

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İMLANTE EDİLEBİLEN KARDİYOVERTER  
DEFİBRİLATÖRLÜ HASTALARIN CİNSEL  
YAŞAM KALİTESİ VE ŞOK ANKSİYETELERİNİN  
İNCELENMESİ**

EZGİ DOĞAN

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İZMİR - 2019**

**TEZ KODU: DEU.HSI.MSc - 2016970053**

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İMLANTE EDİLEBİLEN KARDİYOVERTER  
DEFİBRİLATÖRLÜ HASTALARIN CİNSEL  
YAŞAM KALİTESİ VE ŞOK ANKSİYETELERİNİN  
İNCELENMESİ**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**EZGİ DOĞAN**

Danışman Öğretim Üyesi:Doç.Dr.Hatice MERT

**TEZ KODU: DEU.HSI.MSc - 2016970053**

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Ezgi DOĞAN **“İMLANTE EDİLEBİLEN KARDİOVERTER DEFİBRİLATÖRLÜ HASTALARIN CİNSEL YAŞAM KALİTESİ VE ŞOK ANKSİYETELERİNİN İNCELENMESİ”** konulu Yüksek Lisans tezini 27.06.2019 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Doç.Dr. Hatice MERT

BAŞKAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi



Prof.Dr. Yasemin TOKEM

ÜYE

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi



Dr.Öğrt. Üyesi Dilek BİLGİÇ

ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik  
Fakültesi

Doç.Dr. Serap ÖZER

YEDEK ÜYE

Ege Üniversitesi Hemşirelik  
Fakültesi

Dr.Öğrt. Üyesi Dilek SEZGİN

YEDEK ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik  
Fakültesi

## İÇİNDEKİLER

|                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------|-----|
| İÇİNDEKİLER.....                                                       | i   |
| TABLOLAR DİZİNİ.....                                                   | iii |
| KISALTMALAR .....                                                      | iv  |
| TEŞEKKÜR .....                                                         | vi  |
| ÖZET .....                                                             | 1   |
| ABSTRACT .....                                                         | 2   |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ .....                                                 | 3   |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....                                   | 3   |
| 1.2. Araştırmanın Amacı .....                                          | 6   |
| 1.3. Araştırma Hipotezleri ve Sorular.....                             | 6   |
| 2. GENEL BİLGİLER.....                                                 | 7   |
| 2.1. İmplant Edilebilen Kardiyoverter Defibrilatör .....               | 7   |
| 2.2. ICD'nin Endikasyonları.....                                       | 7   |
| 2.3. ICD'nin Hasta Üzerine Etkileri .....                              | 8   |
| 2.3.1. Fiziksel Etkiler.....                                           | 8   |
| 2.3.2. Psikososyal Etkiler .....                                       | 9   |
| 2.4. ICD Hastalarında Şok Anksiyetesi .....                            | 11  |
| 2.5. ICD Hastalarında Cinsel Yaşam.....                                | 13  |
| 2.6. ICD'li Hastalarda Hemşirelik Bakımı .....                         | 16  |
| 2.6.1. ICD'li Hastalarda Cinsel Yaşama Yönelik Hemşirelik Bakımı ..... | 17  |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM.....                                                | 20  |
| 3.1. Araştırma Tipi .....                                              | 20  |
| 3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı .....                                    | 20  |
| 3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi.....                                | 20  |
| 3.4. Çalışma Materyali .....                                           | 21  |
| 3.5. Araştırma Değişkenleri.....                                       | 21  |
| 3.6. Veri Toplama Araçları.....                                        | 21  |

|                                                                                                                                                |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.6.1. Tanıtıcı Özellikler Soru Formu .....                                                                                                    | 21 |
| 3.6.2. Florida Şok Anksiyetesi Ölçeği (FŞAÖ) .....                                                                                             | 21 |
| 3.6.3. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) .....                                                                                       | 22 |
| 3.6.4. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Erkek (CYKÖ-E) .....                                                                                      | 22 |
| 3.7. Araştırma Planı .....                                                                                                                     | 23 |
| 3.8. Verilerin Değerlendirilmesi .....                                                                                                         | 24 |
| 3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları .....                                                                                                         | 24 |
| 3.10. Etik Kurul Onayı .....                                                                                                                   | 24 |
| 4. BULGULAR .....                                                                                                                              | 25 |
| 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri .....                                                                                                     | 25 |
| 4.2. ICD'li Hastaların Florida Şok Anksiyete Ölçeği ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalaması.....                                       | 26 |
| 4.3. ICD'li Hastaların Şok Anksiyete Düzeyleri ile Cinsel Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.....                                                | 27 |
| 4.4. ICD'li Hastaların Florida Şok Anksiyete Ölçeği ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi..... | 28 |
| 5. TARTIŞMA.....                                                                                                                               | 31 |
| 5.1. ICD'li Hastaların Şok Anksiyete Düzeyleri ile İlgili Bulguların İncelenmesi.....                                                          | 31 |
| 5.2. ICD'li Hastaların Cinsel Yaşam Kalitesi ile İlgili Bulguların İncelenmesi .....                                                           | 33 |
| 5.3. ICD'li Hastaların Şok Anksiyete Düzeyleri ve Cinsel Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi .....                               | 34 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....                                                                                                                     | 36 |
| 6.1. Sonuçlar .....                                                                                                                            | 36 |
| 6.2. Öneriler .....                                                                                                                            | 36 |
| 7. KAYNAKLAR.....                                                                                                                              | 37 |
| 8. EKLER .....                                                                                                                                 | 45 |

## TABLÖLAR DİZİNİ

|                                                                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo.1:</b> Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı.....                                                   | 25 |
| <b>Tablo.2:</b> ICD’li Hastaların Florida Şok Anksiyete Ölçeği ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalaması.....      | 26 |
| <b>Tablo.3:</b> Hastaların Şok Anksiyetesi ve Cinsel Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.....                               | 27 |
| <b>Tablo.4:</b> ICD’li Hastaların Florida Şok Anksiyete ÖlçeğiPuan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi..... | 28 |
| <b>Tablo.5:</b> ICD’li Hastaların Cinsel Yaşam Kalitesi ÖlçeğiPuan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi..... | 29 |

## KISALTMALAR

|                |                                                       |
|----------------|-------------------------------------------------------|
| <b>ABD:</b>    | Amerikan Birleşik Devletleri                          |
| <b>ACC:</b>    | American College of Cardiology                        |
| <b>AHA:</b>    | American Heart Association                            |
| <b>AKA:</b>    | Ani Kardiyak Arrest                                   |
| <b>AKÖ:</b>    | Ani Kardiyak Ölüm                                     |
| <b>CYKÖ-E:</b> | Cinsel Yaşama Kalitesi Ölçeği - Erkek                 |
| <b>CYKÖ-K:</b> | Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği - Kadın                  |
| <b>EF:</b>     | Ejeksiyon Fraksiyonu                                  |
| <b>FŞAÖ:</b>   | Florida Şok Anksiyete Ölçeği                          |
| <b>ICD:</b>    | İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör         |
| <b>KOAH:</b>   | Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı                   |
| <b>MI:</b>     | Miyokard İnfarktüsü                                   |
| <b>MRI:</b>    | Manyetik Rezonans Görüntüleme                         |
| <b>NASPE:</b>  | National Association for Sport and Physical Education |
| <b>NYHA:</b>   | New York Heart Association (New-York Kalp Birliği)    |
| <b>SPSS:</b>   | Statistical Package for Social Sciences               |
| <b>SQOL-F:</b> | Sexual Quality of Life Questionnaire Female           |
| <b>SQOL-M:</b> | Sexual Quality of Life Questionnaire Male             |

|             |                                                   |
|-------------|---------------------------------------------------|
| <b>VF:</b>  | Ventriküler Fibrilasyon                           |
| <b>VIF:</b> | Varyans Artış Faktörü (Variance Inflation Factor) |
| <b>VT:</b>  | Ventriküler Taşikardi                             |
| <b>WHO:</b> | World Health Organization                         |





## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi, tecrübe ve desteğini esirgemeyen, öğrencisi olduğum için kendimi çok şanslı hissettiğim, sabrı ve hoşgörüsüne hayran olduğum değerli danışman hocam

Sayın Doç.Dr. Hatice MERT'e,

Değerli görüşleriyle katkı sağlayan sınav jürisi hocalarım Prof. Dr. Yaemin TOKEM ve Dr. Öğr.

Üyesi Dilek BİLGİÇ'e,

Tez sürecim boyunca desteklerini esirgemeyen İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Anjiyografi Ünitesi'nde çalışan değerli çalışma arkadaşlarıma,

Yüksek lisans eğitimim boyunca her an yanımda olan ve beni motive eden değerli dönem arkadaşlarım Bahar ÇİÇEK ve Bilgehan ÖZKAYA'ya,

Yüksek lisans eğitimimin en zorlu aşamalarında yanımda olan, bütün yükümü paylaşan, beni her zaman mutlu eden yol arkadaşım, sevgili eşim Sercan EKİCİ'ye,

Hayatım boyunca desteklerini üzerimden çekmeyen annem Aysel DOĞAN'a, babam Nedim DOĞAN'a ve ablam Elif ÇAY'a

TEŞEKKÜR EDERİM.

# İMLANTE EDİLEBİLEN KARDİYOVERTER DEFİBRİLATÖRLÜ HASTALARIN CİNSEL YAŞAM KALİTESİ VE ŞOK ANKSİYETELERİNİN İNCELENMESİ

**Ezgi Doğan**

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İnciraltı /  
İzmir

[doganezgi93@gmail.com](mailto:doganezgi93@gmail.com)

## ÖZET

**Amaç:** İmlante edilebilen kardiyoverter defibrilatörlü hastaların cinsel yaşam kalitelerini ve şok anksiyetelerini incelemektir.

**Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır. Çalışma İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji kliniği ve polikliniğine başvuran, dahil edilme kriterlerine uyan 167 ICD’li hasta ile yürütülmüştür. Tanıtıcı Özellikler Soru Formu, Florida Şok Anksiyete Ölçeği, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Erkek formları kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, sayı, yüzdelik, korelasyon ve çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Hastaların Florida Şok Anksiyete Ölçeği puanı  $17.21 \pm 7.88$  olarak bulunmuştur. Kadın hastaların cinsel yaşam kalitesi puan ortalaması  $65.78 \pm 22.19$ , erkek hastaların cinsel yaşam kalitesi puan ortalaması  $70.91 \pm 22.27$  olarak bulunmuştur. Hastaların şok anksiyete düzeyleri ve toplam cinsel yaşam kaliteleri arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $r = -.299$ ,  $p = .000$ ). Regresyon analizinde, kadın cinsiyeti ve yaşın şok anksiyete düzeyini anlamlı derecede etkilediği bulunmuştur ( $\beta = 0.257$ ,  $p = 0.001$ ;  $\beta = -0.318$ ,  $p = 0.000$ ). Yaş ve şok anksiyetesinin cinsel yaşam kalitesini anlamlı derecede etkilediği bulunmuştur ( $\beta = -0.493$ ,  $p = 0.000$ ;  $\beta = -0.472$ ,  $p = 0.000$ ).

**Sonuç:** Hastaların Florida şok anksiyetesini puanlarının düşük olduğu, cinsel yaşam kalite düzeylerinin iyi olduğu bulunmuştur. Şok anksiyetesini ile cinsel yaşam kalitesi arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. ICD’li hastaların şok anksiyetesini ve cinsel yaşam kalitelerinin rutin olarak değerlendirilmesi ve değerlendirme sonucu hastalara özgü eğitim verilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** İmlante Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör, Cinsel Yaşam Kalitesi, Şok Anksiyetesini, Hemşirelik

# EXAMINATION OF SEXUAL QUALITY OF LIFE AND SHOCK ANXIETY OF PATIENTS WITH IMPLANTABLE CARDIOVERTER DEFIBRILLATORS

Ezgi Doğan

Dokuz Eylul University Institute of Health Sciences Department of Nursing, İnciraltı / İZMİR

[doganezgi93@gmail.com](mailto:doganezgi93@gmail.com)

## ABSTRACT

**Aim:** The aim of this study was to examine the sexual quality of life and shock anxiety of patients with implantable cardioverter defibrillators.

**Method:** It is a descriptive and cross-sectional study. The study was conducted with 167 patients with ICD who apply to Cardiology clinic and outpatient clinic in Izmir Education and Research Hospital, meet the including criteria. Patient Characteristic Questionnaire, Florida Shock Anxiety Scale, Sexual Quality of Life Questionnaire-Female, Sexual Quality of Life Questionnaire-Male forms were used. Mean, standard deviation, number, percentage correlation and multipleregression analysis were used in order to analyze the data of the study.

**Results:** Florida Shock Anxiety Scale score of the patients was found to be  $17.23 \pm 7.90$ . The mean sexual quality of life score of the female patients was  $65.78 \pm 22.19$  and the mean quality of sexual life of male patients was  $70.91 \pm 22.27$ . There was a negative and weak correlation between shock anxiety levels and total sexual quality of life ( $r = -.299$ ,  $p = .000$ ). In the regression analysis, it was found that female gender and age significantly affected the level of shock anxiety ( $\beta = 0.257$ ,  $p = 0.001$ ;  $\beta = -0.318$ ,  $p = 0.000$ ). It was found that age and shock anxiety significantly affected the level of sexual quality of life ( $\beta = -0.493$ ,  $p = 0.000$ ;  $\beta = -0.472$ ,  $p = 0.000$ ).

**Conclusions:** It was found that the patients' Florida shock anxiety scores were low and the quality of sexual life was good. There was a weak negative correlation between shock anxiety and sexual quality of life. It is recommended that patients with ICD should routinely evaluate shock anxiety and quality of sexual life and provide patient-specific training as a result of evaluation.

**Keywords:** Implantable Cardioverter Defibrillator, Shock Anxiety, Sexual Quality of Life, Nursing

## **1. GİRİŞ VE AMAC**

### **1.1. Problemin Tanımı ve Önemi**

Ani kardiyak ölüm dünya genelinde önemli bir sağlık sorunudur. Ani kardiyak arrest (AKA) ve ani kardiyak ölüm (AKÖ) birbirinin yerine kullanılmakla birlikte tanımları farklılık göstermektedir (AHA/ACC, 2016). AKÖ; kardiyak nedenlerden dolayı ölüm olayının ani, beklenmedik ve doğal şekilde gelişmesi, AKA; kardiyak pompa aktivitesinin kaybolmasıdır. Bu kaybın kaynağı ventriküler taşiaritmi ise defibrilasyon, kardiyoversiyon ile ya da spontan şekilde sirkulatuar dolaşımın sağlanmasıdır ve hasta öldüğü takdirde AKÖ olarak adlandırılır (Kozan, 2011). Amerika Birleşik Devletler’inde (ABD) yılda yaklaşık 356.500 kişide hastane dışı kardiyak arrest gelişmektedir (AHA/ACC, 2016). Dünya’da her yıl yaklaşık 17 milyon ölüm kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle olmaktadır ve bunların yaklaşık %25’inde AKÖ gelişmektedir (ESC, 2015). ABD, Avrupa ve Çin’de çok sayıda kaynak kullanarak yapılan yeni ileriye dönük araştırmalar, genel popülasyonda 100.000 kişi başına ani ölüm oranının 50 ila 100 arasında değiştiğini tahmin etmektedir (Josephson, 2014).

İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatör (ICD) tedavisi AKÖ’nün primer ve sekonder korumasında önemli bir yaklaşımdır. ICD’ler ventriküler fibrilasyon gibi hayatı tehdit eden aritmi yaşayan kişilerde AKÖ’ yü önlemek için geliştirilmiştir. ICD; koroner arter hastalığı, kardiyomiyopati, uzun QT sendromu, idiopatik ventriküler fibrilasyon (VF) ve ventriküler taşikardi (VT) gibi altta yatan bir hastalık için veya kalp transplantasyonuna köprü olarak yerleştirilir (ACC/AHA/NASPE, 2002). Uzun süreli çalışmalar ICD’lerin etkinliğini ortaya koymuştur (ESC, 2015).

