyon ve Anksiyete düzeyinin incelenmesi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2016;1(1): 13-18.
38. Ware JE., Jr. and Sherbourne CD., The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection, Medical Care 1992;30(6):473-483.
39. Koçyiğit H., Aydemir Ö., Ölmez N., Memiş A., Yaşam kalitesi kısa form-36(SF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12(2): 102-106.
40. Guyton AC, Hall JE, Tıbbi Fizyoloji, İçinde: Kalbin ritmik uyarılması, İçinde: Kardiyak aritmiler ve elektrokardiyografik yorumu, Çağlayan Yeğen B (Eds) 12. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, s.115-118., s. 143-153, 2013.
41. Eser E., Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri, Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu Kitabı, 04 Mayıs 2012, Manisa s.2-4.
42. Kızılırmak M., Hastanede çalışan hemşirelerin depresyon ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2014.
43. Theofilou P., Quality of Life: Definition and Measurement, Europe's Journal of Psychology 2013;9(1): 150-162.
44. Saygın M., Yaşar S., Çetinkaya G., Kayan M., Özgüner MF., Koruyucu CF., Radyoloji çalışanlarda depresyon ve anksiyete düzeyleri, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2011;2(3): 139-144.
45. Megari K., Quality of life in cronic disease patients. Health Psychology Research 2013; 1(e27): 141-148.
46. Neyhart CD., Patient questions about transplation: A reosource guide, Nefrology Nursin Journal 2009;36(3): 279-285.
47. Blumenthal JA., Babyak MA., O'Connor C., Effects of exercise training on depressive symptoms in patients with chronic heart failure: The HF-ACTION randomized trial, JAMA 2012; 308(5): 465- 474.
48. Özdemir Ü., Taşçı S., Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2013;1(1): 57-72.

49. Dönmez S., Dağ H., Kazandı M., Amniyosentez öncesi gebelerde anksiyete ve depresyon risk düzeylerinin belirlenmesi, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;3(4): 255-261.
50. Taşkapılıoğlu Ö., Karlı N., Migrende yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, Nöropsikiyatri Arşivi 2013;50(1): 60-64.
51. U Bal., Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları, Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, 2010.
52. Sevimli D., Kozanoğlu E., Fibromiyalji sendromlu hastalarda egzersiz ve SF-36 yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi., e-Journal of New World Sciences Academy 2012;7(2): 18-26.
53. Kutlu R., Özberk D.I., Gök H., Demirbaş N., Kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığı ve etki eden faktörler, Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2016;24(4): 672-679.
54. Aslan FE., Olgun N., Fizyopatoloji, Birinci Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi, s.215-234, 2016.
55. Yıldırım O., Çağlar SO., Canan F., Erdem A., Batı Karadeniz Bölgesindeki akut koroner sendromlu hastalarda psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığı., Abant Medical Journal 2013;2(3): 208-212.
56. Doğan O., Anksiyete bozukluklarının etiyolojisi., Anadolu Psikiyatri Dergisi 2012;13(3): 224-231.
57. Çiçek H.S., Yava A., Hemşirelik ve sağlık meslek okulları için FİZYOLOJİ klinik uygulamaya yönelik, Ankara, Akademik Yayıncılık, Birinci Baskı s.69-93, 2016.
58. Akyol A., Yaşam kalitesinin hemşirelik yönünden önemi., Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 1993;9(3): 71-75.
59. Von Kanel R., Psychosocial stress and cardiovascular risk : current opinion, Swiss Medical Weekly. 2012;142:w13502-13.
60. Roest A.M., Martens E.J, de Jonge P., Denollet J., Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis, J Am Coll Cardiol. 2010;56(1): 38-46.
61. Altunbaş G., Ercan S., Davutoğlu V., Ünal A., Bülbül F., Kardiyo hastalık ve depresyon ilişkisi., Journal of Mood Disorders 2012;2(2):84-90.
62. Dilek F., Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, 2008.

