

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KALP PİLİ TAKILAN HASTALARA MELEİS'İN
GEÇİŞ TEORİSİNE GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN
ANKSİYETE VE DEPRESYON İLE ÖZ-
ETKİLİLİK DÜZEYİNE ETKİSİ: TEK KÖR
RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hatice ÇELİK ÇAKA

Hemşirelik Anabilim Dalı

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR

**Bu araştırma Ordu Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından
B-2301 proje numarası ile desteklenmiştir.**

ORDU-2024

ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Hatice ÇELİK ÇAKA tarafından hazırlanan ve Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR danışmanlığında yürütülen “Kalp Pili Takılan Hastalara Meleis’in Geçiş Teorisine Göre Verilen Eğitimin Anksiyete ve Depresyon ile Öz-Etkililik Düzeyine Etkisi: Tek Kör Randomize Kontrollü Çalışma” adlı bu tez, jürimiz tarafından 12/02/2024 tarihinde oybirliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir .

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR

Başkan : Doç. Dr. Birsen ALTAY
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Ondokuz Mayıs Üniversitesi

İmza:

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza:

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Yasemin KALKAN UĞURLU
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza:

ONAY

... / ... / 20... tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu’nun /.... /20... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır .

.... /.... /20...

Enstitü Müdürü
Prof. Dr. Dilek KÜÇÜK ALEMDAR

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim .

Hatice ÇELİK ÇAKA

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana yol gösteren, beni motive eden ve öğrencisi olmaktan gurur duyduğum çok değerli danışman hocam Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR'a, tezimde proje desteği aldığım Ordu Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi'ne, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım Ordu Üniversitesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ahmet KAYA ve Doç. Dr. Mustafa YENERÇAĞ'a, Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde birlikte çalıştığım arkadaşlarıma, çalışmamda yer alan hastalara, her koşulda yanımda olan beni destekleyen ve yardımlarını esirgemeyen annem Hanife ÇELİK, babam Atıf ÇELİK ve kardeşim Ümran ÇELİK'e, beni her daim motive eden ve destekleyen annem İpek ÇAKA'ya, her zaman yanımda olan, maddi manevi desteklerini esirgemeyen, tez sürecimde bana destek olan, sevincimi hüznümü paylaşıp beni motive eden ve varlığından güç aldığım sevgili eşim Uğur ÇAKA'ya çok teşekkür ederim.

Bu tezi çocuklarım Zeynep Duru ve Atıf Ali'ye ithaf ediyorum...

Hatice ÇELİK ÇAKA

ÖZET

KALP PİLİ TAKILAN HASTALARA MELEİS’İN GEÇİŞ TEORİSİNE GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN ANKSİYETE VE DEPRESYON İLE ÖZ-ETKİLİLİK DÜZEYİNE ETKİSİ: TEK KÖR RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

Amaç: Bu araştırma kalp pili takılan hastalara Meleis’in Geçiş Teorisine göre verilen eğitimin anksiyete ve depresyon ile öz etkililik düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma “tek kör randomize kontrollü deneysel çalışma” olarak 10 Kasım 2022-10 Kasım 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde yatan ve kalp pili takılan hastalar, araştırmanın örneklemini ise araştırmanın kriterlerine uyan 70 kalp pili takılan hasta oluşturmuştur. Araştırmanın verileri “Hasta Tanıtım Formu”, “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği” ve “Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği” ile toplanmıştır. Deney grubundaki kalp pili takılan hastalara Meleis’in Geçiş Teorisi rehber alınarak 2. gün ve 5.gün eğitim verilmiştir. “Kontrol grubundaki hastalara araştırma sürecinde herhangi bir girişim uygulanmamıştır”. Veriler tanımlayıcı istatistikler, Pearson’s ki-kare, Yates düzeltmesi, Fisher-Freeman-Halton, Fisher’s exact testi, Bonferroni testi, bağımsız iki örnek t testi, Mann Whitney U testi ve İki yönlü Robust testi ile değerlendirilmiştir. Araştırma için etik kurul onayı alınmıştır.

Bulgular: Deney ve kontrol grubu hastaların “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği” ön test son test farkı ortanca puanları arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmuştur ($p<0.001$). “Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği” alt boyutları “Düzenli Bir Şekilde Spor Yapma”, “Hastalık Hakkında Bilgi Alma”, “Toplum, Aile ve Arkadaşlardan Yardım Alma”, “Doktorla İletişim”, “Genel Hastalık Yönetimi”, “Ev İşlerini Yapma”, “Sosyal/Eğlence Aktiviteleri”, “Semptomlarla Başa Çıkma”, “Nefes Darlığı ile Başa Çıkma” ve “Depresyonu Yönetme/Kontrol” ön test son test farkı ortanca puanları arasında istatistiksel olarak farklılık belirlenmiştir ($p<0.001$).

Sonuç: Araştırmada kalp pili takılan hastalara Meleis’in Geçiş Teorisine göre verilen eğitimin anksiyete ve depresyon düzeyini azalttığı ve öz etkililik düzeyini artırdığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Meleis’in Geçiş Teorisi, Eğitim, Öz Etkililik, Anksiyete, Depresyon, Hemşirelik.

ABSTRACT

THE EFFECT OF EDUCATION GIVEN ACCORDING TO MELEIS' TRANSITIONAL THEORY ON THE LEVEL OF SELF-EFFECTIVENESS WITH ANXIETY AND DEPRESSION TO PATIENTS WITH PACEMAKER: A SINGLE-BLIND RANDOMIZED CONTROLLED STUDY

Aim: This research was conducted to determine the effect of the training given according to Meleis's Transition Theory on the anxiety, depression and self-efficacy levels of patients with pacemaker implantation.

Material and Method: The research was conducted as a "single-blind randomized controlled experimental study" between 10 November 2022 and 10 November 2023. The population of the research consisted of patients who were hospitalized in the Coronary Intensive Care Unit of Ordu University Training and Research Hospital and had pacemakers installed, and the sample of the research consisted of 70 patients with pacemakers who met the criteria of the research. The data of the study were collected with the "Patient Information Form", "Hospital Anxiety and Depression Scale" and "Self-Efficacy Scale in Chronic Diseases". Patients in the experimental group with pacemaker implants were given training on the 2nd day and 5th day, taking Meleis's Transition Theory as a guide. "No intervention was applied to the patients in the control group during the research process." Data were evaluated using descriptive statistics, Pearson's chi-square, Yates correction, Fisher-Freeman-Halton, Fisher's exact test, Bonferroni test, independent two-sample t test, Mann Whitney U test and Two-way Robust test. Ethics committee approval was received for the research.

Results: A statistical difference was found between the "Hospital Anxiety and Depression Scale" pretest-posttest median scores of the experimental and control group patients ($p < 0.001$). A statistical difference was determined between the "Self-Efficacy Scale in Chronic Diseases" subscales "Exercising Regularly", "Getting Information About the Disease", "Getting Help from Society, Family and Friends", "Communicating with the Doctor", "General Disease Management", "Doing Housework", "Social/Recreational Activities", "Coping with Symptoms", "Coping with Shortness of Breath" and "Managing/Controlling Depression" pretest-posttest difference median scores of the experimental and control group patients ($p < 0.001$).

Conclusions: In the study, it was found that the training given to patients with pacemakers according to Meleis's Transition Theory reduced the level of anxiety and depression and increased the level of self-efficacy.

Keywords: Meleis's Transition Theory, Education, Self-Efficacy, Anxiety, Depression, Nursing.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

KAPAK.....	
ONAY.....	
TEZ BİLDİRİMİ.....	I
TEŞEKKÜR.....	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ.....	IX
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	X
EKLER.....	XI
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	4
1.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Kalp Hastalıkları.....	5
2.2. Kalp Pili.....	6
2.2.1. Kalp Pilinin Tarihçesi.....	6
2.2.2. Kalp Pilinin Tanımı.....	7
2.2.3. Kalp Pili Türleri.....	7
2.2.3.1. Pacemaker.....	8
2.2.3.2. İmplant Edilebilir Kardiyak Defibrilatör.....	8
2.2.3.3. Kardiyak Resenkronizasyon Tedavisi.....	8
2.2.4. Kalp Pili Endikasyonları.....	8
2.2.5. Kalp Pilinin Komplikasyonları.....	9

2.2.6.	Kalp Pili Takılan Hastalarda Cihaza Uyum.....	10
2.2.7.	Kalp Pili Takılan Hastalarda Anksiyete.....	11
2.2.8.	Kalp Pili Takılan Hastalarda Depresyon.....	11
2.2.9.	Kalp Pili Takılan Hastalarda Öz Etkililik.....	12
2.2.10.	Kalp Pili Takılan Hastalarda Hemşirenin Rolü.....	13
2.3.	Geçiş Teorisi.....	14
2.3.1.	Geçişin Doğası.....	14
2.3.2.	Geçiş Tipleri.....	15
2.3.3.	Geçiş Kalıpları.....	16
2.3.4.	Geçişlerin Özellikleri.....	17
2.3.5.	Geçiş Durumları: Kolaylaştırıcılar ve Engelleyiciler.....	18
2.3.6.	Yanıt Şekilleri.....	19
2.3.7.	Fiziksel, Psikolojik, Sosyal ve Spiritüel Hemşirelik Bakımı (Terapötik Hemşirelik).....	20
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1.	Araştırmanın Türü.....	22
3.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	22
3.3.	Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	22
3.4.	Araştırmanın Randomizasyonu.....	23
3.5.	Araştırmanın Körlenmesi ve Yanlılığın Önlenmesi.....	24
3.6.	Araştırmanın Değişkenleri.....	24
3.7.	Veri Toplama Araçları.....	24
3.7.1.	Hasta Tanıtım Formu.....	24
3.7.2.	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği.....	25
3.7.3.	Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği.....	25
3.8.	Verilerin Toplanması.....	26
3.9.	Kalp Pili Takılan Hastalara Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Eğitim Verilmesi.....	26
3.10.	Kalp Pili Takılan Hastalara Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Verilen Eğitim.....	31
3.10.1.	Geçişin Doğası.....	31
3.10.2.	Geçişin Durumları.....	32

3.10.3. Yanıt Şekilleri.....	32
3.10.4. Fiziksel, Psikolojik, Sosyal ve Spiritüel Hemşirelik Bakımı (Terapötik Hemşirelik).....	33
3.11. Kontrol Grubu.....	33
3.12. Araştırmanın Etik Boyutu.....	33
3.13. Verilerin Değerlendirilmesi.....	34
4. BULGULAR.....	37
5. TARTIŞMA.....	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
6.1. Sonuçlar.....	63
6.2. Öneriler.....	64
KAYNAKLAR.....	65
EKLER.....	81
EK1: Hasta Tanıtım Formu.....	81
EK2: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği.....	82
EK3: Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği.....	84
EK4: Kalp Pili Takılan Hastalar İçin Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Hazırlanan Eğitim Kitapçığı.....	86
EK5: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Kullanım İzni.....	90
EK6: Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği Kullanım İzni.....	91
EK7: İl Sağlık Müdürlüğü İzni.....	92
EK8: Etik Kurul Onayı.....	93
EK9: Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	94
ÖZGEÇMİŞ	95

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 3.1. Kalp Pili Takılan Hastalara Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Eğitim.....	27
Şekil 3.2. Araştırma Planı.....	35
Şekil 3.3. CONSORT 2010 Akış Diyagramı.....	36
Şekil 4. 1. Grup ve Zamana Göre Hastane Anksiyete Ölçeği Kutu Grafiği.....	40
Şekil 4. 2. Grup ve Zamana Göre Hastane Depresyon Ölçeği Kutu Grafiği.....	42
Şekil 4.3. Grup ve Zamana Göre Düzenli Bir Şekilde Spor Yapma Kutu Grafiği.....	45
Şekil 4. 4. Grup ve Zamana Göre Hastalık Hakkında Bilgi Alma Kutu Grafiği.....	46
Şekil 4. 5. Grup ve Zamana Göre Toplum, Aile ve Arkadaşlardan Yardım Alma Kutu Grafiği.....	47
Şekil 4.6. Grup ve Zamana Göre Doktorla İletişim Kutu Grafiği.....	48
Şekil 4.7. Grup ve Zamana Göre Genel Hastalık Yönetimi Kutu Grafiği.....	49
Şekil 4.8. Grup ve Zamana Göre Ev İşlerini Yapma Kutu Grafiği.....	50
Şekil 4.9. Grup ve Zamana Göre Sosyal/Eğlence Aktiviteleri Kutu Grafiği.....	51
Şekil 4. 10. Grup ve Zamana Göre Semptomlarla Başa Çıkma Kutu Grafiği.....	52
Şekil 4.11. Grup ve Zamana Göre Nefes Darlığı ile Başa Çıkma Kutu Grafiği.....	53
Şekil 4.12. Grup ve Zamana Göre Depresyonu Yönetme/Kontrol Kutu Grafiği.....	54

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 3.1. Randomizasyon Tablosu.....	23
Tablo 3.2. Kalp Pili Takılan Hastalara Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Verilen Eğitim Programı.....	29
Tablo 4.1. Gruplara Göre Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.2. Gruplara Göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.3. Grup ve Zamana Göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.4. Grup ve Zamana Göre Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.5. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyutları Ön Test Son Test Puan Farklarının Karşılaştırılması.....	55

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AV	: Atriyoventriküler
CRT	: Cardiac Resynchronization Therapy
EKG	: Electrocardiography
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
ICD	: Implantable Cardiac Defibrillator
KY	: Kalp Yetmezliği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu



EKLER

Ek No	Sayfa No
Ek 1. Hasta Tanıtım Formu.....	81
Ek 2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği.....	82
Ek 3. Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği.....	84
Ek 4. Kalp Pili Takılan Hastalar İçin Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Hazırlanan Eğitim Kitapçığı.....	86
Ek 5. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Kullanım İzni.....	90
Ek 6. Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği Kullanım İzni.....	91
Ek 7. İl Sağlık Müdürlüğü İzni.....	92
Ek 8. Etik Kurul Onayı.....	93
Ek 9. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	94

1.GİRİŞ

Dünyada ve ülkemizde kalp hastalıkları önemli bir halk sağlığı sorunu olup, mortalite ve morbidite oranı yüksektir (Akman ve Civek, 2022). Dünya Sağlık Örgütü 2021 yılı verilerine göre; dünyada 20.5 milyon kişinin kalp hastalıkları nedeniyle yaşamını kaybettiği ve dünya genelinde bu sayının tüm ölümlerin %32'sini oluşturduğu belirtilmektedir (WHO, 2021). TÜİK 2020 yılı verilerine göre; Türkiye genelinde gerçekleşen ölümlerin, %41.5'inin iskemik kalp hastalıklarından ve %23.8'inin diğer kalp hastalıklarından kaynaklı olduğu belirtilmektedir (TÜİK, 2020). Kalp hastalıklarında kalp atışını ve ritmini düzenlemek için hastalara kalp pili takılabilmektedir (Roger, 2013; Bedük, 2016; Enç, 2019; Li ve ark., 2019; Matta ve Moussallem, 2019).

Dünya çapında her geçen gün kalp pili takılan hasta sayısının arttığı, 2016 yılı itibariyle yaklaşık 1.14 milyon kişide kalp pili olduğu ve 2023 yılının sonuna kadar bu sayının 1.43 milyon olacağı tahmin edilmektedir (Statista, 2023). Kalp pili, fonksiyonel bir kalp atışını sürdürmek ve eski haline getirmek için kalbi elektriksel darbelerle uyaran ve kardiyak implante edilebilir elektronik cihazlardır (Dalia ve Amr, 2022). Amerikan Kalp Derneği kalp pili endikasyonlarını; hasta sinüs sendromundan kaynaklı semptomatik bradikardi, atrioventriküler düğüm hastalığından (AV bloklar) kaynaklı semptomatik bradikardi, uzun Q sendromu, hipertrofik obstrüktif kardiyomiyopati, genişletilmiş kardiyomiyopati, AV düğüm ablasyonu, biventriküler pacing ile kardiyak resenkronizasyon tedavisi, gelişmiş 2. veya 3. derece kalp bloğu ve tekrarlayan senkop olarak sınıflandırmaktadır (Puette ve ark., 2022). Ayrıca kalp nakli sonrasında şiddetli sistolik kalp yetmezliği olan hastalarda, kardiyak resenkronizasyon tedavisinde ve doğuştan kalp hastalığı olan hastalarda kalp pili uygulanabilmektedir (Dalia ve Amr, 2022).

Kalp pili takıldıktan sonra hastaların yaşam tarzlarında, rutinlerinde, iş yaşamında, toplumsal yaşamında ve aile yaşamında bazı değişiklikler oluşmakta ve buna bağlı olarak cihaza uyum sorunları yaşanabilmektedir (Burns ve ark., 2005; Vellone ve ark., 2008; Pasyar ve ark., 2017a). Kalp pili nedeniyle hastalarda günlük aktivitelerden kaçınma, beden imajı değişikliği, cinsel aktivitede azalma ve yabancı

bir cismin takılması nedeniyle psikolojik sorunlar görülebilmektedir (Tagney ve ark., 2003; Vellone ve ark., 2008; Hassin ve ark., 2010). Kalp pili sonrası hastaların çoğunda anksiyete ve depresyon belirtileri görüldüğü belirtilmektedir (Tagney ve ark., 2003; Leosdottir ve ark., 2006; Çelik ve Ertaş, 2016; Eğilmez, 2017; Polikandrioti ve ark., 2018). Bu kapsamda hastaların psikolojik olarak desteklenmeleri yaşam kaliteleri açısından önemlidir (Leosdottir ve ark., 2006; Polikandrioti ve ark., 2018; Khalil ve ark., 2020). Bununla birlikte kalp pili takılan hastalarda öz etkililik düzeyinin kalp piline uyum açısından önemli olduğu belirtilmektedir (Kirkpatrick ve ark., 2012). Öz etkililik, kişinin bilişsel, sosyal ve davranışsal becerilerini organize edebilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Öz etkililiğin geliştirilmesinde bilgi, beceri ve güven önemlidir. Kalp pili takılan hastaların öz etkililiğini artırmada sağlık profesyonelleri tarafından verilen eğitimlerin önemli olduğu vurgulanmaktadır (Kirkpatrick ve ark., 2012; Rakhshan ve ark., 2013; Shen ve ark., 2019).

Sağlık profesyonelleri tarafından yapılan eğitimlerin hastaların farkındalıklarını, öz etkililiklerini ve yaşam kalitelerini artırdığı, yanlış bilgi ve tutumlarının azalttığı belirtilmektedir (Tagney ve ark., 2003; Yıldız ve ark., 2018; Khalil ve ark., 2020; Pasyar ve ark., 2022a). Özellikle hemşirelerin kalp pili takılan hastaların eğitimi konusunda önemli rol oynadığı ve hemşireler tarafından planlı eğitim programlarının uygulanması gerektiği vurgulanmaktadır (Köroğlu, 2014; Puette ve ark., 2022). Hemşireler kalp pili takılan hastalara eğitim yaparak hastaların cihaza uyum süreçlerine katkı sağlamalıdır (Solórzano ve ark., 2009; Vera, 2019). Hemşireler tarafından yapılan eğitimlerin kuram ve modele dayalı olarak yapılması eğitimin etkililiği açısından önemlidir (Meleis ve ark., 2000; Davies, 2005; Güngör ve ark., 2023).

Kalp pili takılan hastalar yeni bir cihazla yaşamlarını devam ettirdikleri için geçiş süreci yaşamaktadırlar. Bu kapsamda kalp pili takılan hastalara geçiş modeline göre eğitim verilmesinin etkili olacağı belirtilmektedir (Meleis ve ark., 2000; Davies, 2005; Oliveira ve ark., 2021). Meleis'in geçiş teorisi, çeşitli yaşam değişikliklerinin etkisini anlamada yararlı bir modeldir (Davies, 2005; Gözütok Konuk ve Su, 2020). Meleis'e göre sağlıklı bir geçiş sürecinin oluşması için fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel hemşirelik bakımının verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Meleis, 2019; Gözütok Konuk ve Su, 2020). Meleis geçiş sürecini analiz ederek, sürecin

bileşenlerini belirlemiş ve bir çerçeve oluşturmuştur (Meleis ve ark., 2000). Bu çerçevede geçiş; gelişimsel, durumsal, sağlık-hastalık ve kurumsal olmak üzere dört başlık altında ele alınmaktadır. Geçiş kuramının ana kavramları; geçişin doğası, kolaylaştırıcı ve engelleyiciler, yanıt şekilleri, fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel hemşirelik bakımından oluşmaktadır (Gözütok Konuk ve Su, 2020). Modelde hemşirelerin amacı, birey ve ailelere sağlık-hastalık geçiş süreçlerinde bakım sağlamak, yaşam kalitelerini artırmak ve yaşadıkları değişikliklerle başa çıkabilmelerine destek olmaktır. Model, bireylerin sağlıklı geçiş yapabilmeleri için gerekli olan müdahalelere odaklanmaktadır (Orr ve ark., 2020; Transitions Theory, 2023). Bu bağlamda kalp pili takılan hastalara geçiş modeline göre eğitim verilmesi önemlidir (Oliveira ve ark., 2021).

Literatür incelendiğinde; kalp pili takılan hastaların cihaza uyumu konusunda yeterince desteklenmediği (Pasyar ve ark., 2022b), hastaların bilgi eksikliği nedeniyle belirsizlikler ve psikolojik sorunlar yaşadığı (Dickerson ve ark., 2010; Golabchi ve ark., 2019) ve anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmektedir (Vellone ve ark., 2008; Shen ve ark., 2019; Polikandrioti, 2022). Hastaların yaşam kalitelerinin artırılması için anksiyete ve depresyon düzeyleri ile öz etkililik düzeylerinin belirlenerek buna yönelik hemşirelik girişimlerinin yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (Vellone ve ark., 2008; Figueroa ve ark., 2016; Polikandrioti ve ark., 2018; Polikandrioti, 2022). Özellikle hemşireler tarafından yapılan eğitimlerin etkinliğini değerlendiren araştırmalara ihtiyaç duyulduğu (Bolse ve ark., 2013; Köroğlu, 2014; Ahmed ve ark., 2021) ve hemşireler tarafından yapılan eğitimlerin bir modele göre yapılması gerektiği (Oliveira ve ark., 2021) belirtilmektedir. Kalp pili takılan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin azaltılması ve öz etkililiklerinin artırılması konusunda desteklenmelerinin yaşam kaliteleri açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır (Bolse ve ark., 2013). Kalp pili takılan hastalar yeni bir cihaza uyum konusunda geçiş süreci yaşadıkları için hemşireler tarafından Meleis'in Geçiş Teorisine göre eğitim verilmesi önemlidir (Oliveira ve ark., 2021).

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma kalp pili takılan hastalara Meleis'in Geçiş Teorisine göre verilen eğitimin anksiyete ve depresyon ile öz etkililik düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

H₀1: Kalp pili takılan hastalara Meleis'in Geçiş Teorisine göre verilen eğitim hastaların anksiyete ve depresyon düzeyini etkilemez.

H₁1: Kalp pili takılan hastalara Meleis'in Geçiş Teorisine göre verilen eğitim hastaların anksiyete ve depresyon düzeyini azaltır.

H₀2: Kalp pili takılan hastalara Meleis'in Geçiş Teorisine göre verilen eğitim hastaların öz-etkililik düzeyini etkilemez.

H₁2: Kalp pili takılan hastalara Meleis'in Geçiş Teorisine göre verilen eğitim hastaların öz-etkililik düzeyini artırır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Kalp Hastalıkları

Dünyada ve ülkemizde kalp hastalıkları önemli bir halk sağlığı sorunu olup, mortalite ve morbidite oranı yüksektir (Akman ve Civek, 2022). Kalp hastalıklarının oluşmasında; sigara ve alkol kullanımı, fiziksel hareket azlığı, stres, uyku bozukluğu, sağlıksız ve dengesiz beslenme, obezite, diyabet ve dislipidemi gibi faktörler rol oynamaktadır (Kasprzyk ve ark., 2018; Akman ve Civek, 2022; World Heart Federation, 2023). Kalp hastalıkları; koroner arter hastalığı (iskemik kalp hastalığı), kalbin enfeksiyon hastalıkları, kalp kapağı hastalıkları, kalp yetmezliği, konjenital kalp hastalıkları, hipertansiyon ve aritmi olarak sınıflandırılmaktadır. İskemik kalp hastalığı olarak da bilinen koroner arter hastalığı kalbi besleyen koroner arterlerin çeşitli etkilerle kalınlaşıp elastikiyetini kaybetmesiyle birlikte kalp kasına sınırlı miktarda kan akımının olduğu bir hastalıktır. İskemik kalp hastalığının en önemli nedeni koroner arterlerde oluşan aterosklerozdur (Bedük, 2016).

Kalbin enfeksiyon hastalıkları; endokardit, miyokardit ve perikardit olarak kalbin tabakalarında virüs ve bakteri gibi ajanların oluşturduğu inflamasyondur (Bedük, 2016; Enç, 2019). Kalp kapağı hastalıkları; aort veya mitral kapakta darlık, yetersizlik ya da aynı kapakta oluşan hem darlık hem yetersizlik nedeniyle oluşan hastalıklardır (Enç, 2019; Li ve ark., 2019; Matta ve Moussallem, 2019). Kalp yetmezliği (KY), kalbin sistemik çalışma düzeninin bozulduğu ve kanın vücuda pompalanma etkinliğinin azalmasıyla görülen kronik bir hastalıktır (Roger, 2013). Konjenital kalp hastalıkları, doğumdan itibaren var olan kalbin yapısal bozukluklarıdır. Bu hastalıklar; atriyal septal defekt, patent duktus arteriyozus ve aort koarktasyonudur. Konjenital kalp hastalığı olan kişilerin erken tanısı geciktiğinde hayatta kalma oranları azalmaktadır. Konjenital kalp hastalıklarında uygulanan cerrahi, girişimsel ve farmakolojik tedaviler hastalık seyrini ve yaşam süresini olumlu yönde değiştirebilmektedir (Mutluer ve Çeliker, 2018).

Hipertansiyon, kalp debisi ve periferik damar direncine bağlı olarak değişen kan basıncında artma veya normal seviyenin üzerinde seyretme ile oluşan bir hastalıktır. Aritmiler kalpte oluşan ritim bozukluklarıdır ve konjenital kalp hastalıkları, kalp yetmezliği, elektrolit dengesizlikleri gibi birçok nedene bağlı olarak gelişebilmektedir

(Enç, 2019). Kalp hastalıkları belirtilerinden olan kardiyovasküler senkop genellikle aritmiler sebebi ile olmaktadır. Aritmiler hemodinamik dengeyi bozarak karbonmonoksit ve serebral kan akışında düşüğe neden olup senkop geliştirebilmektedirler. Aritmiler arasında sık görülen hasta sinüs sendromu, sinüs bradikardisi, sinüs arresti ve bradikardi-taşikardi belirtileriyle sinoatriyal işlev bozukluğu oluşabilmektedir. Hasta sinüs sendromu ile ortaya çıkan kalbin anormal depolarizasyonu sonucu oluşan sinoatriyal iletim anormallikleri ve sinoatrial nodun hasar görmesi ile oluşan senkop sinüs arresti, sinoatrial blok ile ilişkilendirilmektedir (Moya ve Sutton, 2009). Sinüs arresti görülen kişilerde ektopik atriyal veya atrioventriküler kavşak ritimleri görülebilmektedir. Sinüs düğümü işlev bozukluğu olan hastaların bazılarında atrioventriküler iletim bozuklukları da görülmektedir. Atrioventriküler iletim bozukluklarında atriyum aktivasyonu ventriküllere gecikmeli olarak iletilmekte ya da hiç iletilmemektedir. Atriyum aktivasyonunun geç iletildiği durumlara birinci derece atrioventriküler blok, iki veya daha fazla iletinin ventriküllere ulaşmaması durumuna ikinci derece atrioventriküler blok, ventriküllere ulaşan iletinin olmaması durumuna ise üçüncü derece atrioventriküler blok denilmektedir. Bu kapsamda kalp hastalıklarında kalp atışını ve ritmini düzenlemek için kalp pili kullanılmaktadır (Vardas ve ark., 2007).

2.2. Kalp Pili

2.2.1. Kalp Pili'nin Tarihçesi

Kalp pili 19. yüzyılın başlarında elektrik akımının kalbi etkilemesi ve kalp kası üzerindeki elektrik etkisinin fark edilmesi sonucunda kullanılmaya başlanmıştır (Erol ve ark., 2004). Doktor Aldini 1777 yılında merdivenlerden düşen bir çocuğun göğsüne elektrik uygulaması yaparak çocuğu hayata döndürmüştür. Hyman 1932 yılında kalp kasını elektriksel uyarı ile uyarabilen “yapay kalp pilini” icat etmiştir (Arslan, 2004; Erol ve ark., 2004). Zoll 1952 yılında Adam-Stokes nöbeti geçiren iki hastaya cilt elektrotlarıyla göğüs üzerinden yaptığı müdahale sonucunda dolaşımın devamını sağlamıştır. Weirich, Gott ve Lillihei 1957 yılında ilk kez kalp bloğunu tedavi etmek için insan kalbine yerleştirilen elektrotları kullanmışlardır (Taber ve ark., 1964; Arslan, 2004). Sening 1958 yılında Adam-Stoke atağı geçiren bir hastaya uyguladığı, implante edilebilir kalp pili ile günümüz koşullarında kullanılan kalp pilinin

temellerini atmıştır. Furman ve Schwedel tarafından 1958 yılında endokard kası kateter yardımı ile venöz yoldan uyarılmıştır. Sonrasında 1970'li yıllarda lityum pilleri kullanılmaya başlanmış, 1980'li yıllarda teknolojik gelişmelerle birlikte kalp pillerinde hız adaptasyonu sağlanmış ve ayrıntılı programlanan hafif ve küçük cihazlar kullanılmaya başlanmıştır (Erol ve ark., 2004).