ICD implantasyonu araba kullanma, cinsel ilişki, uyku kalitesi, beden imajı endişeleri (özellikle genç kadınlarda) ve organize sporlara katılım (özellikle çocuklarda ve ergenlerde) dahil olmak üzere birçok yaşam alanını etkileyebilmektedir (ESC, 2015). ICD tedavisinin hayat kurtarıcı faydaları iyi belirlenmiş olsa da, ICD ile yaşamının psikolojik etkileri önemlidir (Cook, Valente, Maul, Dew ve ark, 2013). ICD’si olan kişiler cihaza adapte olmada pek çok psikolojik sorunla karşı karşıyadır (Steinke, Gill-Hopple, Valdez ve Wooster, 2005). Endişe ve depresyonun

ICD hastalarında sık görüldüğü ve uygunsuz şok yaşayan veya sık şok yaşayanlarda belirgin olduğu bildirilmiştir (Morken, Isaksen, Karlsen, Norekval ve ark, 2012; ESC, 2015).

Hastaların şok deneyimleri, şok sonrası durumları, şokun yeri ve zamanındaki belirsizlikler tedirginlik yaratmaktadır (Alkan, 2010). Bu nedenle hastalar anksiyete yaşamaktadır. 167 ICD'li hastayla yapılan bir çalışmada hastaların %44'ünün şok anksiyetesini deneyimlediği ve şok öyküsü olan hastaların yanı sıra yakın zamanda taşiaritmisi olan hastaların son zamanlarda taşiaritmisi olmayan hastalardan daha fazla şok kaygısı bildirdikleri bulunmuştur (Morken, Isaksen, Karlsen, Norekval ve ark, 2012). Şok anksiyetesi, travmatik olaya karşı korku, kaygı ve çaresizlik gibi duygusal tepkiler oluşturabilir ve bu nedenle post travmatik stres semptomlarının gelişme riskini arttırabilir (Morken, Bru, Norekval, Larsen ve ark, 2013). Yapılan bir çalışma sağlık uzmanlarından gelen yapısal olmayan desteğin özellikle de şok anksiyetesi yaşayan kişilerde, post travmatik stres belirtileri geliştirme eğilimini artırabileceğini göstermektedir (Morken, Bru, Norekval, Larsen ve ark, 2013). Cook ve arkadaşlarının (2013) konjenital kalp hastalığı ve ICD'si olan 180 hasta üzerinde yaptığı çalışmada şok ile ilgili anksiyetenin hem erkeklerde hem de kadınlarda cinsel işlevleri olumsuz etkiledikleri bulunmuştur.

ICD'li hastaların kaygı, korku ve diğer psikososyal sorunları tanımlanmış ancak ICD implantasyonu sonrası cinsel kaygılar konusuna dikkat çekilmemiştir (Steinke, Gill-Hopple, Valdez ve Wooster, 2005). Bazı ICD hastaları, implantasyon sonrası cinsel aktiviteyi sürdürmekle ilgili az miktarda endişe dile getirse de, bazı hastalarda bu durumun çok olduğu belirtilmiştir (Steinke, 2003).

ICD sonrası cinsel aktiviteye yeniden başlamak için özel kurallar genellikle yoktur (Steinke, 2003). Literatüre göre cinsel aktiviteye dönüşün sorunlu olmaması gerekmektedir. Ancak hastalar çeşitli korku ve kaygılar ifade etmektedir (Steinke, Gill-Hopple, Valdez ve Wooster, 2005). Cinsel aktivitenin ICD sonrası büyük ölçüde etkilenmemesi inancının aksine bazı çalışmalar cinsel aktivitenin sıklığını azalttığını bildirmiştir. (Steinke, 2003; Steinke, Gill-Hopple, Valdez ve Wooster, 2005). Steinke'nin 2003 yılında yaptığı çalışmada cinsel aktivite ICD öncesi %78 iken ICD sonrası %55'e düştüğü bulunmuştur. Bir başka çalışmada, ICD

implantasyonundan önce cinsel ilişkide azalma yaşayan hasta sayısı %51.8 iken bu oranın implantasyondan altı ay sonra %66.7 olduğu saptanmıştır (Berg, Elleman-Jensen, Zwisler, Winkel ve ark, 2013). Aynı çalışmada 141 hastadan 22'sinin ICD implantasyonundan sonra cinsel aktivitelerini sona erdirdiği belirtilmiştir.

Yapılan çalışmalarda hastaların cinsellikle ilgili en büyük endişe duydukları konuların; cinselliğe duyulan ilgide azalma, aşırı koruyucu eş ve erektil zorluklar olduğu bulunmuştur (Steinke, 2003; Steinke, Gill-Hopple, Valdez ve Wooster, 2005; Berg, Elleman-Jensen, Zwisler, Winkel ve ark, 2013).

Cinsel aktivite ile ICD şoklamasının nadir bir olay olduğuna inanılmaktadır (Fries, König, Schafers ve Böhm, 2002; Steinke, Gill-Hopple, Valdez ve Wooster, 2005). Yapılan çalışmalarda hastaların %5 - %41 arasında cinsel aktivite ile birlikte ICD şoku deneyimledikleri bulunmuştur (Steinke, 2003; Fries, König, Schafers ve Böhm, 2002; Steinke, Gill-Hopple, Valdez ve Wooster, 2005). Berg ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada girişim grubunda dört hastanın, kontrol grubunda altı hastanın ICD şoku deneyimlediği ve her bir grupta birer hastanın cinsel aktivite sırasında ICD şoku yaşadığı bulunmuştur. Steinke ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada cinsel aktiviteyle ICD şoklaması yaşayan hastaların gelecekte yaşayabilecekleri şoklamalardan endişe duyduklarını saptamıştır.

Cinsellik, yaşam boyu insan olmanın temel unsurudur ve cinsiyet, cinsel kimlik ve rolleri, zevk, üreme, erotizm, cinsel eğilim ve ilişkiyi kapsar (WHO, 2006). Sosyal, dini, kültürel, tarihi, ekonomik, hukuki, politik, biyolojik, psikolojik ve ruhsal faktörlerden etkilenir (WHO, 2006). Bu nedenle cinselliğin, kişilerin sağlığı ve yaşam kalitesi yönünden önemli olduğu kabul edilmektedir (Gölbaşı, 2003). Çalışmalar incelendiğinde ICD hastalarının cinsellikle ilgili endişe duydukları görülmektedir. Hasta bakımında bütüncül bir yaklaşım izleyen hemşirelerin ICD hastalarında cinsellik boyutuna da yer vermeleri gerekmektedir.

Yabancı literatür incelendiğinde ICD hastalarının cinsel yaşam kalitelerini ve şok anksiyetelerini inceleyen az sayıda çalışmaya ulaşılmış, Türkiye’de bu konuyla ilgili bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Yapılacak bu çalışma ICD hastalarının cinsel yaşam kalitelerini artıracak ve şok anksiyeteleriyle başa çıkmalarını kolaylaştıracak hemşirelik girişimlerine ışık tutacaktır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı; implante edilebilen kardiyoverter defibrilatörlü hastaların cinsel yaşam kalitelerini ve şok anksiyetelerini incelemektir.

## **1.3.Araştırma Hipotezleri ve Sorular**

1. ICD’li hastaların şok anksiyete düzeyleri nasıldır?
2. ICD’li hastaların cinsel yaşam kalite düzeyleri nasıldır?
3. ICD’li hastaların şok anksiyete düzeyleri ve cinsel yaşam kaliteleri arasında bir ilişki var mıdır?
4. ICD’li hastaların şok anksiyete düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?
5. ICD’li hastaların cinsel yaşam kalite düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. İmplant Edilebilen Kardiyoverter Defibrilatör**

ICD tedavisi AKÖ'nün primer ve sekonder korumasında ön planda yer alan bir tedavidir. AKÖ'lerin birçoğu ventriküler aritmilerin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Bunlar, anormal derecede hızlı kalp ritmi olan ventriküler taşikardi (VT) ve elektriksel iletinin kalbin etrafındaki düzensiz hareketiyle ortaya çıkan ventriküler fibrilasyonu (VF) içerir, böylece kan vücuda etkili bir şekilde pompalanamaz. Bu aritmiler kardiyopulmoner resüsitasyon hemen başlatılmazsa kardiyak arrest ve sonrasında ölümle sonuçlanabilir (Carroll ve Hamilton, 2008). ICD'ler, kalbe elektriksel uyarılar vererek VT'yi sonlandırır. VF'yi sonlandırmak için ise ICD tarafından kalbe yüksek enerjili şok tedavisi uygulanır (Burke, Hallas, Clark-Carter, White ve ark, 2003; Ford, Finch, Woodrow, Cutitta ve ark, 2012; Jackson ve Murphy, 2017).

ICD endikasyonlarının genişlemesiyle implantasyon sayısı önemli ölçüde artmıştır (Sears ve Conti, 2003; Sola ve Bostwick, 2005). 2012-2015 tarihleri arasında ABD'de 393.734 ICD implantı gerçekleşmiştir (Friedmann, Parzynski, Varosy, Prutkin ve ark, 2016). ICD kullanımı 2012'de %0.2 iken 2015'de %1.9'a yükselmiştir (Friedmann, Parzynski, Varosy, Prutkin ve ark, 2016). ABD'de yaklaşık bir milyon kişi ICD ile yaşamaktadır (Kurtz, Ochoa, Lau, Shkolnikov ve ark, 2010). Türkiye'de ICD'si olan hasta sayısına ilişkin kesin verilere ulaşılamamıştır.

### **2.2. ICD'nin Endikasyonları**

AKÖ'yü önlemek için ICD'ler primer ve sekonder koruma amaçlı kullanılırlar. Kardiyak arrest öyküsü bulunmayan, VF veya sürekli VT atağı geçirmemiş ancak risk altında olan hastalara ICD uygulanması, primer koruma olarak tanımlanmıştır. ICD tedavisi sekonder koruma amacıyla, sürekli VT atağı olan ve kardiyak arrest sonrası yaşayan hasta grubuna yapılmaktadır (Kozan, 2011).

Yapısal kalp hastalığı olanlarda hemodinamiyi bozan ya da bozmayan sürekli VT'lerde, nedeni bilinmeyen senkopu olan hemodinamik olarak anlamlı sürekli VT ya da VF tetiklenmesi olan hastalarda ICD yerleştirilmesi önerilmektedir. Miyokard infarktüs (MI) öyküsü olan ve üzerinden en az 40 gün geçmiş ejeksiyon fraksiyonu (EF) %35'in altında olan New York Heart Association (NYHA) sınıf 2-3 kalp yetersizliği olan hastalar, EF'si %30'un altında olan NYHA



sınıf 1 kalp yetersizliği olan hastalarda uygulanabilir. MI öyküsü olup EF'si %40'ın altında olan devamlı VT'leri olmayan hastalarda da önerilmektedir. Değişik etiyolojik nedenlere bağlı oluşan kardiyomiyopatilerde AKÖ oranında artma gözlenmiştir ve bu hastalar ICD yerleştirilmesiyle yarar görmüşlerdir. Normal EF'ye sahip fakat uzun QT sendromu, Brugada sendromu gibi genetik elektiriksel anomalili ve sağ ventrikül displazili hastalarda, kalp transplantasyonu bekleyen hastalarda ICD önerilmektedir (ACC/AHA/NASPE, 2002; Runge ve Osman, 2008; Turgut, 2013).

### **2.3. ICD'nin Hasta Üzerine Etkileri**

ICD tedavisinin hayat kurtarıcı faydaları bulunmaktadır ancak ICD ile yaşamının fiziksel ve psikolojik etkileri de önemlidir (Wojcicka, Lewandowski, Smolis-Bak ve Szwed, 2008; Blotcher ve Ockene, 2009; Çınar, Tosun ve Köse, 2012; Cook, Valente, Maul, Dew ve ark, 2013).

#### **2.3.1. Fiziksel Etkiler**

Şok korkusu nedeniyle fiziksel aktiviteden kaçınmak, bu popülasyonda bildirilen en yaygın sorunlar arasındadır (Sears ve Conti, 2003; Lemon, Edelman ve Kirkness, 2004; Sears, Matchett ve Conti, 2009). Cutitta ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2014) ICD'li birçok hastanın cihaz nedeniyle aktiviteden kaçındıkları bulunmuştur. ICD implantasyonundan sonra hastalar fiziksel ve cinsel aktivitenin ICD şoklarına neden olmasından, araba sürmekten, şok aldıktan sonra ne yapacaklarını bilmemekten korkmaktadırlar (Kamphuis, Leeuw, Derksen, Hauer ve ark, 2003; McDonough, 2009; Kılıçlı ve Özdemir, 2017). ICD şokundan sonra herhangi bir hareketin ya da aktivitenin başka bir şoku tetikleyebileceği korkusuyla fiziksel semptomlar (kalp atış hızının artması gibi) tehlikeli olarak algılanmaktadır (Kamphuis, Leeuw, Derksen, Hauer ve ark, 2003; Lemon, Edelman ve Kirkness, 2004; Kamphuis, Verhoeven, Leeuw, Derksen ve ark, 2004; Raitt, 2008; Cutitta, Woodrow, Ford, Shea ve ark, 2014). Lemon ve arkadaşlarının (2004) 143 ICD'li hasta üzerinde yaptığı çalışmada hastaların %39'nun aktiviteden kaçındıkları bulunmuştur ve bu durumun temel nedeni artan kalp atış hızının şoku tetikleyebileceği korkusu olduğu belirtilmiştir. Hastalara sıklıkla yüksek derecede güçlü aktivitelerden kaçınmaları önerilir, bu bilgiler endişeli hastalar tarafından tüm fiziksel egzersiz veya efordan kaçınılması gerektiği konusunda yanlış yorumlanabilmektedir (Lemon, Edelman ve Kirkness, 2004).

Aynı zamanda ICD implantasyonu uyku kalitesi, beden imajı endişeleri (özellikle genç kadınlarda), sosyal rollerde değişiklikler, sosyal izolasyon ve organize sporlara katılım (özellikle çocuklarda ve ergenlerde) dahil olmak üzere birçok yaşam alanını etkileyebilir (Sears, Matchett ve Conti, 2009; Cook, Valente, Maul, Dew ve ark, 2013; ESC, 2015; Humphreys, Lowe, Rance ve Bennett, 2016; Abbasi, Negarandeh, Norouzadeh ve Shojae, 2016). Humphreys ve arkadaşlarının (2016) yaptığı kalitatif çalışmada hastaların cihazın büyüklüğü, insizyon bölgesi, implantasyonun olduğu taraftaki kolun hareket sınırlılığı ve ağrısı, insizyon bölgesinin sıcak-soğuk havaya duyarlılığı konusunda rahatsızlık hissettiklerini bildirmişlerdir.

### **2.3.2. Psikososyal Etkiler**

ICD implantasyonu hastada, psikososyal uyum ve yaşam kalitesinde sorunlara ve duygusal bozuklukların gelişimine neden olabilir (Duru, Buchi, Klaghofer, Mattmann ve ark, 2001). Birçok çalışmada hastaların yaşam kalitesi ve psikolojik iyiliği ile ilgili kaygılar dile getirilmiştir (Burke, Hallas, Clark-Carter, White ve ark, 2003; Thomas, Friedmann, Kao, Inguito ve ark, 2006; Bostwick ve Sola 2007; Carrol ve Hamilton, 2008; Jackson ve Murphy, 2017). Gelişmiş teknoloji ve klinik çalışmalarla hayatta kalan ICD'li hasta sayısı artmakta ve bu nedenle ICD implantasyonunun psikososyal yönü önemli bir konu haline gelmektedir (Burke, Hallas, Clark-Carter, White ve ark, 2003).

Önemli psikolojik rahatsızlığa neden olabilecek ve sonuç olarak ICD'si olan hastaların yaşam kalitesini etkileyebilecek bir dizi stresör vardır. Kamphuis ve arkadaşlarının (2004) yaptığı bir çalışmada bu stresörleri; batarya, şoklar, hayatta kalmak için bir elektronik cihaza bağımlı olmak, gelecekle ilgili endişeler ve ICD'nin gerekli olduğunda çalışmayacağı endişesi olarak tanımlamıştır. Aynı zamanda ICD implantasyonu, anksiyete, depresyon, travma sonrası strese neden olabilmektedir (Sears, Matchett ve Conti, 2009; Cook, Valente, Maul, Dew ve ark, 2013; ESC, 2015; Humphreys, Lowe, Rance ve Bennett, 2016).