63. Aydemir Ö., Güvenir T., Küey L., Kültür S., Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi 1997;8(4);280-287.
64. Korkmaz D.F., Okgönülcan A., Aslan E.F., Çakmakçı H., Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2015;23(2):285-294.
65. Küçükberber N., Özdilli K., Yorulmaz H., Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi., Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2011;11(7):619-626.
66. Lukkarinen H., Hentinen M., Assessment of quality of life with the nottingham health profile among patients with coronary heart disease. J Adv Nurs 1998; 27(3):189-199.
67. Bahar A., Taşdemir S., Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon, Atatürk üniversitesi hemşirelik yüksekokul dergisi 2008;11(2):9-17.
68. Koroğlu E., Pacemakerı (kalp pili) olan hastaların yaşam kalitesinin belirlenmesi, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara, 2008.
69. Olgun S., Kaptan G., Büyükinal S.K., Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık bilimleri Yaşam Dergisi 2016;1(1):6-15.
70. Rantanen A., Tarkka M.T., Kaunonen M., Sintonen H., A.M. Koivisto A.M., Astedt-Kurki P., Health-related quality of life after coronary artery bypass grafting. J. Adv. Nurs.,2009; 65(9):1926-1936.
71. Öz H., Miyokart infarktüsü geçiren hastalarda umut, moral ve algılanan sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisi, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, 2006.
72. Pettersen K.I., Reikvam A., Rollag A., Stavem K., Understanding sex differences in health-related quality of life following myocardial infarction, Int J Cardiol 2008;130(3):449-456.
73. Süt K.H., Akut koroner sendromlu hastalarda yaşam kalitesi: EQ-5D ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları

Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, 2009.

74. Unsar S., Sut N., Durna Z., Health-related quality of life in patients with coronary artery disease. *J Cardiovasc Nurs* 2007; 22(6):501-507.
75. Li, W., Liu, L., Puente, J.G., Li Y., Jiang X., Jin S., Hypertension and health related quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in china. *Journal of Hypertension* 2005;23(9):1667-1676.
76. Bektaş K.B., Gastrointestinal sistem kanseri olan hastalarda anksiyete depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesinin belirlenmesi, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara, 2014.
77. Yel P., Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Edirne, 2009.
78. Gün Y., Korkmaz M., Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2014;7(2):98-108.
79. Göçgeldi E., Babayiğit A.M., Hassoy H., Açık H.C., Taşçı İ., Ceylan S., Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi, *Gülhane Tıp Dergisi* 2008;50(3):172-179.
80. Aydemir O, Ozdemir C, Koroglu E. The impact of comorbid conditions on the SF-36: a primary-care-based study among hypertensives, *Arch Med Res* 2005;36(2):136-141.
81. Doğru V.B., Karadakovan A., Kalp yetersizliği olan yaşlı hastalarda psikososyal uyum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2016;7(13):88-104.
82. Erceg P., Despotovic N., Milosevic DP., Soldatovic I., Zdravkovic S., Tomic S., Health-related quality of life in elderly patients hospitalized with chronic heart failure, *Clinical Interventions in Aging* 2013;8(15):1539-1546.
83. Demir Ş., Özer Z., Kardiyovasküler hastalıklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, *MN Kardiyoloji* 2014;21(3):182-191.

84. Doğu ., Gngrsn .H., Erkorkmaz ., Koroner by-pass ameliyatı olan hastalarda yaşam kalitesinin incelenmesi., J hum rhythm - December 2015;1(3):155-161.
85. Kelleci M., Aydın D., Sabancıoğulları S., Hastanede yatan hastaların bazı tanı gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri, Klinik psikiyatri 2009;12(2):90-98.
86. Malm D., Hollberg L.R., Patients' experiences daily living with a pacemaker a grounded theory study, Journal of Health Psychology, 2008;11(5):787-798.
87. Demir M., Kalp yetmezliğinde yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Edirne, 2008.
88. Akçay F.F., Dedeli ., Miyokart infarktüsü geçiren hastalarda umutsuzluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, Journal of Cardiovascular Nursing 2016;7(14):153-161.
89. Özer S., Kalp yetersizliği olan hastaların yaşam kalitesi algılamaları, Türk Kardiyoloji Derneği 2009;38(2):100-108.
90. Kılınç S., Torun F., Türkiye'de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme lekleri, Dirim Tıp Gazetesi 2011;86(1):39-47.
91. Korkmaz T., Tel H., KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010; 13(2):79-86.

EKLER:

EK 1: HASTA BİLGİ FORMU;

**PACEMAKER TAKILI HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ, ANKSİYETE VE
DEPRESYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

AÇIKLAMA: Sayın katılımcı, bu araştırma pacemaker takılı hastaların yaşam kalitesinin incelenmesi, anksiyete ve depresyonun yaşamı üzerine etkilerini incelemek için yapılmaktadır. Bilgiler gizli tutulacaktır. Vereceğiniz yanıtlar için teşekkürler.