2.2.2. Kalp Pili Tanımı

Kalp pili, kalbin anormal aktivitesini düzenlemek için kalp kasına düzenli aralıklarla elektriksel uyarı gönderen ve kardiyak olarak implante edilen küçük elektronik cihazlardır (Puette ve ark., 2022). Kalp pili, kalp kasını uyarmak için elektriksel sinyaller üreten bir jeneratöre ve elektrotlara sahiptir (Vera, 2019). Normal kalp aktivitesi içsel ileti bütünlüğüne sahip hücrelerin kalp pili hücreleri olarak görev yaptığı sinüs düğümünde başlamaktadır. Sinüs düğümünde başlayan ileti sistemi atrium boyunca atriyoventriküler düğüme yayılarak his-purkinje sistemine girmekte ve ventriküllere hızla yayılıp depolarize olmaktadır. İçsel ileti bütünlüğü başarısız olduğunda kalp dokusunun elektriksel uyarılabilirliği harici bir elektriksel uyarının miyositleri aktivite eşiğine itmesine izin verir ve enerji iletimi biyolojik süreçle komşu miyositlerin depolarizasyonunu sağlamaktadır. Bu dış ileti etkisi kalp pilleri sayesinde olmaktadır (Siva ve ark., 2017).

Kardiyak aritmi yaşayan hastalar ve kalp yetmezliği olan hastalara implante edilen kalp pilleri cihaz tipiyle ilişkili olarak sağkalımda iyileşmeye ve kardiyopulmoner egzersiz kapasitesinde artışa neden olmaktadır (Breitenstein ve Steffel, 2019). Kalp pili jeneratöründe ileti hızını ve düzeyini belirleyen devre ve batarya bulunmaktadır. Kalp pili bataryasının ömrü ortalama 6 ile 12 yıldır (Vera, 2019). Gelişen teknoloji ile birlikte klinik durum ve endikasyona yönelik farklı kalp pili çeşitleri kullanılmaktadır (Breitenstein ve Steffel, 2019).

2.2.3. Kalp Pili Türleri

Günümüzde sıklıkla kullanılan kalp pili türleri pacemaker, implante edilebilir kardiyak defibrilatör ve kardiyak resenkronizasyon tedavisi olarak sınıflandırılmaktadır (Breitenstein ve Steffel, 2019; Puette ve ark., 2022).

2.2.3.1. Pacemaker

Hasta sinüs sendromu olarak da bilinen sinoatrial nod disfonksiyonu, semptomatik sinüs bradikardisi, sinoatrial blok ve sinüs arresti gibi geniş kullanım alanlarına sahip olan kalp pili türüdür (Goldberger ve Lampert, 2006; Glikson ve ark., 2022). Pacemakerlar hastanın metabolik ihtiyaçlarını karşılayacak olan kalp hızını oluşturmak için fizyolojik algılayıcılardan sağlanan verileri çeşitli algoritmalar kullanarak uygun kalp hızına dönüştürmektedir (Glikson ve ark., 2022).

2.2.3.2. İmplant Edilebilir Kardiyak Defibrilatör

İmplant edilebilir kardiyoverter-defibrilatör (ICD) tedavisi, kardiyak aritmilerden kaynaklanan ani kalp durmasında anti-disritmik ilaçlara göre daha etkili bir tedavi yöntemidir (Özin ve Yiğit, 2006; Broers ve ark., 2020). ICD, ventriküler aritmi nedeniyle ani ölüm riski taşıyan hastalarda kullanılmaktadır (Goldberger ve Lampert, 2006)

2.2.3.3. Kardiyak Resenkronizasyon Tedavisi

Kardiyak resenkronizasyon tedavisi (CRT), kalp yetmezliği olan hastalara uygulanan pil türüdür. CRT düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliği, EKG üzerindeki Q ve T parametrelerinin uzun aralıklı olması ve New York Kalp Birliği sınıflamasında II, III ve IV. sınıf kalp yetmezliği olan hastalarda uygulanmaktadır (Glikson ve ark., 2022). CRT kalp yetmezliği ve sol dal bloğu olan hastalarda etkili bir tedavi yöntemidir (Mehta ve ark., 2021). CRT cihazları kalp yetmezliği olan hastalarda mortalite ve morbiditeyi azaltmakta ve yaşam kalitesini artırmaktadır (Goldberger ve Lampert, 2006).

2.2.4. Kalp Pili Endikasyonları

Kalp pilleri Amerikan Kardiyoloji Koleji, Amerikan Kalp Derneği ve Kalp Ritmi Derneği iş birliği içinde hazırlanan yapay kalp pillerinin implantasyonu kılavuzu göre uygulanmaktadır. Kalp pili implantasyonu için temel endikasyonlar; hasta sinüs sendromundan kaynaklı semptomatik bradikardi, atrioventriküler düğüm hastalığından (AV bloklar) kaynaklı semptomatik bradikardi, uzun Q sendromu, hipertrofik obstrüktif kardiyomiyopati, genişletilmiş kardiyomiyopati, AV düğüm ablasyonu, biventriküler pacing ile kardiyak resenkronizasyon tedavisinde gelişmiş 2. veya 3. derece kalp bloğu, tekrarlayan bayılma, yavaş ventriküler yanıtla birlikte

görülen atriyal fibrilasyon, nörokardiyojenik senkop ve nöromüsküler hastalık durumlarında uygulanmaktadır (Udo ve ark., 2013; Siva ve ark., 2017; Puette ve ark., 2022). Bununla birlikte kalp nakli sonrası taşikardiye tespit etmek ve sonlandırmak için, şiddetli kalp yetmezliği olan hastalarda, doğuştan kalp hastalığı olanlarda ve aritmojenik sağ ventrikül displazisi/kardiyomipatisi olan hastalarda kalp pili kullanılmaktadır (Fontaine ve ark., 2000; Marcus ve ark., 2003; Dalia ve Amr, 2022).

Kalıcı bradikardi varlığında sinüs nod hastalığı, semptom varlığından bağımsız kazanılmış AV blok (üçüncü ve ikinci derece tip 2) ve ikinci derece tip 1 kazanılmış AV blok kalp pili endikasyonudur. Aralıklı bradikardi varlığında ise; sinüs nod hastalığı kaynaklı sinüs nod duraklaması ve arrest durumları, ani ve aralıklı gelişen AV blok, 40 yaş üzeri bireylerde aralıklı senkop varlığı, sinüs arresti, AV blok veya ikisinin de aynı zamanda görülmesi ile oluşan semptomların varlığı, senkop hikayesi olan kişilerde asemptomatik olmalarına rağmen sinüs nod duraksamaları ve AV bloğa bağlı 6 saniye üzerinde görülen duraksamalar kalp pili endikasyonlarıdır (Brignole ve ark., 2013). Ayrıca transkateter aort kapak implantasyonu sonrasında gelişen ve 24-48 saat arasında düzelmeyen AV blok tablolarında kalp pili takılması önerilmektedir (Glikson ve ark., 2022).

2.2.5. Kalp Pili Komplikasyonları

Kalp pili genellikle acil durumlarda kullanılan tedavi şeklidir ve kalp pili takılması sırasında, kalp pili takıldıktan sonra erken dönemde ve orta vadede bazı komplikasyonlar görülebilmektedir (Siva ve ark., 2017; Modi ve ark., 2023). Operasyon sırasında gerçekleşen pnömotoraks ve hemotoraks subklavyen venin delinmesi ile gerçekleşen ciddi bir komplikasyondur. Kalp pili elektrotlarının subklavyen ven aracılığı ile ilerletilmesi bu komplikasyonların görülme sıklığını artırmaktadır (Vardas ve ark., 2007). Erken dönemde görülen komplikasyonlar; pnömotoraks, kardiyak perforasyon, perikardit, kardiyak tamponad, hemotoraks, ciddi cep hematomu, pulmoner emboli ve venöz tromboz olarak sıralanmaktadır. Orta vadeli komplikasyonlar ise, cihazla ilişkili enfeksiyonlar, kalp pili leadlerinin yerinden oynaması, hipertrofik skar ve keloid oluşumu ile ortaya çıkan ağrı, rahatsızlık ve olumsuz kozmetik sonuç (kozmetik kaygı), pil cebi ağrısı ve kolda şişlik şeklinde

sıralanabilmektedir (Baddour ve ark., 2010; Siva ve ark., 2017; Modi ve ark., 2023; King ve ark., 2023).

Kalp piline bağılı komplikasyonları önlemek için işlem sırasında ve sonrasında bazı önlemler alınmalıdır. İşlem öncesi kanamanın kontrol altında tutulması pil cebi enfeksiyon oluşumunu engellemeye yardımcı olabilmektedir (Lekkerkerker ve ark., 2009). Kalp pili elektrotlarının yerinden çıkmasını önlemek için elektrotun yerleştirilmesi sırasında kalp pilinin algılama, uyarı verme özelliklerinin güvenilir ve sonuçların stabil olup olmadığı kontrol edilmeli ve işlem sonrası akciğer grafisi ile kalp pili elektrotlarının yerleşimi kontrol edilerek komplikasyonun önüne geçilmelidir (Vardas ve ark., 2007).

2.2.6. Kalp Pili Takılan Hastalarda Cihaza Uyum

Kalp pili takılan hastalarda cihaza uyum süreci karmaşık bir süreçtir. Uyum sürecini fizyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve toplumsal etmenler etkilemektedir (Kaymaz ve Akdemir, 2016; Akdemir, 2021). Kalp pili takılan hastalarda cihazın avantaj ve dezavantajlarının anlaşılabilir psikolojik uyumun sağlanması cihaza uyum olarak değerlendirilmektedir (Burns ve ark., 2005). Kalp pili takılan hastalarda cihazla yaşamın stres oluşturduğu, beden imajında değişikliklere neden olduğu ve hastaların sosyal rollerinde ve etkileşimlerinde değişiklikler oluşturduğu belirtilmektedir (Morken ve ark., 2012; Pasyar ve ark., 2017a). Hastalar kalp pili ile yaşarken engelli olma hissi, adaptasyon sorunu, bozulan günlük rutinler, başkaları tarafından olumsuz algılanma, evlilik ilişkilerinde bozukluk, fiziksel aktiviteleri yerine getirememe, aile içi ve sosyal rolleri yerine getirememe, başkalarının damgalayıcı görüşleri, bilgi eksikliği, gelecekle ilgili endişe duyma ve kontrol kaybı nedeniyle cihaza uyumda zorluklar yaşayabilmektedirler (Lampert, 2013; Morken ve ark., 2014; Yıldız ve ark., 2018; Moradi ve ark., 2022). Bu kapsamda hastalarda cihaza uyum sürecinde yaşadıkları zorluklar nedeniyle anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sorunlar görülebilmektedir (Irvine ve ark., 2010; Sobczak-Kaleta ve ark. 2019; Isella ve ark., 2021).

2.2.7. Kalp Pili Takılan Hastalarda Anksiyete

Kalp pili takılan hastalarda yaşanan güçlükler hastaların ruh sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir (Irvine ve ark., 2010). Kalp pili nedeniyle günlük yaşam aktivitelerindeki sınırlamalar, cihaz işleyişi ve kullanımı ile ilgili endişeler, ağrı ve rahatsızlık hissi, uyku bozuklukları, yorgunluk, beden algısındaki değişiklikler, fiziksel ve sosyal aktivite azlığı, yaşam tarzı değişiklikleri, kişisel bakımı yerine getirmede yaşanan zorluklar, rutin kontroller ve biyometrik cihazla yaşamının verdiği tedirginlik ve cihaza uyum konusundaki bilgi eksikliği gibi nedenler hastalarda anksiyete oluşturabilmektedir (Duru ve ark., 2001; Beery ve ark., 2002; Malm ve ark., 2007; Pasyar ve ark., 2017b; Sobczak-Kaleta ve ark., 2019; Pedersen ve ark., 2021; Dessotte ve ark., 2022).

Kalp pili takılan hastalarda endişe, huzursuzluk ve kas gerginliği gibi tipik anksiyete belirtilerinin görüldüğü ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmektedir (Dessotto ve ark., 2022; Ghezzi ve ark., 2023). Kalp pili takılan hastalarda anksiyete varlığı hastaların cihaza uyumunu ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Duru ve ark., 2001; Sobczak-Kaleta ve ark. 2019). Kalp pili takılan hastaların cihaza uyum sürecinde sağlık profesyonelleri tarafından eğitim verilerek desteklenmeleri ruh sağlıkları açısından önemlidir (Beery ve ark., 2002; Malm ve ark., 2007; Dunbar ve ark., 2009; Lewin ve ark., 2009; Figueroa ve ark., 2016).

2.2.8. Kalp Pili Takılan Hastalarda Depresyon

Kalp pili takılan hastalarda günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi sırasında yaşanan güçlükler, düşük motivasyon, enerjinin azalması, uyku bozuklukları ve yorgunluk gibi nedenlerle depresyon belirtileri görülebilmektedir (Craig ve Kakumanu, 2002; Magyar-Russell ve ark., 2011; Polikandrioti ve ark., 2018; Rottmann ve ark., 2018; Cho ve ark., 2019; Aliakbari ve ark., 2022; Ghezzi ve ark., 2023). Kalp pili takılan hastalarda depresif ruh hali, ilgisizlik, ajitasyon ve yorgunluk gibi depresyon belirtilerinin görüldüğü ve bu nedenle yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (Shen ve ark., 2019; Pasyar ve ark., 2022a; Ghezzi ve ark., 2023). Kalp pili takılan hastalarda depresif belirtiler nedeniyle kalp hızında artma ve ritminde bozulmalar görülebilmektedir (Van Der Lingen ve ark., 2023). Kalp pili

takılan hastalarda depresyonun şiddeti ile düşük kalp hızı değişkenliği arasında ilişki tespit edilmiştir (Kemp ve ark., 2010). Kalp pili takılan hastalarda depresyon görülmesi hastaların cihaza uyumunu olumsuz etkilemektedir (Copeland ve ark., 2014; Chaddha ve ark., 2016). Kalp pili takılan orta yaşlı bireylerde depresyon görülme oranının yaşlı bireylere göre daha fazla olduğu ve kalp pili takılan her 4 hastadan 1’inde depresyon belirtileri görüldüğü belirtilmektedir (Oshvandi ve ark., 2020). Kalp pili takılan hastaların sağlık profesyonelleri tarafından eğitimle desteklenmesinin depresyon düzeyini düşürmede etkili olacağı vurgulanmaktadır (Figuerola ve ark., 2016).

2.2.9. Kalp Pili Takılan Hastalarda Öz Etkililik

Kalp pili takılan hastalar yaşadıkları ruhsal sorunlar, yaşam kontrolünü kaybetme duygusu, fiziksel aktivite kısıtlılıkları, sosyal rollerde değişim ve vücutlarında yabancı bir cisimle yaşamlarını devam ettirme durumları nedeniyle öz etkililik düzeyleri etkilenebilmektedir (Duru ve ark., 2001; Ketilsdottir ve ark., 2014; Humphreys ve ark., 2016; Berna ve Sıdika, 2018). Öz etkililik, bireyin görevlerini yerine getirebilmek için ihtiyaç duyduğu bir güçtür. Öz etkililik gücü, sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesine katkı sağlayarak hastalarda tutum ve davranış değişikliklerine yol açabilmektedir (Brink ve ark., 2012; Hacıhasanoğlu ve ark., 2012). Öz etkililik çeşitli hedeflere ulaşmak için bilişsel, sosyal ve davranışsal becerileri bir bütün olarak analiz etme ve bu becerileri kullanabilme yeteneğidir (Dougherty ve ark., 2007). Öz etkililik kişinin belirli bir davranışı gerçekleştirmeye yönelik inancını ve güvenini temel alan kavramdır (Leon ve ark., 2005). Kalp pili takılan hastaların yaşadığı korku, gerginlik ve stres gibi duygular günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorluk yaşamalarına ve öz etkililik gücünde azalmaya neden olabilmektedir (Bandura, 2012).

Kalp pili takılan hastalara sağlık profesyonelleri tarafından eğitimle destek verilmesi, hastaların öz etkililik düzeyleri ve yaşam kaliteleri açısından önemlidir (Wichit ve ark., 2017; Shen ve ark., 2019; Aliakbari ve ark., 2022). Kalp pili takılan hastalara eğitim verilerek fiziksel aktivite yapma, bilgi eksikliklerinin giderilmesi, hastalık sürecinde çevresindeki kişilerden yardım alma, günlük ev işlerine katılım, semptomlarla ve nefes darlığı ile baş etme ve depresyonu yönetme konularında öz

etkililikleri artırılarak cihaza uyumları kolaylaştırılabilecektir (Malm ve ark., 2007; Bolse ve ark., 2013; Morken ve ark., 2014; Pedersen ve ark., 2017; Ooi ve ark., 2018; Yıldız ve ark., 2018; Glikson ve ark., 2022; Meng ve ark., 2022; Pasyar ve ark., 2022a; Güney ve Basit, 2023).

2.2.10. Kalp Pili Takılan Hastalarda Hemşirenin Rolü

Kalp pili takılan hastaların cihaza uyum sürecinde hemşireler önemli rol ve sorumluluklar almaktadırlar (Pensri ve Ua-Kit, 2020; Vlasisavljević ve ark., 2023). Hemşirelerin kalp pili takılan hastaların yönetimi konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları kaliteli bakım verebilmeleri açısından önemlidir (Ismail ve ark., 2020). Hemşireler kalp pili takılan hastaların bakımında; kalp hızı, kalp ritmi ve kalp pili ayarlarının düzenli olarak takip edilmesinde, yara iyileşmesinin desteklenmesinde, kalp pili yerleştirilen bölgede enfeksiyonların önlenmesinde, kalp piline bağlı gelişebilecek komplikasyonların gözlenmesinde, hasta ve ailesine kalp pili işlevi, aktivite kısıtlamaları ve komplikasyonları konusunda eğitim verilmesi, duygusal kaygıları giderme, yaşam tarzı değişikliklerine hastanın uyumunu sağlama, takip ve randevularına uyma ve acil durumlar konusunda hastaları bilgilendirme, psikososyal destek verme ve hastanın yaşam kalitesini artırmada rol ve sorumluluk almaktadırlar (Hanaa ve Ebtisam, 2017; Vera, 2019). Hemşireler kalp pili takılan hastaları hastaneye kabulünden başlayarak taburculuk sırasında, sonrasında ve ev ortamında eğitim vererek desteklemelidirler (Hanaa ve Ebtisam, 2017). Bu kapsamda hemşireler tarafından yapılan eğitimlerde kullanılacak standart eğitim materyallerinin geliştirilmesine ihtiyaç olduğu vurgulanmaktadır (Hanaa ve Ebtisam, 2017; Ahmed ve ark., 2021).

Kalp pili takılan hastalar cihaza uyum sürecindeki belirsizlikler nedeniyle anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sorunlar yaşamaktadırlar. Bu bağlamda hastaların hemşireler tarafından bilgilendirilmeleri ruhsal sorunların azaltılmasına ve cihaza uyumlarının artırılmasına katkı sağlayacaktır (Polikandrioti ve ark., 2018). Aynı zamanda hemşireler tarafından tedavinin ayrılmaz bir parçası olarak hastaların eğitimle desteklenmeleri hastaların fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlıklarına olumlu katkılar sağlayarak öz etkililiklerinin, yaşam kalitelerinin ve cihaza uyumlarının

artmasını ve ruhsal sorunlarının azalmasını sağlayacaktır (Pedersen ve ark., 2021; Polikandrioti, 2021).

2.3. Geçiş Teorisi

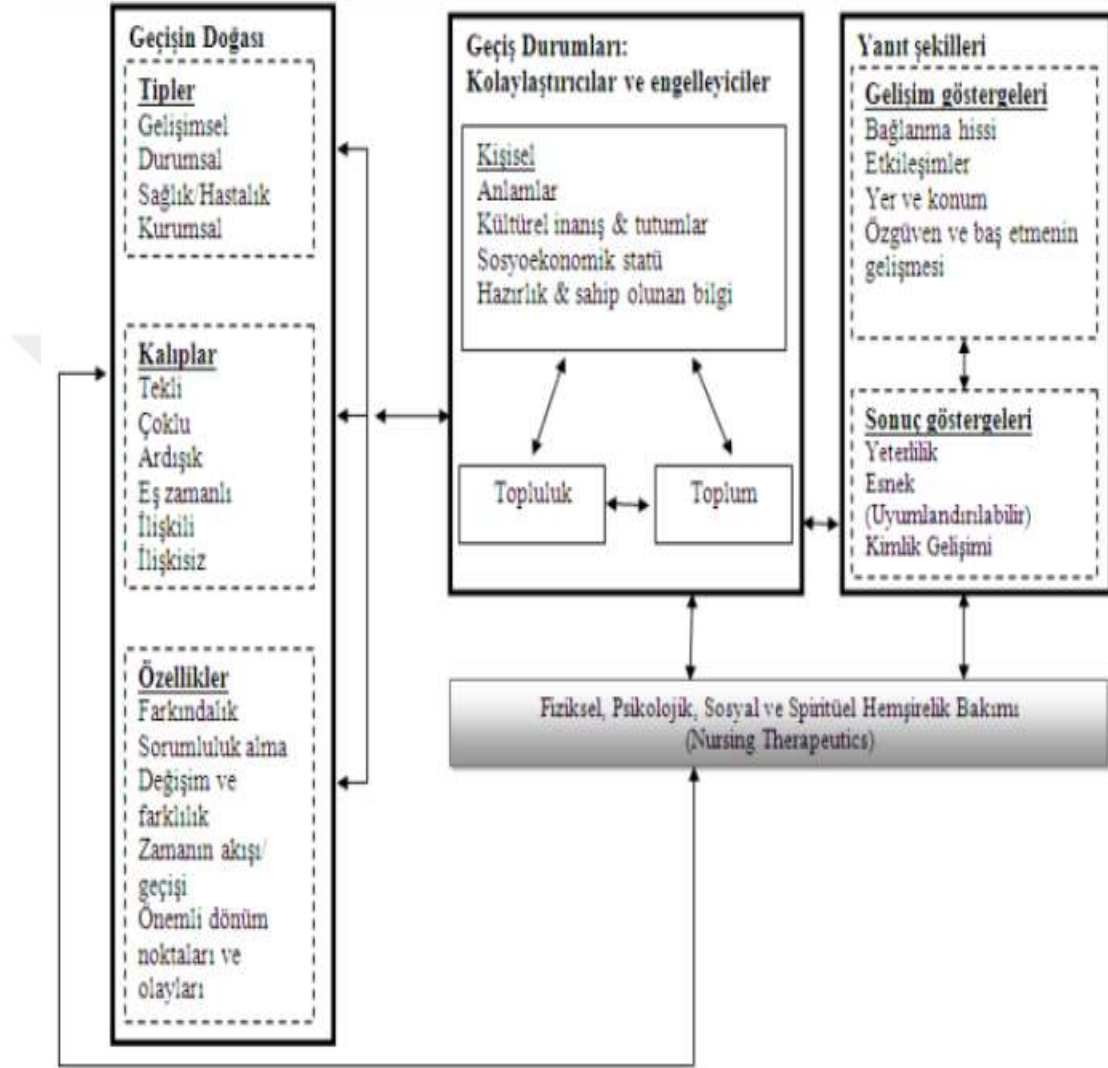
Geçiş Teorisi, Meleis ve arkadaşları tarafından hemşireliğin kavramsal gelişimine katkı sağlamak ve hemşirelik bakımına yol gösterici olması için geliştirilmiştir (Zhan ve ark., 2022). Geçiş, belirli iki zaman dilimi arasındaki durum değişikliği olup, bireyin farklı dinamik aşamalardan, dönüm noktalarından ve değişim noktalarından geçmesine neden olan bir süreçtir. Geçiş süreci dengesizlik, belirsizlik, kişilerarası çatışmalar ve rahatsızlıkları içeren dinamik bir akışa sahiptir (Meleis, 2010; Schumacher ve ark., 1999). Meleis'e göre geçiş; farklı ortamlar, koşullar veya belirli durumlar arasında içsel ve dışsal uyarlamalar için istekli olunması durumudur (Meleis, 2010). Geçiş sürecinde her zaman olumlu değil, olumsuz durumlarla da karşılaşmakta ve belirsizlik, kırılganlık, stres, güvensizlik ve yaşam döngüsünde kırılmalar yaşanabilmektedir (Costa, 2016).

Geçiş teorisi, hemşirelik alanında daha çok gelişimsel (doğal kaynaklı fiziksel değişiklikler, ergen gelişimi, evlilik, doğum vb.), durumsal (sosyal roldeki değişiklikler, çalışma ortamı değişikliği vb.), sağlık-hastalık (sağlıktaki değişiklikler, hastalık durumu vb.) ve kurumsal (yapı ve süreç değişikliği, yeni politikaların belirlenmesi, yeni teknolojiler vb.) üzerine odaklanmaktadır (Lindmark ve ark., 2019; Gözütok Konuk ve Su, 2020; Zhan ve ark., 2022). Geçiş sürecinde sosyal çevreden desteğin azalması, yeni ortaya çıkan ihtiyaçların daha önceki gibi karşılanamaması, yetkinliğin azalması, beklentilerin değişmesi, değişen koşullara uyum sağlayamama gibi durumlar yaşanmaktadır. Geçiş kuramının ana kavramları; geçiş durumunun doğası, kolaylaştırıcı ve engelleyiciler, yanıt şekilleri, fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel hemşirelik bakımından oluşmaktadır (Gözütok Konuk ve Su, 2020; Zhan ve ark., 2022). Geçiş teorisi, geçiş öncesi, geçiş sırası ve sonraki süreçte hemşirelik bakımı için kapsamlı bir rehberlik oluşturmaktadır (Smith, 2019).

2.3.1. Geçişin Doğası

Geçişin doğası; tipik bir geçişin neye benzediğini tanımlayarak tipleri, kalıpları ve özellikleri içermektedir. Teoride hemşirelikle ilgili gelişimsel, durumsal, sağlık-

hastalık ve kurumsal olmak üzere 4 tip geçiş belirlenmiştir. Geçiş tipleri bireysel, öğretici veya aile düzeyinde belirli bir süre boyunca eş zamanlı olarak gerçekleşebilmektedir (Schumacher ve Meleis, 1994; Li ve Strachan, 2021).



Şekil 2.1. Meleis'in Geçiş Teorisinin Kavramları (Körükcü, 2015)

2.3.2. Geçiş Tipleri

Gelişimsel geçişler birey odaklı süreçleri kapsamakta ve bu süreçler ebeveyn ilişkileri (annelik ve doğum, babalık), ergenlik döneminde beden imajındaki değişiklikler ve menopoza sürecindeki değişikliklerden etkilenmektedir (Schumacher

ve Meleis, 1994). Aynı zamanda çocukluktan ergenliğe, ergenlikten yetişkinliğe ve yetişkinlikten yaşlılığa olan geçiş sürecini tanımlamaktadır (Lindmark ve ark., 2019).

Durumsal geçişler, eğitim durumu veya profesyonel rollerdeki çeşitli değişimleri tanımlamaktadır (Lindmark ve ark., 2019). Her durum için kişilerin rollerinin belirlenmesi veya yeniden tanımlanmasını gerektirmektedir. Bu geçiş süreci yaşlı kişinin huzurevine gitmesi, göç ve evsizlik gibi aile durumlarındaki değişiklikleri içerebilmektedir (Schumacher ve Meleis, 1994).

Sağlık/hastalık geçişi, bireylerin ve ailelerinin sağlık durumlarına odaklanmaktadır. Bireyler farklı hastalıkları ve hastalık seyri sırasında bakım sürecindeki geçişi deneyimlemektedir (Lindmark ve ark., 2019). Hastaneden eve, ayakta tedavi veya rehabilitasyon merkezlerine geçiş, ameliyat sonrası iyileşme, HIV enfeksiyonu, omurilik yaralanması, kanser ve kronik hastalıklar gibi durumlar sağlık/hastalık sürecindeki geçişlere örnek gösterilebilmektedir (Meleis, 2010; Zhan ve ark., 2022).

Kurumsal geçişler, kurumsal ortamlardaki değişiklikleri göstermekte ve sosyal, politik, ekonomik çevredeki değişiklikler, yapıdaki veya örgütsel dinamiklerdeki değişikliklerle hızlandırılabilir (Meleis, 2010; Zhan ve ark., 2022). Kurumsal geçişler, kurumların yapısal olarak yeniden düzenlenmesi, yeni programların tanıtılması, yeni politikaların benimsenmesi, liderlik pozisyonlarındaki değişiklikler, yeni hemşirelik bakımı modellerinin uygulanması ve yeni teknolojilerin tanıtılması gibi faaliyetleri kapsamaktadır (Schumacher ve Meleis, 1994; Zhan ve ark., 2022).

2.3.3. Geçiş Kalıpları

Geçiş kalıpları, bireyin geçiş sürecini tekli veya çoklu geçiş şeklinde yaşayıp yaşamadığını içermektedir. Geçiş kalıplarının önemli noktaları, çoklu geçişlerin devam eden bir süreç şeklinde mi ya da eş zamanlı başlayan geçişler mi olduğu, geçişler arasındaki kapsamlı bağlantı, bireylerin geçiş sürecinde etkilendiği farklı olayların doğasını içermektedir. Geçiş süreçleri değerlendirilirken tek yönlü değerlendirmek yerine bireyin ve ailesinin yaşamındaki tüm önemli geçiş kalıpları dikkate alınarak değerlendirme yapılması önerilmektedir (Meleis ve ark., 2000; Zhan ve ark., 2022).