Abbasi ve arkadaşlarının (2016) yaptığı kalitatif çalışmada ICD ile yaşamının zorlukları; şok korkusu ile yaşamak, gelecekle ilgili endişeler, şok sırasında ölümden korkmak olarak ifade edilmiştir. Şoklar, terapötik olarak etkili olmasına rağmen hastaların psikolojik durumu ve yaşam kalitesi için olumsuz sonuçları vardır. Şokların hem fiziksel hem de duygusal olarak rahatsız edici olduğu tespit edilmiştir (Sears ve Conti, 2003; Lemon, Edelman ve Kirkness, 2004; Thomas, Friedmann, Kao, Inguito ve ark, 2006; Sears, Matchett ve Conti, 2009; Akay ve Oğuz 2018). Şok alma korkusu, şok yaşamış olup olmadıklarına bakılmaksızın bütün hastalar için evrensel bir deneyimdir (Sears ve Conti, 2003; Sears, Sowell, Kuhl, Kovacs ve ark, 2007; Humphreys, Lowe, Rance ve Bennet, 2016). ICD'den şok alan hastalar, ICD ile yaşamının en kötü yanının cihazdan şok almak olduğunu ve şok almaktan korktuklarını ifade etmişlerdir (McDonough, 2009; Abbasi, Negarandeh, Norouzadeh ve Shojae, 2016). Çoğu hasta ICD şokunu bir dereceye kadar tolere edebilse de tekrarlayan şoklar rahatsız edicidir ve önemli psikolojik sıkıntılarla ilişkilendirilebilir (Sears ve Conti, 2003). Sadece şok riski bile hastalar için korkutucu olabilir (Kuhl, Dixit, Walker, Conti ve ark, 2006). ICD şokunun olası etkisi, korku ve belirsizliğin özel bir odağını oluşturur ve henüz bir şok yaşamamış olanlar bu bilinmeyen deneyimden korkmaktadırlar (McDonough, 2009; Kamphuis, Verhoeven, Leeuw, Derksen ve ark, 2004; Humphreys, Lowe, Rance ve Bennet, 2016). Cihaz şoklarının hem öngörülemez hem de kontrol edilemez olduğunu düşünen ICD hastaları, gelecekteki sağlık durumları hakkında çaresizlik, umutsuzluk gibi duygulara kapılabilmektedirler (Sears ve Conti, 2003; Sola ve Bostwick, 2005).

Şok deneyimi, şokların genellikle ağrılı olması, şok sonrası durumu, şokun yeri ve zamanındaki belirsizlikler, şokların tekrarlanması hastalarda endişeye neden olur (Duru, Buchi, Klaghofer, Mattmann ve ark, 2001; Kamphuis, Verhoeven, Leeuw, Derksen ve ark, 2004; Chevalier, Cottraux, Mollard, Sai ve ark, 2006; Carroll ve Hamilton, 2008; Wojcicka, Lewandowski, Smolis-Bak ve Szwed, 2008; Çınar, Tosun ve Köse, 2012; Abbasi, Negarandeh, Norouzadeh ve Shojae, 2016). Kamphuis ve arkadaşları (2003) bir kez şok deneyimledikten sonra diğer şokların, ilk şoktan daha az stresli olduğunu belirtmişlerdir. Şoku deneyimleyen hastaların şok almayanlara göre daha endişeli olduğu belirtilmektedir (Thomas, Friedmann, Kao, Inguito ve ark, 2006).

Klinisyenler genellikle ICD'lerin psikososyal etkisinin farkında değillerdir (Duru, Buchi, Klaghofer, Mattmann ve ark, 2001; ESC, 2015). Poliklinik ziyaretlerinde temel olarak cihaz fonksiyonlarının teknik yönlerine odaklanılıp psikososyal faktörlerin gözden kaçmasına neden olabilir (Duru, Buchi, Klaghofer, Mattmann ve ark, 2001; Kamphuis, Verhoeven, Leeuw, Derksen, Hauer ve ark, 2004; Lemon, Edelman ve Kirkness, 2004). Bu nedenle, psikolojik sıkıntının yeterli değerlendirilmesi ve tedavisi klinik tedavi ile bütünleştirilmelidir (ESC, 2015). ICD teknolojisi geliştikçe ve kullanım endikasyonları arttıkça ICD ile yaşamının etkisini anlama çabaları, bu cihazlara sahip hastaların fiziksel ve zihinsel sağlık sonuçlarını iyileştirebilir (Carroll ve Hamilton, 2008). ICD hastalarında, psikososyal sorunların tanımlanmasında ve yönetiminde bütüncül yaklaşım, hastanın başetme gücünün ve yaşam kalitesinin artması için önemlidir (Alkan, 2014).

#### **2.4. ICD Hastalarında Şok Anksiyetesi**

Şok, ICD'li hastalar ve genel kardiyak hasta popülasyonu arasında en önemli ayırt edici faktördür (Sears ve Conti, 2003). ICD şokları implantasyon sonrası dönemde önemli rol oynamaktadır (Jackson ve Murphy, 2017). ICD şoku hayat kurtarıcı olabilir ancak hastayı hayatı tehdit edici bir olayın gerçekleştiği konusunda uyarır (Chevalier, Cottraux, Mollard, Sai ve ark, 2006). Şok alma hastalara, hayatta kalmaları için ICD' ye bağımlı olduklarını düşünmelerine ve ölümü hatırlamalarına neden olabilmektedir (Humphreys, Lowe, Rance ve Bennett, 2016). Bu nedenle ICD implantasyonu ile birlikte en sık görülen sorunlardan biri şok almaya bağlı anksiyetedir (Van Den Broek, Nyklicek, Van Der Voort, Alings ve ark, 2008; Vazquez, Kuhl, Shea, Kirkness ve ark, 2008; Blotcher ve Ockene, 2009; Jackson ve Murphy, 2017; Akay ve Oğuz, 2018).

Stres ve anksiyete, aritmi ve ICD şoklarının morbiditeye önemli katkıda bulunabilecek potansiyel sonuçlarıdır (Peacock ve Whang, 2013; Qintar, George, Panko, Bea ve ark, 2015). Anksiyete, kalp atış hızı değişkenliğini ve baro-refleks kontrolünü azaltarak veya pıhtılaşma sisteminde değişiklikler yaparak kardiyak sonuçları kötüleştirir (Von Kanal, Mills, Fainman ve Dimsdale, 2001; Watkins, Blumenthal ve Carney, 2002). Qintar ve arkadaşları (2015) yaptığı çalışmada anksiyete görülme sıklığını %27-35 arasında bulmuşlardır.

Şok anksiyetesi, oluşabilecek şoklardan korkma ve şoka neden olabilecek aktivitelerden kaçınma olarak tanımlanmıştır (Morken, Bru, Norekval, Larsen ve ark, 2013). ICD'si olan her hastada şok anksiyetesi görülmemektedir (Ford, Finch, Woodrow, Cutitta ve ark, 2012). Şok anksiyetesi çeşitli psikolojik, kişilik ve biyomedikal faktörlerden etkilenmektedir (Ford, Finch, Woodrow, Cutitta ve ark, 2012). Yapılan bir çalışmada şok anksiyetesi ve post travmatik stres semptomları arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır (Morken, Bru, Norekval, Larsen ve ark, 2013). Şokun yarattığı travmatik olaya karşı oluşabilen korku, kaygı ve çaresizlik gibi duygusal tepkilerin post travmatik stres semptomlarının gelişme riskini arttırdığı düşünülmektedir (Morken, Bru, Norekval, Larsen ve ark, 2013). Şok anksiyetesi klinik olarak önemli bir kaygı bozukluğuna ya da şokla ilgili davranışlardan kaçınmaya neden olabilir (Ford, Finch, Woodrow, Cutitta ve ark, 2012). Wojcicka ve arkadaşları (2008) ICD şokuna bağlı anksiyeteyi %84,4 bulmuşlardır ve hastaların yaklaşık yarısının şoktan korunmak için aktivitelerini azalttıklarını tespit etmişlerdir. Cutitta ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2014) ICD'li birçok hastanın şok anksiyetesi yaşadıkları bulunmuştur. Morken ve arkadaşlarının (2012) 167 ICD'li hastayla yaptıkları çalışmada hastaların %44'ü şok anksiyetesini deneyimlemiş ve şok öyküsü olan hastaların yanı sıra yakın zamanda taşiaritmisi olan hastaların son zamanlarda taşiaritmisi olmayan hastalardan daha fazla şok kaygısı bildirdiklerini ortaya koymuştur.

ICD'li hastalarda anksiyetenin uygunsuz şok yaşayan veya sık şok yaşayanlarda daha belirgin olduğu belirtilmiştir (ESC, 2015). Yapılan bazı çalışmalar bu durumun aksini ortaya koymuşlardır (Lampert, Joska, Burg, Batsford ve ark, 2002; Burke, Hallas, Clark-Carter, White ve ark, 2003; Dunbar, Lnaberg, Reilly, Viswanathan ve ark, 2009). Schulz ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmanın bulgularına göre tekrarlayan ICD şoklarının sonuç değil anksiyetenin nedeni olduğunu göstermektedir. Anksiyete düzeyi hastanın aldığı şok sayısına bağlı olmayabilir ancak hastanın nasıl yorumladığına dayanabilir (Sola ve Bostwick, 2005). Yapılan çalışmalarda şok alan ICD'li hastaların almayanlara göre anksiyete puanları daha yüksek bulunmuştur (Kamphuis, Leeuw, Derksen, Hauer ve ark, 2003; Spindler, Johansen, Andersen, Mortensen ve ark, 2009; Qintar, George, Panko, Bea ve ark, 2015). Şok alan hastaların şok almayanlara göre 1.5 kat daha anksiyöz oldukları saptanmıştır (Thylen, Moser, Stromberg, Dekker ve ark, 2016).

Sola ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada cihazın şoklama sıklığı ve yakın zamanda şoklaması anksiyete ile ilişkili olarak görülmüştür.

Hamilton ve Carroll'un yaptığı çalışmada (2004) genç ICD hastalarının yaşlı hastalara göre implantasyon sırasında anksiyete düzeyleri yüksek görülmüş ve implantasyondan sonraki 12. ayda her iki grubunda anksiyete düzeyleri yaklaşık olarak aynı bulunmuştur. Vazquez ve arkadaşlarının 2008 yılında ICD'li kadın hastalarda yaptıkları çalışmada genç kadınların yaşlı kadınlara kıyasla şok-ölüm anksiyetesi ve beden imgesi konusunda çok daha endişeli olduğunu bulmuşlardır. Kadın ICD'li hastaların daha fazla ICD şoku aldığı ve erkeklere göre daha fazla şok kaygısı yaşadıkları görülmüştür (Sowell, Sears, Walker, Kuhl ve ark, 2007; Spindler, Johansen, Andersen, Mortensen ve ark, 2009; Jackson ve Murphy, 2017). Ancak Habibovic ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada cinsiyetin anksiyete üzerinde farklılık yaratmadığı saptanmıştır.

## **2.5. ICD Hastalarında Cinsel Yaşam**

Cinsellik, temel bir insan gereksinimidir. Cinsel sağlık; cinselliğin bedensel, duygusal, zihinsel ve sosyal yönlerinin kişilik, iletişim ve sevgiyi geliştirecek şekilde bütünleşmesi olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2006). Cinsellik bireyin yaşam koşullarından etkilenmekte, aynı zamanda cinsel yaşamdaki değişimler bireyin yaşam kalitesini etkilemektedir (Arrington, Cofrancesco ve Wu 2004; Tuğut ve Gölbaşı, 2010). Cinsel işlevdeki kısa süreli bozulmalar bile hayal kırıklığı ve sıkıntı yaratabilir, kronik bozulma kaygı ve depresyona yol açabilir, eşlerle ilişkilere zarar verebilir ve yaşamın diğer yönlerinde işlevini bozabilir (Arrington, Cofrancesco ve Wu 2004).

ICD'li hastaların birçok psikososyal sorunu tanımlanmış ancak ICD sonrası cinsel yaşamda oluşabilecek kaygılara dikkat çekilmemiştir (Steinke, Gill-Hopple, Valdez ve Wooster, 2005). Birçok hasta cinsel aktiviteden korkmaktadır ve bu durum ICD hastaları için önemli bir endişe kaynağıdır (Vazquez, Sears, Shea ve Vazquez, 2010; Yardımcı ve Mert, 2018). İmplantasyon sonrası cinsel aktiviteyi sürdürmekle ilgili endişelerin bazı hastalarda az bazı hastalarda çok olduğu görülmüştür (Steinke, 2003). İmplantasyon sonrası birçok hasta cinsel aktivite esnasında cihazın şoklama yapmasından korkmaktadır (Steinke, 2003; Steinke, Gill-

Hopple, Valdez ve Wooster 2005; Berg, Elleman-Jensen, Zwisler, Winkel ve ark, 2013; Steinke, Jaarsma, Barnason, Byrne ve ark, 2013). Steinke ve arkadaşları (2005), bu korkunun artmış kalp hızı ve fiziksel aktivite sırasında kalp ritmindeki değişiklik ile ilgili olduğunu bildirmişlerdir. Hastaların cinsellikle ilgili en çok endişe duydukları konular arasında; cinselliğe duyulan ilgide azalma, aşırı koruyucu eş ve erektil zorluklar vardır (Steinke, 2003; Steinke, Gill-Hopple, Valdez ve Wooster, 2005; Berg, Pedersen, Svendsen, Zwisler ve ark, 2012).

ICD sonrası cinsel aktiviteye dönüş için genellikle özel kurallara ihtiyaç yoktur (Steinke, 2003). Literatüre göre cinsel aktiviteye dönüş sorunlu olmamalıdır ama hastalar çeşitli korku ve kaygılar ifade etmektedir (Steinke, Gill-Hopple, Valdez ve Wooster 2005). Birçok ICD hastası cinsel aktivite sırasında cihazın şoklaması durumunda eşinin yaralanacağından korkmaktadır (Zayac ve Finch, 2009). Cinsel aktivitenin ICD sonrası büyük ölçüde etkilenmediğinin düşünülmesinin aksine bazı çalışmalar cinsel aktivitenin sıklığının azaldığını bildirmişlerdir (Steinke, 2003; Steinke, Gill-Hopple, Valdez ve Wooster, 2005). Örneğin Steinke 2003 yılında 82 hasta üzerinde yaptığı çalışmada cinsel aktivitenin ICD öncesi %78 iken ICD sonrası %55'e düştüğü bulunmuştur. Başka bir çalışmada, ICD implantasyonundan önce cinsel ilişkide azalma yaşayan hasta sayısı %51.8 iken bu oranın implantasyondan altı ay sonra %66.7 olduğu saptanmıştır (Berg, Elleman-Jensen, Zwisler, Winkel ve ark, 2013). Aynı çalışmada 141 hastadan 22'sinin ICD implantasyonundan sonra cinsel aktivitelerini sona erdirdiği belirtilmiştir. Başka bir çalışmada hastaların %35,4'ünün cinsel aktivitede bulunmadıkları, %51'inin ise cinsel aktiviteden kaçındıkları tespit edilmiştir (Cutitta, Woodrow, Ford, Shea ve ark, 2014). ICD'li genç yetişkinlerde psikolojik sorunların incelendiği bir çalışmada, kadın hastaların cinsel problemler yaşadığı, cinsel temas konusunda endişe duydukları ve cinsel ilişkide bulunmadıkları bildirilmiştir (Wojcicka, Lewandowski, Smolis-Bak ve Szwed, 2008). Humphreys ve arkadaşlarının (2016) yaptığı bir çalışmada cinsel ilişkiden kaçınmanın taburcu olduktan sonraki ilk haftalarda daha yaygın olduğu belirtilmiştir.