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

1. Doğum Tarihiniz:

2. Cinsiyetiniz:

1-Kadın 2-Erkek

3. Yaşadığınız yer:

1-İl 2-İlçe 3-Belde/Köy

4. Medeni durumunuz:

1-Evli 2-Eşini kaybetmiş (vefat etmiş)

5. Eğitim durumu:

1-Okur-yazar 2-İlkokul 3-Ortaokul 4-Lise 5-Yüksekokul ve üzeri

6. Çalışma durumu:

1-Çalışıyor 2-Çalışmıyor 3-Emekli

7. Yaşanılan kişi:

1-Eşi ile 2-Eşi ve çocukları ile 3-Yalnız 4-Yakını ile

8. Ekonomik durumu:

1-Geliri giderinden az 2-Geliri giderine eşit 3-Geliri giderinden fazla

9. Sosyal güvence:

1-Var 2-Yok

10. Hastalığın tanılama süresi:

1-0-11 ay 2-1-5 yıl 3-6-10 yıl 4-11-15 yıl 5-16 ve üzeri

11. Pacemaker takılma zamanı:

1-0-11 ay 2-1-5 yıl 3-6-10 yıl 4-11-15 yıl 5-16 ve üzeri

12. Pacemaker hakkında bilgi durumu:

1-Evet 2-Hayır

13. Yanıtınız evet ise, pacemaker hakkında bilgi alınan kişi (birden fazla yanıt verebilirsiniz):

1-Hekim 2-Hemşire 3-İnternet 4-Medikalci 5-Diğer

14. Hastalığınıza yönelik ilaçlarınızı düzenli olarak kullanıyor musunuz?

1-Evet 2-Hayır

15. Kronik hastalığınız var mı?

1-Evet 2-Hayır

16. Yanıtınız evet ise hastalığınızı belirtiniz (birden fazla yanıt verebilirsiniz):

1-DM 2-HT 3-KOAH 4-Kalp Yetmezliği 5-KBY 6-Diğer...

17. Antidepresan ilaç kullanma durumu:

1-Evet 2-Hayır

18. Yanıtınız evet ise antidepresan ilaç kullanma süresini belirtiniz:

1-0-3 ay 2-4-7 ay 3-Düzensiz kullanıyor

19. Psikolojik destek alma durumu:

1-Evet 2-Hayır

EK 2: SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ;

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirir siniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

1-Mükemmel 2-Çok iyi 3-İyi 4-Fena değil 5-Kötü

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirir siniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi 1
Geçen seneden biraz daha iyi 2
Geçen sene ile aynı 3
Geçen seneden biraz daha kötü 4
Geçen seneden çok daha kötü 5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling,golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

EVET HAYIR

- | | | |
|--|---|---|
| a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti | 1 | 2 |
| b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması | 1 | 2 |
| c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama | 1 | 2 |
| d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması | 1 | 2 |

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

EVET HAYIR

- | | | |
|---|---|---|
| a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu? | 1 | 2 |
| b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması | 1 | 2 |
| c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama | 1 | 2 |

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- 1-Hiç 2-Çok az 3-Orta derecede 4-Biraz 5-Oldukça

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- 1-Hiç 2-Çok az 3-Orta 4-Çok 5-İleri derecede 6-Çok şiddetli

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- 1-Hiç 2-Çok az 3-Orta 4-Çok 5-İleri derecede

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine

alınız

	Her Zaman	Çoğu zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitenize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

1-Her zaman 2-Çoğu zaman 3-Bazı zamanlar 4-Çok az zaman 5-Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK 3: SF-36 HESAPLAMA MODELİ;

SF-36 Hesaplama Modeli

SF-36, 36 sorudan ve 8 ayrı bölümden oluşur. Bölüme dahil edilen soruların skorları ağırlıklı toplanarak bölüm skoru elde edilir. Daha sonra sekiz sağlık bölümünden elde edilen skarlardan özet sağlık skorları elde edilir. Özet skorların elde edilmesindeki amaç yorumlama ve karşılaştırmalarda kolaylık sağlamasıdır.