2.3.4. Geçişlerin Özellikleri

Geçişler karmaşık ve dinamik bir süreçte birbiriyle ilişkilidir. Geçişlerin özellikleri; farkında olma, katılım, değişim ve farklılık, geçiş zamanı, kritik noktalar ve olayları içermektedir (Meleis ve ark., 2000).

Farkındalık, bir geçiş deneyiminin algılanması, bilgisi ve tanınmasıyla ilişkilidir. Benzer geçişler yaşayan bireylerin beklenen yanıtlarını ve algılarını, süreçler ile yanıtlar arasındaki uygunluk düzeyini tasvir etmektedir (Meleis ve ark., 2000; Li ve Strachan, 2021).

Sorumluluk alma, geçişin karakteristik özelliği olan bir sürece katılım düzeyidir. Farkındalık düzeyinin katılımı etkilediği ve bunun farkındalık olmadan gerçekleşmeyeceği vurgulanmaktadır. Fiziksel, duygusal, sosyal veya çevresel değişimlerin farkında olan bir birey ile farkında olmayan bireylerin katılım düzeyleri farklılık göstermektedir (Meleis ve ark., 2000; Zhan ve ark., 2022).

Değişim ve farklılık, değişim kritik veya yıkıcı olaylarla, ilişkilerdeki ve rutinlerdeki aksaklıklarla ve fikirler, algılar ve kimliklerle ilgilidir. Değişime doğa olayları ve yerçekiminin öneminin farkına varılması, kişi, aile, sosyal standartlar ve beklentilerdeki değişim örnek verilebilir (Meleis ve ark., 2000). Farklılık, davranışların veya algıların değişmesiyle sonuçlanan geçişin bir başka özelliğidir. Geçiş deneyimlerini analiz ederken hemşirelerin bireyin rahatlık düzeyini, değişim ve farklılıkla başa çıkma konusundaki becerisini dikkate alması yararlı olabilmektedir. Dolayısıyla bu özellik, geçici ve yüzeysel değişikliklerden ziyade, kişinin kendisi ve dünya vizyonu için temel olan roller, kimlik ve davranış kalıplarındaki değişimi içermektedir (Meleis ve ark., 2000; Li ve Strachan, 2021).

Zaman akışı/geçiş, geçiş süreci zamanla ve akışla karakterizedir. Geçiş deneyimleri değerlendirilirken zaman akışı ve değişkenliği göz önünde bulundurulmalıdır (Meleis ve ark., 2000; Zhan ve ark., 2022).

Dönüm noktaları ve olaylar, değişim ve farklılık konusunda farkındalığın artmasıyla ve geçiş deneyimiyle baş etmeye katılımı ilişkilidir. Ayrıca yeni rutinler, beceriler, yaşam tarzları ve kişisel bakım faaliyetlerinde istikrar duygusuyla karakterize edilen, dalgalanma, sürekli değişiklikler ve gerçeklikten kopma başlayan belirsizlik dönemiyle karakterize edilen kritik noktalar da vardır. Geçiş deneyimlerinin

çoğu, hemşirelerin bu değişikliklerle baş edebilmesi için dikkat, bilgi ve deneyim gerektiren kritik nokta ve olayları içermektedir (Meleis ve ark., 2000; Li ve Strachan, 2021).

2.3.5. Geçiş Durumları: Kolaylaştırıcılar ve Engelleyiciler

Bireylerin geçiş sırasındaki deneyimlerini anlamak için, sağlıklı bir geçişe ulaşma yolunda ilerlemeyi kolaylaştıran veya engelleyen kişisel ve çevresel koşulları tespit etmek kritik öneme sahiptir (Meleis ve ark., 2000). Geçişleri toplum desteği, sağlık profesyonellerinden elde edilen güvenilir bilgiler ve olumlu rol modeller kolaylaştırmaktadır (Sawyer, 1996). Geçişleri kişinin olumsuz anlam deneyimi, bilgi eksikliği, düşük sosyoekonomik durum, toplumun olumsuz kültürel inanç ve tutumları engelleyebilmektedir (Meleis ve ark., 2000; Li ve Strachan, 2021).

Kişisel anlamlar, sağlıklı geçiş süreçlerini ve geçiş sonuçlarını kolaylaştırabilen veya kısıtlayabilen kültürel anlamları, tutum ve inançları, sosyoekonomik durumu, toplum ve sosyal boyutlar tarafından desteklenen hazırlık ve bilgileri içermektedir. Değişimi hızlandıran olaylara atfedilen anlamlar, sağlıklı geçişleri kolaylaştırabilir veya engelleyebilir. Geçiş sürecine erken başlamak ve geçiş süreci hakkında bilgi sahibi olmak geçiş sürecini kolaylaştırmaktadır (Meleis ve ark., 2000; Li ve Strachan, 2021).

Kültürel inanış ve tutumlar, bir geçiş deneyimiyle bağlantılı olduğunda, değişiklikleri engelleyebilir, çünkü bazı bireyler bazı durumları tartışmaktan korkarlar, durumu kendi başlarına deneyimlemeyi tercih ederler ve bunu yalnız bir deneyim haline getirirler. Bu yalnız deneyimin psikolojik belirtileri yalnızca bazı fiziksel belirtiler olduğunda gözlenir (Meleis ve ark., 2000; Li ve Strachan, 2021).

Sosyoekonomik statü, sağlıklı geçişin bir başka engelleyicisi de düşük sosyoekonomik durumdur. Sosyoekonomik durumu düşük bireyler geçişlerle karşılaştıklarında psikolojik belirtiler gösterme olasılıkları daha yüksektir (Meleis ve ark., 2000).

Hazırlık ve sahip olunan bilgi, hazırlık geçiş sürecinde ne tür bilgilerin ve stratejilerin gerekli olduğunun bilinmesidir ve geişı kolaylaştırır (Meleis ve ark., 2000; Zhan ve ark., 2022).

Topluluk, topluluk kaynakları geçişleri etkileyen faktörler içinde yer almaktadır. Topluluk kaynakları iş birlikçi gruplar, çocuk merkezleri, aile destek grupları gibi kaynakların kullanılabilirliğini içerir. En sık karşılaşılan engelleyici durumlar zaman ve paradır sonrasında ise kırsal alanda yaşama gelmektedir (Meleis ve ark., 2000; Li ve Strachan, 2021).

Toplum, sosyal koşullarla ilgili olarak toplum, geçişleri kolaylaştırabilir veya engelleyebilir. Geçişle başa çıkmak için bazı bireyler sağlık ve hastalık durumlarıyla karşılaştıklarında toplumdan destek görmek isterler ancak mevcut kaynaklar, güvensizlik sorunu, mahremiyet ihtiyacı nedeniyle her zaman kabul görmeyebilirler. Toplumun yargıladığı bir geçiş olayı, sağlıklı geçiş sürecine müdahale etme eğilimindedir. Örneğın cinsiyet eşitsizliği kültürün kendisi nedeniyle toplumun geçişini ve ötekileştirilmesini etkileyen, ihmal edilen ve göz ardı eden bir durumdur (Meleis ve ark., 2000; Li ve Strachan, 2021).

2.3.6. Yanıt Şekilleri

Gelişim Göstergeleri

Yanıt şekilleri bağlanma hissi, etkileşim, yer ve konum, özgüven ve baş etmenin gelişmesini kapsamaktadır.

Bağlanma hissi, geçiş sürecinde bireyler bağlanma hissine ihtiyaç duymaktadırlar. Örneğın rahatça iletişim kuracakları bir sağlık profesyoneline bağlı olmak istemektedirler (Meleis ve ark., 2000).

Etkileşim, hasta ve bakım veren arasındaki etkileşim geçiş sürecinin önemli bir aşamasıdır. Etkileşim ile geçiş sürecine yanıt olan davranışlar anlaşılmaktadır (Meleis ve ark., 2000; Li ve Strachan, 2021).

Yer ve konum, bireyin geçiş sürecinde kendisini konumlandığı yerdur (Meleis ve ark., 2000).

Özgüven ve baş etmenin gelişmesi, bireyin geçiş sürecinde özgüvene sahip olması ve baş edebilmesi önemlidir. Yeterlilik, bilgi veya bilişsel yetenek, karar verme, psikomotor beceriler ve kendine güven gibi bileşenler özgüven ve baş etme için önemlidir (Schumacher ve ark., 2000; Zhan ve ark., 2022).

Sonuç göstergeleri

Yeterlilik, bir geçişin sağlıklı bir şekilde tamamlanması bireylerin yeni durumlarını yönetmek için gerekli beceri ve davranışlarda yeterlilik göstermeleriyle ilişkilidir (Schumacher ve ark., 2000).

Esnek kimlik gelişimi, geçiş sürecinde geçişin sürekli ve dinamik olmasından kaynaklı bireyler kimlik değişimi yaşamaktadırlar (Meleis, 2000). Bu kimlik değişimi sosyal, politik, ekonomik ve kültürel durumlardan etkilenen değişken kimlik ile karakterizedir (Meleis, 2010; Sarı, 2021).

2.3.7. Fiziksel, Psikolojik, Sosyal ve Spiritüel Hemşirelik Bakımı (Terapötik Hemşirelik)

Geçiş Kuramı'nda geçişin doğası, geçiş durumları ve yanıt şekilleri olmak üzere 3 ana unsur hemşirelik bakımına rehberlik etmektedir. “Geçişin doğası” tipleri, kalıpları ve özellikleriyle ilgilidir. “Geçiş durumları” bireyin geçiş sürecini kolaylaştıran veya engelleyen içsel veya dışsal faktörleri ifade etmektedir. “Yanıt şekilleri” terapötik hemşirelik müdahalelerinin değerlendirildiği ve geri dönüşlerin alındığı geçiş sürecidir (Meleis, 2010). Hemşirelik müdahalelerinin ve eğitimlerinin kişilerin geçiş sürecinde günlük yaşamlarına etki edene kadar devam ettirilmesi gerekmektedir. Kişilere hemşirelik müdahaleleri ile yeni beceriler kazandırılmalı, kapasiteleri geliştirilmeli ve istek ve talepleri karşılanmalıdır. Hemşireler, değişim sürecinin odağında yer alarak değişime hazırlıklı ve hazırlıksız olan bireyleri her zaman desteklemelidirler (Meleis, 2019; Zhan ve ark., 2022). Meleis'e göre sağlıklı bir geçiş sürecinin sağlanması için fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel hemşirelik bakımının geliştirilmesi önemlidir. Modelde hemşireler geçiş sürecinde daima merkezi bir konumda yer almaktadırlar. Hemşireler bireyleri geçiş sürecine hazırlarken bilgi, beceri ve donanımlarıyla iyileşme süreçlerini destekleyerek, bireylerin yaşam

kalitelerini artırmayı hedeflemektedirler (Penman, 2009; Gözütok Konuk ve Su, 2020).

Meleis'in geçiş teorisine göre hemşireler geçiş sürecinde riskleri önleme, işlevselliği en üst seviyeye çıkarma ve öz bakım faaliyetlerini sağlama gibi rol ve sorumluluk üstlenmektedirler. Geçiş sürecinde planlama, uygulama ve değerlendirmeyi bir bütün olarak uygulayıp riskli durumları erken dönemde tespit etmektedirler (Costa, 2016). Gerekli yönlendirmeler yaparak öz bakımın gerçekleşmesini sağlar, kısa süreli zorluklarla başa çıkabilmeyi amaçlar ve uzun vadede bağımsızlığa, özerkliğe ve yaşam kalitesinin iyileşmesine katkıda bulunur (Santos ve ark., 2017). Meleis'in teorisi, geçiş sürecinde hemşirelerin merkezi konumda olduğunu ve hemşirelerin, bireyleri geçişe hazırlayan, sağlık ve hastalık deneyimleriyle ilgili yeni becerilerin öğrenilmesini kolaylaştıran önemli kişiler olduğunu vurgulamaktadır (Meleis ve ark., 2000).

Geçiş sürecinde hemşirelerin geçiş sürecini anlaması, bireyin ihtiyaçlarını ve karşılaşılabileceği sorunları belirlemesi, iyilik ve sağlık halini sürdürmesi ve geliştirmeye yönelik etkili girişimleri planlaması gerekmektedir. Meleis'e göre geçiş sürecindeki fiziksel, psikolojik ve spiritüel hemşirelik üç ana ölçü ile belirlenmiştir. Belirlenen üç ana ölçüt şu şekilde sıralanmaktadır; hazır oluş durumu, hazırlık aşaması ve rol desteğidir. Hazır oluş durumu; bireyin geçiş sürecindeki ihtiyaçlarının belirlenmesi, durumunun anlaşılması ve gerekli planlamaların yapılmasını gerektiren durumu içermektedir. Hazırlık aşaması; terapötik hemşirelik kavramının ikinci ölçüsüdür. Hazırlık aşamasında uygun koşulları sağlamak için gerekli olan birincil yöntem eğitimidir. Eğitimle birlikte yeterli zaman ve ortamın hazırlanmasıyla bireylere yeni beceriler kazandırılması ve yeni sorumlulukların üstlenilmesinin sağlanması aşamasıdır. Rol desteği; geçişlerin sağlıklı olabilmesi için gerekli olan aşamadır. Rol desteği ile birey yeni oluşacak rolüne ilişkin bilgi edinir, geçişte rol alır ve prova yapar (Meleis, 2019; Im, 2021; Sarı, 2021).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma “tek kör randomize kontrollü deneysel çalışma” deseninde uygulanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde yatan ve kalp pili takılan hastalar üzerinde 10 Kasım 2022- 10 Kasım 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın uygulandığı hastanede 1 tene 7 yataklı 2. düzey (Basamak) Koroner Yoğun Bakım Ünitesi bulunmaktadır . Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde 11 hemşire ve 6 kardiyoloji uzmanı çalışmaktadır. Klinikteki her bir kardiyoloji uzmanı tarafından gerekli durumlarda hastalara kalp pili uygulaması yapılmaktadır. Klinikte gündüz mesaisinde 4 hemşire gece mesaisinde 2 hemşire çalışmaktadır. Kalp pili takılan hastalar klinik durumlarına göre ortalama 5 gün hastanede kalmaktadırlar.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde yatan ve kalp pili takılan hastalar, örneklemi ise Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde yatan ve kalp pili takılan hastalardan araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 70 hasta oluşturmuştur .

Araştırmanın örneklem büyüklüğünü belirlemek için G-Power 3.1.9.4 programı ile güç analizi yapılmıştır . Aliakbari ve ark. (2022) tarafından kalp pili takılan hastalar üzerinde yapılan çalışmadaki “Öz Etkililik Ölçeği” puan ortalamaları kullanılarak örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Yapılan analizde etki büyüklüğü 0.80, hata payı ($\alpha=0.05$) ve %95 güç alınarak toplam örneklem sayısı 70 olarak bulunmuştur (Cohen, 1988; Faul ve ark., 2007; Aliakbari ve ark., 2022).

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- İlk kez kalp pili takılan,
- 18 yaş ve üstü olan,
- Okur-yazar olan,

- İletişim ve iş birliğine açık olan,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalar araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmada Dışlanma Kriterleri

- Kişi, yer ve zaman oryantasyonu olmayan,
- İşitme kaybı olan,
- Türkçeyi anlayıp konuşamayan hastalar araştırmanın dışında tutulmuştur.

3.4. Araştırmanın Randomizasyonu

Araştırma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalardan onam alındıktan sonra ön testler uygulanmıştır. Hastalar deney ve kontrol grubuna blok randomizasyon yöntemi ile rastgele atanmıştır. Blok randomizasyon için, A ve B'yi içeren kombinasyonlar oluşturulup 6 farklı sonuç elde edilmiştir. BABA (1); BAAB (2); ABAB (3); AABB (4); ABBA (5); BBAA (6) (6 Kombinasyon) $70/4=17.5=18$ 1'den 6'ya kadar olan rakamlar 18 kez randomizer.org'da rastgele dağıtılmıştır (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Randomizasyon Tablosu

(randomizer.org)
1 Set of 18 Numbers
Range: From 1 to 6
Set #1
5, 4, 2, 3, 5, 1, 4, 3, 4, 2, 5, 6, 6, 5, 5, 2, 2, 3

Kombinasyonlar buna göre sıralanmıştır. ABBA, AABB, BAAB, ABAB, ABBA, BABA, AABB, ABAB, AABB, BAAB, ABBA, BBAA, BBAA, ABBA,

ABBA, BAAB, BAAB, AB. Sonra kura yöntemiyle B deney ve A kontrol grubu olarak atanmıştır .

3.5. Araştırmanın Körlenmesi ve Yanlılığın Önlenmesi

Araştırma protokolü SPIRIT rehber alınarak oluşturulmuş (Akin ve Koçoğlu-Tanyer, 2021) ve araştırmanın raporlanması CONSORT' a göre yapılandırılmıştır (Schulz ve ark., 2010) (Şekil 3.3) . Hastalar deney ve kontrol grubuna blok randomizasyon yöntemiyle rastgele atanmışlar ve deney ve kontrol grubunda olduklarını bilmemişlerdir . Bu atama işlemi uygulayıcı konumunda olmayan danışman tarafından yapılmıştır . Grup atamaları opak zarflara yerleştirilerek randomizasyon sırasında sırayla uygulayıcı araştırmacı tarafından açılmıştır.

Raporlama yanlılığını önlenmek için araştırmanın verileri uzman bir istatistikçi tarafından değerlendirilmiştir .

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği” ve “Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği”.

Bağımsız değişkenler: Kalp Pili Takılan Hastalara Meleis’in Geçiş Teorisine Göre Verilen eğitim.

Kontrol değişkenleri: Hastaların sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özellikleri.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri “Hasta Tanıtım Formu”, “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği” ve “Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği” ile toplanmıştır.

3.7.1. Hasta Tanıtım Formu (Ek 1)

“Hasta Tanıtım Formu” literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmış ve iki bölümden oluşmaktadır (Mohamed ve ark., 2016; Ceyhan ve Ünsal, 2018; Polikandrioti ve ark., 2018). Formun birinci bölümünde hastaların sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aile tipi, çalışma durumu, en uzun süre yaşanan yer, gelir durumu) içeren 8 soru ve ikinci

bölümünde hastalıkla ilgili özellikleri (tıbbi tanı, hastalık süresi, kronik hastalık varlığı, ruhsal hastalık varlığı, hastalık türü, hastaneye geliş nedeni, yoğun bakıma yatış şekli, daha önce yoğun bakımda yatma durumu, kalp pili türü, kalp pili ile ilgili eğitim alma ve eğitim alınan kişi) içeren 11 soru olmak üzere toplam 19 soru yer almaktadır.

3.7.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Ek 2)

Ölçek Zigmond ve Snaith (1983) tarafından hastalarda anksiyete ve depresyon riskini belirlemek için geliştirilmiş ve Türkçeye Aydemir ve ark. (1997) tarafından uyarlanmıştır. Toplam 14 sorudan oluşmakta, tek sayı olan sorular anksiyeteyi, çift sayı olanlar depresyonu ölçmektedir. Ölçek, dörtlü likert tipte ölçüm sağlamaktadır. Puanlamada; 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. Maddeler 3,2,1,0 biçiminde, 2., 4., 7., 9., 12. ve 14.maddeler ise 0,1,2,3 biçiminde puanlanmaktadır. Ölçeğin anksiyete alt ölçeği 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler toplanarak, depresyon alt ölçeği; 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14.maddeler toplanarak hesaplanmaktadır. Ölçeğin orijinalinde anksiyete için Cronbach's α değeri 0.85 ve depresyon için 0.77 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada Cronbach's alfa değeri anksiyete ölçeği için 0.84 ve depresyon ölçeği için 0.76 bulunmuştur.

3.7.3. Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği (Ek 3)

Ölçek Lorig ve arkadaşları (1996) tarafından, kronik hastalığı olan bireylerin öz etkililik algılarını ölçmek için geliştirilmiş ve Türkçeye Ceyhan ve Ünsal (2017) tarafından uyarlanmıştır . Ölçek genel olarak üç ana kavram ve toplam 10 alt boyuttan oluşmaktadır . İlk kavram olan “Öz-yönetim davranışlarını” gerçekleştirmek için ÖE başlığında; düzenli spor yapmak, hastalığı hakkında bilgi almak, toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma ve hekim ile iletişim kurmak alt boyutları yer almaktadır . İkinci kavram olan “Genel ÖE” başlığında; genel olarak hastalığı yönetmek alt boyutu yer almaktadır . Son olarak “Sonuçlara ulaşmak için ÖE” başlığı altında; gündelik işleri yapmak, sosyal/eğlence etkinliklerine katılmak, semptomlarla başa çıkmak, nefes darlığı ile başa çıkmak ve depresyon ile başa çıkmak alt boyutları yer almaktadır . Ölçek 0'dan 10'a kadar artan, ÖE algısını belirleyen likert tipinde cevaplanmaktadır . Ölçekteki 0 rakamı “hiç güvenim yok” ifadesini, 10 rakamı ise “tamamen güvenim var” ifadesini temsil etmektedir . Bireyin alt

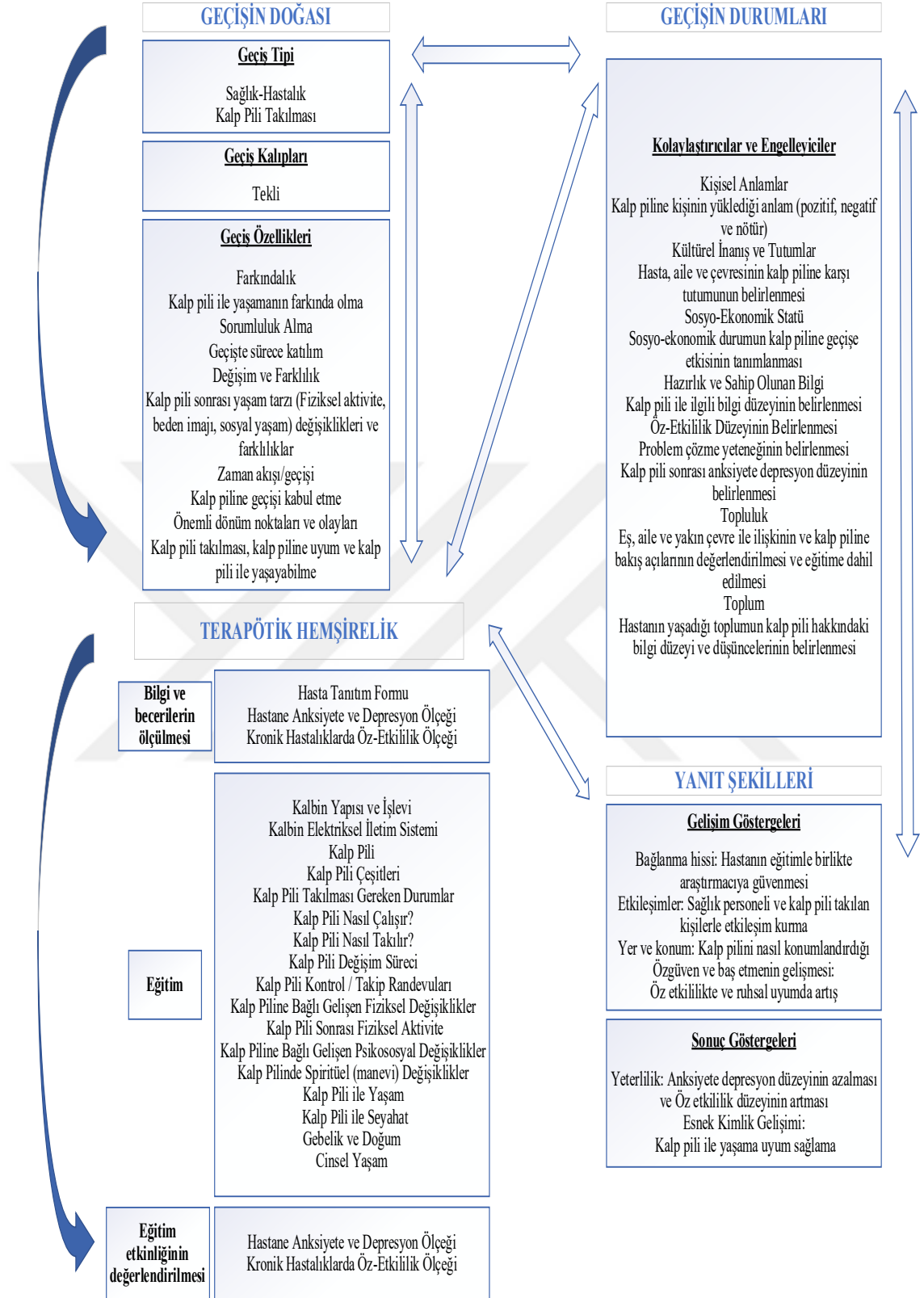
ölçeklerden aldığı toplam puanı, madde sayısına bölünerek ortalama bir ÖE skoru bulunur (Lorig ve ark., 1996). Ölçeğin orijinalinde Cronbach's α değeri 0.95 ve bu çalışmada 0.97 olarak bulunmuştur.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırmanın ön test verileri araştırmacı tarafından deney ve kontrol grubundaki hastalara hastanede Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde “Hasta Tanıtım Formu”, “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği” ve “Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği” kullanılarak ortalama 20 dakikada yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır . Araştırmanın son test verileri ise, araştırma başladıktan 1 ay sonra hastanede pil kontrol odasında araştırmacı tarafından “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği” ve “Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği” ile ortalama 15-20 dakikada yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır (Şekil 3.2) .

3.9. Kalp Pili Takılan Hastalara Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Eğitim Verilmesi

Meleis'in Geçiş Teorisi, geçiş öncesi, sırası ve sonrasında etkili hemşirelik bakımına rehberlik sağlayan bir modeldir (Meleis, 2010). Kalp pili takılan hastalar yaşamlarında bir cihazla yaşayacakları için geçiş süreci yaşamaktadırlar. Bu nedenle araştırmada kalp pili takılan hastaların eğitiminin daha etkili olması için bu model rehber alınarak eğitim hazırlanmıştır (Meleis, 2000) (Şekil 3.1). Araştırmada “Eğitim Kitapçığı” (Ek 4) literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmış ve Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre şekillendirilmiştir. Eğitim içeriğinde; kalbin yapısı ve işlevi, kalbin elektriksel iletim sistemi, kalp pili, kalp pili çeşitleri, kalp pili takılması gereken durumlar, kalp pili nasıl çalışır?, kalp pili nasıl takılır?, kalp pili değişim süreci, kalp pili kontrol / takip randevuları, kalp piline bağlı gelişen fiziksel değişiklikler, kalp pili takılan bölgenin bakımı, enfeksiyon, pil elektrotlarının yerinden oynaması, kalp pili bölgesinde morarma, pıhtı oluşması, kalp pili sonrası fiziksel aktivite, kalp piline bağlı gelişen psikososyal değişiklikler, kalp pilinde spiritüel (manevi) değişiklikler, kalp pili ile yaşam, cep telefonu kullanımı, cep telefonu baz istasyonları, araba kullanımı, x-ray cihazları ve metal detektörler, elektronik cihaz kullanımı, tıbbi tetkiklerin yapılması, kalp pili ile seyahat, gebelik ve doğum ve cinsel yaşam konuları yer almıştır.



Şekil 3.1. Kalp Pili Takılan Hastalara Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Eğitim

Eğitim kitapçığı 2 Dâhiliye Hemşireliği, 1 Cerrahi Hemşireliği ve 2 Halk Sağlığı Hemşireliği alanında uzman 5 kişinin görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşleri Lawshe tekniği ile değerlendirilmiş ve eğitim kitapçığı için kapsam geçerlilik indeksi 0.896 olarak hesaplanmıştır. Eğitim deney grubu hastalara “Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde” araştırmacı tarafından 2 oturum şeklinde verilmiştir. Eğitimin birinci oturumu hastaya kalp pili takıldıktan 48 saat sonra hastanın durumu stabil olduktan sonra bire bir yapılmıştır. Birinci oturumda hastalara; kalbin yapısı ve işlevi, kalbin elektriksel iletim sistemi, kalp pili, kalp pili çeşitleri, kalp pili takılması gereken durumlar, kalp pili nasıl çalışır, kalp pili nasıl takılır, kalp pili değişim süreci, kalp pili kontrol / takip randevuları konularında ortalama 40 dakika eğitim yapılmıştır. Eğitim 20 dakika verilmiş, 10 dakika ara verilmiş ve tekrar 20 dakika eğitim yapılmıştır. Kalp pili takılan hastalar klinikte ortalama 5 gün kalmaktadır. İkinci oturum hasta taburcu olurken kalp pili takıldıktan sonra 5. günde; kalp piline bağlı gelişen fiziksel değişiklikler, kalp pili takılan bölgenin bakımı, enfeksiyon, pil elektrotlarının yerinden oynaması, kalp pili bölgesinde morarma, pıhtı oluşması, kalp pili sonrası fiziksel aktivite, kalp piline bağlı gelişen psikososyal değişiklikler, kalp pilinde spiritüel (manevi) değişiklikler, kalp pili ile yaşam, cep telefonu kullanımı, cep telefonu baz istasyonları, araba kullanımı, x-ray cihazları ve metal dedektörler, elektronik cihaz kullanımı, tıbbi tetkiklerin yapılması, kalp pili ile seyahat, gebelik ve doğum ve cinsel yaşam konularında ortalama 50 dakika eğitim yapılmıştır. Eğitim 25 dakika verilmiş, 10 dakika ara verilmiş ve tekrar 25 dakika verilmiştir. Eğitim powerpoint sunumu, düz anlatım, tartışma, soru-cevap, beyin fırtınası ve demonstrasyon gibi teknikler kullanılarak desteklenmiştir. Eğitimden sonra konuyla ilgili hazırlanan eğitim kitapçığı hastalara verilmiştir (Tablo 3.2).