Cinsel aktivite çoğu hasta için güvenlidir (Vazquez, Sears, Shea ve Vazquez, 2010). ICD'li hastalarında içinde olduğu kardiyovasküler hastalığı olanlarda, cinsel aktivite sırasında ventriküler aritmi riski fiziksel efora da egzersiz testi sırasında olan riskten daha yüksek olmadığı bildirilmektedir. Bu nedenle, spor aktivitelerine katılmaları güvenli kabul edilen aritmi

hastalarının cinsel aktiviteye başlamaları önerilmektedir (Levine, Steinke, Bakaeen, Bozkurt ve ark, 2012). Güvenli olarak kabul edilen aritmili hastalar arasında; atriyal fibrilasyon, atriyal taşikardi, atriyal flutter, atrioventriküler nodal reentry ya da reentry taşikardisi olan; kalp pili olan; birincil korunma amacıyla implante edilen ICD'ler; karşılaştırılabilir düzeyde fiziksel aktivitenin VT veya VF'ye neden olmayan, sık şok almayan ve sekonder önleme amacıyla implante edilmiş ICD'li hastalar yer almaktadır (Levine, Steinke, Bakaeen, Bozkurt ve ark, 2012).

Cinsel aktivite ile ICD şoklamasının sık yaşanan bir olay olmadığı düşünülmektedir (Steinke, Gill-Hopple, Valdez ve Wooster, 2005). Ancak birçok çalışmada hastaların cinsel aktivite sırasında şok aldıkları belirtilmektedir. Örneğin; 43 ICD'li hastayla yapılan bir çalışmada iki hastanın cinsel aktiviteyle ICD şoku deneyimlediği ve 12 ICD hastasıyla yapılan başka bir çalışmada beş hastanın cinsel aktiviteyle ICD şoku deneyimledikleri bulunmuştur (Fries, König, Schafers ve Böhm, 2002; Steinke, Gill-Hopple, Valdez ve Wooster, 2005). Seksen iki ICD'li hastayı kapsayan bir çalışmada 11 hastanın cinsel aktivite ile birlikte ICD şoklaması yaşadığı bildirilmiştir (Steinke, 2003). Berg ve arkadaşlarının 2013 yılında 141 hastayla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada girişim grubunda ve kontrol grubunda birer hastanın cinsel aktivite sırasında ICD şoku yaşadığı bulunmuştur. Başka bir çalışmada 28 hastanın hiçbir cinsel ilişki sırasında ICD şoku yaşamamıştır (Wojcicka, Lewandowski, Smolis-Bak ve Szwed, 2008). Cinsel aktivite sırasında şoklama yaşayan hastalar gelecekte yaşayabilecekleri şoklamalardan endişe duymaktadırlar (Steinke, Gill-Hopple, Valdez ve Wooster, 2005). Birçok ICD hastası ve eşleri normal fiziksel ve cinsel aktiviteyi sürdürmek istemektedir, ancak aktiviteye dönüşün şokla sonuçlanacağından korkmaktadır (Zayac ve Finch, 2009).

ICD sonrası cinsel aktivitede ilgi değişiklikleri meydana gelebilir (Steinke, 2003). Steinke'nin (2003) yaptığı çalışmasında ICD sonrası hastaların %29'unda ve eşlerinin %39'unda cinsel ilginin azalmış olduğunu belirtmiştir ve bir diğer çalışmasında hastaların çoğunun cinsel aktiviteye ilgisinin devam ettiğini veya arttığını bildirmiştir (Steinke, Gill-Hopple, Valdez ve Wooster, 2005).



Önceki çalışmalarda, hastaların cinsel aktivitenin devam ettirilmesine yönelik endişeleri olduğu, cinsel yaşamlarıyla ilgili daha fazla bilgi ve danışmanlık istedikleri, ICD takıldıktan sonra cinsel aktivite sıklığının azaldığı, cinsel aktivite sırasında şok almaktan korktukları bildirilmektedir (Steinke, Gill-Hopple, Valdez ve Wooster, 2005; Zayac ve Finch, 2009). Walker ve arkadaşlarının (2004) ICD'li kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, üreme ve cinsel sağlık konularının kadınlar için önemli olduğunu, cinsel aktivite sırasında şok almaktan ve eşlerinin zarar görmesinden endişe duydukları ve endişelerini sağlık profesyonelleriyle paylaşmadıklarını belirtmişlerdir.

## **2.6. ICD'li Hastalarda Hemşirelik Bakımı**

ICD implantasyonu uygulanan hastaların hayatlarının farklı alanlarında çeşitli zorluklar yaşadığı daha önceki bölümlerde bahsedilmiştir. Bu yüzden bu hastalarda sadece tıbbi bakıma değil hastanın psikososyal yönüne de odaklanılarak sorunlar tanımlanmalıdır.

ICD hastalarında eğitim çok önemli bir konudur. Bu eğitim; ICD'nin amacı ve bölümlerini, ICD sisteminin nasıl çalıştığını, pil kartlarını her zaman yanında taşımaları gerektiğini, eş ya da ailelerin şokla nasıl baş edebileceğini, ICD'nin bakımı ve kontrollerini, ilişkideki ve aile içindeki rol değişikliğini, günlük yaşam aktivitelerini, fiziksel değişiklikleri, cinsel aktivitenin yeniden başlatılmasını, cihaz şok verdiğinde ne hissedeceğini, şok alındığında ne yapılması gerektiğini, şok anında bilincini kaybedip kaybetmeyeceğini, halka açık yerde şok alırsa neler olabileceği gibi konuları kapsamalıdır (Dougberty, Benoliel ve Bellin, 2000; Bulantekin ve Oğuz, 2010; Alkan, 2014). Hastalara, normalde şokların ortaya çıkabileceğini ve mutlaka bir sorun işareti olmadığı anlatılmalıdır. Kaçınma davranışlarını önlemek için; bilinen hiçbir şok-davranış bağlantısı olmadığı vurgulanmalıdır ve şok öncesi aktiviteye dönüş yapılmalıdır (Sears ve Conti, 2003). Hastaların ve aile üyelerinin duyguları ve kaygıları normalleştirilmelidir. Hastaların sosyal faaliyet, egzersiz yapmak gibi normal yaşam tarzına dönüşü teşvik edilmelidir (Edelman, Lemon ve Kirkness, 2007). Hastalar motorlu araç kullanmaya devam edebilir. Ancak son semptomatik aritmiden sonra en az 3 ile 6 ay arasında motorlu araç kullanmaktan kaçınılmalıdır. Hastalar ICD'nin motorlu araç kullanımına engel oluşturmadığını, fakat sürüş esnasında bir aritmi deneyiminin, bunu tedavi etmek için bir şok almanın potansiyel riskinin kendisi ve başkaları için tehlike oluşturabileceğini bilmelidir

(Çınar, Tosun ve Köse, 2012). Çevresel elektromanyetik parazit oluşturabilecek, kaçınılması gereken nesneler ve yerler konusunda bilgi verilmelidir (Edelman, Lemon ve Kirkness, 2007). Havaalanı ve alışveriş merkezlerinde bulunan güvenlik kapılarından geçmek ICD cihazına zarar vermemektedir. Hastalar güvenlik cihazına yaslanmamalı veya cihazın ortasında durmamalı, bu alandan normal yürüme hızında ve beklemeden geçilmeli, yürüme sırasında metal dedektör ile temas edilmemelidir. Cihazın fonksiyonlarını etkileyeceği için el tarama cihazı ile üzerinin aranmasına izin verilmemelidir. Cep telefonları implant bölgesinden en az 15 cm uzakta tutulmalı, implantın olduğu tarafta giysi cebinde açık olarak taşınmamalı ve implant bölgesinin diğer tarafındaki kulakla görüşme yapılmalıdır. Bilgisayarlı tomografi, floroskopi, röntgen, nükleer testler ICD'li hastalarda güvenle uygulanabilmesine karşın, manyetik rezonans görüntüleme (MRI) teknikleri güçlü manyetik alanı nedeniyle ICD fonksiyonunu etkileyebilir (Çınar, Tosun ve Köse, 2012).

#### **2.6.1. ICD'li Hastalarda Cinsel Yaşama Yönelik Hemşirelik Bakımı**

Cinsellik, bireylerin sağlığı ve yaşam kalitesi için önemli olduğu bilinmektedir (Gölbaşı, 2003). Çalışmalar incelendiğinde ICD hastalarının cinsellikle ilgili endişe duydukları görülmektedir. Hasta bakımında bütüncül bir yaklaşım izleyen hemşirelerin ICD hastalarında cinsellik boyutuna da yer vermeleri gerekmektedir.

Hastalara cinsel aktivitenin orta düzeyde fiziksel aktivite olarak kabul edildiği ve kalpte sadece hafif düzeyde strese neden olduğu anlatılmalıdır (Vazquez, Sears, Shea ve Vazquez, 2010). ICD hastalarının cinsel ilişkide bulunmaması gerektiğini öne süren mevcut bir çalışmanın olmadığı ifade edilmelidir (Vazquez, Sears, Shea ve Vazquez, 2010; Yardımcı ve Mert, 2018). Cinsel aktivitenin, iki kat merdiven çıkıldığında sarf edilen eforla eşit olduğu anlatılmalıdır. Hasta eğer bu eforu rahat bir şekilde gerçekleştiriyorsa cinsel aktivite için risk taşımayacağı belirtilmelidir. Hastaların bu anlatılanlar karşısında hala tereddütleri varsa efor testi yapılarak hastanın endişeleri azaltılmalıdır. Hastalara ICD implantasyonundan sonra cinsel aktivitede azalma veya geçici durmalar olabileceğinin, cinsel aktivite konusunda ilgisinin azalabileceğinin normal olduğu anlatılmalıdır (Vazquez, Sears, Shea ve Vazquez, 2010). ICD hastaları ve eşleri cinsel ilişkilerini sürdürmeye teşvik edilmelidir (Eckert ve Jones, 2002).

Hastaların cinsel aktivite ile ilgili risk düzeylerini değerlendirmek faydalı olabilir ve düşük riskli hastalar cinsel aktiviteyi sürdürmeleri için desteklenebilir; yüksek riskli olanlar ya da cinsel aktivitenin neden olduğu kardiyovasküler semptom yaşayanlarda, durumları düzelinceye kadar cinsel aktiviteleri ertelenebilir (Levine, Steinke, Bakaeen, Bozkurt ve ark, 2012; Steinke, Jaarsma, Barnason, Byrne ve ark, 2013). Genel olarak, özellikle orta derecede fiziksel aktivite ile semptom vermiyorsa ICD hastalarının implantasyon sonrasında cinsel aktiviteye devam edebilecekleri belirtilmektedir (Steinke ve Jaarsma, 2015). Kötü kardiyak fonksiyonları nedeniyle cinsel ilişki mümkün olmayanlarda ya da cinsel ilişkiye köprü oluşturması açısından daha az enerji harcamasına neden olan aktivitelerin (sarılma, öpüşme gibi) kullanılması teşvik edilebilir. Cinsel aktivite ile ilişkili herhangi bir kardiyak stresi azaltmak için alışıldık bir ortamın kullanılmasının yarar sağlayabileceği belirtilmektedir. Hastalara cinsel aktivite sırasında kalp atış hızı, kan basıncı ve solunum hızının artmasının normal olduğu ve telaşlanmamaları gerektiği anlatılmalıdır (Steinke, Jaarsma, Barnason, Byrne ve ark, 2013). Cinsel ilişkiden önce ve sonra dinlenebileceği, rahat olduğu ve yeterli zamanı olduğunda cinsel aktiviteyi planlaması önerilir (Vazquez, Sears, Shea ve Vazquez, 2010). Hastalara cinsel ilişkiden önce dinlenmiş olmalarının, ön sevişme süresinin uzatılması heyecanının azalması açısından faydalı olabileceği belirtilmelidir. Cinsel ilişkiden bir ila üç saat öncesinden itibaren aşırı yemek yemekten kaçınmaları ve alkol alımından uzak durmaları gerektiği belirtilmelidir (Vazquez, Sears, Shea ve Vazquez, 2010). ICD'li hastalara, implantasyon bölgesinin gergin olmaması ve basınç uygulanmaması gerektiği anlatılmalı, çiftlerin cinsel aktivite sırasında şok alma korkularına ilişkin endişeleri tartışılmalı ve cinsel aktivite ile şok almanın düşük bir risk olduğu anlatılmalıdır (Steinke, Jaarsma, Barnason, Byrne ve ark, 2013). Hastalar cinsel aktivite sırasında göğüs ağrısı, nefes darlığı, hızlı veya düzensiz kalp atış hızı, baş dönmesi, cinsel aktiviteden sonraki uykusuzluk veya yorgunluk gibi semptomlar yaşarlarsa bildirmeleri konusunda teşvik edilmelidir (Steinke, Jaarsma, Barnason, Byrne ve ark, 2013). Hastalara, eğer cihaz cinsel ilişki sırasında şoklama yaparsa bu durumun eşine bir zarar vermeyeceği ve ağrıya neden olmayacağı konusunda bilgi verilmelidir (Walker, Campbell, Sears, Glenn ve ark, 2004; Vazquez, Sears, Shea ve Vazquez, 2010). Cinsel ilişki sırasında şok almak, diğer aktiviteler esnasında şok almaktan farklı değildir. Hasta cinsel ilişki sırasında bir kere şok aldıysa ve sonrasında kendisini iyi hissediyorsa mümkün olan en kısa zamanda doktoruna başvurulmalıdır. Hasta birden fazla şok aldıysa hemen

doktorunu veya 112'yi aramalıdır. Hasta herhangi bir sayıda şok aldıysa ve sonrasında kendisini iyi hissetmiyorsa hemen 112'yi aramalıdır (Vazquez, Sears, Shea ve Vazquez, 2010).

Hasta ve eş arasındaki cinsel ihtiyaç veya endişelere ilişkin iletişimi için teşvik etmek, genel uyum ve yaşam kalitesi açısından önemlidir (Steinkeve Jaarsma, 2015). Hastaların cinsel yaşamlarıyla ilgili sorunları eşleri ile birlikte konuşulmalı ve hastalar bu konularda konuşmaları için desteklenmelidir (Yardımcı ve Mert, 2018).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırma Tipi**

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır

#### **3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı**

Araştırmaya Mayıs 2017 tarihinde literatür taramasıyla başlamış; Haziran 2019'da tez savunmasıyla sonlanmıştır. Veriler Ocak 2018- Mart 2019 tarihleri arasında İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji kliniği ve polikliniğinde toplanmıştır.

#### **3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi**

Araştırmaya İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji kliniği ve polikliniğine başvuran, örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan tüm ICD'li hastalar dahil edilmiştir. İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji kliniğinde 2011'den bu yana 294 hastaya ICD takılmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğünü belirlemek için bilinen evrenden örneklem hesaplama yöntemi kullanılmış olup örneklem sayısı 167 hasta olarak belirlenmiştir. Tip I hata 0.05 olarak kabul edilmiştir.

#### **Dahil Edilme Kriterleri;**

- ✓ 18 yaş ve üzerinde olan,
- ✓ Okur yazar olan,
- ✓ Türkçe bilen,
- ✓ İmplant edilebilen kardiyoverter defibrilatörü olan,
- ✓ Çalışmayı katılmaya gönüllü olan kişiler olarak belirlenmiştir.

#### **Dışlanma Kriterleri;**

- ✓ Son dönem kalp yetersizliği,
- ✓ İleri derecede Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH),
- ✓ Kanseri tanısı alan,

- ✓ Son dönem böbrek yetmezliği,
- ✓ Bilinen bir psikiyatrik tanısı olan hastalar olarak belirlenmiştir.

Dahil edilme kriterlerine uyan ICD hastalarına araştırma hakkında bilgi verilerek ve araştırmaya katılmaya gönüllü hastalara yüz yüze görüşme yoluyla anket formları doldurularak örnekleme alınmıştır.

### **3.4. Çalışma Materyali**

Çalışma materyali olarak veri toplama araçları kullanılmıştır.

### **3.5. Araştırma Değişkenleri**

Bağımlı değişkenler: ICD’li hastaların cinsel yaşam kalitesi puanları.

Bağımsız değişkenler: ICD’li hastaların şok anksiyete puanları, yaş, cinsiyet, eğitim, şok alma durumu ve ICD takılma süresidir.

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Veri toplama aracı olarak Tanıtıcı Özellikler Soru Formu (Ek-2), Florida Şok Anksiyete Ölçeği (Ek-3), Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (Ek-4), Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Erkek (Ek-5) kullanılmıştır.