Fiziksel sağlık özet skoru (FSS) fiziksel sağlık durumunun bir göstergesi olarak fiziksel işlev (Fİ), fiziksel rol (FR), ağrı (A) ve genel sağlık algısı (GS) alt bileşen skorlarından etkilenmektedir. Mental sağlık özet skoru (MSS) mental sağlık göstergesi olarak yaşamsallık (Y), sosyal işlev (Sİ), mental rol (MR) ve mental işlev (Mİ) alt bileşenlerinin bir fonksiyonu olarak değerlendirilmektedir.

Özet skorların elde edilmesi üç basamakta yapılmaktadır.

1. Sorular (items) puanlanır:

SF 36 sorularının puanlaması aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir:

Soru 1

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	5.0
2	4.4
3	3.4
4	2.0
5	1.0

Soru 3a – 3j

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0
3	3.0

Soru 4a – 4d

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0

Soru 5a-5c

Başlangıç değeri	puan	Son değeri	puan
1		1.0	
2		2.0	

Soru 6

Başlangıç değeri	puan	Son değeri	puan
1		5	
2		4	
3		3	
4		2	
5		1	

Soru 7

Başlangıç değeri	puan	Son değeri	puan
1		6.0	
2		5.4	
3		4.2	
4		3.1	
5		2.2	
6		1.0	

Soru 8 (eğer 7 ve 8 sorular yanıtlanmış ise)

Başlangıç puan değeri	7.soru başlangıç değeri	Son puan değeri
1	1.0	6.0
1	2-6 arasında	5.0
2	1-6 arasında	4.0
3	1-6 arasında	3.0
4	1-6 arasında	2.0
5	1-6 arasında	1.0

Soru 8 (eğer 7. soru yanıtlanmamış ise)

Başlangıç değeri	puan	Son değeri	puan
1		6.0	
2		4.75	
3		3.5	
4		2.25	
5		1.0	

Soru 9a, 9d, 9e ve 9h

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	6
2	5
3	4
4	3
5	2
6	1

Soru 9b, 9c, 9f, 9g ve 9i

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6

Soru 10

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

Soru 11a ve 11c

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

Soru 11b ve 11d

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

2. Soruların birleştirilmesi ile ölçekler (scales, boyut, bölüm) elde edilir.

Ölçek (boyut)	Soruların son puan değerleri toplamı	Olası en düşük ve en yüksek ham puanlar	Olası ham skor aralığı
Fiziksel işlev	$3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3i+3j$	10 – 30	20
Fiziksel rol	$4a+4b+4c+4d$	4 – 8	4
Ağrı	$7+8$	2 – 12	10
Genel sağlık algısı	$1+11a+11b+11c+11d$	5 – 25	20
Yaşamsallık	$9a+9e+9g+9i$	4 – 24	20
Sosyal işlev	$6+10$	2 – 10	8
Mental rol	$5a+5b+5c$	3 – 6	3
Mental sağlık	$9b+9c+9d+9f+9h$	5 – 30	25

Boyut skoru = alınan ham puan – olası en düşük ham puan x 100
olası ham puan aralığı

Örnek:

Fizik işlev ham puanı 21 ise

$$FF = (21 - 10 \times 100) / 20$$

$$FF = 55 \text{ (olası en düşük skor 10 ve olası ham puan aralığı 20)}$$

EK 4: HAD ÖLÇEĞİ;

HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON (HAD) ÖLÇEĞİ

1) Kendimi gergin, “patlayacak gibi” hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar de

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendiriyor
- Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Bazen
- Sık değil
- Hiçbir zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle az
- Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek

EK 5: GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU;

Bu çalışma Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Gaziantep İli Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji ünitelerinde çalışmaya gönüllü olarak katılan pacemaker takılı hastaların yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon durumlarının değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Bu araştırma çerçevesinde araştırmacı tarafından size verilen veri toplama formunu doldurmanız ve tekrar araştırmacıya vermeniz istenecektir. Araştırma kapsamında 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 de yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz.

Teşekkürler...