Tablo 3.2. Kalp Pili Takılan Hastalara Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Verilen Eğitim Programı

1.OTURUM	SÜRE	HEDEFLER	KAZANIMLAR	MATERYAL	EĞİTİM YÖNTEMİ	AÇIKLAMALAR
2.Gün	20 dakika 10 dakika ara 20 dakika	✓ Hastanın kalp piline geçiş sürecine hazır olma durumunun değerlendirilmesi ve kalp piline yönelik farkındalık kazanması. ✓ Kalp piline sağlıklı bir geçiş yapabilmek amacıyla iş birliği yapması. ✓ Kalp pilinin özelliklerini tanınması. ✓ Kalp piline geçiş sürecini kolaylaştırıcı ve engelleyicileri tanınması ve bunların kalp piline geçiş sürecini etkilediğini kavraması. ✓ Kalp pili sonrası kontrol ve takip randevularının önemini kavraması. ✓ Kalp piline bağlı gelişen fiziksel değişiklikleri tanınması ✓ Kalp pili bölgesinin bakımını öğrenmesi	✓ Kalp piline ilişkin farkındalık kazanır. ✓ Kalp pilinin özelliklerini tanır. ✓ Kalp piliyle ilgi duygu ve düşüncelerini tanımlayabilir. ✓ Kalp piline yüklediği anlamı tartışır. ✓ Kalp piline sağlıklı bir geçiş için bu eğitim programına katılmanın önemini kavrar. ✓ Kalp piliyle ilgili gereksinim duyduğu eğitim konularını ifade eder. ✓ Kalp pili kontrol ve takip randevularının önemini kavrar. ✓ Kalp pili takılan bölgenin bakımını öğrenir. ✓ Kalp pili sonrası fiziksel aktiviteyle ilgili farkındalık kazanır.	✓ Eğitim kitapçığı	✓ Powerpoint sunumu ✓ Görsel materyaller ✓ Soru-cevap ✓ Tartışma	✓ Hemşire hastaya kendisini tanıtır ve eğitim programı hakkında bilgi verir. ✓ Kalp piliyle ilgili eğitim yapılır. ✓ Oturumun içeriği kısaca özetlenir ve beklenen hedefler ve kazanımlar konusunda geri bildirim alınır. ✓ Hastaya oturuma katıldığı için teşekkür edilir. ✓ İsteddiği zaman araştırmacıya ulaşabileceği belirtilir ve oturum sonlandırılır.

Tablo 3.2. “Devam” Kalp Pili Takılan Hastalara Meleis’in Geçiş Teorisine Göre Verilen Eğitim Programı

2.OTURUM	SÜRE	HEDEFLER	KAZANIMLAR	MATERYAL	EĞİTİM YÖNTEMİ	AÇIKLAMALAR
5.Gün	25 dakika 10 dakika 25 dakika	✓ Kalp piline bağlı gelişen psikolojik değişiklikleri kavramak. ✓ Kalp piline bağlı gelişen psikolojik değişikliklerle baş etmeyi kavramak. ✓ Kalp piline bağlı gelişen manevi değişimi kavramak. ✓ Kalp pili ile yaşam konusunda farkındalık kazanmak.	✓ Psikolojik değişikliklerle baş etmeyi öğrenir. ✓ Olumsuz duygularla baş etmeyi öğrenir. ✓ Maneviyatın hastalıkla baş etmedeki önemini kavrar. ✓ Maneviyatın hastalıkla baş etme sürecinde kullanımını öğrenir. ✓ Kalp pili sonrası elektronik cihazlarla yaşam konusunda farkındalığı artar. ✓ Kalp pili sonrası tıbbi tetkikler sırasında dikkat edilmesi gereken durumları öğrenir. ✓ Kalp pili sonrası seyahat konusunda farkındalığı artar. ✓ Kalp pili sonrası cinsel yaşam konusunda farkındalığı artar.	✓ Eğitim kitapçığı	✓ Powerpoint sunumu ✓ Görsel materyaller ✓ Soru-cevap ✓ Tartışma ✓ Demonstrasyon	✓ Hemşire hastaya 1.oturumda yapılan eğitimi kısaca özetler. ✓ Hastaya kalp piline bağlı oluşabilecek psikososyal değişimler ve baş etme yöntemleri, maneviyyatın bu süreçteki önemi ve kalp pili ile yaşam konusunda bilgi verir. ✓ Oturumun içeriği kısaca özetlenir ve beklenen hedefler ve kazanımlar konusunda geri bildirim alınır. ✓ Hastaya oturuma katıldığı için teşekkür edilir. ✓ Taburculuk sonrası istediği zaman araştırmacıya ulaşabileceği belirtilir ve oturum sonlandırılır.

3.10. Kalp Pili Takılan Hastalara Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Verilen Eğitim

Araştırmada kalp pili takılan hastalara Meleis'in geçiş teorisi içinde yer alan; geçişin doğası (tipler, kalıplar, özellikler), geçiş durumları: kolaylaştırıcılar ve engelleyiciler (kişisel, topluluk, toplum), yanıt şekilleri (gelişim göstergeleri, sonuç göstergeleri) ve fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel hemşirelik bakımı kavramlarına yönelik eğitim yapılmıştır.

3.10.1. Geçişin Doğası

Kalp pili takılan hastalarda geçişin doğası kavramında geçiş türü sağlık/hastalık ve kalıp tekli olarak belirlendi ve hastalara bireysel eğitim yapıldı. Özellikler kavramı altında hastaların kalp pili konusundaki farkındalıklarını artırmaya yönelik kalbin yapısı ve işlevi, kalbin elektriksel iletim sistemi, kalp pili, kalp pili çeşitleri, kalp pili takılması gereken durumlar, kalp pilinin nasıl çalıştığı ve kalp pilinin nasıl takıldığı ve kalp pili değişim süreci konularında eğitim yapıldı. Sorumluluk almaya yönelik hastalara kalp pili kontrol/takip randevuları, kalp piline bağlı gelişen fiziksel değişiklikler, kalp pili takılan bölgenin bakımı, enfeksiyon, pil elektrotlarının yerinden oynaması, kalp pili bölgesinde morarma, pıhtı oluşması, kalp pili sonrası fiziksel aktivite, kalp piline bağlı gelişen psikososyal değişiklikler, kalp pilinde spiritüel (manevi) değişiklikler, kalp pili ile yaşam, cep telefonu kullanımı, cep telefonu baz istasyonları, araba kullanımı, x-ray cihazları ve metal dedektörler, elektronik cihaz kullanımı, tıbbi tetkiklerin yapılması, kalp pili ile seyahat, gebelik, doğum ve cinsel yaşam konularında eğitim verilerek sürece katılımları desteklendi. Değişim ve farklılığa yönelik hastalar kalp piline bağlı gelişen fiziksel değişiklikler, psikososyal değişiklikler, spiritüel (manevi) değişiklikler ve kalp pili ile yaşam konusunda bilgilendirildi. Zaman akışı/geçişine yönelik hastalar kalp piline uyum sürecinin her bireyde farklı zamanlarda gerçekleşebileceği konusunda bilgilendirildi. Önemli dönüm noktaları ve olaylara yönelik hastalar kalp pili takıldıktan sonraki süreç, kalp piline uyum süreci ve kalp pili ile yaşam konusunda bilgilendirilerek süreç yönetimi konusunda desteklendi.

3.10.2. Geçişin Durumları

Geçiş durumları: kolaylaştırıcılar ve engelleyiciler bölümünde kişisel kavramı altında anıamlar kısmında hastanın kalp pili takılmasına yüklediğı pozitif ya da negatif anıamlar belirlendi. Hastanın kalp piline yönelik pozitif tutum kazanması için destek verildi. Kültürel inanışlar ve tutumlar kavramına yönelik hastanın kalp piline bağı yeni bir duruma geçiş süreciyle ilgili kendisinin ve ailesinin inanç ve tutumları belirlendi ve bu konuda olumlu tutum geliştirmeleri için desteklendi. Sosyoekonomik statüye yönelik hastanın sosyoekonomik koşulları değerlendirildi ve gerekli durumlarda nerelerden destek alabileceğı konusunda bilgi verildi. Hazırlık ve sahip olunan bilgiye yönelik hastanın kalp pili konusundaki bilgisi, anksiyete ve depresyon düzeyi ve kalp pilinin yönetimi sürecindeki öz etkililik düzeyi belirlenerek anksiyete ve depresyon düzeyinin düşürölmesi ve öz etkililik düzeyinin artırılmasına yönelik eğitim verildi. Topluluk ile ilgili hastanın eş, aile, akraba ve yakın çevresindeki kişilerin kalp piline bakış açıları değerlendirildi ve çevresindeki kişilerin desteğini alması konusunda hasta cesaretlendirildi. Topluma yönelik hastanın yaşadığı toplumun kalp piline bakış açısı, toplumun kalp piline uyum sürecindeki kolaylaştırıcı ve engelleyici faktörleri tartışıldı ve bu konuda hastaya destekleyici eğitim verildi.

3.10.3. Yanıt Şekilleri

Gelişim göstergeleri kavramı altında bağlanma hissine yönelik kalp pili takılan hastalara pil sonrası geçişi kolaylaştırmak için yoğun bakımda 2. gün ve 5.gün eğitim yapılarak hastaların sağık profesyonellerine bağılılık hissi kazanması desteklendi. Bağılılık hissini artırmak için hastalarla terapötik iletişim kuruldu, soruları yanıtlandı ve sorunları dinlendi. Etkileşime yönelik hastalara kalp piline uyum sürecinde sağık profesyonelleri ile iletişim ve iş birliğinin önemi anlatıldı. Düzenli pil kontrollerini yaptırması gerektiğı acil durumlarda sağık profesyonellerinden destek alması gerektiğı belirtildi. Yer ve konum kavramına yönelik hastanın kalp piliyle yaşamda kendisini nereye ve nasıl konumlandığı tartışıldı. Özgüven ve baş etmenin gelişmesi kavramına yönelik hastaların kalp pili ile yaşam sürecinde özgüvenini ve öz etkililiğini artırmaya yönelik kalp piline bağı oluşabilecek fiziksel, psikososyal ve manevi değişiklikler ve baş etme yolları, kalp pili ile yaşam konularında eğitim verildi ve desteklendi. Sonuç göstergeleri kavramı altında yeterliliğe yönelik hastalara

anksiyete ve depresyon düzeylerinin azalması ve öz etkililik düzeylerinin artmasını sağlamaya yönelik eğitim yapıldı. Esneklik kimlik gelişimi kavramına yönelik hastalar kalp pili ile yaşam sürecinde yeni rol ve sorumlulukları konusunda bilgilendirildi ve uyum sağlamaları için desteklendi.

3.10.4. Fiziksel, Psikolojik, Sosyal ve Spiritüel Hemşirelik Bakımı (Terapötik Hemşirelik)

Hastalar kalp piline bağlı gelişen fiziksel değişiklikler; kalp pili takılan bölgenin bakımı, enfeksiyon, pil elektrotlarının yerinden oynaması, kalp pili bölgesinde morarma, pıhtı oluşması ve kalp pili sonrası fiziksel aktivite konularında eğitim verilerek desteklendi. Kalp piline bağlı gelişen psikososyal değişiklikler ve baş etme yöntemleri, kalp pilinde oluşabilecek spiritüel (manevi) değişiklikler ve baş etme yöntemleri konusunda eğitim verildi. Ayrıca kalp pili ile yaşam; cep telefonu kullanımı, cep telefonu baz istasyonları, araba kullanımı, x-ray cihazları ve metal dedektörler, elektronik cihaz kullanımı, tıbbi tetkiklerin yapılması, kalp pili ile seyahat, gebelik ve doğum ve cinsel yaşam konularında eğitim verilerek hastalar desteklendi.

3.11. Kontrol Grubu

Araştırmada kontrol grubunda yer alan hastalara araştırma süresince herhangi bir girişim yapılmamıştır. Kontrol grubundaki hastalar rutin bakım almışlardır. Rutin bakım kapsamında; araştırmanın uygulandığı hastanede kalp pili takılan hastalara taburcu olurken asistan hekimler ve hemşireler tarafından pansuman, kol hareketleri, banyo süresi ve ilaç kullanımı konularında kısa bilgilendirmeler yapılmaktadır. Bununla birlikte kontrol grubundaki hastalara son testler uygulandıktan sonra araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı verilmiştir.

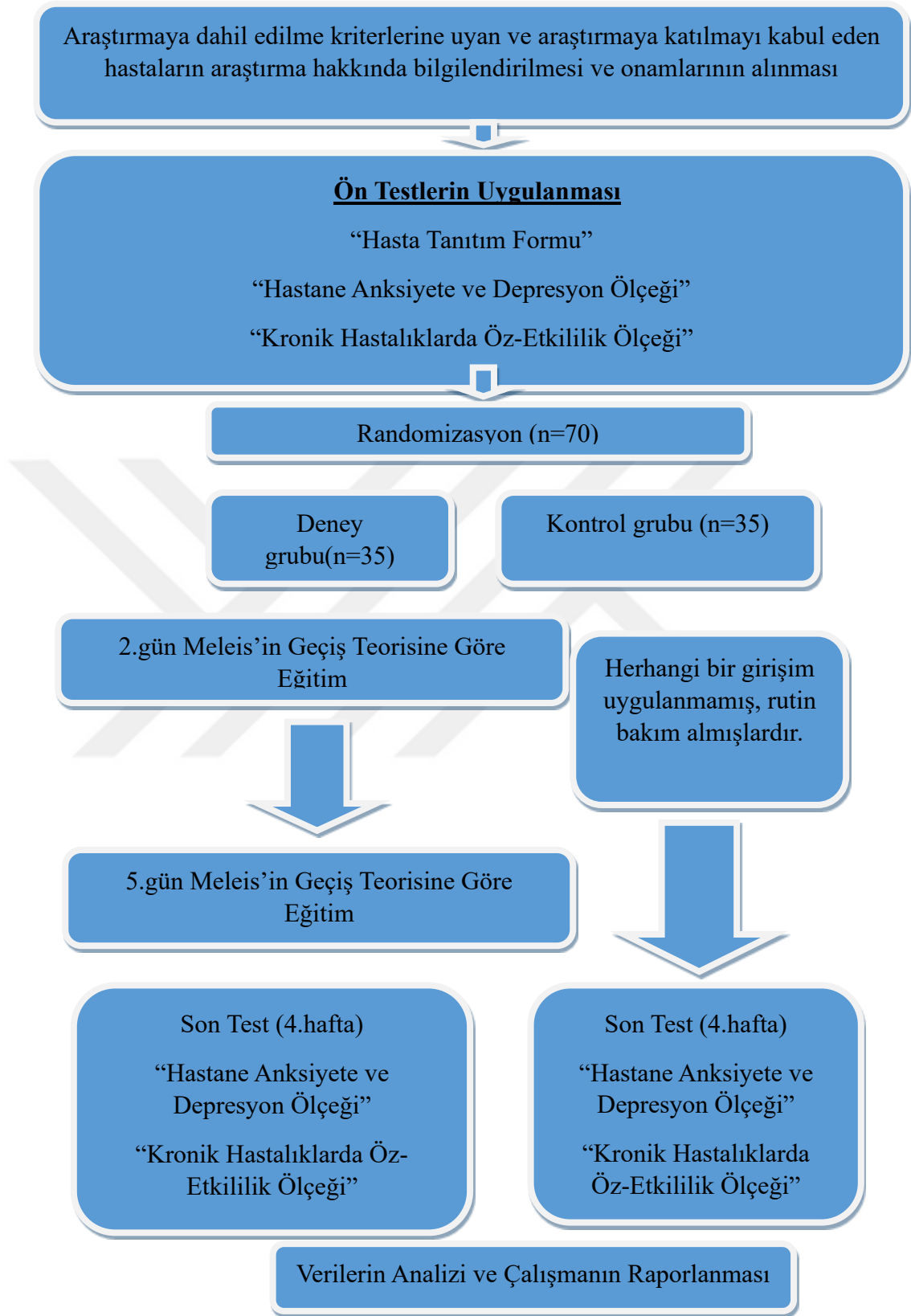
3.12. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmada kullanılan “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği” için Prof. Dr. Ömer AYDEMİR’ den (Ek 5) ve “Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği” için Dr. Öğr. Üyesi Yasemin CEYHAN’ dan (Ek 6) e-posta ile ölçek kullanım izni alınmıştır. Ordu İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izni (Ek 7) ve Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan Etik Kurul onayı alınmıştır (Ek 8) . Çalışmaya

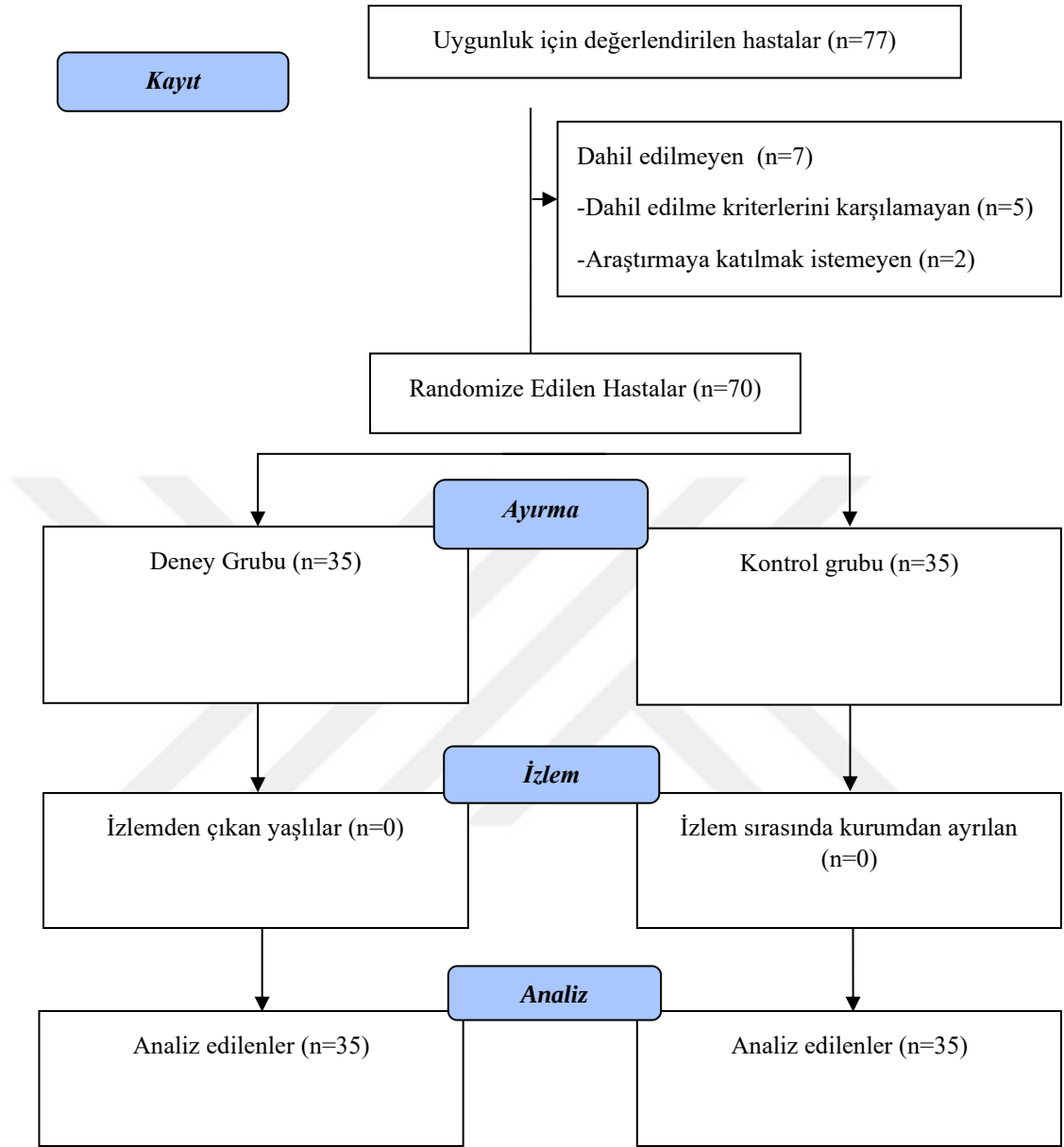
katılmayı kabul eden hastalara çalışmanın amacı ve sağlayacağı yararlar anlatılarak sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Ek 9) . Çalışma sürecinde Helsinki Bildirgesi kurallarına uyulmuştur . Araştırma ClinicalTrials.gov'a kaydedilerek (NCT06204601) kayıt numarası alınmıştır .

3.12. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler uzman bir istatistikçi tarafından IBM SPSS V23 ve JAMOVİ V2.3.21 ile analiz edilmiştir . Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk ile incelenmiştir. Gruplara göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında, Pearson's ki-kare, Yates düzeltmesi, Fisher-Freeman-Halton ve Fisher's exact testi kullanılmış ve oranlara ait çoklu karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmeli Z testi ile incelenmiştir . İkili gruplara göre normal dağılan verilerin karşılaştırılmasında bağımsız iki örnek t testi kullanılmış ve gruplara göre normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır . Grup ve zamana göre normal dağılmayan verilerin değerlendirilmesinde Walrus paketi kullanılarak İki yönlü Robust testi kullanılmış ve çoklu karşılaştırmalar Bonferroni testi ile incelenmiştir . Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (minimum – maksimum) şeklinde, kategorik veriler için ise frekans (yüzde) şeklinde sunulmuştur . Önem düzeyi $p < 0.05$ alınmıştır.



Şekil 3.2. Araştırma Planı



Şekil 3. 3. CONSORT 2010 Akış Diyagramı (Schulz ve ark., 2010)

4.BULGULAR

Kalp pili takılan hastalara Meleis'in geçiş teorisine göre verilen eğitimin anksiyete ve depresyon ile öz-etkililik düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları bu bölümde verilmiştir.

Tablo 4.1. Gruplara Göre Hastaların Tanıtıcı zelliklerinin Karşılaştırılması

	Deney	Kontrol	Toplam	Test	p
	Ortalama $\pm$ Standart Sapma, Ortanca (Min–Maks)				
	n (%)	n(%)	n(%)		
Yaş	71.46 $\pm$ 13.02 70.00 (37.00- 95.00)	69.31 $\pm$ 11.84 72.00 (39.00- 89.00)	70.39 $\pm$ 12.40 71.50 (37.00- 95.00)	0.720	0.474*****
Cinsiyet					
Kadın	18 (51.4)	12 (34.3)	30 (42.9)	1.458	0.227**
Erkek	17 (48.6)	23 (65.7)	40 (57.1)		
Medeni durum					
Evli	24 (68.6)	27 (77.1)	51 (72.9)	0.289	0.591**
Bekar	11 (31.4)	8 (22.9)	19 (27.1)		
Eğitim					
Okur-yazar	22 (62.9)	20 (57.1)	42 (60)	1.421	0.967***
İlkokul	8 (22.9)	9 (25.7)	17 (24.3)		
Ortaokul	4 (11.4)	4 (11.4)	8 (11.4)		
Lise	1 (2.9)	1 (2.9)	2 (2.9)		
Üniversite	0 (0)	1 (2.9)	1 (1.4)		
Aile tipi					
Çekirdek Aile	23 (65.7)	21 (60)	44 (62.9)	0.061	0.805**
Geniş Aile	12 (34.3)	14 (40)	26 (37.1)		
Çalışma durumu					
alışıyor	2 (5.7)	4 (11.4)	6 (8.6)	---	0.673****
Çalışmıyor	33 (94.3)	31 (88.6)	64 (91.4)		
Yaşanılan yer					
Köy	23 (65.7)	15 (42.9)	38 (54.3)	6.038	0.109****
Belde	4 (11.4)	2 (5.7)	6 (8.6)		
İlçe	4 (11.4)	9 (25.7)	13 (18.6)		
İl merkezi	4 (11.4)	9 (25.7)	13 (18.6)		
Gelir düzeyi					
Gelir giderime eşit	32 (91.4)	28 (80)	60 (85.7)	3.859	0.151***
Gelir giderimden az	1 (2.9)	0 (0)	1 (1.4)		
Gelir giderimden fazla	2 (5.7)	7 (20)	9 (12.9)		

Tablo 4.1. ‘Devam’ Gruplara Göre Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Deney	Kontrol	Toplam	Test	p
Tıbbi tanı					
Av tam blok	21 (60)	20 (57.1)	41 (58.6)		
Hasta sinüs sendromu	1 (2.9)	2 (5.7)	3 (4.3)	0.665	1.000***
Kalp yetmezliği	8 (22.9)	7 (20)	15 (21.4)		
Ritim bozukluğu	5 (14.3)	6 (17.1)	11 (15.7)		
	12.69±22.69	6.89±13.25	9.79±18.68		
Hastalık süresi (ay)	1.00 (0.00- 120.00)	1.00 (1.00- 48.00)	1.00 (1.00- 120.00)	34.000	1.302*****
Kronik hastalık					
Evet	34 (97.1)	34 (97.1)	68 (97.1)	---	1.000****
Hayır	1 (2.9)	1 (2.9)	2 (2.9)		
Kronik hastalık türü ^a					
Hipertansiyon	31 (91.2)	29 (85.3)	60 (88.2)		
Diyabet	14 (41.2)	12 (35.3)	26 (38.2)		
Koroner arter hastalığı	10 (29.4)	14 (41.2)	24 (35.3)	1.846	0.764*
Kalp yetmezliği	3 (8.8)	3 (8.8)	6 (8.8)		
Ruhsal hastalık					
Evet	12 (34.3)	12 (34.3)	24 (34.3)	0.000	1.000**
Hayır	23 (65.7)	23 (65.7)	46 (65.7)		
Hastaneye geliş nedeni ^a					
Baş dönmesi	5 (14.3)	6 (17.6)	11 (15.9)		
Halsizlik	17 (48.6)	11 (32.4)	28 (40.6)		
Nefes darlığı	13 (37.1)	14 (41.2)	27 (39.1)	4.464	0.347*
Bayılma	5 (14.3)	10 (29.4)	15 (21.7)		
Yatış şekli					
Planlı	12 (34.3)	11 (31.4)	23 (32.9)	0.000	1.000**
Plansız	23 (65.7)	24 (68.6)	47 (67.1)		
Yoğun bakımda yatma					
Evet	28 (80)	24 (68.6)	52 (74.3)	0.673	0.412**
Hayır	7 (20)	11 (31.4)	18 (25.7)		
Kalp pili türü					
ICD	7 (20)	9 (25.7)	16 (22.9)		
CRT	6 (17.1)	8 (22.9)	14 (20)		
CRT-D	7 (20)	2 (5.7)	9 (12.9)	3.271	0.381***
Pacemaker	15 (42.9)	16 (45.7)	31 (44.3)		
Eğitim alma					
Evet	23 (65.7)	20 (57.1)	43 (61.4)	0.241	0.623**
Hayır	12 (34.3)	15 (42.9)	27 (38.6)		
Kimden eğitim aldığı ^a					
Doktor	23 (100)	20 (100)	43 (100)		
Hemşire	4 (17.4)	1 (5)	5 (11.6)	2.125	0.547*
İnternet	1 (4.3)	2 (10)	3 (7)		

*Ki-kare testi, **Yates düzeltmesi, ***Fisher-Freeman-Halton testi, ****Fisher-Exact testi, *****Bağımsız iki örnek t testi, *****Mann-Whitney U testi, frekans (yüzde), ortalama±s. sapma, ortanca (minimum – maksimum), ^aÇoklu yanıt

Deney ve kontrol grubu hastaların gruplara göre yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, aile tipi, çalışma durumu, yaşadığı yer, gelir düzeyi, tıbbi tanı dağılımı, hastalık süresi, kronik hastalık varlığı, hastalık türü, ruhsal hastalık varlığı, hastaneye

geliş nedeni, hastaneye yatış şekli, daha önce yoğun bakımda yatma durumu, kalp pili türü, kalp pili hakkında eğitim alma durumu ve eğitim alınan kişi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Gruplara Göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Deney	Kontrol	Toplam	Test	p
“Hastane Anksiyete Ölçeği” Ön Test					
Sınırdaki	3 (8.6)	2 (5.7)	5 (7.1)	---	0.500***
Anormal	32 (91.4)	33 (94.3)	65 (92.9)		
“Hastane Anksiyete Ölçeği” Son Test					
Normal	31 (88.6) a	0 (0)b	31 (44.3)	81.540	<0.001**
Sınırdaki	4 (11.4)	2 (5.7)	6 (8.6)		
Anormal	0 (0)a	33 (94.3) b	33 (47.1)		
“Hastane Depresyon Ölçeği” Ön Test					
Sınırdaki	5 (14.3)	6 (17.1)	11 (15.7)	0.000	1.000*
Anormal	30 (85.7)	29 (82.9)	59 (84.3)		
“Hastane Depresyon Ölçeği” Son Test					
Normal	32 (91.4) a	0 (0)b	32 (45.7)	77.787	<0.001**
Sınırdaki	3 (8.6)	6 (17.1)	9 (12.9)		
Anormal	0 (0)a	29 (82.9) b	29 (41.4)		

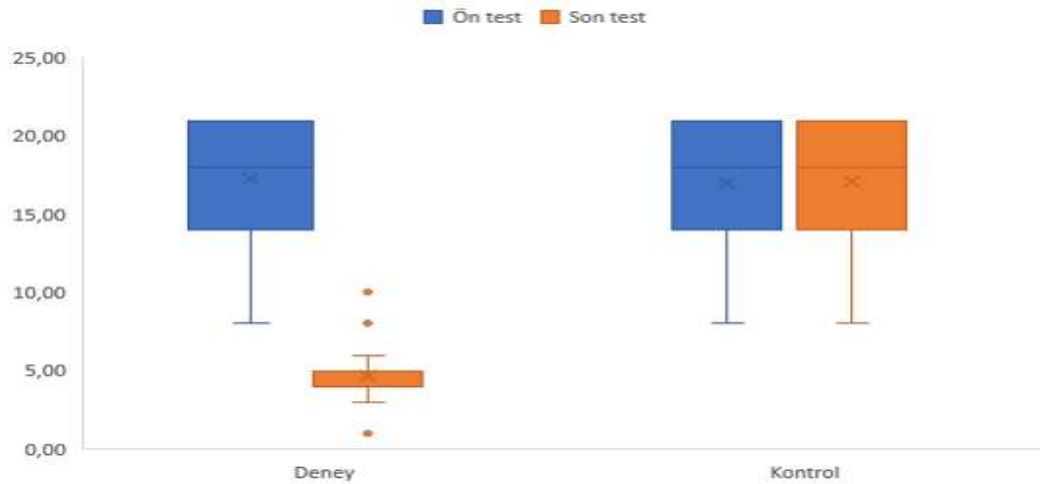
*Yates düzeltmesi, **Fisher-Freeman-Halton testi, ***Fisher-Exact testi, frekans (yüzde), a-b: Her bir satır içerisinde aynı harfe sahip zamanlar arasında bir fark yoktur.