#### **3.6.1. Tanıtıcı Özellikler Soru Formu**

Literatür doğrultusunda konuya ilişkin olarak araştırmacı tarafından hazırlanan hastaların sosyo-demografik özelliklerini tanılamaya yönelik formdur. Bu form hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu gibi demografik, komorbid hastalıkları, ICD’nin takıldığı tarih, şok alıp almadığı gibi klinik özellikleri tanımlayıcı sorulardan oluşmaktadır (Steinke, Gill-Hopple, Valdez ve Wooster, 2005; Morken, Isaksen, Karlsen, Norekval ve ark, 2012; Cook, Valente, Maul, Dew ve ark, 2013; Morken, Bru, Norekval, Larsen ve ark, 2013).

#### **3.6.2. Florida Şok Anksiyetesi Ölçeği (FŞAÖ)**

ICD şoklamalarıyla ilişkili anksiyetenin ölçümünde kullanılmak üzere Kuhl ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek beşli likert tipinde, 10 maddeden oluşmaktadır ve “1=Hemen hiçbir zaman, 2=Nadiren, 3=Bazen, 4=Çoğu zaman ve 5=Her zaman” yanıtlarını içermektedir. Ölçeğin orijinalinde sonuç faktörü ve tetikleyici faktör olmak üzere iki alt boyuttan

oluşmaktadır. Ancak Türkiye’deki geçerlilik güvenirlik çalışmasında tek boyutlu kullanımının uygun olduğu kabul edilmiştir. Yüksek puanlar yüksek anksiyete düzeyini gösterirken, düşük puanlar düşük anksiyete düzeyini göstermektedir (Kuhl, Dixit, Walker, Conti ve ark, 2006). Orjinal ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı (Cronbach alpha) 0.91 olarak bulunmuştur (Kuhl, Dixit, Walker, Conti ve ark, 2006). Ölçeğin Türkiye’deki geçerlilik güvenirlik çalışması Yardımcı ve Mert tarafından 2015 yılında yapılmış olup iç tutarlılık güvenirlik katsayısı (Cronbach alpha) 0,83 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,88 olarak bulunmuştur.

### **3.6.3. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K)**

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (Sexual Quality of Life Questionnaire Female-SQOL-F) Symonds ve arkadaşları tarafından 2005 yılında geliştirilmiş, geçerlik ve güvenirlik çalışması 18-65 yaş arası kadınlarla gerçekleştirilmiştir (Symonds, Boolell ve Quirk, 2005). Ölçek 18 maddeden oluşup altılı likert tipindedir (Symonds, Boolell ve Quirk, 2005). Maddeler 1=Tamamen katılıyorum, 2=Büyük ölçüde katılıyorum, 3= Kısmen katılıyorum, 4= Kısmen katılmıyorum, 5= Büyük ölçüde katılmıyorum, 6= Hiç katılmıyorum şeklinde kullanılmıştır ve ölçeğin puan aralığı 18-108 arasındadır (Symonds, Boolell ve Quirk, 2005). Toplam puan hesaplanmadan önce 1, 5, 9, 13, 18 numaralı maddelerin puanlarının tersine çevrilmesi gerekmektedir. Ölçekten alınan toplam puan 100’e dönüştürülmektedir ve “(Ölçekten alınan ham puan – Ölçekten alınabilecek en düşük puan)\* 100 / (Ölçekten alınabilecek en yüksek puan – en düşük puan)” formülü kullanılmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir. Orijinal ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı (Cronbach alpha) 0,95 olarak bulunmuştur (Symonds, Boolell ve Quirk, 2005). Ölçeğin Türkiye’deki geçerlilik güvenirlik çalışması Tuğut ve Gölbaşı tarafından 2010 yılında yapılmış olup iç tutarlılık güvenirlik katsayısı (Cronbach alpha) 0,83 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,81 olarak bulunmuştur.

### **3.6.4. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Erkek (CYKÖ-E)**

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği - Erkek (Sexual Quality of Life Questionnaire Male - SQOL-M) 2008 yılında Abraham ve arkadaşları tarafından kadınlar için geliştirilen Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (Symonds, Boolell ve Quirk, 2005) formundan bazı maddeler çıkarılarak

oluşturulmuştur. Ölçek 11 maddeden oluşup altılı likert tipindedir (Abraham, Symonds ve Morris, 2008). Maddeler 1=Tamamen katılıyorum, 2=Büyük ölçüde katılıyorum, 3= Kısmen katılıyorum, 4= Kısmen katılmıyorum, 5= Büyük ölçüde katılmıyorum, 6= Hiç katılmıyorum şeklinde kullanılmıştır. Ölçekten alınan toplam puan 100'e dönüştürülmektedir ve “(Ölçekten alınan ham puan - Ölçekten alınabilecek en düşük puan) \* 100 / (Ölçekten alınabilecek en yüksek puan – en düşük puan)” formülü kullanılmaktadır (Abraham, Symonds ve Morris, 2008). Ölçekten alınan puanın yüksek olması cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir. Orijinal ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı (Cronbach alpha) 0,82 olarak bulunmuştur (Abraham, Symonds ve Morris, 2008). Ölçeğin Türkiye’ deki geçerlilik ve güvenirlik çalışması araştırmacılar tarafından yapılmıştır ve iç tutarlılık güvenirlik katsayısı (Cronbach alpha) 0,96 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,96 olarak bulunmuştur.

### 3.7. Araştırma Planı

Literatür Tarama (Mayıs - 2017)

Kurum İzni ve Etik Kurul İzninin Alınması (Ocak - 2018)

Verilerin Toplanması (Ocak 2018 - Mart 2019)

Verilerin Girilmesi ve Analiz Süreci (Nisan - 2019)

Tez Yazım Süreci ve Raporlama (Nisan 2019 - Mayıs 2019)

Yüksek Lisans Tez Savunma Sınavı (Haziran - 2019)



### **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışmamızda elde edilen veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 22.0 programı kullanılarak girilmiş ve analiz edilmiştir. Sosyo-demografik özellikler, şok anksiyetesi ve cinsel yaşam kalitesi sayı, ortalama, yüzde ve standart sapma kullanılarak değerlendirilmiştir. Şok anksiyetesi ile cinsel yaşam kalitesi arasındaki ilişki korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Korelasyon gücü 0.00-0.25 çok zayıf, 0.26-0.49 zayıf, 0.50-0.69 orta, 0.70-0.89 yüksek, 0.90-1.00 çok yüksek korelasyon olarak değerlendirilmiştir. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenlere etkisi çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelenmiştir. Regresyon analizinde kadın olmak, şok almak riskli kabul edilmiş ve bir olarak kodlanmış, diğer veriler sıralı veriler olduğu için kodlama yapılmamıştır. Ölçek puanlarından Varyans Artış Faktörü (Variance Inflation Factor-VIF) değeri 10'un altında ve tolerans değeri 0.2'den büyük olanlar modele dahil edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Çalışma kadın hastaların sayısının az olması ve hastalara cinsel aktifliğinin sorulmaması ile sınırlıdır.

### **3.10. Etik Kurul Onayı**

Araştırmanın amacı hastalara yazılı ve sözlü olarak açıklanmıştır. Hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır (Ek-1). Araştırma için İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır (Ek-6). Araştırmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 19 karar nosu ile 10.01.2018 tarihinde etik kurul onayı verilmiştir (Ek-8).

#### 4. BULGULAR

İmplant edilebilen kardiyoverter defibrilatörlü hastaların cinsel yaşam kalitelerini ve şok anksiyetelerini incelemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

##### 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

**Tablo 1: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı (n=167)**

| Sosyo-Demografik Özellikler |                    | n   | %    |
|-----------------------------|--------------------|-----|------|
| Cinsiyet                    | Kadın              | 40  | 24   |
|                             | Erkek              | 127 | 76   |
| Medeni Durum                | Evli               | 158 | 94,6 |
|                             | Bekar              | 9   | 5,4  |
| Eğitim Durumu               | İlköğretim         | 69  | 41,3 |
|                             | Ortaöğretim        | 52  | 31,1 |
|                             | Lise               | 33  | 19,8 |
|                             | Yükseköğretim      | 13  | 7,8  |
| Kronik Hastalıklar*         | Diyabetes Mellitus | 61  | 36,5 |
|                             | Hipertansiyon      | 70  | 41,9 |
|                             | Kalp Yetersizliği  | 94  | 56,3 |
|                             | Ritm Bozukluğu     | 81  | 48,5 |
| ICD şok verme durumu        | Evet               | 51  | 30,5 |
|                             | Hayır              | 116 | 69,5 |
| Şok sayısı                  | 1                  | 23  | 45,1 |
|                             | 2 ve üstü          | 28  | 54,9 |
| ICD takılma süresi          | 1 – 12 ay          | 50  | 29,9 |
|                             | 13 – 24 ay         | 44  | 26,3 |
|                             | 25 – 36 ay         | 31  | 18,6 |
|                             | 37 ve üzeri        | 42  | 25,1 |

\*Bir hastada birden fazla kronik hastalık vardır.

Hastaların çoğunluğu erkek (%76), evli (%94.6) ve ilköğretim mezunudur (%41.3). Yaş ortalaması  $56.65 \pm 7.96$ 'dır. Kadın hastaların yaş ortalaması  $55.12 \pm 6.04$ , erkek hastaların yaş ortalaması ise  $57.13 \pm 8.44$ 'tür. Hastaların %56.3'ünde kalp yetersizliği olduğu bulunmuştur.

Hastaların %30.5'i şok almış olup, şok alanların %54.9'u iki ve daha fazla sayıda şok almıştır. Cihaz implantasyon süresi  $31.39 \pm 19.96$  ay olarak bulunmuştur (Tablo 1).

#### 4.2. ICD'li Hastaların Florida Şok Anksiyete Ölçeği ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalaması

**Tablo 2: ICD'li Hastaların Florida Şok Anksiyete Ölçeği ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalaması (n=167)**

| Ölçek       | Min – Max  | X±SS              |
|-------------|------------|-------------------|
| FŞAÖ        | 10 - 40    | $17.21 \pm 7.88$  |
| CYKÖ-K      | 20 - 94.44 | $65.78 \pm 22.19$ |
| CYKÖ-E      | 3.64 - 100 | $70.91 \pm 22.27$ |
| CYKÖ-TOPLAM | 3.64 - 100 | $69.68 \pm 22.29$ |

Hastaların şok anksiyetesi puan ortalaması  $17.21 \pm 7.88$  olarak bulunmuştur. Kadınların cinsel yaşam kalitesi puan ortalaması  $65.78 \pm 22.19$ , erkeklerin cinsel yaşam kalitesi puan ortalaması  $70.91 \pm 22.27$  olup, toplam cinsel yaşam kalitesi puan ölçeği ortalaması  $69.68 \pm 22.29$ 'dur (Tablo 2).

#### 4.3. ICD'li Hastaların Şok Anksiyete Düzeyleri ile Cinsel Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

**Tablo 3: Hastaların Şok Anksiyetesi ve Cinsel Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki (n=167)**

|             | Toplam CYKÖ |             | CYKÖ-K |             | CYKÖ-E |             |
|-------------|-------------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|
|             | r           | p           | r      | p           | r      | p           |
| <b>FSAS</b> | -.299       | <b>.000</b> | -.337  | <b>.034</b> | -.266  | <b>.003</b> |

Hastaların şok anksiyete düzeyleri ve toplam cinsel yaşam kaliteleri arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $r = -.299$ ,  $p = .000$ ). Şok anksiyete düzeyleri ile kadın ve erkek cinsel yaşam kaliteleri arasında da negatif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $r = -.337$ ,  $p = .034$ ;  $r = -.266$ ,  $p = .003$ ). Hastaların şok anksiyete puanları arttıkça cinsel yaşam kalite düzeyleri düşmektedir (Tablo 3).

#### 4.4. ICD’li Hastaların Florida Şok Anksiyete Ölçeği ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

**Tablo 4: ICD’li Hastaların Florida Şok Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi**

| Değişkenler        | $\beta$ | p     |
|--------------------|---------|-------|
| Yaş                | -0.318  | 0.000 |
| Cinsiyet           | -0.257  | 0.001 |
| Eğitim Durumu      | -0.091  | 0.235 |
| ICD Takılma Süresi | -0.042  | 0.588 |
| Şok Alma Durumu    | -0.124  | 0.102 |
| $R^2$              | 0.181   |       |
| F                  | 7.132   |       |
| p                  | 0.000   |       |
| R                  | 0.426   |       |
| Adjusted $R^2$     | 0.156   |       |
| DW                 | 1.877   |       |

Hastaların bazı demografik ve tıbbi özelliklerinin şok anksiyetesi ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılan regresyon modeli anlamlıdır ( $F=7.132$ ,  $p<0.005$ ). Kadın cinsiyeti şok anksiyete düzeyini 0.257 ( $\beta=0.257$ ,  $p=0.001$ ) kat azaltmaktadır. Yaşın artması şok anksiyete düzeyini 0.318 ( $\beta=-0.318$ ,  $p=0.000$ ) kat azaltmaktadır. Eğitim durumu, ICD takılma süresi ve şok alma durumlarının şok anksiyetesini etkilemediği bulunmuştur. Bu modelde yaş ve cinsiyetin şok anksiyetesindeki değişimin %18.1’ini ( $R^2=0.181$ ) açıklamaktadır (Tablo 4).

**Tablo 5: ICD’li Hastaların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi**

| Değişkenler        | Model 1          | Model 2          |
|--------------------|------------------|------------------|
|                    | $\beta$          | $\beta$          |
| Yaş                | -0.342 (p=0.000) | -0.493 (p=0.000) |
| Cinsiyet           | -0.146 (p=0.048) | -0.024 (p=0.722) |
| Eğitim Durumu      | 0,070 (p=0.364)  | 0.027 (p=0.688)  |
| ICD Takılma Süresi | -0,106 (p=0.172) | -0.125 (p=0.070) |
| Şok Alma Durumu    | -0.047 (p=0.534) | 0.104 (p=0.126)  |
| FSAS               |                  | -0.472 (p=0.000) |
|                    | Model 1          | Model 2          |
| $R^2$              | 0.173            | 0.355            |
| F                  | 6.728            | 14.580           |
| p                  | 0.000            | 0.000            |
| R                  | 0.416            | 0.596            |
| Adjusted $R^2$     | 0.147            | 0.331            |
| DW                 | 1.852            | 1.888            |

Hastaların bazı demografik ve tıbbi özelliklerinin cinsel yaşam kalitesi ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılan regresyon modeli anlamlıdır (Model 1: F=6.728, p<0.005; Model 2: F=14.580, p<0.005). Cinsel yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelemek üzere yapılan çoklu

regresyon analizinde iki model oluşturulmuştur. Model 1’de yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ICD takılma süresi, şok alma durumunun cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisi yordanmıştır. Model 2’de ise değişkenlere şok anksiyete düzeyi eklenerek cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisi yordanmıştır.

Model 1 incelendiğinde yaşın artması cinsel yaşam kalitesini 0.342 ( $\beta=-0.342$ ,  $p=0.000$ ) kat azaltmaktadır, kadın cinsiyet 0.146 ( $\beta=-0.146$ ,  $p=0.048$ ) kat azaltmaktadır. Bu modelde yaş ve kadın cinsiyet değişkeninin cinsel yaşam kalitesindeki değişimin %17.3’ünü ( $R^2=0.173$ ) açıkladığı bulunmuştur. Eğitim durumu, ICD takılma süresi, şok alma durumu cinsel yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür ( $p>0.05$ ) (Tablo 5).

Model 2 incelendiğinde yaşın artması cinsel yaşam kalitesini 0.493 ( $\beta=-0.493$ ,  $p=0.000$ ) kat azaltmaktadır. Şok anksiyetesinin artması cinsel yaşam kalitesini 0.472 ( $\beta=-0.472$ ,  $p=0.000$ ) kat azaltmaktadır. Bu modelde yaş ve şok anksiyete düzeyleri cinsel yaşam kalitesindeki değişimin %35.5’ünü ( $R^2=0.355$ ) açıklamaktadır. Cinsiyet, eğitim durumu, ICD takılma süresi, şok alma durumu cinsel yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür ( $p>0.05$ ) (Tablo 5).