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU KLİNİK ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

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

Araştırmayı yapan araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

EK 6: HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU ONAYI;

**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Yüksekokulu)**

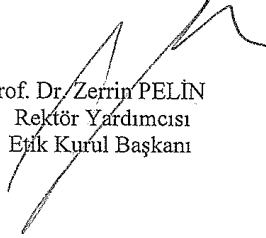
23.11.2015

Sayın Hatice EĞİLMEZ

“Pacemaker Takılan Hastalarda Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyonun Değerlendirilmesi” konulu çalışmamız 23.11.2015 tarih ve 2015-7 nolu girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Zerrin PELİN
Rektör Yardımcısı
Etik Kurul Başkanı



EK 6'NIN DEVAMI;

**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ YÜKSEKOKULU
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARARI**

Karar No : 2015/7
Karar Tarihi : 23.11.2015

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu aşağıdaki kararları almıştır.

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR'ın "...Genç Erişkinlerde Fiziksel Aktivite Engelleri Anketinin Geliştirilmesi, Geçerliliği ve Güvenirliği..." konulu çalışmasının yürütülmesine;

Hatice EĞİLMEZ'in "...Pacemaker Takılan Hastalarda Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyonun Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesine;


Yrd. Doç. Dr. Feride YİĞİT'in "...Kulak-Burun-Boğaz Ameliyatı Olacak Hastaların Ameliyat Öncesi Kaygılarının Ameliyat Sonrası Ağrı Düzeyine Etkisi..." konulu çalışması için düzeltmelerden sonra tekrar başvurusunun;

Yrd. Doç. Dr. Feride YİĞİT'in "...Beyin Ameliyatlarında Saçı Kesilen Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Beden İmajı Benlik Saygısı..." konulu çalışması için düzeltmelerden sonra tekrar başvurusunun;


Uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.



Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye


Prof. Dr. Zerrin PELİN
Başkan


Doç. Dr. Ayla YAVA
Üye


Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ
Üye


Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KOÇKAR
Üye


Yrd. Doç. Dr. Hatice YAKUT
Üye




Güven KÖK
T.C. Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Sekreteri

**EK 7: GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ ŞAHİNBEY ARAŞTIRMA VE UYGULAMA
HASTANESİ ONAYI;**

Evrak Tarih ve Sayısı: 12/01/2016-690



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Başhekimliği

Sayı :91786782/302.14.06/
Konu :Araştırma İzn. Hk.

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi :06/01/2016 tarihli, 449 sayılı ve "Araştırma izni hk." konulu yazı

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrenciniz Hatice EĞİLMEZ tarafından Yrd. Doç Dr. Zerrin ÇİĞDEM danışmanlığında ve tez araştırması kapsamında "Pacemaker Takılan Hastalarda Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyonun Değerlendirilmesi" başlıklı bilimsel araştırmasını Kardiyoloji Anabilim Dalının görüş yazısına istinaden hastanemiz kardiyoloji servisinde yatan hastalara 07.12.2015-07.06.2016 tarihleri arasında yapması uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Metin KILINÇ
Başhekim

11/01/2016 Hmş. : B.D.ŞENER
11/01/2016 Hmş. : A.KIZILIRMAK
12/01/2016 Has.Müd. : G.ACIOĞLU

Evrak Doğrulamak İçin : <http://193.140.136.124/enVision/Dogrula/8V9DY0>
Üniversite Bulvarı P.K. 27310 Şehitkamil / Gaziantep, TÜRKİYE Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Tel: : 0 (342) 360 12 00 Faks: 0 (342) 360 10 13
E-Posta: : bilgi@gantep.edu.tr Elektronik ağı:<http://www.gantep.edu.tr/>



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 8: GAZİANTEP İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ'NE BAĞLI DR. ERSİN ARSLAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ONAYI;



Sayı : 82370929/774
Konu : Araştırma İzni

T.C.
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

T.C. TRKK GAZİANTEP İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
KAYIT TARİHİ: 31.12.2015 10:01:23
TÜRÜ: GİDEN EVRAK
EVRAK NO: 29006
BİRİM ADI: EĞİTİM BİRLİĞİ

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

İlgi: 11.12.2015 tarih ve 71915440/80 sayılı yazınız.