Gruplara göre “Hastane Anksiyete Ölçeği” ön test düzeylerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0.500$). Deney grubundaki sınırdaki oranı %8.6 iken kontrol grubunda %5.7 olarak elde edilmiştir. Deney grubundaki anormal oranı %91.4 iken, kontrol grubunda %94.3 olarak elde edilmiştir. Gruplara göre “Hastane Anksiyete Ölçeği” son test düzeylerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.001$). Deney grubundaki normal oranı %88.6 iken kontrol grubunda %0 olarak elde edilmiştir. Deney grubundaki sınırdaki oranı %11.4 iken kontrol grubunda %5.7 olarak bulunmuştur. Deney grubundaki anormal oranı %0 iken kontrol grubunda %94.3 olarak elde edilmiştir (Tablo 4.2).

Gruplara göre “Hastane Depresyon Ölçeği” ön test düzeylerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=1.000$). Deney grubundaki

sınırdaki oranı %14.3 iken, kontrol grubunda %17.1 olarak elde edilmiştir. Deney grubundaki anormal oranı %85.7 iken kontrol grubunda %82.9 olarak elde edilmiştir. Gruplara göre “Hastane Depresyon Ölçeği” son test düzeylerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.001$). Deney grubundaki normal oranı %91.4 iken, kontrol grubunda %0 olarak elde edilmiştir. Deney grubundaki sınırda oranı %8.6 iken, kontrol grubunda %17.1 olarak bulunmuştur. Deney grubundaki anormal oranı %0 iken kontrol grubunda %82.9 olarak elde edilmiştir (Tablo 4.2).

Gruplara göre zaman ayrımı yapmaksızın “Hastane Anksiyete Ölçeği” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ortancası 8.00 iken kontrol grubunun ortancası 18.00 olarak elde edilmiştir. Zamana göre grup ayrımı yapmaksızın “Hastane Anksiyete Ölçeği” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Ön test puan ortancası 18.00 iken son test puan ortancası 8.50 olarak elde edilmiştir. Grup ve zaman etkileşimine göre “Hastane Anksiyete Ölçeği” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ön test puan ortancası 18.00 iken, son test puan ortancası 4.00 ve kontrol grubunun ön test puan ortancası 18.00 iken son test puan ortancası 18.00 olarak elde edilmiştir. Deney grubunun son test ile deney grubunun ön test, kontrol grubunun ön ve son testi ortancaları arasında bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.3; Şekil 4.1).



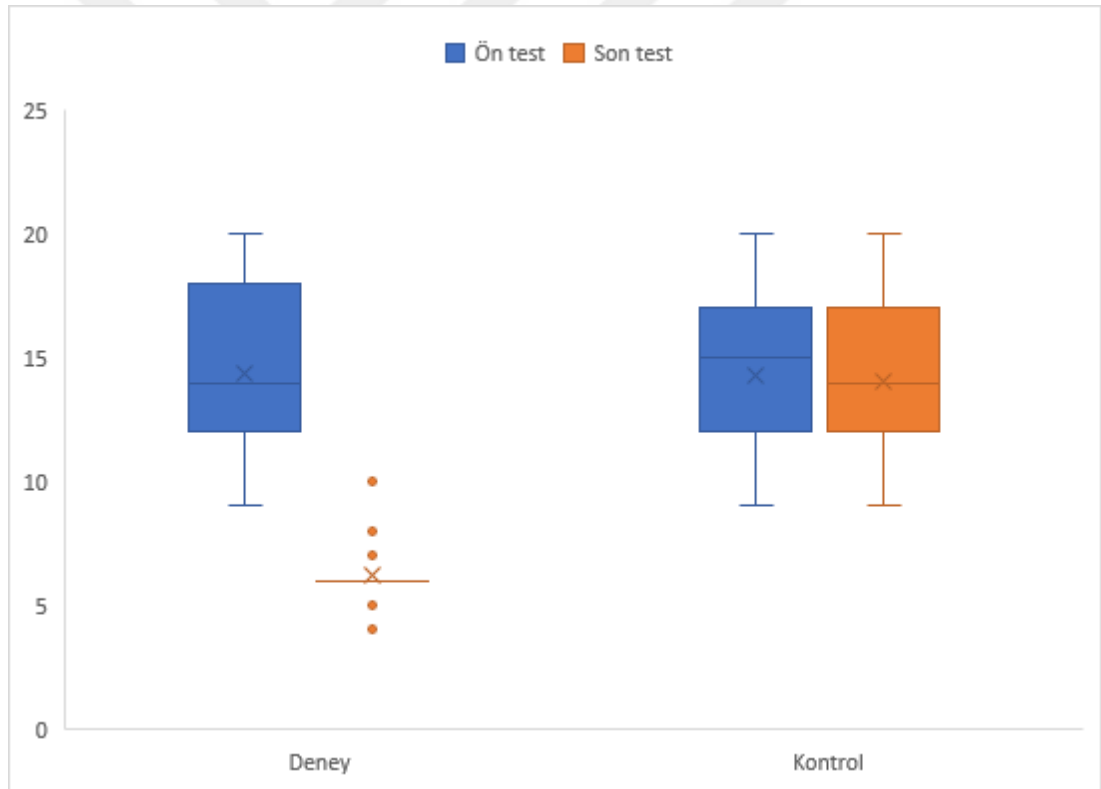
Şekil 4. 1. Grup ve Zamana Göre Hastane Anksiyete Ölçeği Kutu Grafiği

Tablo 4.3. Grup ve Zamana Göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

		Deney		Kontrol		Toplam		Grup	Zaman	Grup*zaman
		Ortalama ± s. sapma Ortanca (min.- maks.)								
Hastane Anksiyete Ölçeği	Ön test	17.23±3.94	18.00 (8.00-21.00)a	17.00±3.77	18.00 (8.00-21.00) a	17.11±3.83	18.00 (8.00-21.00)	47.7; <0.001	47.7; <0.001	126.6;<0.001
	Son test	4.66±1.71	4.00 (1.00-10.00) b	17.06±3.89	18.00 (8.00-21.00) a	10.86±6.92	8.50 (1.00-21.00)			
	Toplam	10.94±7.01	8.00 (1.00-21.00)	17.03±3.80	18.00 (8.00-21.00)	13.99±6.40	15.00 (1.00-21.00)			
Hastane Depresyon Ölçeği	Ön test	14.40±3.26	14.00 (9.00-20.00)a	14.31±3.14	15.00 (9.00-20.00) a	14.36±3.18	14.00 (9.00-20.00)	67.4; 0.001	78.7; 0.001	70.4;0.001
	Son test	6.20±1.23	6.00 (4.00-10.00) b	14.09±3.09	14.00 (9.00-20.00) a	10.14±4.61	9.00 (4.00-20.00)			
	Toplam	10.30±4.80	9.50 (4.00-20.00)	14.20±3.10	14.50 (9.00-20.00)	12.25±4.48	12.50 (4.00-20.00)			

*Robust ANOVA testi, karşılaştırma için medyan metodu kullanılmıştır, Test istatistiği; p, a-b: Aynı harfe sahip grup ve zaman etkileşimi arasında bir fark yoktur

Gruplara göre zaman ayırımı yapmaksızın “Hastane Depresyon Ölçeği” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p=0.001$). Deney grubunun ortancası 9.50 iken, kontrol grubunun ortancası 14.50 olarak elde edilmiştir. Zamana göre grup ayırımı yapmaksızın “Hastane Depresyon Ölçeği” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p=0.001$). Ön test puan ortancası 14.00 iken, son test puan ortancası 9.00 olarak elde edilmiştir. Grup ve zaman etkileşimine göre “Hastane Depresyon Ölçeği” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p=0.001$). Deney grubunun ön test puan ortancası 14.00 iken son test puan ortancası 6.00 ve kontrol grubunun ön test puan ortancası 15.00 iken son test puan ortancası 14.00 olarak elde edilmiştir. Deney grubunun son testi ile deney grubunun ön testi, kontrol grubunun ön ve son testi puan ortancaları arasında bir fark elde edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.3; Şekil 4.2).



Şekil 4. 2. Grup ve Zamana Göre Hastane Depresyon Ölçeği Kutu Grafiği

Tablo 4.4. Grup ve Zamana Göre Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

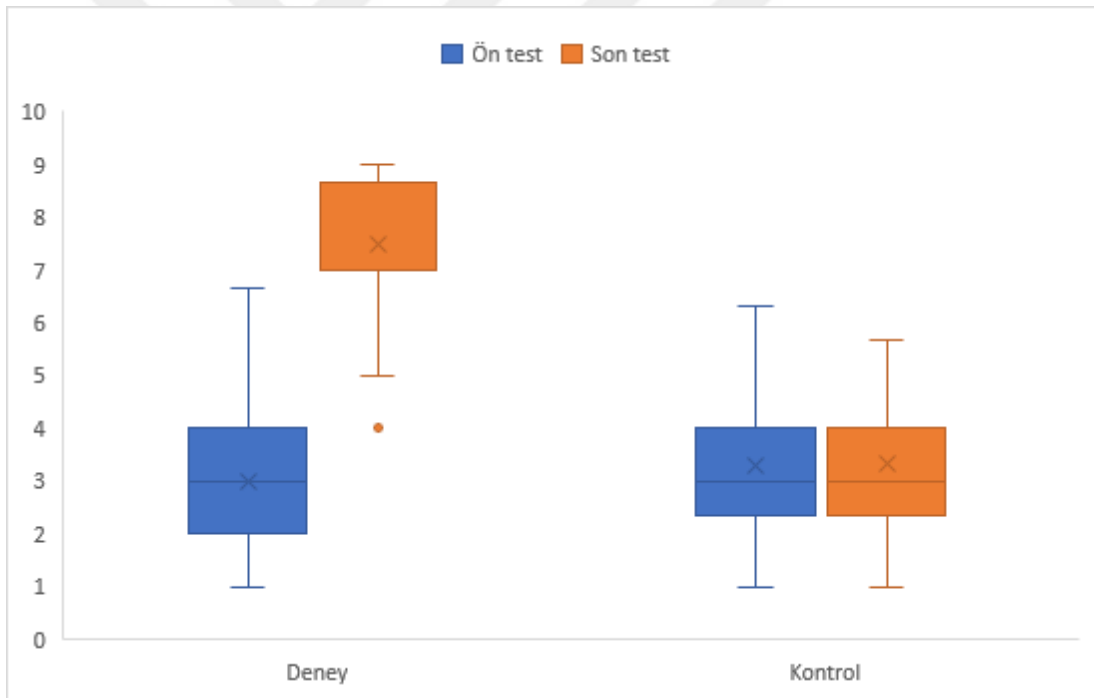
		Deney		Kontrol		Toplam		Grup	Zaman	Grup*zaman	
		Ortalama ± s. sapma Ortanca (min.- maks.)									
Düzenli Bir	Ön test	2.99±1.17	3.00 (1.00- 6.67) a	3.30±1.18	3.00 (1.00- 6.33) a	3.14±1.18	3.00 (1.00- 6.67)	48.4; <0.001	48.4; <0.001	48.9; <0.001	
Şekilde Spor	Son test	7.47±1.21	7.00 (4.00- 9.00) b	3.32±1.18	3.00 (1.00- 5.67) a	5.40±2.40	5.33 (1.00- 9.00)				
Yapma	Toplam	5.23±2.55	4.50 (1.00- 9.00)	3.31±1.17	3.00 (1.00- 6.33)	4.27±2.20	4.00 (1.00- 9.00)				
Hastalık	Ön test	3.11±1.39	3.00 (0.00- 7.00) a	3.80±1.73	4.00 (1.00- 10.00) a	3.46±1.59	3.00 (0.00- 10.00)	60.7; <0.001	136.5; <0.001	167.9; <0.001	
Hakkında	Son test	8.34±1.28	9.00 (4.00- 10.00) b	3.77±1.72	4.00 (1.00- 10.00) a	6.06±2.75	6.50 (1.00- 10.00)				
Bilgi Alma	Toplam	5.73±2.95	5.50 (0.00- 10.00)	3.79±1.71	4.00 (1.00- 10.00)	4.76±2.59	4.00 (0.00- 10.00)				
Toplum, Aile	Ön test	3.15±1.14	3.00 (1.00- 6.00) a	3.76±1.49	3.67 (1.00- 9.33) a	3.46±1.36	3.33 (1.00- 9.33)	51; <0.001	94.8; <0.001	118.6; <0.001	
ve	Son test	7.58±0.99	8.00 (4.67- 9.00) b	3.66±1.33	3.67 (1.00- 9.33) a	5.62±2.29	5.33 (1.00- 9.33)				
Arkadaşlardan	Toplam	5.37±2.47	5.67 (1.00- 9.00)	3.71±1.40	3.67 (1.00- 9.33)	4.54±2.17	4.00 (1.00- 9.33)				
Yardım Alma											
Doktorla	Ön test	3.90±1.29	4.00 (1.00- 8.00) a	4.52±1.95	4.00 (2.00- 10.00) a	4.21±1.67	4.00 (1.00- 10.00)	85.3; <0.001	85.3; <0.001	98.1; <0.001	
	Son test	8.91±1.03	9.00 (7.00- 10.00) b	4.58±1.93	4.00 (2.00- 10.00) a	6.75±2.67	7.67 (2.00- 10.00)				
	İletişim	Toplam	6.40±2.78	7.00 (1.00- 10.00)	4.55±1.93	4.00 (2.00- 10.00)	5.48±2.56				4.00 (1.00- 10.00)
Genel	Ön test	2.99±1.05	3.00 (1.50- 7.25) a	3.56±1.27	3.00 (1.50- 7.50) a	3.28±1.19	3.00 (1.50- 7.50)	126; <0.001	126; <0.001	139; <0.001	
	Hastalık	Son test	7.64±1.32	8.00 (3.25- 10.00) b	3.81±1.80	3.00 (1.50- 10.50) a	5.72±2.48				6.75 (1.50- 10.50)
	Yönetimi	Toplam	5.31±2.62	4.13 (1.50- 10.00)	3.68±1.55	3.00 (1.50- 10.50)	4.50±2.30				3.50 (1.50- 10.50)

Tablo 4.4. ‘Devam’ Grup ve Zamana Göre Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

		Deney		Kontrol		Toplam		Grup	Zaman	Grup*zaman
		Ortalama ± s. sapma Ortanca (min.- maks.)								
Ev İşlerini Yapma	Ön test	2.87±1.02	3.00 (0.00- 5.00) a	3.51±1.62	3.50 (0.50- 10.00) a	3.19±1.39	3.00 (0.00- 10.00)	165; <0.001	165; <0.001	275; <0.001
	Son test	7.50±1.53	8.00 (2.50- 9.00) b	3.44±1.49	3.00 (0.50- 9.00) a	5.47±2.54	5.50 (0.50- 9.00)			
	Toplam	5.19±2.67	4.50 (0.00- 9.00)	3.48±1.55	3.25 (0.50- 10.00)	4.33±2.33	4.00 (0.00- 10.00)			
Sosyal/Eğlence Aktiviteleri	Ön test	2.80±0.96	3.00 (0.00- 5.00) a	3.46±1.74	3.00 (1.00- 9.00) a	3.13±1.43	3.00 (0.00- 9.00)	106; <0.001	106; <0.001	106; <0.001
	Son test	7.19±1.14	7.00 (4.00- 9.00) b	3.29±1.31	3.00 (1.00- 7.00) a	5.24±2.31	5.50 (1.00- 9.00)			
	Toplam	4.99±2.44	4.50 (0.00- 9.00)	3.37±1.53	3.00 (1.00- 9.00)	4.18±2.19	3.00 (0.00- 9.00)			
Semptomlarla Başa Çıkma	Ön test	2.45±0.88	2.80 (0.40- 4.40) a	3.26±1.31	3.00 (0.60- 7.00) c	2.85±1.18	3.00 (0.40- 7.00)	186; <0.001	219; <0.001	219; <0.001
	Son test	7.45±1.42	8.00 (2.80- 9.00) b	3.30±1.33	3.00 (0.60- 7.60) c	5.37±2.50	5.30 (0.60- 9.00)			
	Toplam	4.95±2.78	3.70 (0.40- 9.00)	3.28±1.31	3.00 (0.60- 7.60)	4.11±2.32	3.00 (0.40- 9.00)			
Nefes Darlığı ile Başa Çıkma	Ön test	1.49±1.15	1.00 (0.00- 6.00) a	2.00±1.55	2.00 (0.00- 8.00) a	1.74±1.38	1.00 (0.00- 8.00)	48; 0.001	206.6; 0.001	80.8; 0.001
	Son test	7.31±1.49	8.00 (3.00- 9.00) b	3.34±1.66	3.00 (1.00- 10.00) c	5.33±2.54	5.50 (1.00- 10.00)			
	Toplam	4.40±3.22	3.00 (0.00- 9.00)	2.67±1.73	3.00 (0.00- 10.00)	3.54±2.72	3.00 (0.00- 10.00)			
Depresyonu Yönetme/Kontrol	Ön test	1.55±1.22	1.17 (0.00- 6.67) a	1.87±1.78	1.17 (0.50- 8.67) a	1.71±1.52	1.17 (0.00- 8.67)	226; <0.001	226; <0.001	230; <0.001
	Son test	7.77±1.24	8.00 (3.83- 9.00) b	1.77±1.36	1.17 (0.50- 6.17) b	4.77±3.28	5.50 (0.50- 9.00)			
	Toplam	4.66±3.36	4.33 (0.00- 9.00)	1.82±1.57	1.17 (0.50- 8.67)	3.24±2.98	1.50 (0.00- 9.00)			

*Robust ANOVA testi, karşılaştırma için medyan metodu kullanılmıştır, Test istatistiği; p, a-c: Aynı harfe sahip grup ve zaman etkileşimi arasında bir fark yoktur.

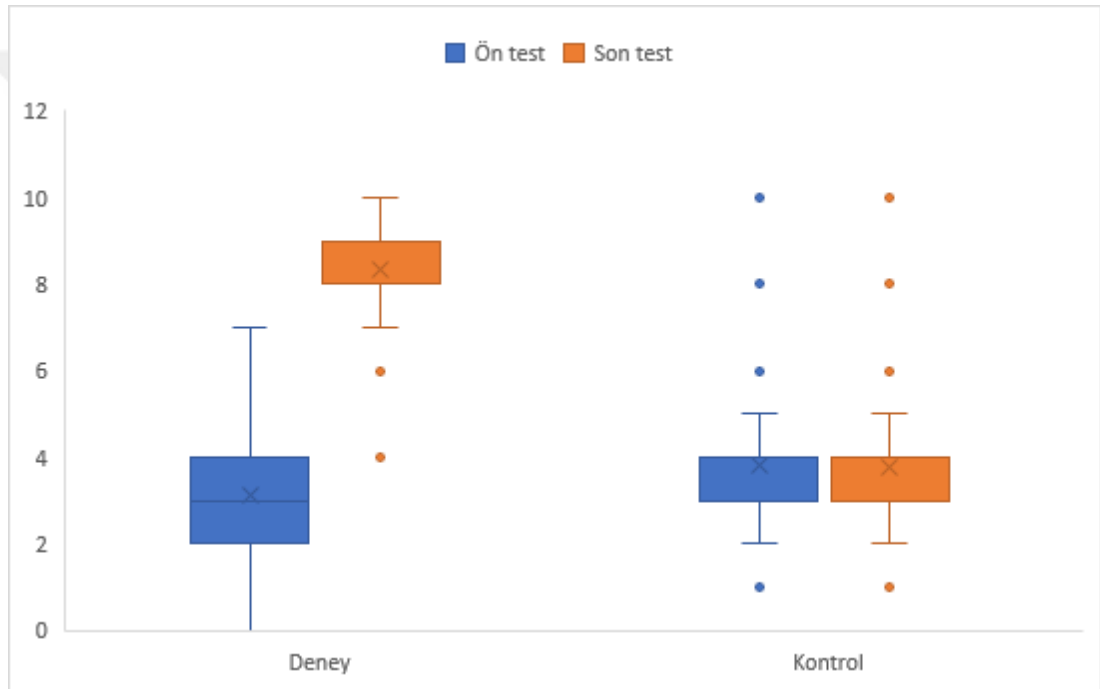
Gruplara göre zaman ayrımı yapmaksızın “Düzenli Bir Şekilde Spor Yapma” ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ortancası 4.50 iken kontrol grubunun ortancası 3.00 olarak elde edilmiştir. Zamana göre grup ayrımı yapmaksızın “Düzenli Bir Şekilde Spor Yapma” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Ön test puan ortancası 3.00 iken son test puan ortancası 5.33 olarak elde edilmiştir. Grup ve zaman etkileşimine göre “Düzenli Bir Şekilde Spor Yapma” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ön test puan ortancası 3.00 iken son test puan ortancası 7.00 ve kontrol grubunun ön test puan ortancası 3.00 iken son test puan ortancası 3.00 olarak elde edilmiştir. Deney grubunun son test ile deney grubunun ön test, kontrol grubunun ön ve son testi ortancaları arasında bir fark elde edilmiştir (Tablo 4.4; Şekil 4.3).



Şekil 4. 3. Grup ve Zamana Göre Düzenli Bir Şekilde Spor Yapma Kutu Grafiği

Gruplara göre zaman ayrımı yapmaksızın “Hastalık Hakkında Bilgi Alma” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ortancası 5.50 iken kontrol grubunun ortancası 4.00 olarak elde edilmiştir. Zamana göre grup ayrımı

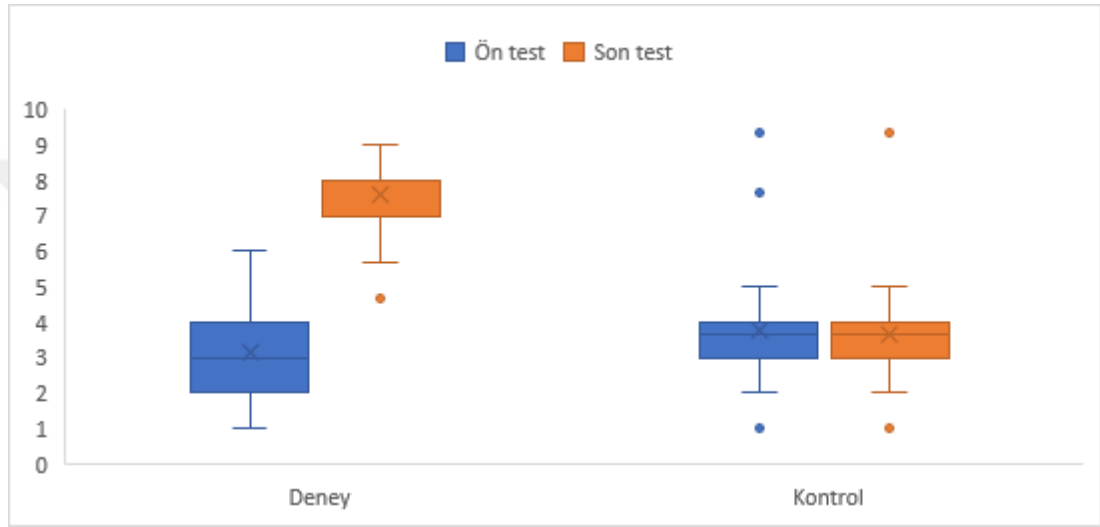
yapmaksızın “Hastalık Hakkında Bilgi Alma” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Ön test puan ortancası 3.00 iken son test puan ortancası 6.50 olarak elde edilmiştir. Grup ve zaman etkileşimine göre “Hastalık Hakkında Bilgi Alma” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ön test puan ortancası 3.00 iken son test puan ortancası 9.00 ve kontrol grubunun ön test puan ortancası 4.00 iken son test puan ortancası 4.00 olarak elde edilmiştir. Deney grubunun son testi ile deney grubunun ön testi, kontrol grubunun ön ve son testi ortancaları arasında bir fark elde edilmiştir (Tablo 4.4; Şekil 4.4).



Şekil 4. 4. Grup ve Zamana Göre Hastalık Hakkında Bilgi Alma Kutu Grafiği

Gruplara göre zaman ayrımı yapmaksızın “Toplum, Aile ve Arkadaşlardan Yardım Alma” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ortancası 5.67 iken kontrol grubunun ortancası 3.67 olarak elde edilmiştir. Zamana göre grup ayrımı yapmaksızın “Toplum, Aile ve Arkadaşlardan Yardım Alma” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Ön test puan ortancası 3.33 iken son test puan ortancası 5.33 olarak elde edilmiştir. Grup ve zaman etkileşimine göre

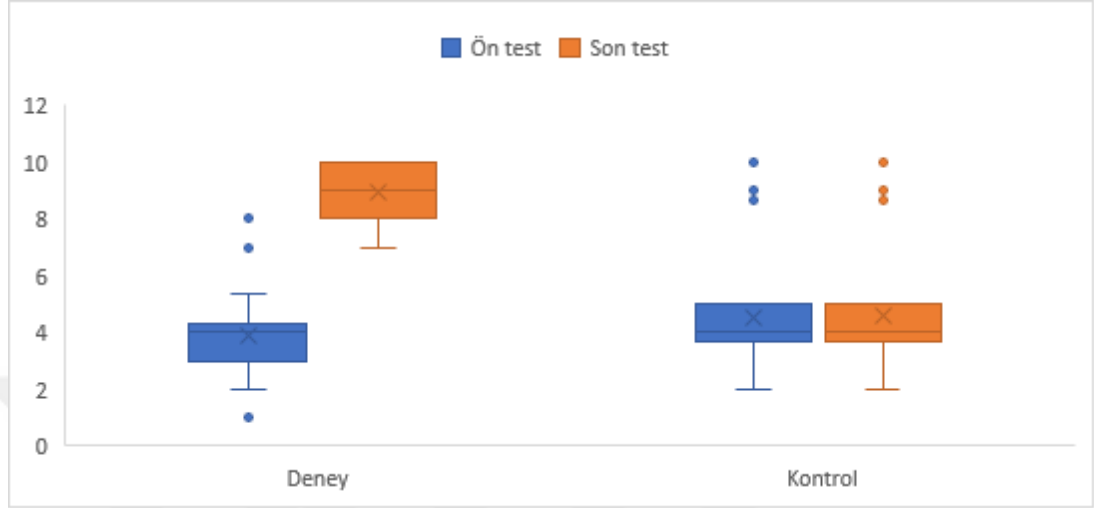
“Toplum, Aile ve Arkadaşlardan Yardım Alma” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ön test puan ortancası 3.00 iken son test puan ortancası 8.00 ve kontrol grubunun ön test puan ortancası 3.67 iken son test puan ortancası 3.67 olarak elde edilmiştir. Deney grubunun son testi ile deney grubunun ön testi, kontrol grubunun ön ve son testi ortancaları arasında bir fark elde edilmiştir (Tablo 4.4; Şekil 4.5).



Şekil 4.5. Grup ve Zamana Göre Toplum, Aile ve Arkadaşlardan Yardım Alma Kutu Grafiği

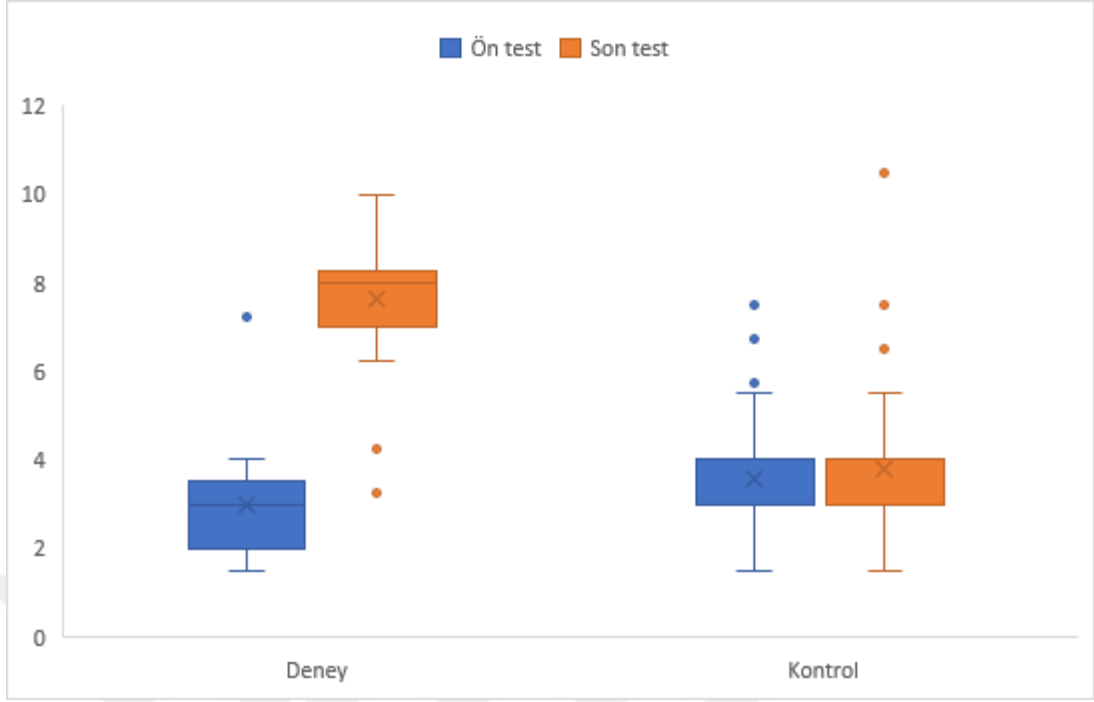
Gruplara göre zaman ayrımı yapmaksızın “Doktorla İletişim” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ortancası 7.00 iken kontrol grubunun ortancası 4.00 olarak elde edilmiştir. Zamana göre grup ayrımı yapmaksızın “Doktorla İletişim” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Ön test puan ortancası 4.00 iken son test puan ortancası 7.67 olarak elde edilmiştir. Grup ve zaman etkileşimine göre “Doktorla İletişim” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ön test puan ortancası 4.00 iken son test puan ortancası 9.00 ve kontrol grubunun ön test puan ortancası 4.00 iken son test puan ortancası 4.00 olarak elde edilmiştir. Deney grubunun son testi ile deney grubunun ön testi, kontrol

grubunun ön ve son testi ortancaları arasında bir fark elde edilmiştir (Tablo 4.4; Şekil 4.6).