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde implante edilebilen kardiyoverter defibrilatörlü hastaların cinsel yaşam kaliteleri ve şok anksiyetelerini incelemek amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları güncel literatür doğrultusunda aşağıdaki şekilde tartışılmıştır.

### 5.1. ICD'li Hastaların Şok Anksiyete Düzeyleri ile İlgili Bulguların İncelenmesi

ICD'li hastalarda şok alma fiziksel olarak ağırlı, duygusal olarak strese neden olan bir deneyimdir ve hastalar şok almaktan korkmaktadır (Sears ve Conti, 2003; Lemon, Edelman ve Kirkness, 2004; Thomas, Friedmann, Kao, Inguito ve ark, 2006; Dougherty, Benoliel ve Bellin, 2008; Sears, Matchett ve Conti, 2009; Akay ve Oğuz, 2018). Araştırmamızda hastaların Florida Şok Anksiyete Ölçeği puanı  $17.21 \pm 7.88$  olarak bulunmuştur (min=10, max=40). Florida Şok Anksiyete Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalarda da şok anksiyete düzeylerinin 15.18 ile 23 arasında olduğu saptanmıştır (Kuhl, Dixit, Walker, Conti ve ark, 2006; Ford, Finch, Woodrow, Cutitta ve ark, 2012; James, Tichnell, Murray, Daly ve ark, 2012; Morken, Isaksen, Karlsen, Norekval ve ark, 2012; Udliis, 2013; Sears, Rosman, Sasaki, Kondo ve ark, 2018). Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Çalışmada şok anksiyete puanının düşük olduğu görülmektedir. Bu sonuç ICD hastalarının çoğunun cihazlarıyla yaşamaya uyum sağladığını düşündürmektedir.

Çalışmada yaşın şok anksiyete düzeyini anlamlı derecede etkilediği bulunmuştur. Yaşın artması şok anksiyete düzeyini 0.318 ( $\beta = -0.318$ ,  $p = 0.000$ ) kat azaltmaktadır. James ve arkadaşlarının (2012) ICD'si olan kardiyomiyopatili hastalarda yaptığı çalışmada yaş ile şok anksiyetesi ilişkili bulunmuştur. Vazquez ve arkadaşlarının (2008) ICD'li kadınlarda yaşa özel farklılıkları incelediği çalışmasında genç yaştaki kadınların daha çok şok anksiyetesi yaşadıkları saptanmıştır. ICD'li hastalarda anksiyeteyi inceleyen bazı çalışmalarda genç hastaların daha fazla anksiyete yaşadıkları (Friedmann, Thomas, Inguila, Kao ve ark, 2006; Hamilton ve Carroll, 2004; Cook, Valente, Maul, Dew ve ark, 2013), bazı çalışmalarda ise yaşın etkilemediği bulunmuştur (Johansen, Pedersen, Spindler, Andersen ve ark, 2008; Jacq, Foulldrin, Savoure, Anselme ve ark, 2009). Literatürdeki bu farklılık kullanılan ölçeklerden, komorbid durumlardan, hastaların psikososyal durumları ve verdikleri tepkilerin farklılığından kaynaklanmış olabilir. Genç hastalarda (<50 yaş) ICD ile ilgili daha fazla endişe ve olumsuz psikososyal tepki olduğu



literatürde belirtilmektedir (Sears ve Conti, 2002; Bostwick ve Sola, 2007). Çalışmamızın sonuçları bununla uyumludur.

Çalışmada cinsiyetin şok anksiyete düzeyini anlamlı derecede etkilediği bulunmuştur ( $\beta=0.257$ ,  $p=0.001$ ). Yapılan çalışmalara bakıldığında kadınların erkeklere göre şok anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür (Sowell, Sears, Walker, Kuhl ve ark, 2007; Vazquez, Kuhl, Shea, Kirkness ve ark, 2008; Spindler, Johansen, Andersen, Mortensen ve ark, 2009; Morken, Isaksen, Karlsen, Norekval ve ark, 2012; Alkan, 2014; Jacksonve Murphy, 2017). Buna karşılık bazı çalışmalarda cinsiyetin şok anksiyetesini etkilemediği görülmüştür (James, Tichnell, Muray, Daly ve ark, 2012; Cook, Valente, Maul, Dew ve ark, 2013). Bu çalışmanın bulguları literatürle uyumludur. Bostwick ve Sola, (2007) yaptıkları literatür incelemesinde kadınların depresyon, beden imajı değişiklikleri, sosyal rol kaybı, uyku bozuklukları gibi nedenlerle psikolojik uyumlarının daha kötü olduğunu, daha fazla anksiyete yaşadıklarını belirtmiştir. Walker ve arkadaşlarının (2004) ICD'li kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, üreme ve cinsel sağlık konularının kadınlar için önemli olduğunu, cinsel aktivite sırasında şok almaktan ve eşlerinin zarar görmesinden endişe duyduklarını belirtmişlerdir.

Ancak bu çalışmada cinsiyete göre şok anksiyete düzeylerini etkileyebilecek faktörler incelenmemiştir. Ayrıca kadın ve erkek sayısının dengeli olduğu örneklem gruplarında şok anksiyete düzeyinin daha iyi değerlendirileceğinin kanaatindeyiz. Bu regresyon modelinde yaş ve cinsiyet şok anksiyetesindeki değişimin %18,1'ini ( $R^2=0.181$ ) açıklamaktadır. Bu nedenle şok anksiyete düzeyini yaş ve cinsiyet dışında diğer faktörlerin etkileyebileceği düşünülmektedir.

Yapılan regresyon analizinde eğitim durumunun, ICD takılma süresinin ve şok alma durumunun şok anksiyetesini etkilemediği bulunmuştur. James ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ICD takılma süresi uzadıkça şok anksiyetesinin azaldığı bulunmuştur. Buna karşılık bazı çalışmalarda ICD takılma süresinin şok anksiyetesini etkilemediği görülmüştür (Friedmann, Thomas, Inguito, Kao ve ark, 2006; Bilge, Ozben, Demircan, Çınar, Yılmaz ve ark, 2006; Alkan, 2014). Yaşın ilerlemesiyle birlikte şok anksiyetesi azaldığı, yaşla birlikte ICD takılma süresi uzadığı için ICD ile yaşamaya uyum sağlandığı düşünülmektedir.

Literatürde şok alma deneyiminin anksiyeteye etkisi ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Bazı çalışmalarda şok alan ICD'li hastaların almayanlara göre şok

anksiyete puanları daha yüksek bulunmuştur (Kamphuis, Leeuw, Derksen, Hauer ve ark, 2003; Spindler, Johansen, Andersen, Mortensen ve ark, 2009; Ford, Finch, Woodrow, Cutitta ve ark, 2012; James, Tichnell ve Murray, 2012; Qintar, George, Panko, Bea ve ark, 2015). Sears ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada ise şok alan ve almayan hastalarda şok anksiyete puanları arasında fark olmadığı saptanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları bazı çalışmalara göre literatürle uyumlu, bazıları ile uyumlu değildir. Çalışmada şok alan hasta sayısı az olduğu için şok anksiyetesini etkilemediği düşünülmektedir.

## **5.2. ICD'li Hastaların Cinsel Yaşam Kalitesi ile İlgili Bulguların İncelenmesi**

Çalışmamızda kadın hastaların cinsel yaşam kalitesi puanı  $65.78 \pm 22.19$ , erkek hastaların cinsel yaşam kalitesi puanı  $70.91 \pm 22.27$  ve toplam cinsel yaşam kalitesi puanı  $69.68 \pm 22.29$  olarak bulunmuştur. Çalışmalar incelendiğinde hastaların implantasyon sonrası cinsel aktivite sırasında şok almaktan, şok aldıklarında eşlerine zarar vermekten korktukları belirtilmektedir. Bu korku ve endişe hastalarda cinsel ilgide azalma, cinsel aktivite sıklığını azaltma ve cinsel aktiviteden kaçınma olarak ortaya çıkmaktadır (Steinke, 2003; Walker, Campbell, Sears, Glenn ve ark, 2004; Steinke, Gill-Hopple, Valdez ve Wooster, 2005; Zayac ve Finch, 2009; Steinke, Jaarsma, Barnason, Byrne ve ark, 2013; Berg, Elleman-Jensen, Zwisler, Winkel ve ark, 2013; Cutitta, Woodrow, Ford, Shea ve ark, 2014; Humphreys, Lowe, Rance ve Bennett, 2016). Steinke 2003 yılında yaptığı çalışmada hastaların ICD implantasyonu öncesi cinsel aktive oranlarının %78 iken implantasyon sonrası bu oranın %55'e düştüğünü bulmuştur. Berg'in 2013 yılında yaptığı çalışmada, ICD implantasyonundan önce cinsel ilişkide azalma yaşayanların oranı %51,8 iken bu oranın implantasyondan altı ay sonra %66,7 olduğu saptanmıştır. Bu durum hastaların cinsel yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan bazı çalışmalara göre hastaların ICD implantasyonu sonrası cinsel yaşamlarının etkilenmemesi gerektiği düşünülmektedir (Steinke, 2003; Steinke, Gill-Hopple, Valdez ve Wooster, 2005). Çalışmamızda hastaların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin iyi olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar ülkemizde cinsellikle ilgili sorunların rahat bir şekilde ifade edilememesi ve sonuçların hasta bildirimine dayalı olmasıyla ilişkilendirilebilir. Ayrıca hastaların cinsel yaşam kalitelerinin iyi olması şok anksiyete düzeylerinin düşük olması ile açıklanabilir.

Regresyon analizinde Model 1 incelendiğinde yaşı artması cinsel yaşam kalitesini 0.342 ( $\beta=-0.342$ ,  $p=0.000$ ), kadın cinsiyet 0.146 ( $\beta=-0.146$ ,  $p=0.048$ ) kat azaltmaktadır. Bu modelde yaş ve kadın cinsiyet değişkeninin cinsel yaşam kalitesindeki değişimin %17,3'ünü ( $R^2=0.173$ ) açıkladığı bulunmuştur. Model 2'de şok anksiyete puanı eklendiğinde ise yaşı artması cinsel yaşam kalitesini 0.493 ( $\beta=-0.493$ ,  $p=0.000$ ) kat azalttığı, cinsiyetin ise cinsel yaşam kalitesini etkilemediği ( $p > 0.05$ ) saptanmıştır. Cook ve arkadaşları (2013) yaptıkları çalışmada erkeklerde cinsel fonksiyonları yaş ile ilişkili bulmuş ancak kadınlarda cinsel fonksiyonları yaş ile ilişkili bulmamıştır. Steinke (2003) çalışmasında yaşlı hastaların cinsel aktivitelerini azalttığını ifade ettiklerini bulmuştur. Wojcicka ve arkadaşları (2008) yaptıkları çalışmada kadın hastaların %41'inin cinsel yaşamlarında problem yaşadığını bulmuştur. Hastaların cinsel yaşam kalitelerinin iyi olması çalışmaya katılanların yaş ortalamasının düşük olması ile açıklanabilir. Literatür incelendiğinde çalışmamızdaki gibi ICD'li hastalarda cinsel yaşam kalitesi düzeyini aynı ölçek ile ölçen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Eğitim durumu, ICD takılma süresi ve şok alma durumunun cinsel yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür. Cinsel yaşam kalitesini etkileyen başka faktörler olduğu düşünülmektedir.

### **5.3. ICD'li Hastaların Şok Anksiyete Düzeyleri ve Cinsel Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

ICD hastalarının genellikle cinsel aktivite sırasında şok alma korkusu ile ilgili endişelerini ifade ettikleri belirtilmektedir (Sears ve Ford, 2019; Steinke Gill-Hopple, Valdez ve Wooster, 2005). Çalışmamızda hastaların şok anksiyete düzeyleri ve toplam cinsel yaşam kaliteleri arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $r= -.299$ ,  $p=.000$ ). Şok anksiyete düzeyleri ile kadın ve erkek cinsel yaşam kaliteleri arasında da negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $r= -.337$ ,  $p=.034$ ;  $r= -.266$ ,  $p=.003$ ). Hastaların şok anksiyete puanları arttıkça cinsel yaşam kalite düzeyleri düşmektedir.

Regresyon analizinde Model 2 incelendiğinde şok anksiyetesinin artması cinsel yaşam kalitesini 0.472 ( $\beta=-0.472$ ,  $p=0.000$ ) kat azaltmaktadır. Bu model cinsel yaşam kalitesindeki değişimin %35,5'ini ( $R^2=0.355$ ) açıklamaktadır. Cinsiyet, eğitim durumu, ICD takılma süresi, şok alma durumunun cinsel yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür. Cook ve arkadaşlarının

(2013) çalışmasında şok anksiyetesi ile cinsel işlevsellik arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Şok anksiyete puanı yüksek olan kadın ve erkeklerde cinsel işlevlerinin kötü olduğu bulunmuştur. Çalışmamız bu sonuçla paralellik göstermektedir. Çalışmalarda, genel olarak ICD’li hastaların cinsel aktivite sırasındaki şok korkusundan, cinsel aktivite sıklığından ve cinsel danışmanlıktan bahsedilmiştir (Steinke, 2003; Walker, Campbell, Sears, Glenn ve ark, 2004; Steinke, Gill-Hopple, Valdez ve Wooster, 2005; Zayac ve Finch, 2009; Steinke, Jaarsma, Barnason, Byrne ve ark, 2013; Berg, Elleman-Jensen, Zwisler, Winkel ve ark, 2013; Cutitta, Woodrow, Ford, Shea ve ark, 2014; Humphreys, Lowe, Rance ve Bennett, 2016). Çalışmamızda olduğu gibi cinsel yaşam kalitesi ve şok anksiyetesini birlikte değerlendiren başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılacak olan çalışmalarda bu konuya daha çok yer verilmesinin gerektiğini düşünmekteyiz.

## **6. SONUÇ VE ÖNERİLER**

### **6.1. Sonuçlar**

ICD'li hastaların şok anksiyetesi ve cinsel yaşam kalitesinin incelendiği bu çalışmada elde edilen sonuçlar şunlardır;

- Hastaların Florida şok anksiyetesi puan ortalamalarının düşük olduğu,
- Hastaların cinsel yaşam kalitesi düzeylerinin iyi olduğu saptanmıştır.
- Şok anksiyetesi ile kadın, erkek ve toplam cinsel yaşam kalitesi arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların şok anksiyete puanları arttıkça cinsel yaşam kaliteleri düşmektedir.
- Yaş ve cinsiyetin şok anksiyetesini anlamlı derecede etkilediği bulunmuştur.
- Yaş ve şok anksiyetesinin cinsel yaşam kalitesini anlamlı derecede etkilediği bulunmuştur.

### **6.2. Öneriler**

- ICD'si olan hastaların şok anksiyete düzeylerinin, cinsel yaşam kalitelerinin ve cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesinin rutin olarak yapılması,
- Şok anksiyetesi yüksek olan hastaların klinik anksiyete açısından değerlendirilmesi ve erken önlem alınmasının sağlanması,
- ICD hastalarının cinsel yaşamlarını ve fonksiyonlarını inceleyen çalışmaların sayısının artırılması,
- Gelecek çalışmaların daha büyük kadın örneklem sayısı ile yapılması,
- Hastalara; ICD'nin amacı, şok verdiğinde ne hissedeceği, şok alındığında ne yapılması gerektiği, cinsel aktivite gibi konuları kapsayan eğitim verilmesi,
- Hastalara bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşılması önerilebilir.