İlgi yazınız gereği, enstitünüz yüksek lisans programı öğrencisi Hatice EĞİLMEZ' in Genel Sekreterliğimize bağlı Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, 04 Ocak-07 Haziran 2016 tarihleri arasında ilgili araştırma çalışmasının yapılabilmesi ile ilgili Genel Sekreterlik Makam Onayı ekte sunulmuş olup araştırma sonucunun tarafımıza bildirilmesi Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Hayati DENİZ
Genel Sekreter

EKİ:
Genel Sekreterlik Makam Onayı(1 Sayfa)

EK 8'İN DEVAMI;



T.C. Sağlık Bakanlığı
Gaziantep
Kamu Hastaneleri
Birliği Genel Sekreterliği

T.C.
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 82370929/ 774
Konu : Araştırma İzni

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI GAZİANTEP İLİ GENEL SEK.
KAYIT TARİHİ: 29.12.2015 10:53:24
TÜRÜ: GİDEN EVRAK
EVRAK NO: 28867
BİRİM ADI: EĞİTİM BİRLİĞİ

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 11.12.2015 tarih ve 71915440/80 sayılı yazısı ile Tıbbi Hizmetler Başkanlığının 25.12.2015 tarih ve 12815781-774-7242-28642 sayılı yazısına istinaden Hasan Kalyoncu Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden Hatice EĞİLMEZ tarafından Yrd.Doç.Dr.Zerrin ÇİĞDEM' in danışmanlığında tez araştırması dersi kapsamında "Pacemaker Takılan Hastalarda Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyonun Değerlendirilmesi" başlıklı çalışmasını 04 Ocak 2016 – 07 Haziran 2016 tarihlerinde hizmeti aksatmayacak şekilde Birliğimize Dr.Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması, araştırma sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi şartıyla tarafımızca uygun mütalaa edilmekte olup;

Olurlarınıza arz ederim.

Uz.DA Selda ASLAN
İdari Hizmetler Başkanı

OLUR
.../12/2015
Doç. Dr. Hayati DENİZ
Genel Sekreter

EK 9: YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI İNTİHAL RAPORU FORMU;

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI İNTİHAL RAPORU FORMU

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tarih: 07/07/2017

Tez Başlığı / Konusu: **Pacemaker Takılan Hastalarda Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyonun Değerlendirilmesi**
Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 53 sayfalık kısmına ilişkin, 05/07/2017 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından **TURNİTİN** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı alıntılar dahil % 25 'dir. (Benzerlik oranı; alıntılar dahil %30'un üzerindeyse açıklama gerekmektedir).

Uygulanan filtrelemeler:

- Kaynakça hariç
 Alıntılar dahil
 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Açıklamalar

.....
.....

Hasan Kalyoncu Üniversitesi **TURNİTİN** adlı intihal tespit programı sonucunda; azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

07/07/2017

Adı Soyadı: Hatice EĞİLMEZ
Öğrenci No: 144101026
Anabilim Dalı: Hemşirelik Ana Bilim Dalı
Programı: Hemşirelik
Statüsü: X Y.Lisans Doktora

İmza

H. Eğilmez

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

Yrd.Doç.Dr. Zerrin ÇİĞDEM

Z. Çiğdem

EK10: ÖZGEÇMİŞ;**ÖZGEÇMİŞ**

Adı Soyadı: Hatice EĞİLMEZ
Adres: Merveşehir mah. 21 nolu sok. Alleben apart. 3.kat 17 numara Şehitkamil/GAZİANTEP
Telefon: 05446911395/0(344)4172072
Mail: hatice8180@hotmail.com
Doğum Tarihi: 06.04.1980
Unvanı: Hemşire
Çalıştığı Kurum: Şehitkamil Devlet Hastanesi, GAZİANTEP
Öğrenim Durumu:

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Ankara Üniversitesi Çankırı Sağlık Yüksekokulu	2001-2007
Yüksek Lisans	Hemşirelik ABD	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2014-

KATILDIĞI KURS/KONFERANS v.b ETKİNLİKLER

TARİH	SENTRİFİKA
MAYIS 2012-TEMMUZ 2012 KASIM 2012-OCAK 2013	Aile Danışmanlığı Eğitimi
01-31 TEMMUZ 2016	Etkin Yönetim ve Liderlik
01-31 TEMMUZ 2016	Takım Çalışması ve Performans Yönetimi
01-31 TEMMUZ 2016	İleri Satış-Pazarlama ve İkna Teknikleri
01-31 TEMMUZ 2016	Cv Oluşturma ve Mülakat Teknikleri
01-31 TEMMUZ 2016	Etkili Konuşma ve Diksiyon
01-31 TEMMUZ 2016	İnsan Kaynakları Yönetimi
01-31 TEMMUZ 2016	Etkili İletişim ve Beden Dili
01-31 TEMMUZ 2016	Motivasyon ve Stres Yönetimi