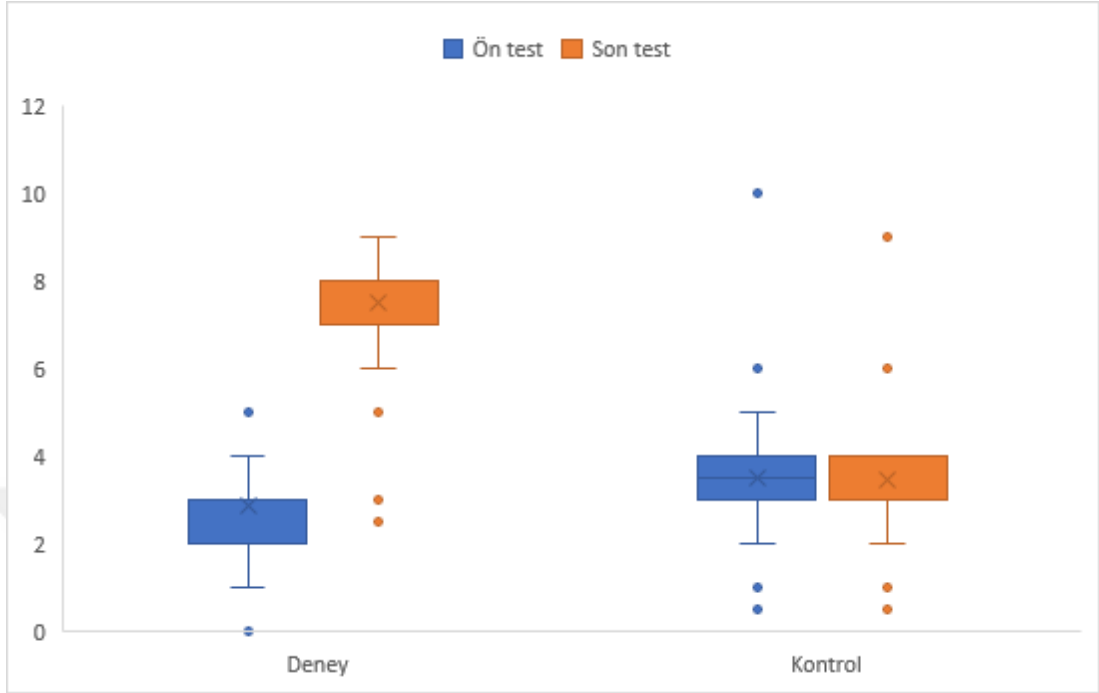
Şekil 4.6. Grup ve Zamana Göre Doktorla İletişim Kutu Grafiği

Gruplara göre zaman ayrımı yapmaksızın “Genel Hastalık Yönetimi” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ortancası 4.13 iken kontrol grubunun ortancası 3.00 olarak elde edilmiştir. Zamana göre grup ayrımı yapmaksızın “Genel Hastalık Yönetimi” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Ön test puan ortancası 3.00 iken son test puan ortancası 6.75 olarak elde edilmiştir. Grup ve zaman etkileşimine göre “Genel Hastalık Yönetimi” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ön test puan ortancası 3.00 iken son test puan ortancası 8.00 ve kontrol grubunun ön test puan ortancası 3.00 iken son test puan ortancası 3.00 olarak elde edilmiştir. Deney grubunun son testi ile deney grubunun ön testi, kontrol grubunun ön ve son testi ortancaları arasında bir fark elde edilmiştir (Tablo 4.4; Şekil 4.7).



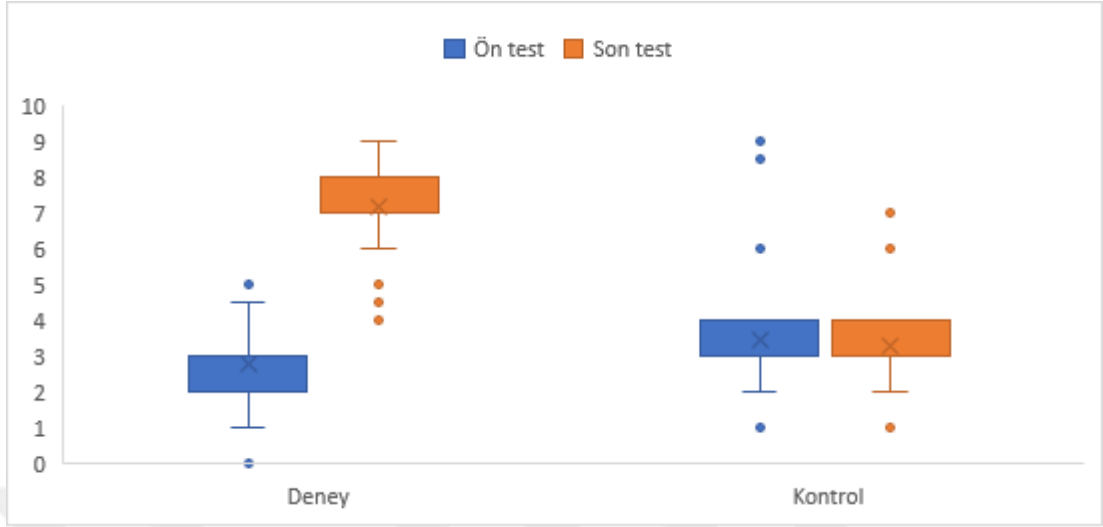
Şekil 4.7. Grup ve Zamana Göre Genel Hastalık Yönetimi Kutu Grafiği

Gruplara göre zaman ayrımı yapmaksızın “Ev İşlerini Yapma” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ortancası 4.50 iken kontrol grubunun ortancası 3.25 olarak elde edilmiştir. Zamana göre grup ayrımı yapmaksızın “Ev İşlerini Yapma” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Ön test puan ortancası 3.00 iken son test puan ortancası 5.50 olarak elde edilmiştir. Grup ve zaman etkileşimine göre “Ev İşlerini Yapma” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ön test puan ortancası 3.00 iken son test puan ortancası 8.00 ve kontrol grubunun ön test puan ortancası 3.50 iken son test puan ortancası 3.00 olarak elde edilmiştir. Deney grubunun son testi ile deney grubunun ön test, kontrol grubunun ön ve son testi ortancaları arasında bir fark elde edilmiştir (Tablo 4.4; Şekil 4.8).



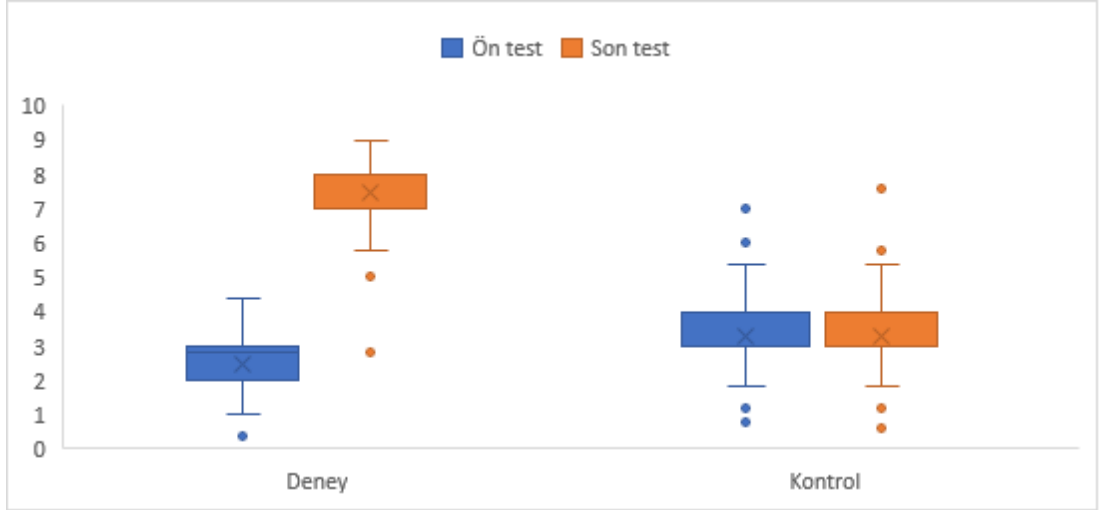
Şekil 4.8. Grup ve Zamana Göre Ev İşlerini Yapma Kutu Grafiği

Gruplara göre zaman ayrımı yapmaksızın “Sosyal/Eğlence Aktiviteleri” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ortancası 4.50 iken kontrol grubunun ortancası 3.00 olarak elde edilmiştir. Zamana göre grup ayrımı yapmaksızın “Sosyal/Eğlence Aktiviteleri” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Ön test puan ortancası 3.00 iken son test puan ortancası 5.50 olarak elde edilmiştir. Grup ve zaman etkileşimine göre “Sosyal/Eğlence Aktiviteleri” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ön test puan ortancası 3.00 iken son test puan ortancası 7.00 ve kontrol grubunun ön test puan ortancası 3.00 iken son test puan ortancası 3.00 olarak elde edilmiştir. Deney grubunun son testi ile deney grubunun ön testi, kontrol grubunun ön ve son testi ortancaları arasında bir fark elde edilmiştir (Tablo 4.4; Şekil 4.9).



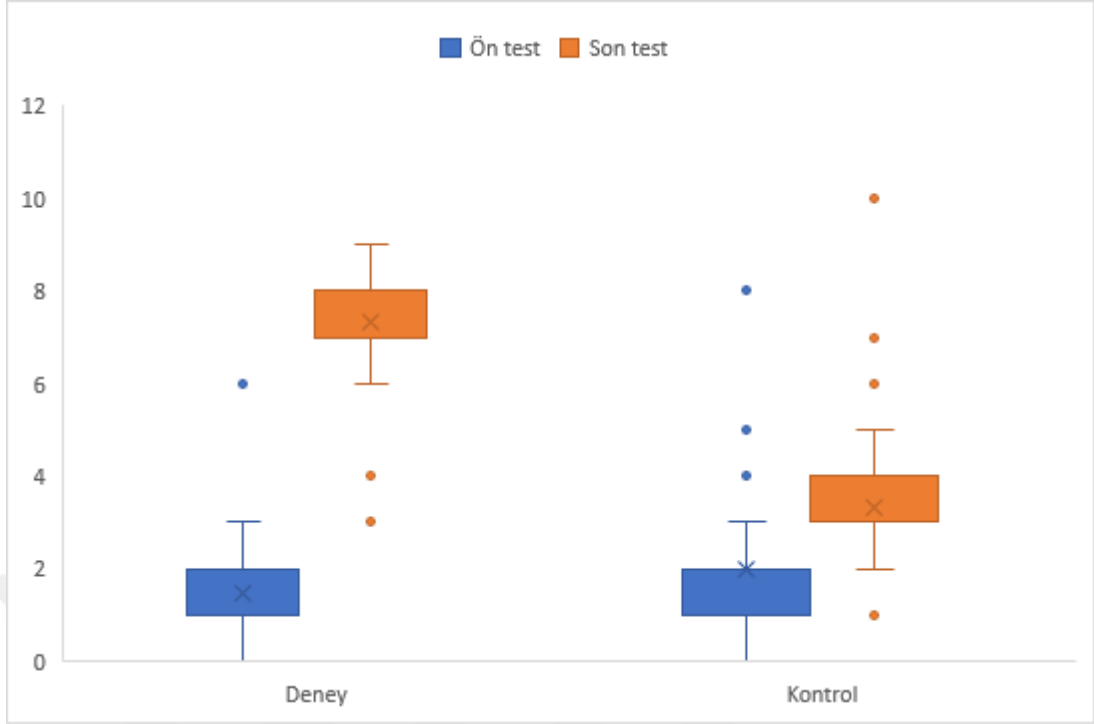
Şekil 4.9. Grup ve Zamana Göre Sosyal/Eğlence Aktiviteleri Kutu Grafiği

Gruplara göre zaman ayrımı yapmaksızın “Semptomlarla Başa Çıkma” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ortancası 3.70 iken kontrol grubunun ortancası 3.00 olarak elde edilmiştir. Zamana göre grup ayrımı yapmaksızın “Semptomlarla Başa Çıkma” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Ön test puan ortancası 3.00 iken son test puan ortancası 5.30 olarak elde edilmiştir. Grup ve zaman etkileşimine göre “Semptomlarla Başa Çıkma” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ön test puan ortancası 2.80 iken son test puan ortancası 8.00 ve kontrol grubunun ön test puan ortancası 3.00 iken son test puan ortancası 3.00 olarak elde edilmiştir. Kontrol grubunun ön ve son testi arasında bir fark yok iken diğer etkileşim grupları arasında bir fark vardır (Tablo 4.4; Şekil 4.10).



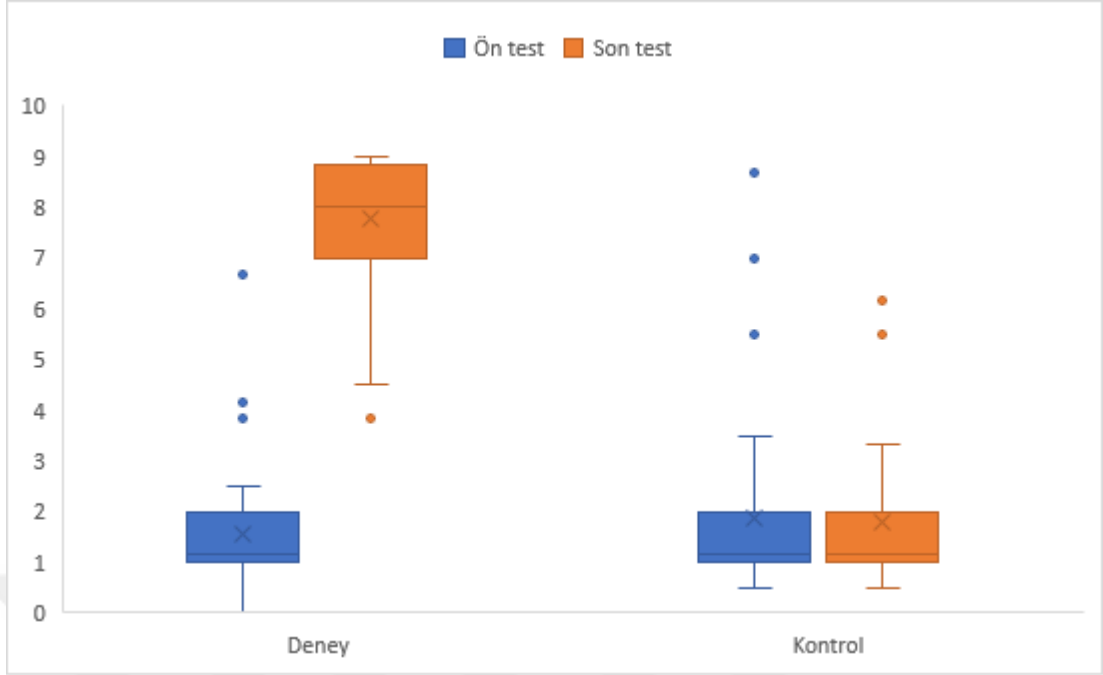
Şekil 4. 10. Grup ve Zamana Göre Semptomlarla Başa Çıkma Kutu Grafiği

Gruplara göre zaman ayrımı yapmaksızın “Nefes Darlığı ile Başa Çıkma” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p=0.001$). Deney grubunun ortancası 3.00 iken kontrol grubunun ortancası 3.00 olarak elde edilmiştir. Zamana göre grup ayrımı yapmaksızın “Nefes Darlığı ile Başa Çıkma” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p=0.001$). Ön test puan ortancası 1.00 iken son test puan ortancası 5.50 olarak elde edilmiştir. Grup ve zaman etkileşimine göre “Nefes Darlığı ile Başa Çıkma” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p=0.001$). Deney grubunun ön test puan ortancası 1.00 iken son test puan ortancası 8.00 ve kontrol grubunun ön test puan ortancası 2.00 iken son test puan ortancası 3.00 olarak elde edilmiştir. Deney grubunun ön testi ile kontrol grubunun ön testi arasında bir fark yok iken diğer etkileşim grupları arasında bir fark elde edilmiştir (Tablo 4.4; Şekil 4.11).



Şekil 4.11. Grup ve Zamana Göre Nefes Darlığı ile Başa Çıkma Kutu Grafiği

Gruplara göre zaman ayrımı yapmaksızın “Depresyonu Yönetme/Kontrol” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ortancası 4.33 iken kontrol grubunun ortancası 1.17 olarak elde edilmiştir. Zamana göre grup ayrımı yapmaksızın “Depresyonu Yönetme/Kontrol” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Ön test puan ortancası 1.17 iken son test puan ortancası 5.50 olarak elde edilmiştir. Grup ve zaman etkileşimine göre “Depresyonu Yönetme/Kontrol” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ön test puan ortancası 1.17 iken son test puan ortancası 8.00 ve kontrol grubunun ön test puan ortancası 1.17 iken son test puan ortancası 1.17 olarak elde edilmiştir. Deney grubunun son testi ile deney grubunun ön testi, kontrol grubunun ön ve son testi ortancaları arasında bir fark elde edilmiştir (Tablo 4.4; Şekil 4.12).



Şekil 4.12. Grup ve Zamana Göre Depresyonu Yönetme/Kontrol Kutu Grafiği

“Hastane Anksiyete Ölçeği” ön test son test farkı ortalama puanları istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p < 0.001$). Deney grubunun ortancası 14.00 iken kontrol grubunun ortancası 0.00 olarak elde edilmiş ve 3.04 etki büyüklüğü ile yüksek etki düzeyi bulunmuştur. “Hastane Depresyon Ölçeği” ön test son test farkı ortalama puanları istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p < 0.001$). Deney grubunun ortancası 9.00 iken kontrol grubunun ortancası 0.00 olarak elde edilmiş ve 3.31 etki büyüklüğü ile yüksek etki düzeyi bulunmuştur. “Düzenli Bir Şekilde Spor Yapma” ön test son test farkı ortalama puanları istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p < 0.001$). Deney grubunun ortancası 4.67 iken kontrol grubunun ortancası 0.00 olarak elde edilmiş ve 3.33 etki büyüklüğü ile yüksek etki düzeyi bulunmuştur (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyutları Ön Test Son Test Puan Farklarının Karşılaştırılması

	Deney		Kontrol		Test	p	Cohen's d [%95 GA]
	Ortalama ± s. sapma, Ortanca (min.- maks.)						
Hastane Anksiyete Ölçeği	12.57±4.06	14.00 (0.00- 17.00)	-0.06±0.54	0.00 (-3.00- 1.00)	17.500	<0.001	3.04 [2.34; 3.73]
Hastane Depresyon Ölçeği	8.20±3.50	9.00 (2.00- 14.00)	0.23±0.60	0.00 (0.00- 3.00)	3.000	<0.001	3.31 [2.58; 4.03]
Düzenli Bir Şekilde Spor Yapma	-4.48±1.42	-4.67 (-7.00- -0.33)	-0.03±0.31	0.00 (-1.67- 0.67)	2.000	<0.001	3.33 [2.59; 4.05]
Hastalık Hakkında Bilgi Alma	-5.23±1.80	-6.00 (-9.00- 0.00)	0.03±0.17	0.00 (0.00- 1.00)	17.000	<0.001	3.05 [2.35; 3.74]
Toplum, Aile ve Arkadaşlardan Yardım Alma	-4.43±1.60	-5.00 (-7.00- 0.33)	0.10±0.63	0.00 (-0.33- 3.67)	33.500	<0.001	2.79 [2.12; 3.45]
Doktorla İletişim	-5.02±1.70	-5.33 (-8.00- 0.00)	-0.06±0.24	0.00 (-1.00- 0.00)	19.500	<0.001	3.01 [2.31; 3.69]
Genel Hastalık Yönetimi	-4.64±1.78	-5.00 (-8.00- 0.75)	-0.25±1.32	0.00 (-7.50- 1.00)	69.000	<0.001	2.36 [1.74; 2.97]
Ev İşlerini Yapma	-4.63±1.57	-5.00 (-8.00- 0.50)	0.07±0.89	0.00 (-3.00- 4.00)	35.000	<0.001	2.77 [2.1; 3.42]
Sosyal/Eğlence Aktiviteleri	-4.39±1.56	-4.00 (-8.00- 0.00)	0.17±0.92	0.00 (-1.00- 5.00)	17.000	<0.001	3.05 [2.35; 3.74]
Semptomlarla Başa Çıkma	-5.00±1.80	-5.40 (-8.00- 0.20)	-0.04±0.15	0.00 (-0.60- 0.20)	35.500	<0.001	2.76 [2.1; 3.42]
Nefes Darlığı ile Başa Çıkma	-5.83±2.33	-7.00 (-9.00- 3.00)	-1.34±1.43	-1.00 (-6.00- 1.00)	94.000	<0.001	2.12 [1.53; 2.71]
Depresyonu Yönetme/Kontrol	-6.21±1.97	-6.00 (-8.67- 0.33)	0.10±0.59	0.00 (-0.83- 3.17)	32.000	<0.001	2.81 [2.14; 3.47]

*Mann-Whitney U testi

“Hastalık Hakkında Bilgi Alma” ön test son test farkı ortanca puanları istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ortancası-6.00 iken kontrol grubunun ortancası 0.00 olarak elde edilmiş ve 3.05 etki büyüklüğü ile yüksek bir etki düzeyi bulunmuştur. Toplum, “Aile ve Arkadaşlardan Yardım Alma” ön test son test farkı ortanca puanları istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ortancası-5.00 iken kontrol grubunun ortancası 0.00 olarak elde edilmiş ve 2.79 etki büyüklüğü ile yüksek bir etki düzeyi bulunmuştur. “Doktorla İletişim” ön test son test farkı ortanca puanları istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ortancası-5.33 iken kontrol grubunun ortancası 0.00 olarak elde edilmiş ve 3.01 etki büyüklüğü ile yüksek bir etki düzeyi bulunmuştur. “Genel Hastalık Yönetimi” ön test son test farkı ortanca puanları istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ortancası-5.00 iken kontrol grubunun ortancası 0.00 olarak elde edilmiş ve 2.36 etki büyüklüğü ile yüksek bir etki düzeyi belirlenmiştir. “Ev İşlerini Yapma” ön test son test farkı ortanca puanları istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ortancası-5.00 iken kontrol grubunun ortancası 0.00 olarak elde edilmiş ve 2.77 etki büyüklüğü ile yüksek bir etki düzeyi bulunmuştur. “Sosyal/Eğlence Aktiviteleri” ön test son test farkı ortanca puanları istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ortancası-4.00 iken kontrol grubunun ortancası 0.00 olarak elde edilmiş ve 3.05 etki büyüklüğü ile yüksek bir etki düzeyi belirlenmiştir. “Semptomlarla Başa Çıkma” ön test son test farkı ortanca puanları istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ortancası-5.40 iken kontrol grubunun ortancası 0.00 olarak elde edilmiş ve 2.76 etki büyüklüğü ile yüksek bir etki düzeyi bulunmuştur. “Nefes Darlığı ile Başa Çıkma” ön test son test farkı ortanca puanları istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ortancası-7.00 iken kontrol grubunun ortancası-1.00 olarak elde edilmiş ve 2.12 etki büyüklüğü ile yüksek bir etki düzeyi belirlenmiştir. “Depresyonu Yönetme/Kontrol” ön test son test farkı ortanca puanları istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun ortancası-6.00 iken kontrol grubunun ortancası 0.00 olarak elde edilmiş ve 2.81 etki büyüklüğü ile yüksek bir etki düzeyi bulunmuştur (Tablo 4.5).

5. TARTIŞMA

Kalp pili takılan hastalara Meleis'in geçiş teorisine göre verilen eēitimin anksiyete ve depresyon ile öz-etkililik düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları bu bölümde literatürle tartişılmıştır.

Deney ve kontrol grubu hastaların grup ve zaman etkileşimine göre “Hastane Anksiyete lēēi” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Deney grubunun anksiyete düzeyi kontrol grubuna göre azalmıştır. Deney ve kontrol grubu hastaların grup ve zaman etkileşimine göre “Hastane Depresyon lēēi” puan ortancaları farklılık göstermektedir ($p=0.001$). Deney grubunun depresyon düzeyi kontrol grubuna göre azalmıştır (Tablo 4.3). Bu sonuç araştırmanın **“H11: Kalp pili takılan hastalara Meleis'in Geçiş Teorisine göre verilen eēitim hastaların anksiyete ve depresyon düzeyini azaltır”** hipotezini desteklemektedir. Figueroa ve ark. (2016) tarafından kalp pili takılan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyini düşürmeye yönelik altı hafta boyunca, haftada bir kez uygulanan psiko-eēitim programı sonrasında hastaların anksiyete düzeylerinin %81.8'den %45.5'e ve depresyon düzeylerinin %45.5'ten %9.1'e dřtēēi belirlenmiştir. Khalil ve ark. (2020) tarafından kalp pili takılan hastalara uygulanan eēitim programı kapsamında hastalara 6 kez eēitim yapılmış ve 1 ay sonra yapılan deēerlendirmede hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin dřtēēi bulunmuştur. Sobczak-Kaletka ve ark. (2019) tarafından kalp pili takılan hastalara bilişsel davranışçı müdahale kapsamında kalp pili takılmadan önce hastaneye yatış sırasında, kalp pili takıldıktan sonra taburculuk öncesinde ve kalp pili takıldıktan sonraki 7-10. gün ve 30. günlerde eēitim uygulanmıştır. Program sonrasında 1.ay ve 6.ay yapılan deēerlendirilmelerde hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin azaldıēı bulunmuştur. Liu ve ark. (2015) tarafından kalp pili takılan hastalara sürekli hemşirelik bakımı programı uygulanmıştır. Program kapsamında hastalara taburculuk sonrası 2. hafta, 4.hafta ve 1 yıl boyunca her ay telefon ve SMS takibi ve diēer kalp pili takılan hastalarla etkinliklere katılma girişimleri uygulanmış ve hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin dřtēēi belirlenmiştir. Shen ve ark. (2019) tarafından yapılan çalışmada, kalp pili takılan hastaların bir grubuna hemşireler tarafından rutin bakım ve eēitim girişimi, bir grubuna da telefonla hemşire destekli akran eēitimi uygulanmıştır. Altı ay sonra yapılan deēerlendirmede hemşire destekli akran eēitimi grubunda diēer gruba

göre hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha çok düştüğü bulunmuştur. Rakhshan ve ark. (2022) tarafından kalp pili takılan hastalara uygulanan kardiyak rehabilitasyon programının hastaların psikososyal uyumuna etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada, hastalara 8 hafta boyunca haftada 2 kez rehabilitasyon programı uygulanmış ve sonrasında 4 hafta boyunca haftada 1 kez telefon takibi yapılmıştır. Hastalarda 8.hafta ve 12.hafta da yapılan değerlendirmelerde, hastaların psiko-sosyal uyumlarının arttığı belirlenmiştir. Bununla birlikte Rosic ve ark. (2020) tarafından kalp hastalarına uygulanan kardiyak rehabilitasyon programı kapsamında hastalara 12 hafta boyunca bireysel, grup ve atölye çalışmaları şeklinde eğitim programı uygulanmış ve hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin azalarak yaşam kalitelerinin arttığı belirlenmiştir.

Diğer taraftan Golabchi ve ark. (2019) tarafından kalp pili takılan hastalar üzerinde yapılan çalışmada, hastalar 2 gruba ayrılmış ve 1.gruptaki hastalara 1 kez grup eğitimi, 2.gruptaki hastalara 1 kez video ile eğitim yapılmış ve 3 hafta sonra yapılan değerlendirmede hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin etkilendiği bulunmuştur. Bu araştırmada kalp pili takılan hastalara koroner yoğun bakım ünitesinde 2.gün ve 5.gün yapılan eğitimler sonucunda hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin düştüğü belirlenmiştir. Araştırmada kalp pili takılan hastalara verilen eğitimin Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış olmasının ve eğitimin bireysel verilmesinin anksiyete ve depresyon düzeyini azaltmada etkili olduğu düşünülmektedir.