## **7. KAYNAKLAR**

- Abbasi M, Negarandeh R, Norouzadeh R, Shojae R. The challenges of living with an implantable cardioverter defibrillator: a qualitative study. *Iran Red Crescent Med J*, 2016; 18, 10.
- Abraham L, Symonds T, Morris MF. Psychometric validation of a Sexual Quality of Life Questionnaire for use in men with premature ejaculation or erectile dysfunction. *J Sex Med*, 2008; 5, 2; 595-601.
- Akay B, Oguz S. Self-efficacy and shock anxiety state of patients with implantable cardioverter defibrillator. *Clin Exp Health Sci*, 2018; 8: 146-149.
- Alkan H. İmplant edilebilen kardiyoverter defibrilatör hastalarında psikososyal faktörlerin incelenmesi. İstanbul, İstanbul Üniversitesi, Doktora Tezi, 2014.
- Alkan ÖH. İmplant edilebilir kardiyoverter defibrillatör (ICD) hastalarında psikososyal faktörler ve hemşirelik bakımı. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2010; 1, 2: 35-40
- Al-Khatib SM, Yancy CW, Solis P, Becker L. ve ark. 2016 AHA/ACC clinical performance and quality measures for prevention of sudden cardiac death: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures. *J Am Coll Cardiol*, 2017; 69, 6: 712-744.
- Arrington R, Cofrancesco J, Wu AW. Questionnaires to measure sexual quality of life. *Qual Life Res*, 2004; 13, 10: 1643-1658.
- Berg SK, Pedersen BD, Svendsen JH, Zwisler AD ve ark. COPE-ICD: patient experience of participation in an ICD specific rehabilitation programme. *Eur J Cardivasc Nurs*, 2012; 11, 2: 207-215.
- Berg SK, Elleman-Jensen L, Zwisler AD, Winkel P, ve ark. Sexual concerns and practices after ICD implantation: findings of the COPE-ICD rehabilitation trial. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2013; 12, 5: 468-474.
- Bilge AK, Ozben B, Demircan S, Cinar M, ve ark. Depression and anxiety status of patients with implantable cardioverter defibrillator and precipitating factors. *Pacing Clin Electrophysiol*, 2006; 29, 6 : 619-626.

- Blotcher E, Ockene IS. Methodological limitations of psychosocial interventions in patients with an implantable cardioverter-defibrillator (ICD) A systematic review. BMC Cardiovasc Disord, 2009; 9: 56.
- Bostwick JM, Sola CL. An updated review of implantable cardioverter/defibrillators, induced anxiety, and quality of life. Psychiatr Clin North Am, 2007; 30, 4: 677-688.
- Bulantekin Ö, Oğuz S. İmplant edilebilen kardiyoverter defibrilatör (ICD) hastalarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 2010; 14, 2: 67-71.
- Burke JL, Hallas CN, Clark-Carter D, White D, ve ark. The psychosocial impact of the implantable cardioverter defibrillator: A meta-analytic review. Br J Health Psychol, 2003; 8, 2: 165-178.
- Carroll DL, Hamilton GA. Long-term effects of implanted cardioverter-defibrillators on health status, quality of life, and psychological state. Am J Crit Care, 2008; 17, 3: 222-230
- Chevalier P, Cottraux J, Mollard E, Sai N, ve ark. Prevention of implantable defibrillator shocks by cognitive behavioral therapy: a pilot trial. Am Heart J, 2006; 151, 1 : 191.
- Çınar Fİ, Tosun N, Köse S. İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatörlü hastaların hemşirelik bakımından planlı eğitim ve takip programı. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci, 2012; 4, 1: 45-53.
- Cook SC, Valente AM, Maul TM, Dew MA, ve ark. Shock-related anxiety and sexual function in adults with congenital heart disease and implantable cardioverter-defibrillators. Heart Rhythm, 2013; 10, 6: 805-810.
- Cutitta KE, Woodrow LK, Ford J, Shea J, ve ark. Shocktivity: Ability and avoidance of daily activity behaviors in ICD patients. J Cardiopulm Rehabil Prev, 2014; 34, 4: 241-247
- Dougherty CM, Benoliel JQ, Bellin C. Domains of nursing intervention after sudden cardiac arrest and automatic internal cardioverter defibrillator implantation. Heart Lung, 2000; 29, 2: 79-86.
- Dunbar SB, Lanberg JJ, Reilly CM, Viswanathan B, ve ark. Effect of a psychoeducational intervention on depression, anxiety, and health resource use in implantable cardioverter defibrillator patients. Pacing Clin Electrophysiol, 2009; 32, 10: 1259-1271.

- Duru F, Buchi S, Klaghofer R, Mattmann H, ve ark. How different from pacemaker patients are recipients of implantable cardioverter-defibrillators with respect to psychosocial adaptation, affective disorders, and quality of life?. *Heart*, 2001; 85, 4: 375-379.
- Eckert M, Jones T. How does an implantable cardioverter defibrillator (ICD) affect the lives of patients and their families?. *Int J Nurs Pract*, 2002; 8, 3: 152–157.
- Edelman S, Lemon J, Kirkness A. Educational intervention for patients with automatic implantable cardioverter defibrillators. *Aust J Adv Nurs*, 2007; 24, 3: 26-32.
- Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. Hemşirelikte Araştırma. İkinci baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015.
- Ford J, Finch JF, Woodrow LK, Cutitta KE ve ark. The Florida Shock Anxiety Scale (FSAS) for patients with implantable cardioverter defibrillators: Testing factor structure, reliability, and validity of a previously established measure. *Pacing Clin Electrophysiol*, 2012; 35, 9: 1146–1153.
- Friedmann E, Thomas SA, Inguito P, Kao CW, ve ark. Quality of life and psychological status of patients with implantable cardioverter defibrillators. *J Interv Card Electrophysiol*, 2006; 17, 1: 65-72.
- Friedmann DJ, Parzynski CS, Varosy PD, Prutkin JM, ve ark. Trends and in-hospital outcomes associated with adoption of the subcutaneous implantable cardioverter defibrillator in the United States. *JAMA Cardiol*, 2016; 1, 8: 900-911
- Fries R, König J, Schäfers HJ, Böhm M. Triggering effect of physical and mental stress on spontaneous ventricular tachyarrhythmias in patients with implantable cardioverter-defibrillators. *Clinical Cardiol*, 2002; 25, 10: 474-478.
- Gölbaşı Z. Sağlıklı gençlik ve toplum için bir adım: cinsel sağlık eğitimi. *Aile ve Toplum*, 2003; 2, 6.
- Gregoratos G, Abrams J, Epstein AE, Freedman RA. ve ark. ACC/AHA/NASPE 2002 guideline update for implantation of cardiac pacemakers and antiarrhythmia devices summary article. *J Am Coll Cardiol*, 2002; 40, 9: 1703-1719.
- Habibovic M, Van Den Broek KC, Theuns DA, Jordaens L, ve ark. Gender disparities in anxiety and quality of life in patients with an implantable cardioverter defibrillator. *Europace*, 2011; 13, 12: 1723-1730.



- Hamilton GA, Carroll DL. The effects of age on quality of life in implantable cardioverter defibrillator recipients. *J Clin Nurs*, 2004; 13, 2: 194-200.
- Humphreys NK, Lowe R, Rance J, Bennett PD. Living with an implantable cardioverter defibrillator: The patients' experience. *Heart Lung*, 2016; 45, 1: 34-40.
- Jacq F, Foulldrin G, Savouré A, Anselme F, ve ark. A comparison of anxiety, depression and quality of life between device shock and nonshock groups in implantable cardioverter defibrillator recipients. *Gen Hosp Psychiatry*, 2009; 31, 3: 266-273.
- Jackson AC, Murphy B. ICD surgery: highlighting the psychological consequences. *British Journal of Cardiac Nursing*, 2017; 12, 10: 482-486.
- James CA, Tichnell C, Murray B, Daly A, ve ark. General and disease-specific psychosocial adjustment in patients with arrhythmogenic right ventricular dysplasia/cardiomyopathy with implantable cardioverter defibrillators: A large cohort study. *Circ Cardiovasc Genet*. 2012; 5, 1: 18-24.
- Johansen JB, Pedersen SS, Spindler H, Andersen K, ve ark. Symptomatic heart failure is the most important clinical correlate of impaired quality of life, anxiety, and depression in implantable cardioverter-defibrillator patients: a single-centre, cross-sectional study in 610 patients. *Europace*, 2008; 10: 545-551.
- Josephson ME. Sudden cardiac arrest. *Indian Heart Journal*, 2014; 66, 1: 2-3.
- Kamphuis H, Verhoeven NW, Leeuw J, Derksen R, ve ark. ICD: A qualitative study of patients experience the first year after implantation. *J Clin Nurs*, 2004; 13, 8: 1008-1016.
- Kamphuis H, Leeuw J, Derksen R, Hauer W, ve ark. Implantable cardioverter defibrillator recipients: quality of life in recipients with and without ICD shock delivery: A prospective study. *Europace*, 2003; 5, 4: 381-389.
- Kılıçlı Böke A, Özdemir L. Psychosocial adjustment in heart failure patients with cardioverter defibrillator implantation. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017; 20, 1.
- Kozan, O. Temel kardioloji. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2011.
- Kuhl EA, Dixit NK, Walker RL, Conti JB, ve ark. Measurement of patient fears about implantable cardioverter defibrillator shock: An initial evaluation of the Florida Shock Anxiety Scale. *Pacing Clin Electrophysiol*, 2006; 29, 6: 614-618.

- Kurtz SM, Ochoa JA, Lau E, Shkolnikov Y, ve ark. Implantation trends and patient profiles for pacemakers and implantable cardioverter defibrillators in the United States: 1993-2006. *Pacing Clin Electrophysiol*, 2010; 33, 6: 705-711.
- Lampert R, Joska T, Burg MM, Batsford WP, ve ark. Emotional and physical precipitants of ventricular arrhythmia. *Circulation*, 2002; 106, 14: 1800-1805.
- Lemon J, Edelman S, Kirkness A. Avoidance behaviors in patients with implantable cardioverter defibrillators. *Heart Lung*, 2004; 33, 3: 176-182.
- Levine GN, Steinke EE, Bakaeen FG, Bozkurt B, ve ark. Sexual activity and cardiovascular disease: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 2012; 125, 8: 1058-1072.
- McDonough A. The experiences and concerns of young adults (18–40 years) living with an implanted cardioverter defibrillator (ICD). *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2009; 8, 4: 274-280.
- Morken IM, Bru E, Norekvål TM, Larsen AI, ve ark. Perceived support from healthcare professionals, shock anxiety and post-traumatic stress in implantable cardioverter defibrillator recipients. *J Clin Nurs*, 2014; 23: 450-460.
- Morken IM, Isaksen K, Karlsen B, Norekval TM. ve ark. Shock anxiety among implantable cardioverter defibrillator recipients with recent tachyarrhythmia. *Pacing Clin Electrophysiol*, 2012; 35, 11: 1369-1376.
- Peacock J, Whang W. Psychological distress and arrhythmia: Risk prediction and potential modifiers. *Prog Cardiovasc Dis*, 2013; 55, 6: 582-589.
- Priori SG, Blomström-Lundqvist C, Mazzanti A, Blom N, ve ark. 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. *Eur Heart J*, 2015; 36, 41: 2793-2867.
- Qintar M, George JJ, Panko M, Bea S. ve ark. A prospective study of anxiety in ICD patients with a pilot randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for patients with moderate to severe anxiety. *J Interv Card Electrophysiol*, 2015; 43, 1: 65-75.
- Raitt MH. Implantable cardioverter-defibrillator shocks: A double-edged sword?. *J Am Coll Cardiol*, 2008; 51, 14: 1366-1368.
- Runge MS, Osman M. Netter'in Kardiyolojisi. Nobel Tıp Kitabevi, 2008.

- Schulz SM, Massa C, Grzbiela Z, Dengler W, ve ark. Implantable cardioverter defibrillator shocks are prospective predictors of anxiety. *Heart Lung*, 2013; 42, 2: 105-111.
- Sears SF, Ford J. Seeking innovation in the delivery of psychosocial care for ICD patient. *Eur Heart J*, 2019; 1-3.
- Sears SF, Rosman L, Sasaki S, Kondo Y ve ark. Defibrillator shocks and their effect on objective and subjective patient outcomes: Result of the PainFree SST clinical trial. *Heart Rhythm*, 2018; 15, 5: 734-740.
- Sears SF, Conti JB. Quality of life and psychological functioning of ICD patients. *Heart*, 2002; 87, 5: 488-493.
- Sears SF, Conti JB. Understanding implantable cardioverter defibrillator shocks and storms: Medical and psychosocial considerations for research and clinical care. *Clin Cardiol*, 2003; 26, 3: 107-111.
- Sears SF, Matchett M, Conti JB. Effective management of ICD patient psychosocial issues and patient critical events. *J Cardiovasc Electrophysiol*, 2009; 20, 11: 1297-1304.
- Sears SF, Sowell LV, Kuhl EA, Kovacs AH, ve ark. The ICD shock and stress management program: A randomized trial of psychosocial treatment to optimize quality of life in ICD patients. *Pacing Clin Electrophysiol*, 2007; 30, 7: 858-864.
- Sola CL, Bostwick JM. Implantable cardioverter-defibrillators, induced anxiety, and quality of life. *Mayo Clin Proc*, 2005; 80, 2: 232-237.
- Sowell LV, Sears SF, Walker RL, Kuhl EA, ve ark. Anxiety and marital adjustment in patients with implantable cardioverter defibrillator and their spouses. *J Cardiopulm Rehabil Prev*, 2007; 27:46-9
- Spindler H, Johansen JB, Andersen K, Mortensen P, ve ark. Gender differences in anxiety and concerns about the cardioverter defibrillator. *Pacing Clin Electrophysiol*, 2009; 32, 5: 614-621.
- Steinke EE. Sexual concerns of patients and partners after an implantable cardioverter defibrillator. *Dimens Crit Care Nurs*, 2003; 22, 2: 89-96.
- Steinke EE, Gill-Hopple K, Valdez, D, Wooster M. Sexual concerns and educational needs after an implantable cardioverter defibrillator. *Heart Lung*, 2005; 34, 5: 299-308.

- Steinke EE, Jaarsma T. Sexual counseling and cardiovascular disease: practical approaches. *Asian J Androl*, 2015; 17, 1: 32-39.
- Steinke EE, Jaarsma T, Barnason SA, Byrne M, ve ark. Sexual counseling for individuals with cardiovascular disease and their partners: A consensus document from the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). *Eur Heart J*, 2013; 34, 41: 3217-2135.
- Symonds T, Boolell M, Quirk F. Development of a questionnaire on sexual quality of life in women. *J Sex Marital Ther*, 2005; 31, 5: 385-397.
- Thomas SA, Friedmann E, Kao CW, Inguito P, ve ark. Quality of life and psychological status of patients with implantable cardioverter defibrillators. *Am J Crit Care*, 2006; 15, 4: 389-398.
- Thylén I, Moser DK, Strömberg A, Dekker RA, ve ark. Concerns about implantable cardioverter-defibrillator shocks mediate the relationship between actual shocks and psychological distress. *Europace*, 2016; 18, 6: 828-835.
- Tuğut N, Gölbaşı Z. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği - Kadın Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Tıp Derg*, 2010; 32: 172-180.
- Turgut O. Pacemaker ve implante edilebilen kardiyoverter defibrilatör endikasyonları. *Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics*, 2013; 6, 3: 78-87.
- Udlis KA. The impact of technology dependency on device acceptance and quality of life in persons with implantable cardioverter defibrillators. *J Cardiovasc Nurs*, 2013; 28, 6: 65-73.
- Van Den Broke KC, Nyklicek I, Van Der Voort PH, Alings M, ve ark. Shocks, personality, and anxiety in patients with an implantable defibrillator. *Pacing Clinic Electrophysiol*, 2008; 31, 7: 850-857.
- Vazquez LD, Kuhl EA, Shea JB, Kirkness A, ve ark. Age-specific differences in women with implantable cardioverter defibrillators: An international multi center study. *Pacing Clin Electrophysiol*, 2008; 31, 12: 1528-1534.
- Vazquez LD, Sears SF, Shea JB, Vazquez P.M. Sexual health for patients with an implantable cardioverter defibrillator. *Circulation*, 2010; 122, 13: 465-467.
- Von Kanal R, Mills PJ, Fainman C, Dimsdale JE. Effects of psychological stress and psychiatric disorders on blood coagulation and fibrinolysis: A biobehavioral pathway to coronary artery disease. *Psychosom Med*, 2001; 63, 4: 531-544.

- Walker RL, Campbell KA, Sears SF, Glenn BA, ve ark. Women and the implantable cardioverter defibrillator: A lifespan perspective on key psychosocial issues. Clin Cardiol, 2004; 27, 10: 543-546.
- Watkins LL, Blumenthal JA, Carney RM. Association of anxiety with reduced baroreflex cardiac control in patients after acute myocardial infarction. Am Heart J, 2002; 143, 3: 460-466.
- Wojcicka M, Lewandowski M, Smolis-Bak E, Szwed H. Psychological and clinical problems in young adults with implantable cardioverter-defibrillators. Kardiolog Pol, 2008; 66, 10: 1050–1058.
- World Health Organization. Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva. Geneva, 2006: World Health Organization
- Yardımcı T, Mert H. Sexual life and sexual counseling in patients with implantable cardioverter defibrillator. Turk J Card Nur, 2018; 9,19: 76-81.
- Yardımcı T. İmplant edilebilen kardiyoverter defibrilatörlü hastalara uygulanan web tabanlı eğitimin şok anksiyete düzeyine ve yaşam kalitesine etkisi. İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi, Doktora Tezi, 2015.
- Zayac S, Finch N. Recipients' of implanted cardioverter-defibrillators actual and perceived adaptation: A review of the literature. J Am Acad Nurse Prac, 2009; 21, 10: 549-556.

## 8. EKLER

### **Ek-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**

Ben Ezgi DOĞAN. Dokuz Eylül Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans öğrencisiyim. Tez çalışması yapabilmek için, hocalarımla birlikte bu çalışmayı yürütmekteyiz.

Çalışmamızın amacı; implante edilebilen kardiyoverter defibrilatörlü hastaların cinsel yaşam kalitesi ve şok anksiyetelerini incelemektir. Bu amaçla sizlere anket formu uygulanacaktır.

Bu çalışmada yer alınmasına bağlı olarak herhangi bir ödeme yapmayacaksınız, siz katılımcılara herhangi bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu araştırmada yer almak gönüllük esasına dayalıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilir ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararınıza engel duruma yol açmayacaktır.

Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılmayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye/katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Söz konusu araştırmaya hiçbir zorlama olmaksızın, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):..... Tarih :...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı: Ezgi DOĞAN

İmzası:.....Tarih :...../...../.....

## Ek-2. Tanıtıcı Özellikler Soru Formu

Sayın katılımcı, bu çalışma ICD hastalarının cinsel yaşam kalitelerini ve şok anksiyetelerini incelemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu çalışmada yer aldığınız sürece verdiğiniz bilgiler gizli kalacaktır. Verdiğiniz bilgiler sadece araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz geçmeyecek ve veriler izlenerek size ulaşılmayacaktır. Katkınız için teşekkür ederim.

Anket no:

Tarih:

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: Kadın ( ) Erkek ( )
3. Medeni Durumunuz: Evli ( ) Bekar ( )
4. Eğitim Durumunuz: İlköğretim ( ) Ortaöğretim ( ) Yükseköğretim ( )
5. Mevcut herhangi bir hastalığınız var mı?: Evet ( ) Hayır ( )
6. Cevabınız evet ise hangi hastalığa ya da hastalıklara sahipsiniz?:.....
7. ICD'nin takılma tarihi:.....
8. ICD cihazınızdan şok aldınız mı?: Evet ( ) Hayır ( )

### Ek-3. Florida Şok Anksiyete Ölçeği

Aşağıda ICD cihazınızın şok vermesiyle ilgili yaşadığınız durumları anlatan 10 ifade vardır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre uygun olan kutucuğu işaretleyiniz. Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

|                                                                                                       | Hemen<br>hiçbir<br>zaman | Nadiren | Bazen | Çoğu<br>zaman | Her<br>zaman |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------|-------|---------------|--------------|
| 1. Kalp hızımı arttıracak ve cihazımın şok vermesine neden olacak diye egzersiz yapmaktan korkuyorum. |                          |         |       |               |              |
| 2. ICD şok verdiğinde yalnız olmaktan ve yardıma ihtiyacım olmasından korkuyorum.                     |                          |         |       |               |              |
| 3. ICD'nin şok vermesine neden olabilir diye kızmıyorum ya da üzülüyorum.                             |                          |         |       |               |              |
| 4. ICD'nin ne zaman şok vereceğini bilmemek beni rahatsız ediyor.                                     |                          |         |       |               |              |
| 5. Gerekli olduğunda ICD şok vermezse diye endişeleniyorum.                                           |                          |         |       |               |              |
| 6. ICD şok verdiğinde diğer insanları şoklayacağım endişesiyle onlara dokunmaktan korkuyorum.         |                          |         |       |               |              |
| 7. ICD şok verecek ve hoş olmayan bir görüntüye neden olacak diye endişeleniyorum.                    |                          |         |       |               |              |
| 8. Kalbimin hızlı bir şekilde attığını fark ettiğimde ICD şok verecek diye endişeleniyorum.           |                          |         |       |               |              |
| 9. ICD'min şok vermesi ile ilgili olumsuz düşüncelere sahibim.                                        |                          |         |       |               |              |
| 10. ICD'min şok vermesine neden olur diye cinsel aktivitede bulunmuyorum.                             |                          |         |       |               |              |



#### Ek-4. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği - Kadın (CYKÖ-K)

Aşağıda cinsel yaşam kalitesiyle ilişkilendirilen duyguları anlatan 18 madde bulunmaktadır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre uygun olan kutucuğu işaretleyiniz. Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

|                                                                                                | Tamamen katılıyorum | Büyük ölçüde katılıyorum | Kısmen katılıyorum | Kısmen katılmıyorum | Büyük ölçüde katılmıyorum | Tamamen katılmıyorum |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------|---------------------|---------------------------|----------------------|
| 1. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayatımın eğlenceli / zevkli bir parçası olduğunu düşünüyorum |                     |                          |                    |                     |                           |                      |
| 2. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum                                  |                     |                          |                    |                     |                           |                      |
| 3. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün (depresif) hissediyorum                         |                     |                          |                    |                     |                           |                      |
| 4. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir kadın olarak eksik hissediyorum                   |                     |                          |                    |                     |                           |                      |
| 5. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi iyi hissediyorum                                      |                     |                          |                    |                     |                           |                      |
| 6. Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim                                              |                     |                          |                    |                     |                           |                      |
| 7. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum                                          |                     |                          |                    |                     |                           |                      |
| 8. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kızgınlık hissediyorum                                        |                     |                          |                    |                     |                           |                      |
| 9. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşime yakın olduğumu hissediyorum                             |                     |                          |                    |                     |                           |                      |

|                                                                                                        | Tamamen katılıyorum | Büyük ölçüde katılıyorum | Kısmen katılıyorum | Kısmen katılmıyorum | Büyük ölçüde katılmıyorum | Tamamen katılmıyorum |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------|---------------------|---------------------------|----------------------|
| 10. Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum                                                 |                     |                          |                    |                     |                           |                      |
| 11. Cinsel ilişkiden zevk almıyorum                                                                    |                     |                          |                    |                     |                           |                      |
| 12. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, utanıyorum                                                           |                     |                          |                    |                     |                           |                      |
| 13. Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünüyorum                                        |                     |                          |                    |                     |                           |                      |
| 14. Cinsel ilişkiden kaçınıyorum                                                                       |                     |                          |                    |                     |                           |                      |
| 15. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, suçluluk hissediyorum                                                |                     |                          |                    |                     |                           |                      |
| 16. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş yada reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum |                     |                          |                    |                     |                           |                      |
| 17. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, bir şeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum                              |                     |                          |                    |                     |                           |                      |
| 18. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, cinsel ilişki sıklığından memnunum                                   |                     |                          |                    |                     |                           |                      |

**Ek-5. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği - Erkek (CYKÖ-E)**

Aşağıda cinsel yaşam kalitesiyle ilişkilendirilen duyguları anlatan 11 madde bulunmaktadır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre uygun olan kutucuğu işaretleyiniz. Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

|                                                                                                        | Tamamen katılıyorum | Büyük ölçüde katılıyorum | Kısmen katılıyorum | Kısmen katılmıyorum | Büyük ölçüde katılmıyorum | Tamamen katılmıyorum |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------|---------------------|---------------------------|----------------------|
| 1. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum                                          |                     |                          |                    |                     |                           |                      |
| 2. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün (depresif) hissediyorum                                 |                     |                          |                    |                     |                           |                      |
| 3. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir erkek olarak eksik hissediyorum                           |                     |                          |                    |                     |                           |                      |
| 4. Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim                                                      |                     |                          |                    |                     |                           |                      |
| 5. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum                                                  |                     |                          |                    |                     |                           |                      |
| 6. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kızgınlık hissediyorum                                                |                     |                          |                    |                     |                           |                      |
| 7. Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum                                                  |                     |                          |                    |                     |                           |                      |
| 8. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, utanıyorum                                                            |                     |                          |                    |                     |                           |                      |
| 9. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, suçluluk hissediyorum                                                 |                     |                          |                    |                     |                           |                      |
| 10. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş yada reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum |                     |                          |                    |                     |                           |                      |
| 11. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, bir şeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum                              |                     |                          |                    |                     |                           |                      |

## Ek-6. Kurum İzni

### TEPEÇİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA... HASTANESİ ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ

Araştırmamı Kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin verilmesi hususunda, gereğini arz ederim.

Ad Soyad: Ezgi DOĞAN

Cep Tel: 05464567611

Tarih: 23.10.2017

İmza: 

Araştırmamanın;

|                                                             |                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Adı/ Konusu:                                                | İmplant edilebilen Kardiyoverter Defibrilatörlü Hastaların Cinsel Yaşam Kalitesi ve Şok Anksiyetelerinin İncelenmesi        |
| Amacı:                                                      | İmplant edilebilen kardiyoverter defibrilatörlü hastalarda cinsel yaşam kalitesi ve şok anksiyete düzeylerinin belirlenmesi |
| Yöntemi:                                                    | Tanımlayıcı çalışma                                                                                                         |
| Uygulanacağı Birimler:                                      | Kardiyoloji kliniği                                                                                                         |
| Varsa Destekleyen (Hibe destek, fon vb.) Kurum/Kuruluş Adı: | YOK                                                                                                                         |
| Başlama Tarihi ve Süresi:                                   | Kasım 2017- 6 ay                                                                                                            |
| Tez Çalışması ise Danışman Öğretim Üyesi Ad Soyadı:         | Doç.Dr. Hatice Mert                                                                                                         |

Eğitim / Ar-Ge Birim Sorumlusu

İmza:   
SAĞLIK BAKANLIĞI  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
TEPEÇİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
H. Hakan SAKAOĞLU  
İdari ve Mali İşler Müd. Yard.

Bakım Hizmetleri Müdürü

İmza:   
SAĞLIK BAKANLIĞI  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
TEPEÇİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
H. Hakan SAKAOĞLU  
İdari ve Mali İşler Müd. Yard.

Not: Eğitim Araştırma Hastaneleri onayı için;

- 1-Ar-Ge Birim Sorumlusu
- 2-Klinik / Birim Sorumlu Hekimi
- 3- Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü
- 4- Hastane Yöneticisine onaylatılması gereklidir.

Klinik / Birim Sorumlusu

İmza:   
SAĞLIK BAKANLIĞI  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
TEPEÇİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
Doç. Dr. Onur ÖZDOĞAN  
Kardiyoloji Eğitim Sorumlusu  
Dip. No: 164668

HASTANE YÖNETİCİSİ

İmza:   
SAĞLIK BAKANLIĞI  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
TEPEÇİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
Doç. Dr. Mustafa EMİROĞLU  
Başhekim / Yönetici  
Dip. No: 6207 Dip. Tez No: 58867

Devlet Hastaneleri ve ADSM onayı için;

- 1- Klinik / Birim Sorumlu Hekimi
- 2- Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü
- 3- Hastane Yöneticisine onaylatılması gereklidir.

## Ek-7. Ölçek İzni

### Sexual Quality of Life Questionnaire-Male

Abraham, Lucy <Lucy.Abraham@pfizer.com>  
İlgi: EZGİ DOĞAN <doganezgi93@gmail.com>  
İc: "Pease, Sheryl" <Sheryl.Pease@pfizer.com>

24 Ekim 2017 11:4

Dear Ezgi, I am happy for you to conduct work on the reliability and validity of the SQOL-M for Turkey.

Please request permission to use the Turkish SQOL-M from our website – [www.patientreportedoutcomes.com](http://www.patientreportedoutcomes.com) This is free for non-industry.

Sheryl – is anything further required in terms of permissions to do the psychometric work?

Many thanks

Lucy

[Alıntılanan metin gizlendi]

## Ek-7.1. Ölçek İzni

### Cinsel yaşam kalitesi ölçeği izin

ehra Gölbaşı <zehragolbasi@gmail.com>  
İlci: EZGİ DOĞAN <doganezgi93@gmail.com>

24 Nisan 2019 22:5

Sevgili Ezgi  
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Kadın versiyonunu makalesini referans göstererek kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar dilerim.

24 Nis 2019 Çar, saat 22:31 tarihinde EZGİ DOĞAN <doganezgi93@gmail.com> şunu yazdı:  
[Alıntılanan metin gizlendi]

--  
Prof. Dr. Zehra Gölbaşı  
Cumhuriyet Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü  
58140 Sivas, TÜRKİYE  
Tel: 0 346 219 10 10 / 1777

Zehra Golbasi  
Professor  
Cumhuriyet University  
Faculty of Health Science  
Nursing Department  
58140, Sivas, TURKEY  
Tel: +90 346 219 10 10 / 1777

## Ek-8. Etik Kurul İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı

**T.C.**  
**İZMİR VALİLİĞİ**  
**İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**  
**SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi**

Toplantı No : 1  
Tarih : 10 Ocak 2018  
Karar No : 19

Hastanemiz Koroner Yoğun Bakım Hemşiresi Ezgi DOĞAN'ın Yüksek Lisans tezi olarak yürütülmesi planlanan "**İmplant Edilebilen Kardiyoverter Defibrilatörlü Hastaların Cinsel Yaşam Kalitesi ve Şok Anksiyetelerinin İncelenmesi**" konulu araştırmaya ait dosya görüşülmüş çalışmanın gerekçe, yöntem ve etik açıdan uygun olduğuna, Hemşire Ezgi DOĞAN tarafından Dokuz Eylül Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Hatice MERT sorumluluğunda yürütülmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

**BAŞKAN :** Doç. Dr. Şükran KÖSE

**ÜYELER:** Doç. Dr. Cüneyt Eftal TANER

Doç. Dr. Süheyla SERİN SENER

Doç. Dr. Ahmet KAYA

Doç. Dr. Figen TOKUÇOĞLU

Doç. Dr. Tolga KANDOĞAN

Doç. Dr. Özgür ÖZTEKİN

Doç. Dr. Emel Ebru PALA

Uzm. Dr. Ahenk PAKSOY

Doç. Dr. Can ÖZTÜRK

Yrd. Doç. Dr. İ. Eren AKÇIÇEK

Emekli Subay Atıf Can ÖKTEN

Avukat Murat BAŞKIRT

İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurulu Yenişehir / İZMİR  
Telefon: 0 232 4696969 / 6128-6708

## Ek-9. Özgeçmiş



### EZGİ DOĞAN

#### Kişisel Bilgiler

##### İletişim Bilgileri

Kimlik Numarası 25577086448  
Doğum Tarihi 26/01/1993  
İletişim Adresi GÜNEY MAHALLESİ 1140/1 SOKAK NO : 1 YENİŞEHİR  
Laleli Mahallesi 429 sokak no:20 daire:7  
Telefon (546) 456 76 11  
E-posta doganezgi93@gmail.com  
Web Adresi

##### Eğitim Bilgileri

02 Eylül 2016 - Şu Anda (2 yıl 9 ay)  
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ)  
Diploma Numarası: -  
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.23 / 4.0

08 Eylül 2011 - 18 Haziran 2015 (3 yıl 10 ay)  
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, İZMİR ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE  
SAĞLIK YÜKSEKOKULU, HEMŞİRELİK PR. (TAM BURLU)  
Diploma Numarası: 142001B0696  
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.17 / 4.0

##### Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Ağustos 2015 - Şu Anda (3 yıl 10 ay) (Tam Zamanlı)  
HEMŞİRE, İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

##### Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: Başlangıç, Yazma: Başlangıç, Konuşma: Başlangıç)