Deney ve kontrol grubu hastaların grup ve zaman etkileşimine göre “Kronik Hastalıklarda Öz Etkililik Ölçeği'nin” tüm alt boyutları puan ortancaları istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Deney grubu hastaların “Kronik Hastalıklarda Öz Etkililik Ölçeği” “Düzenli Bir Şekilde Spor Yapma”, “Hastalık Hakkında Bilgi Alma”, “Toplum, Aile ve Arkadaşlardan Yardım Alma”, “Doktorla İletişim”, “Genel Hastalık Yönetimi”, “Ev İşlerini Yapma”, “Sosyal/Eğlence Aktiviteleri”, “Semptomlarla Başa Çıkma”, “Nefes Darlığı ile Başa Çıkma” ve “Depresyonu Yönetme/Kontrol” tüm alt boyutlarında kontrol grubuna göre öz etkililik düzeyinde artış belirlenmiştir. Bu sonuç araştırmanın **“H12: Kalp pili takılan hastalara Meleis'in Geçiş Teorisine göre verilen eğitim hastaların öz-etkililik düzeyini artırır” hipotezini desteklemektedir.** Heidari ve ark. (2023) tarafından kalp

pili takılan hastalara ev temelli uygulanan kardiyak rehabilitasyon programı kapsamında hastalara 4 kez eğitim, 3 ay boyunca telefon danışmanlığı, ev ziyareti ve sosyal medya ağlarından mesajla destek verilmiştir ve 3 ay sonunda hastaların öz etkililiklerinin arttığı belirlenmiştir. Aliakbari ve ark. (2022) tarafından kalp pili takılan hastalara uygulanan aile merkezli güçlendirme eğitimi programı kapsamında, kalp pili takıldıktan sonra hastalara 2 kez hastanede bireysel eğitim, 3 kez grup eğitimi ve sonrasında hastalara aileleriyle birlikte 3 kez eğitim ve 6 hafta boyunca hastaların gereksinimi oldukça verilen telefon danışmanlığı sonucunda hastaların öz etkililik düzeylerinin arttığı bulunmuştur. Golabchi ve ark. (2019) tarafından kalp pili takılan hastaların bir grubuna 1 kez grup eğitimi ve 1 grubuna 1 kez video ile yapılan eğitim sonucunda, video ile eğitim yapılan grupta öz etkililik düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Khalil ve ark. (2020) tarafından kalp pili takılan hastalara uygulanan eğitim programı kapsamında hastalara 6 kez bireysel eğitim yapılmış ve 1 ay sonra yapılan değerlendirmede hastaların kalp piline yönelik bilgi ve uygulamalarının yükselerek öz etkililik düzeylerinin arttığı bulunmuştur. Shen ve ark. (2019) tarafından kalp pili takılan hastaların bir grubuna rutin hemşirelik bakımı ve eğitim ve bir grubuna da telefonla hemşire destekli akran eğitimi uygulanmıştır. Altı ay sonra yapılan değerlendirmede hemşire destekli akran eğitimi grubunda öz bakım bilgi ve uygulamalarının daha çok arttığı belirlenmiştir. Hassan Ali Awad ve ark. (2022) tarafından kalp pili takılan hastalara uygulanan hemşirelik bakım protokolünün sağlıkla ilgili sonuçlara etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada, kalp pili takılmadan önce hastalara 2 oturum bireysel eğitim yapılmıştır. Eğitim sonrası 1.hafta ve 3.ayda yapılan değerlendirmelerde deney grubundaki hastalarda kontrol grubuna göre ilaç yönetimi, kalp pili yerleştirilen bölgenin bakımı, diyet değişikliği, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme ve takipler konusundaki bilgi ve uygulamalarının daha çok arttığı belirlenmiştir. Sobczak-Kaletka ve ark. (2019) tarafından kalp pili takılan hastalara uygulanan müdahale programı kapsamında hastalara 2 kez hastanede ve 2 kez taburculuk sonrası uygulanan eğitim programı sonucunda 1.ay ve 6.ay yapılan değerlendirmelerde hastaların fiziksel aktivite, günlük yaşam aktiviteleri (banyo yapma, giyinme), günlük ev işleri ve ağrı yönetimi konularında bilgi ve uygulamalarının arttığı belirlenmiştir. Hanaa ve ark. (2017) tarafından kalp pili takılan

hastaların ev ortamında bakımlarının sürdürülmesi için yapılan eğitim sonucunda, hastaların kalp piliyle ilgili bilgi ve uygulamalarının arttığı bulunmuştur.

Borzou ve ark. (2017) tarafından koroner arter baypas greft ameliyatı olan hastalara uygulanan kardiyak rehabilitasyon programı kapsamında hastalara eğitim yapılmış ve konuyla ilgili broşür ve eğitim kitapçığı verilmiştir. Müdahale öncesi, taburculuk sırasında ve 1 ay sonra yapılan değerlendirmelerde hastaların öz etkililik düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Yu ve ark. (2022) tarafından kalp yetmezliği olan hastalara 12 hafta boyunca 5 kez yüz yüze grup eğitimi ve sonrasında 3 haftada ve 2 haftada bir telefonla verilen eğitim desteğinin öz etkililiği artırdığı bulunmuştur. Chong ve ark. (2023) tarafından koroner arter hastalarına sağlık inanç modeli temelli yapılan hibrit eğitimde, 1.hafta, 3.hafta ve 12.hafta teknoloji destekli verilen egzersiz eğitimi sonucunda hastaların egzersiz öz etkililiklerinin arttığı belirlenmiştir. Tuo Ya ve ark. (2023) tarafından koroner arter hastalarına pozitif motivasyon modeline dayalı uygulanan hemşirelik müdahalesinin öz bakım davranışlarını artırdığı bulunmuştur. Bu araştırmada kalp pili takılan hastalara uygulanan eğitim sonrasında hastaların öz etkililik düzeylerinin arttığı görülmüştür. Eğitimin Meleis'in geçiş teorisine göre yapılandırılmış olmasının ve hastaların fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel alanda yaşadıkları sorunlar ve baş etme tekniklerine yönelik verilmesinin öz etkililik düzeyini artırmada etkili olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kalp pili takılan hastalara Meleis'in geçiş teorisine göre verilen eğitimin anksiyete ve depresyon ile öz-etkililik düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

6.1. Sonuçlar

- Deney ve kontrol grubu hastaların “Hastane Anksiyete Ölçeği” ön test son test farkı ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). Deney grubu hastaların anksiyete düzeyi kontrol grubuna göre azalmıştır.

- Deney ve kontrol grubu hastaların “Hastane Depresyon Ölçeği” ön test son test farkı ortanca puanları arasında istatistiksel olarak farklılık belirlenmiştir ($p<0.001$). Deney grubu hastaların depresyon düzeyi kontrol grubuna göre azalmıştır.

- “Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği” alt boyutları incelendiğinde;

- Deney ve kontrol grubu hastaların “Düzenli Bir Şekilde Spor Yapma” ön test son test farkı ortanca puanları istatistiksel olarak farklılık göstermiştir ($p<0.001$). Deney grubu hastaların düzenli bir şekilde spor yapma düzeyi kontrol grubuna göre artmıştır.

- Deney ve kontrol grubu hastaların “Hastalık Hakkında Bilgi Alma” ön test son test farkı ortanca puanları arasında istatistiksel olarak farklılık belirlenmiştir ($p<0.001$). Deney grubu hastaların hastalık hakkında bilgi alma düzeyi kontrol grubuna göre artmıştır.

- Deney ve kontrol grubu hastaların “Toplum, Aile ve Arkadaşlardan Yardım Alma” ön test son test farkı ortanca puanları arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmuştur ($p<0.001$). Deney grubu hastaların toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma düzeyi kontrol grubuna göre artmıştır.

- Deney ve kontrol grubu hastaların “Doktorla İletişim” ön test son test farkı ortanca puanları istatistiksel olarak farklılık göstermiştir ($p<0.001$). Deney grubu hastaların doktorla iletişim düzeyi kontrol grubuna göre artmıştır.

- Deney ve kontrol grubu hastaların “Genel Hastalık Yönetimi” ön test son test farkı ortanca puanları arasında istatistiksel olarak farklılık belirlenmiştir ($p<0.001$). Deney grubu hastaların genel hastalık yönetim düzeyi kontrol grubuna göre artmıştır.

- Deney ve kontrol grubu hastaların “Ev İşlerini Yapma” ön test son test farkı ortanca puanları arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmuştur ($p<0.001$). Deney grubu hastaların ev işi yapma düzeyi kontrol grubuna göre artmıştır.
- Deney ve kontrol grubu hastaların “Sosyal/Eğlence Aktiviteleri” ön test son test farkı ortanca puanları istatistiksel olarak farklılık göstermiştir ($p<0.001$). Deney grubu hastaların sosyal/eğlence aktivite düzeyi kontrol grubuna göre artmıştır.
- Deney ve kontrol grubu hastaların “Semptomlarla Başa Çıkma” ön test son test farkı ortanca puanları arasında istatistiksel olarak farklılık belirlenmiştir ($p<0.001$). Deney grubu hastaların semptomlarla başa çıkma düzeyi kontrol grubuna göre artmıştır.
- Deney ve kontrol grubu hastaların “Nefes Darlığı ile Başa Çıkma” ön test son test farkı ortanca puanları arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmuştur ($p<0.001$). Deney grubu hastaların nefes darlığı ile başa çıkma düzeyi kontrol grubuna göre artmıştır.
- Deney ve kontrol grubu hastaların “Depresyonu Yönetme/Kontrol” ön test son test farkı ortanca puanları istatistiksel olarak farklılık göstermiştir ($p<0.001$). Deney grubu hastaların depresyonu yönetme düzeyi kontrol grubuna göre artmıştır (Tablo 4.5).

6.2. Öneriler

Bu araştırmanın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

- Kalp pili takılan hastaların hemşireler tarafından bire bir eğitimle desteklenmeleri,
- Kalp pili takılan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin düşürülmesine yönelik planlı eğitimlerin uygulanması,
- Kalp pili takılan hastaların öz etkililik düzeylerinin artırılmasına yönelik planlı eğitimlerin uygulanması,
- Kalp pili takılan hastalara verilecek eğitimde geçiş sürecini destekleyen hemşirelik modellerinin kullanılması,
- Kalp pili takılan hastalara bakım veren hemşirelerin geçiş teorisi konusunda bilgilendirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Ahmed AM, Taha NM, Zytoon HK, Mohammed MA. (2021). Nurses role regarding the care of patients with permanent pacemaker. *Zagazig Nursing Journal*, 17(2), 161-174.
- Akdemir N. (2021). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Akademisyen Kitabevi. S: 537-553.
- Akın B, Koçoğlu-Tanyer D. (2021). Spırit 2013 bildirisi: Klinik deneyler için standart protokol maddelerinin tanımlanması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(1), 117-127.
- Akman M, Civek S. (2022). Dünyada ve Türkiye’de kardiyovasküler hastalıkların sıklığı ve riskin değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 13(1), 21-28.
- Aliakbari F, Torabi M, Deriş F, Ayin F. (2022). Effects of family-centered program on the specific quality of life of patients with a pacemaker: A nursing intervention study. *ARYA Atherosclerosis Journal*, 18, 1-6.
- Arslan C. (2004). Pacemaker Tasarımı ve İmalatı. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. (1997). Validity and reliability of Turkish version of hospital anxiety and depression scale. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 280-287.
- Baddour LM, Epstein AE, Erickson CC, Knight BP, Levison ME, Lockhart PB et al. (2010). Update on cardiovascular implantable electronic device infections and their management: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 121(3), 458-477.
- Bandura A. (2012). On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *Journal of Management*, 38(1), 9-44.
- Bedük T. (2016). İç Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri. S:129-140.

- Beery TA, Sommers MS, Hall J, King KM. (2002). Focused life stories of women with cardiac pacemakers. *Western Journal of Nursing Research*, 24(1), 7-27.
- Berna A, Sıdika O. (2018). Self-Efficacy and shock anxiety state of patients with implantable cardioverter defibrillator. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 8(2), 146-149.
- Bolse K, Thylen I, Strömberg A. (2013). Healthcare professionals' experiences of delivering care to patients with an implantable cardioverter defibrillator. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(4), 346-352.
- Borzou SR, Amiri S, Salavati M, Soltanian AR, Safarpour G. (2017). Comparing the effects of education of the first phase of cardiac rehabilitation on self-efficacy of men and women after heart surgery: A clinical trial study. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*, 4(1), 52-58.
- Breitenstein A, Steffel J. (2019). Devices in heart failure patients who benefits from ICD and CRT. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 6, 111.
- Brignole M, Auricchio A, Baron-Esquivias G, Bordachar P, Boriani G, Breithardt O A, et al. (2013). 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy: The task force on cardiac pacing and resynchronization therapy of the European Society of Cardiology (ESC). Developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association (EHRA). *European Heart Journal*, 34(29), 2281-2329.
- Brink E, Alsén P, Herlitz J, Kjellgren K, Cliffordson C. (2012). General self-efficacy and health-related quality of life after myocardial infarction. *Psychology, Health & Medicine*, 17(3), 346-355.
- Broers ER, Habibović M, Denollet J, Widdershoven J, Alings M, Theuns D, et al. (2020). Personality traits, ventricular tachyarrhythmias, and mortality in patients with an implantable cardioverter defibrillator: 6 years follow-up of the WEBCARE cohort. *General Hospital Psychiatry*, 62, 56-62.
- Burns JL, Serber ER, Keim S, Sears SF. (2005). Measuring patient acceptance of implantable cardiac device therapy: Initial psychometric investigation of the

- Florida patient acceptance survey. *Journal of Cardiovascular Electrophysiology*, 16(4), 384-390.
- Ceyhan YŞ, Ünsal A. (2017). The validity and reliability study of self-efficacy scale on the people with chronic diseases. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 19, 1-13.
- Ceyhan YŞ, Ünsal A. (2018). Farklı kronik hastalığı olan bireylerin öz-etkililik düzeylerinin karşılaştırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(4), 263-273.
- Chaddha A, Robinson EA, Kline-Rogers E, Alexandris-Souphis T, Rubenfire M. (2016). Mental health and cardiovascular disease. *The American Journal of Medicine*, 129(11), 1145-1148.
- Cho JHJ, Olmstead R, Choi H, Carrillo C, Seeman TE, Irwin MR. (2019). Associations of objective versus subjective social isolation with sleep disturbance, depression, and fatigue in community-dwelling older adults. *Aging & Mental Health*, 23(9), 1130-1138.
- Chong MS, Sit JWH, Choi KC, Suhaimi A, Chair SY. (2023). A theory-based, technology-assisted intervention in a hybrid cardiac rehabilitation program for patients with coronary heart disease: A feasibility study. *Asian Nursing Research*, 17, 180-190
- Cohen J. (1988). *Statistical Power Analysis For the Behavioral Sciences* (2nd Edition). Newyork: Lawrence Erlbaum Associates Publishers. P:1-17.
- Copeland LA, Sako EY, Zeber JE, Pugh MJ, Wang CP, MacCarthy AA et al. (2014). Mortality after cardiac or vascular operations by preexisting serious mental illness status in the Veterans Health Administration. *General Hospital Psychiatry*, 36(5), 502-508.
- Costa LGF. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137-145.
- Craig T, Kakumanu S. (2002). Chronic fatigue syndrome: Evaluation and treatment. *American Family Physician*, 65(6), 1083-1091.

- Çelik GO, Ertaş M. (2016). Pacemaker takılan hastalarda depresyon ve anksiyete düzeyinin incelenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 13-18.
- Dalia T, Amr BS. (2022). Pacemaker Indication. Statpearls: Statpearls Publishing, 5,1-9.
- Davies S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 658-671.
- Dessotte CAM, Grotti EMO, Ignácio IB, Fernandes PA, Maier SRO, Rossi LA, et al. (2022). Comparison of anxiety and depression symptoms in individuals according to their sex, type of cardiac device, and diagnosis of chagas disease. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, 37(4), 423-429.
- Dickerson SS, Kennedy M, Wu YWB, Underhill M, Othman, A. (2010). Factors related to quality-of-life pattern changes in recipients of implantable defibrillators. *Heart & Lung*, 39(6), 466-476.
- Dougherty CM, Johnston SK, Thompson EA. (2007). Reliability and validity of the self-efficacy expectations and outcome expectations after implantable cardioverter defibrillator implantation scales. *Applied Nursing Research*, 20(3), 116-124.
- Dunbar SB, Langberg JJ, Reilly CM, Viswanathan B, McCarty F, Culler SD, et al. (2009). Effect of a psychoeducational intervention on depression, anxiety, and health resource use in implantable cardioverter defibrillator patients. *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 32(10), 1259-1271.
- Duru F, Büchi S, Klaghofer R, Mattmann H, Sensky T, Buddeberg C, et al. (2001). How different from pacemaker patients are recipients of implantable cardioverter-defibrillators with respect to psychosocial adaptation, affective disorders, and quality of life?. *Heart*, 85(4), 375-379.
- Eğilmez H. (2017). Pacemaker Takılı Hastalarda Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyonun Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.

- Enç N. (2019). Kardiyovasküler Hemşirelik. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. S:26-739.
- Erol Ç, Sansoy V, Kozan Ö. (2004). Klinik Kardiyoloji. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi. S:9-15.
- Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Figueroa C, Alcocer L, Ramos B. (2016). Psychological intervention to modify anxiety, depression and quality of life in patients with an implantable pacemaker. *Psychology*, 7(3), 374-381.
- Fontaine G, Tonet J, Gallais Y, Lascault G, Hidden-Lucet F, Aouate P, et al. (2000). Ventricular tachycardia catheter ablation in arrhythmogenic right ventricular dysplasia: A 16-year experience. *Current Cardiology Reports*, 2, 498-506.
- Ghezzi ES, Sharman RL, Selvanayagam JB, Psaltis PJ, Sanders P, Astley JM, et al. (2023). Burden of mood symptoms and disorders in implantable cardioverter defibrillator patients: A systematic review and meta-analysis of 39.954 patients. *Europace*, 25(6), 130.
- Glikson M, Nielsen JC, Kronborg MB, Michowitz Y, Auricchio A, Barbash IM, et al. (2022). 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy: Developed by the Task Force on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA). *EP Europace*, 24(1), 71-164.
- Golabchi A, Sokot Arani S, Mousavi G, Sadeghi Gandomani H, Meydani Z. (2019). Comparison of the effect of video-training based technique by video and group discussion on the level of stress, anxiety, depression and self-efficacy of patients undergoing pacemaker and cardiac implantation defibrillator. *Journal of Modern Medical Information Sciences*, 5(1), 12-20.

- Goldberger Z, Lampert R. (2006). Implantable cardioverter-defibrillators: Expanding indications and technologies. *Jamanetwork*, 295(7), 809-818. Erişim: 5 Kasım 2023, <https://jamanetwork.com/journals/jama>
- Gözütok Konuk T, Su S. (2020). Meleis'i anlamak: Geçiş kuramı. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 61-76.
- Güney A, Basit G. (2023). Relationship between disease adaptation and self-efficacy for disease management in individuals with multiple chronic diseases. *Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences*, 8(4), 1191-1201.
- Güngör DC, Yıldırım Y, Türeyen A. (2023). Hemşirelikte kuram ve modele dayalı hasta eğitimi araştırmalarının eğilimleri: Betimsel bir içerik analizi. *Uluslararası Sosyal Bilimler ve Eğitim Dergisi*, 5(9), 423-442.
- Hacıhasanoğlu R, Gözüml S, Çapık C. (2012). Validity of the Turkish version of the medication adherence self-efficacy scale-short form in hypertensive patients. *The Anatolian Journal of Cardiology*, 12(3), 241-248.
- Hanaa AA, Ebtisam M. (2017). Home care for patients with permanent pacemaker insertion. *IOSR Journal of Nursing And Health Science*, 6, 49-57.
- Hassan Ali Awad W, El Shahat Ahmed El Gammal W, Anwar Aly A, Hussein Mohamed Abd Elrhman S. (2022). Effect of the nursing protocol of care on health-related outcomes for patients undergoing permanent pacemaker implant. *Egyptian Journal of Health Care*, 13(4), 815-833.
- Hassin RR, Ochsner KN ve Trope Y. (2010) Self control in society mind and brain. *The Journal of Positive Psychology*, 7:1, 77-78.
- Heidari M, Harandi PN, Moghaddasi J, Kheiri S, Azhari A. (2023). Effect of home-based cardiac rehabilitation program on self-efficacy of patients with implantable cardioverter defibrillator. *SAGE Open Nursing*, 9, 1-10.
- Humphreys NK, Lowe R, Rance J, Bennett PD. (2016). Living with an implantable cardioverter defibrillator: The patients' experience. *Heart & Lung*, 45(1), 34-40.
- Im EO. (2021). Afaf Ibrahim Meleis: Transitions theory. *Nursing Theorists and Their Work*, 306.

- Irvine J, Stanley J, Ong L, Cribbie R, Ritvo P, Katz J et al. (2010). Acceptability of a cognitive behavior therapy intervention to implantable cardioverter defibrillator recipients. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(4), 246-264.
- Isella C, Gasparini A, Lucca G, Ielmini M, Caselli I, Poloni N et al. (2021). Resilience, cardiological outcome, and their correlations with anxious-depressive symptoms and quality of life in patients with an implantable cardioverter defibrillator. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 763726.
- Ismail MAM, Ibrahim NM, Hasan MKC. (2020). What do our nurses know about managing patient with permanent pacemakers?. *Jurnal Ners*, 15(2), 157-161.
- Kasprzyk M, Wudarczyk B, Czyz R, Szarpak L, Jankowska-Polanska B. (2018). Ischemic heart disease—definition, epidemiology, pathogenesis, risk factors and treatment. *Postępy Nauk Medycznych*, 31(6), 358-360.
- Kaymaz TT, Akdemir N. (2016). Diyabetli bireylerde hastalığa psikososyal uyum. *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(20042), 61-67.
- Kemp AH, Quintana DS, Gray MA, Felmingham KL, Brown K, Gatt JM. (2010). Impact of depression and antidepressant treatment on heart rate variability: A review and meta-analysis. *Biological Psychiatry*, 67(11), 1067-1074.
- Ketilsdottir A, Albertsdottir HR., Akadottir SH, Gunnarsdottir TJ, Jonsdottir H. (2014). The experience of sudden cardiac arrest: Becoming reawakened to life. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(5), 429-435.
- Khalil HH, Soliman MS, Ahmed HA, Hamza EA. (2020). Effect of educational program on outcomes of patients undergoing permanent pacemakers' implantation. *Evidence Based Nursing Research*, 2(4), 13-13.
- King T, Chew D, Leal J, Cannon K, Exner D, Smith S et al. (2023). Complex cardiac implantable electronic device infections in Alberta, Canada: An epidemiologic cohort study of validated administrative data. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 44(10), 1607-1613.
- Kirkpatrick JN, Gottlieb M, Sehgal P, Patel R, Verdino RJ. (2012). Deactivation of implantable cardioverter defibrillators in terminal illness and end of life care. *The American Journal of Cardiology*, 109(1), 91-94.

- Köroğlu E. (2014). Kalp Pili (Pacemaker) Takılan Hastalara Uygulanan Planlı Eğitim ve İzlem Programının Etkinliğinin Belirlenmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Körükçü Ö. (2015). Preterm Erken Membran Ruptürü Olan Gebelerde Meleis' in Geçiş Teorisine Göre Yapılandırılmış Farkındalık Programının Anneliğe Geçiş Sürecine Etkisi. Doktora Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Alanya.
- Lampert R. (2013). Managing with pacemakers and implantable cardioverter defibrillators. *Circulation*, 128(14), 1576-1585.
- Lekkerkerker JC, Van Nieuwkoop C, Trines SA, Van Der Bom JG, Bernards A, Van De Velde ET, et al. (2009). Risk factors and time delay associated with cardiac device infections: Leiden device registry. *Heart*, 95(9), 715-720.
- Leon AS, Franklin BA, Costa F, Balady GJ, Berra KA, Stewart KJ, et al. (2005). Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease: An American Heart Association scientific statement from the council on clinical cardiology (subcommittee on exercise, cardiac rehabilitation, and prevention) and the council on nutrition, physical activity, and metabolism (subcommittee on physical activity), in collaboration with the American association of cardiovascular and pulmonary rehabilitation. *Circulation*, 111(3), 369-376.
- Leosdottir M, Sigurdsson E, Reimarsdottir G, Gottskalksson G, Torfason B, Vigfusdottir M et al. (2006). Health-related quality of life of patients with implantable cardioverter defibrillators compared with that of pacemaker recipients. *Europace*, 8(3), 168-174.
- Lewin RJ, Coulton S, Frizelle DJ, Kaye G, Cox H. (2009). A brief cognitive behavioural preimplantation and rehabilitation programme for patients receiving an implantable cardioverter-defibrillator improves physical health and reduces psychological morbidity and unplanned readmissions. *Heart*, 95(1), 63-69.
- Li L, Strachan PH. (2021). Transitioning to adult services for youth with medical complexity: A practice issue viewed through the lens of transitions theory. *Nursing Science Quarterly*, 34(3), 301-308.

- Li RL, Luo CW, Ho YC, Lee SS, Kuan YH. (2019). Heart valve operations associated with reduced risk of death from mitral valve disease but other operations associated with increased risk of death: A national population-based case–control study. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 14(1), 1-8.
- Lindmark U, Bülow PH, Mårtensson J, Rønning H. (2019). The use of the concept of transition in different disciplines within health and social welfare: An integrative literature review. *Nursing Open*, 6(3), 664-675.
- Liu X, Xu HE, Ling LI, Huang L, Zhaojun LIU. (2015). Influence of continuous nursing on the psychological state and coping style of patients undergoing pacemaker implantation. *Iranian Journal of Public Health*, 44(7), 953.
- Lorig K, Stewart A, Ritter P, Gonzalez V, Lynch J, Laurent D. (1996). Outcome measures for health education and other health care interventions. *Sage Publications*, 112.
- Magyar-Russell G, Thombs BD, Cai JX, Baveja T, Kuhl EA, Singh PP et al. (2011). The prevalence of anxiety and depression in adults with implantable cardioverter defibrillators: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(4), 223-231.
- Malm D, Karlsson J, Fridlund B. (2007). Effects of a self-care program on the health-related quality of life of pacemaker patients: A nursing intervention study. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(1), 15.
- Marcus F, Towbin JA, Zareba W, Moss A, Calkins H, Brown M, et al. (2003). Arrhythmogenic right ventricular dysplasia/cardiomyopathy (ARVD/C) a multidisciplinary study: Design and protocol. *Circulation*, 107(23), 2975-2978.
- Matta A, Moussallem N. (2019). Coronary artery disease is associated with valvular heart disease, but could it be a predictive factor?. *Indian Heart Journal*, 71(3), 284-287.
- Mehta VS, Elliott MK, Sidhu BS, Gould J, Porter B, Niederer S, et al. (2021). Multipoint pacing for cardiac resynchronisation therapy in patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Cardiovascular Electrophysiology*, 32(9), 2577-2589.

- Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Messias DKH, Schumacher K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Meleis AI. (2019). Facilitating and managing transitions: An imperative for quality care. *Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*, 21(1), 1-3.
- Meleis AI. (2010). Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer. P:52-121.
- Meng LI, Juan LI, Xin AN, Yonghong W, Lu L, Dan Z et al. (2022). The current status and correlation of exercise self-efficacy and hope level in COPD patients. *Tianjin Journal of Nursing*, 30(6), 652.
- Modi V, Shah K, Ferraro B, Gasimli-Gamache L, Nanda S, Stevens S, et al. (2023). Cardiac implantable electronic device implantation and device-related infection. *Europace*, 2;25(9), 208.
- Mohamed A, Shreif W, Mohamed H, Maaty A. (2016). Effectiveness of educational program on knowledge and practice of patients undergoing permanent pacemaker. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 5(6), 72-83.
- Moradi Y, Mollazadeh F, Jafarizadeh H, Habibzadeh H, Baghaei R, Mohammadpour Y et al. (2022). Challenges of living with an implantable cardioverter-defibrillator: A qualitative content analysis. *Nursing and Midwifery Studies*, 11(4), 247-252.
- Morken IM, Isaksen K, Karlsen B, Norekvål TM, Bru E, Larsen AI. (2012). Shock anxiety among implantable cardioverter defibrillator recipients with recent tachyarrhythmia. *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 35(11), 1369-1376.
- Morken IM, Norekvaal TM, Bru E, Larsen AI, Karlsen B. (2014). Perceptions of healthcare professionals' support, shock anxiety and device acceptance among implantable cardioverter defibrillator recipients. *Journal of Advanced Nursing*, 70(9), 2061-2071.
- Moya A, Sutton R. (2009). Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009): The task force for the diagnosis and management of syncope of

- the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 30(21), 2631-2671.
- Mutluer FO, Çeliker A. (2018). General concepts in adult congenital heart disease. *Balkan Medical Journal*, 35(1), 18-29.
- Oliveira ES, Menezes TMDO, Gomes NP, Oliveira LMSD, Batista VM, Oliveira MCM, et al. (2021). Transitional care of nurses to older adults with artificial pacemaker. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 75(4), 8.
- Ooi SL, Seah B, Wu VX, Koh KWL, Jiao N, He HG, et al. (2018). Perceptions of Singaporean patients living with implantable cardioverter defibrillators: An exploratory qualitative study. *Heart & Lung*, 47(4), 329-336.
- Orr E, Ballantyne M, Gonzalez A, Jack SM. (2020). The complexity of the NICU-to-home experience for adolescent mothers: Meleis' Transitions Theory applied. *Advances in Nursing Science*, 43(4), 349-359.
- Oshvandi K, Khatiban M, Ghanei Gheshlagh R, Razavi M. (2020). The prevalence of depression in patients living with implantable cardioverter defibrillator: A systematic review and meta-analysis. *Irish Journal of Medical Science*, 189, 1243-1252.
- Özin B, Yiğit F (2006). Kalp pilleri, implante edilebilir kardiyoverter defibrilatörler ve cerrahi. *Anestezi Dergisi*, 14(3), 164-170.
- Pasyar N, Rambod M, Nikoo MH, Mansouri P. (2022a). An evaluation of the association between quality of life and psychological issues in patients with automated implantable cardioverter defibrillator. *Journal of Caring Sciences*, 11(1), 28-35.
- Pasyar N, Rambod M, Zare A, Nikoo MH. (2022b). The predictor roles of spiritual well-being, healthcare professionals' support and shock anxiety in implantable cardioverter-defibrillator device acceptance. *The Malaysian Journal of Medical Sciences*, 29(3), 80-89.
- Pasyar N, Sharif F, Rakhshan M, Nikoo MH, Navab E. (2017a). Changes in daily life of Iranian patients with implantable cardioverter defibrillator: A qualitative

- study. *International Journal of Community Based Nursing And Midwifery*, 5(2), 134-143.
- Pasyar N, Sharif F, Rakhshan M, Nikoo MH, Navab E. (2017b). Patients' experiences of living with implantable cardioverter defibrillators. *International Cardiovascular Research Journal*, 11(3), 108-114.
- Pedersen SS, Knudsen C, Dilling K, Sandgaard NC, Johansen JB. (2017). Living with an implantable cardioverter defibrillator: Patients' preferences and needs for information provision and care options. *Ep Europace*, 19(6), 983-990.
- Pedersen SS, Nielsen JC, Wehberg S, Jørgensen OD, Riahi S, Haarbo J, et al. (2021). DEFIB-WOMEN Investigators. New onset anxiety and depression in patients with an implantable cardioverter defibrillator during 24 months of follow-up (data from the national DEFIB-WOMEN study). *General Hospital Psychiatry*, 72, 59-65.
- Penman J, Oliver M, Harrington A. (2009). Spirituality and spiritual engagement as perceived by palliative care clients and caregivers. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(4), 29-35.
- Pensri L, Ua-Kit N. (2020). Care of patients with permanent cardiac pacemaker: Nurse's roles. *Nursing Research and Innovation Journal*, 25(3), 255–269.
- Polikandrioti M, Tzirogiannis K, Zyga S, Koutelekos I, Vasilopoulos G, Theofilou P, et al. (2018). Effect of anxiety and depression on the fatigue of patients with a permanent pacemaker. *Archives of Medical Science-Atherosclerotic Diseases*, 3(1), 8-17.
- Polikandrioti M. (2021). Patient perceptions and quality of life in pacemaker recipients. *The Journal of Innovations in Cardiac Rhythm Management*, 12(11), 4769-4779.
- Polikandrioti M. (2022). Quality of life of patients with cardiac pacemaker: Levels, associated characteristics, and the impact of anxiety and depression. *Folia Medica*, 64(1), 117-127.
- Puette JA, Malek R, Ellison MB. (2022). Pacemaker. [Electronic Version]. Statpearls: Statpearls Publishing, Erişim: 20 Ağustos 2023.

- Rakhshan M, Hassani P, Ashktorab T, Majd HA. (2013). The nature and course of illness perception following cardiac pacemaker implantation: A self-regulatory approach. *International Journal of Nursing Practice*, 19(3), 318-325.
- Rakhshan M, Khoshnood Z, Ansari L, Aslani A. (2022). Body image and adjustment among patients with heart rhythm management devices following cardiac rehabilitation program: A randomized, controlled clinical trial. *Clinical Medicine & Research*, 20(1), 1-8.
- Roger VL. (2013). Epidemiology of heart failure. *Circulation Research*, 113 (6), 646-659.
- Rosic D, Krstacic G, Krstacic A, Brborovic O, Filipcic I, Mornar Jelavic M. (2020). The role of ambulatory cardiac rehabilitation in improvement of quality of life, anxiety and depression. *Psychiatria Danubina*, 32(4), 496-504.
- Rottmann N, Skov O, Andersen CM, Theuns DAMJ, Pedersen SS. (2018). Psychological distress in patients with an implantable cardioverter defibrillator and their partners. *Journal of Psychosomatic Research*, 113, 16-21.
- Santos J, Brasil VV, Moraes KL, Cordeiro J, Oliveira GFD, Bernardes CDP, et al. (2017). Comprehension of the education handout and health literacy of pacemaker users. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 70, 633-639.
- Sarı C. (2021). Geçiş Teorisi. Demirbağ BC. (Ed.) *Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla*. Ankara. Akademisyen Kitabevi. 1. Baskı, S: 101-12.
- Sawyer LM. (1996). Engaged Mothering Within a Racist Environment: The Transition to Motherhood For A Group of African-American Women. Doctoral Thesis, University of California, San Francisco.
- Schulz KF, Altman DG, Moher D. (2010). CONSORT 2010 statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics*, 1(2), 100-107.
- Schumacher KL, Jones PS, Meleis AI. (1999). Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. *School of Nursing Departmental Papers*, 10, 1-26.

- Schumacher KL, Meleis AL. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- Schumacher KL, Stewart BJ, Archbold PG, Dodd MJ, Dibble SL. (2000). Family caregiving skill: Development of the concept. *Research in Nursing & Health*, 23(3), 191-203.
- Shen Z, Zheng F, Zhong Z, Ding S, Wang L. (2019). Effect of peer support on health outcomes in patients with cardiac pacemaker implantation: A randomized, controlled trial. *Nursing & Health Sciences*, 21(2), 269-277.
- Siva K, Mulpuru, Malini M, Christopher JM, Cha YM, Friedman PA. (2017). Cardiac Pacemakers: Function, Troubleshooting, and Management: Part 1 of a 2-Part Series. *Journal of The American College of Cardiology*, 69(2), 189-210.
- Smith MC. (2019). Nursing Theories and Nursing Practice. Philadelphia: FA Davis. P:353.
- Sobczak-Kaleta MA, Qawoq HD, Krawczyk M, Wierzbowska-Drabik K, Kasprzak JD. (2019). Cognitive behavioral intervention improves quality of life and perceived illness acceptance in patients after cardiac electrotherapy devices implantation. *Psychiatria Polska*, 53(5), 1037-1051.
- Solórzano A, Oliveira RRD, Guedes-Bruni RR. (2009). Geografia, história e ecologia: criando pontes para a interpretação da paisagem. *Ambiente & Sociedade*, 12, 49-66.
- Statista. Erişim: 10 Kasım 2023, <https://www.statista.com/statistics/800794/pacemakers-market-volume-in-units-worldwide/>.
- Taber RE, Estoye LR, Green ER, Gahagan T. (1964). Treatment of congenital and acquired heart block with an implantable pacemaker. *Circulation*, 29(2), 182-185.
- Tagney J, James JE, Albarran JW. (2003). Exploring the patient's experiences of learning to live with an implantable cardioverter defibrillator (ICD) from one UK centre: A qualitative study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(3), 195-203.

Transitions Theory. Erişim: 10 Kasım 2023,
<https://www.nursing.upenn.edu/live/files/552-transitions-theory>.

Tuo Ya SR, Lei YY, Bao LX, Cui XS. (2023). Effects of nursing intervention based on a positive motivational model on cardiac function, self-management and quality of life in elderly patients with coronary heart disease. *European Review For Medical & Pharmacological Sciences*, 27, 7977-7987.

Türkiye İstatistik Kurumu (2020). Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri, 2020. Erişim: 10 Aralık 2023, <https://data.tuik.gov.tr>.

Udo EO, Van Hemel NM, Zuithoff NP, Nijboer H, Taks W, Doevendans PA, et al. (2013). Long term quality-of-life in patients with bradycardia pacemaker implantation. *International Journal of Cardiology*, 168(3), 2159-2163.

Van Der Lingen ALC, Rijniers MT, Hooghiemstra AM, Elshout S, Van Halm VP, Batelaan NM, et al. (2023). The link between cardiac status and depression and anxiety in implantable cardioverter defibrillator patients: Design and first results of the PSYCHE-ICD study. *Journal of Psychosomatic Research*, 167, 111-182.

Vardas PE, Auricchio A, Blanc JJ, Daubert JC, Drexler H, Ector H, et al. (2007). Guidelines for cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy: The task force for cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association. *European Heart Journal*, 28(18), 2256-2295.

Vellone E, Rega ML, Galetti C, Morchio A, Sansoni J. (2008). Anxiety and depression before and after a pacemaker implantation: A comparative study. *International Nursing Perspectives*, 3, 93-99.

Vera M. (2019). 6 pacemaker therapy nursing care plans. Erişim: 31 Ekim 2023, <https://nurseslabs.com/pacemakers-nursing-care-plans>.

Vlaisavljević Z, Stojanović G, Milovanović D, Paunović V, Terzić N, Friganović A. (2023). Nursing interventions in the care of patients after the placement of a cardiac pacemaker. *Annals of Nursing*, 1(3), 77-100.

Wichit N, Mnatzaganian G, Courtney M, Schulz P, Johnson M. (2017). Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self-

efficacy, glycemic control and quality of life among Thai individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 123, 37-48.

World Health Organization. (2021). Erişim: 10 Aralık 2023, <https://www.who.int>.

World Heart Federation. (2023). Erişim: 10 Aralık 2023, <https://world-heart-federation.org/about-whf/>

Yıldız BS, Fındıkoğlu G, Alihanoğlu Yİ, Kılıç İD, Evrengül H, Şenol H. (2018). How do patients understand safety for cardiac implantable devices? Importance of postintervention education. *Rehabilitation Research and Practice*, 2018, 1-9.

Yu DS, Li PW, Li SX, Smith RD, Yue SCS, Yan BPY. (2022). Effectiveness and cost-effectiveness of an empowerment-based self-care education program on health outcomes among patients with heart failure a randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 5(4), 1-13.

Zhan LJ, He YC, Liu QJ, Pei MY, Yu LX, Liu XY. (2022). Progress in the application of Meleis transition theory in the nursing field. *Nursing Communication*, 6, 1-5.

Zigmond AS, Snaith RP. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

EKLER

Ek 1. Hasta Tanıtım Formu

Sayın Katılımcı

Form No:

Bu araştırma kalp pili takılan hastalara Meleis'in Geçiş Teorisine göre verilen eğitimin anksiyete ve depresyon ile öz etkililik düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Formların doldurulması ortalama 20-25 dakikanızı alacaktır. Tüm soruların eksiksiz ve içtenlikle cevaplanması bilimsel değeri nedeniyle oldukça önemlidir. Çalışma bulguları bilimsel amaç dışında hiçbir yerde yayınlanmayacaktır.

Katılımınız ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederiz.

Hatice ÇELİK ÇAKA

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

1.Yaşınız nedir? ...

2.Cinsiyetiniz nedir? 1.Kadın 2.Erkek

3.Medeni durumunuz nedir? 1.Evli 2.Bekar

4.Eğitim durumunuz nedir? 1.Okur yazar 2.İlkokul 3.Ortaokul 4.Lise 5.Üniversite

5.Aile tipiniz nedir? 1.Çekirdek aile 2.Geniş aile 3.Parçalanmış aile

6.Çalışma durumunuz nedir? 1.Çalışıyor 2.Çalışmıyor

7.En uzun süre yaşadığınız yer neresidir? 1.Köy 2.Belde 3.İlçe 4.İl merkezi

8.Gelir düzeyiniz nedir? 1.Gelir giderime eşit 2.Gelir giderimden az 3.Gelir giderimden fazla

9.Tıbbi tanınız nedir?..

10.Hastalığınız ne zamandan beri devam etmektedir?.....

11.Başka kronik bir hastalığınız var mı? 1.Evet 2.Hayır

12.Cevabınız evet ise nedir?.....

13.Tanı aldığınız ruhsal bir hastalığınız var mı? 1.Evet 2.Hayır

14.Hastaneye geliş nedeniniz nedir?.....

15.Yoğun bakıma yatış şekliniz nedir? 1.planlı 2.plansız/acı

16.Daha önce yoğun bakımda yattınız mı? 1.Evet 2.Hayır

17.Kalp pili türünüz nedir?

1.ICD 2.CRT 3.CRT-D

18.Kalp pili ile ilgili herhangi bir eğitim/bilgi aldınız mı? 1.Evet 2.Hayır

19.Cevabınız evet ise kimden aldınız? (Birden fazla ılık işaretleyebilirsiniz)

1.Doktor 2. Hemşire 3.Kalp pili üreten firma yetkilisi 4.TV 5.Internet 6. Diğer...

Ek 2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

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 değil
3) Sanki kötü bir şey olacaktı 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

Ek 2. ‘Devam’ Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

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 görünüştüme ilgimi kaybettim. ☐ Kesinlikle ☐ Gerekliği 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 3. Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği

Biz sizin belirli eylemleri icra etmede kendinize ne kadar güven duyduğunuzu bilmek istiyoruz. Aşağıdaki her bir soru için, lütfen şu anda düzenli bir şekilde alta yazılı görevleri yerine getirme öz güveninize karşılık gelen numarayla daire içine alın. Her bir alt boyut 0-10 arasında artan öz-etkililik algısını gösterecek şekilde puanlanmaktadır. 0; hiç güvenim yok, 10; tamamen güvenim var ifadesini temsil etmektedir.

OZ-YONETIM DAVRANISLARINI GERCEKLESTIRMEK ICIN OZ-ETKILILIK

Düzenli Bir Şekilde Spor Yapma

1. Aktif-pasif egzersiz, ağırlık kullanma gibi hafif bir şekilde kas güçlendirme veya esnetme çalışmalarını haftada 3 ya da 4 kez yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Yürüme, yüzme veya bisiklete binme gibi aerobik egzersizlerini haftada 3 veya 4 kez yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Semptomları daha kötü hale getirmeden, egzersiz yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hastalık Hakkında Bilgi Alma

4. Hastalığınız hakkında toplum kaynaklarından bilgi almada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Toplum, Aile ve Arkadaşlardan Yardım Alma

5. Alışveriş yapma, yemek pişirme ve ulaşım gibi günlük ihtiyaç duyduğunuz ev işlerinde, aile ve arkadaşlarınızdan yardım almada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. Birinin size dinlemesi ya da sorunlarınız üzerine konuşmada, aile ve arkadaşlarınızdan duygusal destek almada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. Bahçe işleri, yemek hazırlama veya kişisel temizlik gibi günlük işlerinize ilişkin, ihtiyaç duyduğunuzda aileniz veya arkadaşlarınız dışındaki kaynaklardan yardım almada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Doktorla İletişim

8. Hastalığınız hakkında doktora bir şeyler sormada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. Hastalığınızla ilgili olabilecek kişisel bir sıkıntınızı açık bir şekilde doktorunuzla paylaşmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

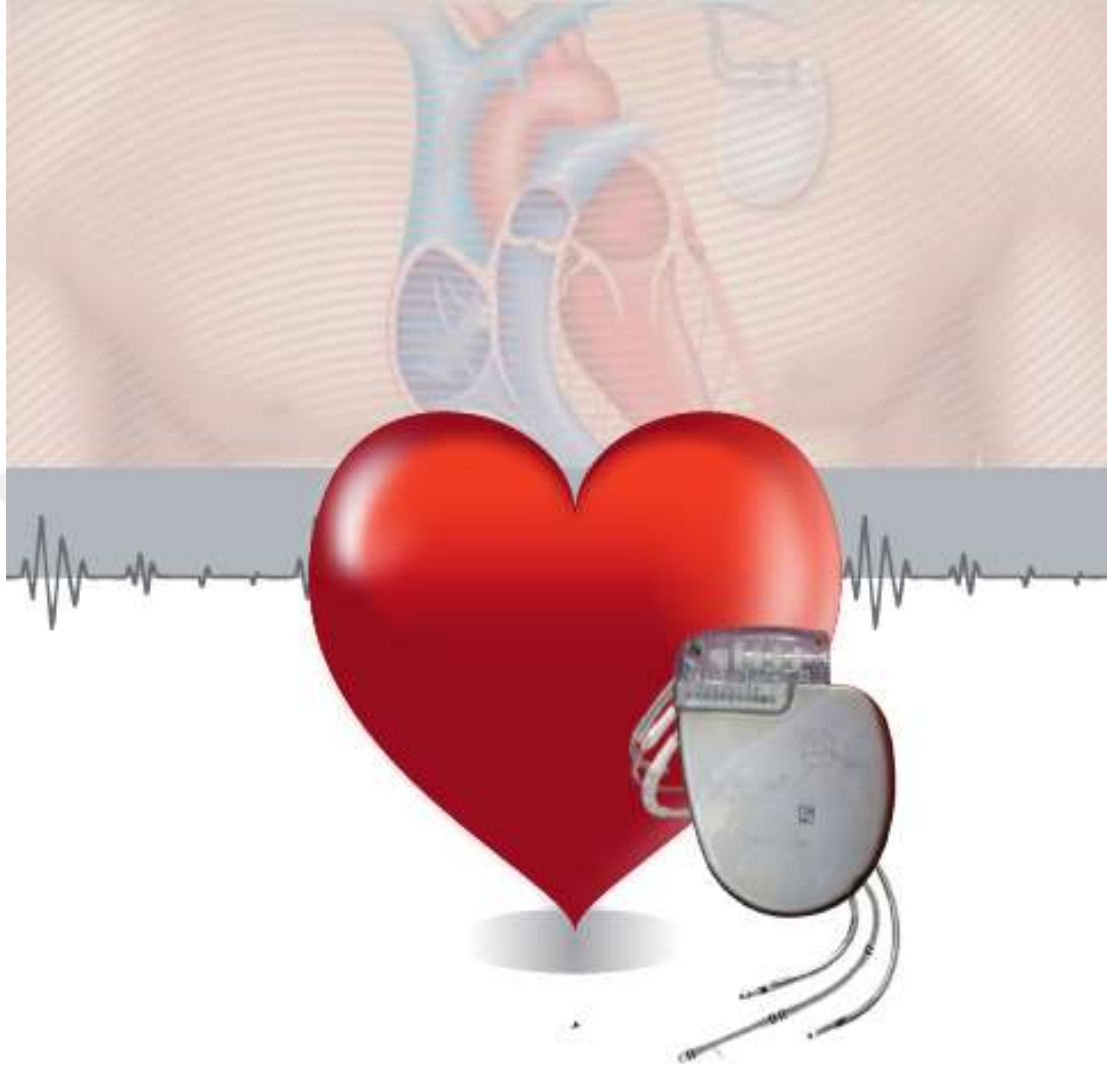
10. Hastalığınızın seyrinde farklılıklar yaşadığınızda bunları doktorunuzla çözümlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ek 3. ‘Devam’ Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği

Genel Hastalık Yönetimi											
11. Hasta olma, genellikle hastalığı yönetmek için farklı görev ve aktiviteleri yapmak anlamına gelir. Hastalığınızı düzenli bir şekilde yönetmek için ihtiyaç duyduğunuz tüm şeyleri yapabilmeye kendinize ne kadar güveniyorsunuz?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
12. Sağlık durumunuzu yönetmek adına bir doktora muayene olma ihtiyacınızı azaltmak için gereksinim duyduğunuz farklı görev ve aktiviteleri yapabilmeye kendinize ne kadar güveniyorsunuz?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
13. Günlük yaşantınızı etkilememesi için sağlık durumunuzdan kaynaklı duygusal gerginliğinizi azaltmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
14. Hastalığınızın günlük yaşantınızı etkileme düzeyini azaltmak için sadece ilaç almanın dışında bir şeyler yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ev İşlerini Yapma											
15. Sağlık sorunlarınıza rağmen getir götür işlerinizi yaptırırken kendinize ne kadar güveniyorsunuz?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
16. Sağlık sorunlarınıza rağmen alışverişinizi yaptırırken kendinize ne kadar güveniyorsunuz?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sosyal/Eğlence Aktiviteleri											
17. İlgi alanlarınız ve sizi eğlendiren etkinlikleri sürdürmede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
18. Sosyal ziyaretler ve eğlence gibi arkadaşlarınız ve ailenizle birlikte yapmayı sevdiğiniz aktiviteleri sürdürmede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Semptomlarla Başa Çıkma											
19. Fiziksel rahatsızlığınızı veya ağrınızı azaltmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
20. Hastalığınızdan kaynaklı yorgunluğunuzun yapmak istediğiniz şeylerden sizi alıkoymasını önlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
21. Hastalığınızdan kaynaklanan fiziksel rahatsızlığınızın veya ağrınızın, yapmak istediğiniz şeyleri gerçekleştirmenize engel olmasını önlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
22. Hastalığınızdan kaynaklı herhangi bir başka belirtinin veya sağlık sorununun yapmak istediğiniz şeyleri gerçekleştirmenize engel olmasını önlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Ek 4. Kalp Pili Takılan Hastalar İçin Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Hazırlanan Eğitim Kitapçığı



Hazırlayan : Hemşire Hatice ÇELİK ÇAKA

Danışman : Doç.Dr. Hacer GÖK UĞUR

**KALP PİLİ TAKILAN HASTALAR
İÇİN MELEİS'İN GEÇİŞ TEORİSİNE GÖRE
HAZIRLANAN
EĞİTİM KİTAPÇIĞI**

Ek 4. “Devam” Kalp Pili Takılan Hastalar İçin Meleis’in Geçiş Teorisine Göre Hazırlanan Eğitim Kitapçığı

ÖNSÖZ

Sevgili Hastamız;

Kalp pilleri, normal bir kalp atışını sürdürmek veya eski haline getirmek için kalbi elektriksiz olarak uyaran elektronik cihazlardır. Kalp pili ile hayatınız daha uzun, daha üretken, daha mutlu ve daha sağlıklı olabilir. Bununla birlikte kalp pili takıldıktan sonra günlük yaşamınızda, iş yaşamınızda, sosyal yaşamınızda ve aile yaşamınızda bazı değişiklikler olabilmektedir. Kalp pili ile ilgili değişikliklerle baş edebilmeniz için bilgi eksikliğinizin giderilmesi çok önemlidir. Bu eğitim kitapçığı; kalp pili takılan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyini azaltmak ve öz-etkililik düzeyini artırmak amacıyla hazırlanmıştır.

Sağlıklı ve Kaliteli Bir Yaşam Sürmeniz Dileğiyle...

Ek 4. “Devam” Kalp Pili Takılan Hastalar İçin Meleis’in Geçiş Teorisine Göre Hazırlanan Eğitim Kitapçığı

İÇİNDEKİLER

Kalbin Yapısı ve İşlevi.....	4
Kalbin Elektriksel İletim Sistemi.....	4
Kalp Pili.....	4
Kalp Pili Çeşitleri.....	5
Kalp Pili Takılması Gereken Durumlar.....	6
Kalp Pili Nasıl Çalışır?.....	7
Kalp Pili Nasıl Takılır?.....	7
Kalp Pili Değişim Süreci.....	8
Kalp Pili Kontrol / Takıp Randevuları.....	8
KALP PİLİNE BAĞLI GELİŞEN FİZİKSEL DEĞİŞİKLİKLER	9
Kalp Pili Takılan Bölgenin Bakımı.....	9
Enfeksiyon.....	10
Pil Elektrotlarının Yerinden Oynaması.....	10
Kalp Pili Bölgesinde Morarma.....	11
Pıhtı Oluşması.....	11
Kalp Pili Sonrası Fiziksel Aktivite.....	12
KALP PİLİNE BAĞLI GELİŞEN PSİKOSOSYAL DEĞİŞİKLİKLER	13
KALP PİLİNDE SPİRİTÜEL(MANEVİ) DEĞİŞİKLİKLER	14
KALP PİLİ İLE YAŞAM	16
Cep Telefonu Kullanımı.....	16
Cep Telefonu Baz İstasyonları.....	17
Araba Kullanımı.....	17
X-Ray Cihazları ve Metal Dedektörler.....	17
Elektronik Cihaz Kullanımı.....	17
Tıbbi Tetkiklerin Yapılması.....	18
Kalp Pili ile Seyahat.....	20
Gebelik ve Doğum.....	20
Cinsel Yaşam.....	20

Ek 4. “Devam” Kalp Pili Takılan Hastalar İçin Meleis’in Geçiş Teorisine Göre Hazırlanan Eğitim Kitapçığı



Kalbinizi İhmal Etmeyin...

Ek 5. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Kullanım İzni



Omer Aydemir

17.08.2022 19:55



Kime: Hatice ÇELİK ÇAKA

Sayın Hatice Çelik Çaka

Araştırmanızda Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyarım.

Çalışmanızda başarılar diliyorum.

Prof. Dr. Ömer Aydemir

Manisa Celal Bayar Üniversitesi

Hatice ÇELİK ÇAKA <...> şunları yazdı (17 Ağu 2022 14:52):

Sayın Hocam Merhaba,

Ben Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans öğrencisiyim. Doç. Dr. Hacer

GÖK UĞUR danışmanlığında yürüteceğim tezimde sizin tarafınızdan Türkçe'ye uyarlanan "Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği"ni kullanmak istiyorum.

Bu konuda yardımcı olursanız sevinirim.

Ek 6. Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği Kullanım İzni



Yasemin Ceyhan

17.08.2022 12:47



Kime: Hatice ÇELİK ÇAKA

Merhaba Hatice,
Ölçeği tezinde kullanmanda herhangi bir sakınca yoktur.
İstedğin zaman benden destek alabilirsin, iyi çalışmalar dilerim...

Gönderen: Hatice ÇELİK ÇAKA

Gönderildi: 17 Ağustos 2022 Çarşamba 12:22

Kime:

Konu: Kronik Hastalıklarda Öz etkililik Ölçeği

Sayın Hocam Merhaba,

Ben Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans öğrencisiyim. Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR danışmanlığında yürüteceğim tezimde sizin tarafınızdan Türkçe'ye uyarlanan "Kronik Hastalıklarda Öz Etkililik Ölçeği" ni kullanmak istiyorum.

Bu konuda yardımcı olursanız sevinirim.

Ek 7. İl Sağlık Müdürlüğü İzni



ORDU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİNİ KOMİSYON KARARI

ARAŞTIRMA YAPACAK KİŞİ/KİŞİLER	ÇALIŞTIĞI KURUM	ARAŞTIRMA YAPILACAK KURUM	ARAŞTIRMANIN YAPILACAK TARİH	ARAŞTIRMA KONUSU
Hatice ÇELİK ÇAKA	Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Ordu Eğitim ve Araştırma Hastanesi	10.11.2022 10.11.2023	Kalp Pili Takılan Hastalara Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Verilen Eğitimin Anksiyete ve Depresyon ile Öz-Etkililik Düzeyine Etkisi: Tek Kör Randomize Kontrollü Çalışma

Yukarıdaki tabloda adı geçen çalışma; anket veya çalışmaya katılanların gönüllülük esasına göre katılımlarının sağlanması, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen göstermek suretiyle çalışma sonunda edindiği verilerin Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi ve etik kurul raporu alındıktan sonra çalışmaya başlanması şartıyla 21.10.2022 tarih 176504559 Barkot No, dilekçe ve ekinde bulunan Bilimsel Araştırma Çalışmaları Başvuru Formundaki bilgilere istinaden uygun görülmüştür. / ... / 20...

Ek 8. Etik Kurul Onayı



Tarih: 14/10/2022 10:57
Sayı: E-91120209-800.0791011
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



0000791011

T.C. ORDU ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
14.10.2022	20	15:30	232

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, “Klinik Araştırmalar ve Biyoyararlanım/Biyoeşdeğerlik Çalışmaları Etik Kurullarının Standart Çalışma Yöntemi Esasları” 11.2.1 maddesi uyarınca Etik Kurul Başkanı Prof. Dr. Ahmet KAYA başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO: 2022/232

Sorumlu yürütücü Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR’un, KAEK 216 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu “Kalp Pili Takılan Hastalara Meleis’in Geçiş Teorisine Göre Verilen Eğitimin Anksiyete ve Depresyon ile Öz-Etkililik Düzeyine Etkisi: Tek Kör Randomize Kontrollü Çalışma” başlıklı araştırmasının İl Sağlık Müdürlüğü İzni onayı sonrası başlanabileceğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ahmet KAYA
Ordu Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek 9. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Ben Hatice ÇELİK ÇAKA, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezi olarak Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR danışmanlığında “Kalp Pili Takılan Hastalara Meleis’in Geçiş Teorisine Göre Verilen Eğitimin Anksiyete ve Depresyon ile Öz Etkililik Düzeyine Etkisi: Tek Kör Randomize Kontrollü Çalışma” adlı araştırmayı yürütmekteyim. Bu çalışma ile kalp pili takılan hastalara Meleis’in Geçiş Teorisine göre verilen eğitimin anksiyete ve depresyon ile öz etkililik düzeyine etkisi belirlenecektir. Bu araştırmanın, kalp pili takılan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyini azaltacağı ve öz etkililik düzeyini artıracığı düşünülmektedir.

Araştırma için Ordu İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadaki işlemlerin size hiçbir zararı olmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır, katılmanız için hiçbir zorunluluk yoktur.

Araştırmaya katılmayı kabul etmenizden sonra, istediğiniz zaman çekilebilirsiniz ve çekilmeniz halinde hiçbir şekilde olumsuz etkilenmeyeceksiniz. Sorulara yanıtlarınız gizli tutulacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır. Bu araştırmayla ilgili her türlü soruyu istediğiniz zaman aşağıda bulunan telefon numarasını arayarak yöneltebilirsiniz. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Saygılarımla...

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin araştırmada kullanılması konusunda araştırmacıya yetki veriyorum ve araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Hatice ÇELİK ÇAKA

Doğum Yeri:

Doğum Tarihi:

Yabancı Dili:

E-posta:

Öğrenim Durumu:

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Dumlupınar Üniversitesi	2009-2013
Yüksek Lisans	Hemşirelik Ana Bilim Dalı	Ordu Üniversitesi	2021-2024

İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2015-2016
Hemşire	Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2016-Devam Ediyor

Sertifika: Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikası