



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



**KARDİYOVERTER DEFİBRİLATÖRLÜ HASTALARDA
İNSAN BAKIM MODELİ TEMELLİ HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN
PSİKOSOSYAL UYUMA ETKİSİ**

Doktora Tezi

Özgür DEMİR GAYRETLİ

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

İzmir
2022

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**KARDİYOVERTER DEFİBRİLATÖRLÜ HASTALARDA
İNSAN BAKIM MODELİ TEMELLİ HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN
PSİKOSOSYAL UYUMA ETKİSİ**

Özgür DEMİR GAYRETLİ

Danışman
Doç. Dr. Serap YILDIRIM

Psikiyatri Hemşireliği
Tezli Yüksek Lisans Derecesiyle Doktora Programı

İzmir
2022

Tez Değerlendirme Kurulu Üyeleri

(Adı Soyadı)

(İmza)

Başkan : Doç. Dr. Serap YILDIRIM

(Danışman)

Üye : Prof. Dr. Mahire Olcay ÇAM

Üye : Prof. Dr. Esra ENGİN

Üye : Prof. Dr. Asım Oktay ERGENE

Üye : Prof. Dr. Hatice MERT

Üye : Doç. Dr. Serap Özer

Doktora Tezinin kabul edildiği tarih: 07.07.2022

Önsöz

Bakım sevgi eylemidir ve kalp sevgi organıdır. Kalp hastalığı tanısı konan hastaların yaşam deneyimlerini dinledikçe ve yaşam deneyimlerimizi paylaştıkça psikiyatri hemşiresi olarak bir şeyler yapılması gerektiğini düşündüm. Yaklaşık on yıl boyunca onlara temas etme, bakım verme ve danışmanlık yapma şansım oldu. Mesleki bilgi, beceri ve deneyim kazandıkça, her hastanın özgün olduğunun önemine dair farkındalığım arttı. Özellikle kardiyoverter defibrilatörü olan hastaların yaşadıkları korku ve endişeyi Serap hocamla paylaşınca, hocamın rehberliği doğrultusunda bu alana katkı sağlamaya karar verdik. Hastaların biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden desteklenmeye gereksinimleri vardı ve pandemi ile bu gereksinimleri daha da artmıştı.

Kardiyoverter defibrilatörü olan hastalara bütüncül, sevgi ve şefkatle yaklaşmanın önemli bir yere sahip olduğunu ve bu hastalarla özellikle de pandemi sürecinde nasıl çalışabiliriz diye Serap hocamla birlikte beyin fırtınası yaparken, psikiyatri hemşireliğinin felsefesiyle örtüşen, hastaya karşı hümanist yaklaşımı benimseyen Jean Watson'ın İnsan Bakım Modelini temel alarak araştırma yapmak için literatür taramaya karar verdik. İnsan bakım modeli, hastalara bütüncül, samimi, sevgiyle yaklaşmakta ve maneviyatlarına değer vermektedir. Bu modelin kardiyoverter defibrilatörlü hastalarda psikososyal uyumlarına olumlu katkı sağlayacağını ve bu alanda girişimsel çalışmaya ihtiyaç olduğunu dikkate alarak literatür taraması sonucunda araştırmamıza başladık. Hastalarla, İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş hemşirelik girişimlerini yapılandırdıktan sonra pandemi nedeniyle online görüşmelere başladık. Her bir hasta ile yaptığım görüşmenin, mutluluğunu ve heyecanını en önemlisi de doyumunu yaşamak eşsiz bir deneyimdi. Pandemi sürecinde birbirimize dokunabilmenin ve kalp ritmimizin sevgiyle iyileştiğini hissetmenin hazzını ve sevincini yaşadık.

Yaşadığımız evren sonsuz sevgi enerjisiyle doludur ve kalbimiz sevgiyle iyileşir. Kendinize ve sevdiklerinize sarılın, kalbinizi sevin, sonsuz sevgiler...

İzmir, 07.07.2022

Özgür DEMİR GAYRETLİ

Özet

Kardiyoverter Defibrilatörlü Hastalarda İnsan Bakım Modeli Temelli

Hemşirelik Girişimlerinin Psikososyal Uyuma Etkisi

Amaç: Araştırma, kardiyoverter defibrilatörlü hastalarda insan bakım modeli temelli hemşirelik girişimlerinin psikososyal uyuma etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma, deneysel araştırma tasarımlarından olan ön test- son test kontrol gruplu tasarıma sahip, randomize kontrollü girişimsel bir araştırmadır. Araştırmanın, dahil edilme kriterlerine uygun ve araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden implante edilebilir kardiyoverter defibrilatörlü (ICD) hastalar araştırmaya kabul edilmiştir. Araştırmada girişim grubunda 30 ve kontrol grubunda 30 hasta olmak üzere, toplam 60 hasta yer almıştır. Araştırmanın verileri, Tanıtıcı Bilgi Formu ve Hastalığa Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği (Psychosocial Adjustment to Illness-Self-Report Scale-PAIS-SR) ile toplanmıştır. Girişim grubundaki hastalara Watson İnsan Bakım Model'ine (İBM) temellendirilmiş hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Veri analizinde; Ki-Kare testi, t testi, Mann-Whitney-U testi, Wilcoxon signed-rank testi kullanılmıştır. İstatistiksel önemlilik düzeyi $p < 0.05$ etki büyüklüğü ϵ^2 ile değerlendirilmiştir. Araştırmanın etik izinleri alınmıştır.

Bulgular: Girişim grubundaki hastaların ön test PAIS-SR ölçeği toplam ölçek puan ortalaması 80.60 ± 13.36 , kontrol grubundaki hastaların ise 86.30 ± 12.47 'dir. Girişim grubundaki hastaların son test PAIS-SR ölçeği toplam ölçek puan ortalaması 25.00 ± 6.93 , kontrol grubundaki hastaların ise 89.03 ± 14.85 'tir. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların ön test PAIS-SR ölçeği toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Girişim ve kontrol grubundaki hastaların son test PAIS-SR toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$).

Sonuç: İBM'ye temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin ICD'li hastaların psikososyal uyum düzeylerini her alanda iyileştirdiği sonucuna varılmıştır. Bu doğrultuda ICD'li hastaların psikososyal uyumlarını arttırmak için İBM'ne temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin uygulanması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kardiyoverter Defibrilatör, İnsan Bakım Modeli, Psikososyal Uyum, Hemşirelik

Abstract

The Effect of Human Care Model-Based Nursing Interventions on Psychosocial Adjustment in Patients with Cardioverter Defibrillator

Objective: The study was conducted to evaluate the effect of human care model-based nursing interventions on psychosocial adaptation in patients with cardioverter defibrillator.

Method: The research is a randomized controlled interventional study with a pretest-posttest control group design, which is one of the experimental research designs. Patients with an implantable cardioverter defibrillator (ICD) who met the study inclusion criteria and volunteered to participate in the study were included in the study. A total of 60 patients, 30 in the intervention group and 30 in the control group, were included in the study. The data of the study were collected with the Introductory Information Form and Psychosocial Adjustment to Illness-Self-Report Scale (PAIS-SR). Nursing interventions based on the Watson Human Care Model (IBM) were applied to the patients in the intervention group. In data analysis; Chi-square test, t test, Mann-Whitney-U test, Wilcoxon signed-rank test were used. Statistical significance level was evaluated with $p < 0.05$, effect size ϵ^2 . Ethical permissions were obtained for the study.

Results: The mean pre-test PAIS-SR scale total scale score of the patients in the intervention group was 80.60 ± 13.36 , and the patients in the control group were 86.30 ± 12.47 . The mean post-test PAIS-SR scale total scale score of the patients in the intervention group was 25.00 ± 6.93 , and the patients in the control group were 89.03 ± 14.85 . The difference between the pretest PAIS-SR scale total and subscale mean scores of the patients in the intervention and control groups was not statistically significant ($p > 0.05$). The difference between the posttest PAIS-SR total and subscale mean scores of the patients in the intervention and control groups was statistically significant ($p < 0.001$).

Conclusion: It was concluded that nursing interventions based on IBM improved the psychosocial adjustment levels of patients with ICD in all areas. In this direction, it is recommended to apply nursing interventions based on IBM in order to increase the psychosocial adjustment of patients with ICD.

Keywords: Cardioverter defibrillator, Human Care Model, Psychosocial Adjustment, Nursing.

İçindekiler

Önsöz	II
Özet	III
Abstract	IV
İçindekiler	V
Tablolar Dizini	VIII
Şekiller Dizini	IX
Kısaltma Listesi.....	X
Giriş.....	1
1.1. Araştırmanın Problemi	1
1.2. Araştırmanın Sorusu	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	4
1.4. Araştırmanın Varsayımları.....	5
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	6
1.6. Araştırmanın Amacı	6
Genel Bilgiler	7
2.1. İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör	7
2.2. İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatörlerin Gelişimi ve Tarihçesi	7
2.3. İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatörlerin Çalışma Düzeni	8
2.4. İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatörlerin Endikasyonları.....	9
2.5. İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör İmplantasyonuna İlişkin Görülen Komplikasyonlar	10
2.6. İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatörlü Hastalarda Psikososyal Uyum	10
2.7. İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatörlü Hastaların Psikososyal Uyumunda Hemşirelik Bakımının Önemi	12
2.8. Hemşirelik Bakımında Model Kullanımı.....	14
2.8.1. İnsan Bakım Modeli.....	14
2.8.2. İnsan Bakım Model'inin Araştırma ve Uygulamadaki Yeri	20
2.8.3. Watson İnsan Bakım Modeli ve Psikiyatri Hemşireliği.....	23
Gereç ve Yöntem.....	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.3.1. Evren ve Örneklem	25
3.3.2. Örneklem Büyüklüğü	26
3.3.3. Örneklem Dahil Etme Kriterleri.....	26
3.3.4. Randomizasyon.....	27
3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	30
3.5. Veri Toplama Araçları	30
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	30
3.5.2. Hastalığa Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçeği	30
3.5.3. İnsan Bakım Modeli'ne Temellendirilmiş Hemşirelik Girişimleri.....	31
3.6. Uygulama Süreci.....	36
3.6.1. Pilot Uygulama	36
3.6.2. Girişim Grubuna Yapılan Uygulamalar.....	36
3.6.3. Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar.....	46
3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi	48
3.8. Süre ve Olanaklar.....	49
3.9. Araştırma Etiği.....	50
Bulgular.....	51
4.1. Girişim Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	51
4.2. Kontrol Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	54
4.3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçeği Ön Test - Son Test Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	56
4.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	59
4.5. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları Farklarının Zamana İlişkin Bulgular.....	63
Tartışma.....	64
5.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi	64
5.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların ICD Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi	66

5.3. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	67
Sonuç ve Öneriler.....	75
6.1. Sonuç.....	75
6.2. Öneriler	77
Kaynaklar	78
Ekler	93
Ek-1: Araştırmaya Katılım Onam Formu	93
Ek-2: Tanıtıcı Bilgi Formu.....	94
Ek-3: Hastalığa Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçeği.....	95
Ek-4: Hastalığa Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçek Kullanım İzni	105
Ek-5: Etik Kurul Onayı	106
Ek-6: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı İzni	108
Teşekkür.....	109
Özgeçmiş.....	110

Tablolar Dizini

Tablo 1. ICD İmplantasyonu Sonrası Görülen Komplikasyonlar	10
Tablo 2. Jean Watson ve Psikiyatri Hemşireliği	23
Tablo 3. Girişim ve Kontrol Gruplarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	29
Tablo 4. İyileştirici Faktörler ve İyileşme Süreci.....	31
Tablo 5. İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Hemşirelik Girişimlerinin ICD’li Hastalarda Kullanım Planı	32
Tablo 6. Girişim Grubu İçin Planlanan Görüşmeler ve Görüşme Sürecinin İçeriği .	37
Tablo 7. Kontrol Grubu İçin Yapılan Uygulamalar	46
Tablo 8. Araştırma Takvimi	49
Tablo 9. Girişim Grubundaki Hastaların Sosyo- demografik Özelliklerinin Dağılımı	51
Tablo 10. Girişim Grubundaki Hastaların ICD’ye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı ..	53
Tablo 11. Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı	54
Tablo 12. Kontrol Grubundaki Hastaların ICD’ye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı ..	55
Tablo 13. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test PAIS-SR Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	56
Tablo 14. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Son Test PAIS-SR Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	58
Tablo 15. Girişim Grubundaki Hastaların Ön Test- Son Test PAIS-SR Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	59
Tablo 16. Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test- Son Test PAIS-SR Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	60
Tablo 17. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test PAIS-SR Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	61
Tablo 18. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Son Test PAIS-SR Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	62
Tablo 19. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları Farklarının Zamana Göre Karşılaştırılması.....	63
Tablo 20. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları Farklarının Gruba Göre Karşılaştırılması.....	63

Şekiller Dizini

Şekil 1. Tek Odacıklı ICD İmplantasyonunun Şematik Gösterimi	8
Şekil 2. Araştırmanın CONSORT Akış Şeması	28
Şekil 3. Araştırmanın Teorik, Kavramsal ve Deneysel Yapısı	35
Şekil 4. Araştırma Planı	47



Kısaltma Listesi

AKS	: Akut Koroner Sendrom
DEÜ	: Dokuz Eylül Üniversitesi
EF	: Ejeksiyon Fraksiyonu
ICD	: İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör
İBM	: İnsan Bakım Modeli
KLP	: Konsültasyon Liyezon Psikiyatri
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
MI	: Miyokard İnfarktüsü
PAIS-SR	: Psychosocial Adjustment to Illness-Self-Report Scale
SPSS	: Statistical Package for Social Science
SVO	: Serebrovasküler Olay
TKD	: Türk Kardiyoloji Derneği
VF	: Ventriküler Fibrilasyon
VT	: Ventriküler Taşikardi
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

Giriş

1.1. Araştırmanın Problemi

Kardiyovasküler hastalıkların (KVH) dünyada mortalite ve morbidite değerleri oldukça yüksektir ve ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır (WHO, 2020). Dünyada 2015 yılındaki ölümlerin %31'i, Türkiye'de ise %47,73'ü KVH nedeniyle meydana gelmiştir ve bu değerlerde on yıl sonra artış ön görülmektedir (WHO, 2020). Bu nedenle, KVH'nin önlenmesi, insidansının, mortalite ve morbidite oranlarının azaltılması ve buna ilişkin kullanılan tedavi stratejilerinin geliştirilmesi oldukça önem taşımaktadır.

Modern tıbbın inovasyonu ve başarısı olan ICD'ler yaşamı tehdit eden potansiyel aritmi (ventriküler taşikardi: VT, ventriküler fibrilasyon: VF) riski taşıyan hastalara implante edilmektedir (Al-Khatib vd., 2018). İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatör tedavi yönteminin, ani kardiyak ölüme bağlı mortaliteyi yüksek riskli hastalarda %30-54 oranında azalttığı belirlenmiştir (Sert & Özer, 2019). İnvaziv tedavi yöntemi olan ICD'ler, günümüzde kardiyak resenkronizasyon tedavisinde kullanılmaktadır. Kalbin çalışmasını ve elektriksel uyarımını sürekli olarak izleyerek ritim bozukluğunu algılayan ICD'ler, kardiyoversiyon ya da defibrilasyon (şoklama) uyarısı gibi özelliklerinden uygun olanını kullanarak sinüs ritminin sürdürülmesini sağlamaktadır. Özellikle ani kardiyak ölüme neden olabilecek VT ve ventriküller aritmi ataklarının algılanarak önlenmesinde ICD'lerin başarı oranı %97-98 olup, birincil tedavi seçenekleri arasında kullanılmaktadır (Habibović vd., 2018; Sert & Özer, 2019; Uysal, 2016; Yardımcı & Mert, 2014).

Oldukça etkili bir tedavi yöntemi olan ICD'ler, her hastalık ve tedavi sürecinde olduğu gibi hastaların yaşamını etkileyerek bazı psikososyal problemlere yol açabilmektedir (Çam, Babacan-Gümüş, & Yıldırım, 2014; Lewin, Coulton, Frizelle, Kaye, & Cox, 2008; Love, 2006; Ooi, He, Dong, & Wang, 2016; Oykur Çelik & Ertaş, 2016; Rafiei, Senmar, Yousefi, & Nemati, 2021; Türkçapar, 2004).

İmplant edilebilir kardiyoverterler, sağ veya sol göğüs üst bölgesinde cilt altına kalıcı olarak yerleştirilen cihazlardır. Bu nedenle cihaza psikososyal uyum sürecinde hastaların yaşam tarzlarını yeniden değerlendirmeleri gerekmektedir ve bu uyum süreci beraberinde hastaların çeşitli güçlükler yaşamasına neden olabilmektedir

(Burns, Serber, Keim, & Sears, 2005; Stoll, Csaszar, Szoke, & Bagdi, 2014; Undavia vd., 2008).

İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatörlerin, yaşamı etkileyen bir stres kaynağı olması, ömür boyu yapay bir cihazın hastanın bedeninde yer alması ve sürekli takip edilmesinin gerekmesi gibi sebeplerle hastaların ölüm kaygısı ve şoklama korkusu başta olmak üzere depresyon, öfke, anksiyete, uyku problemleri, cinsel istekte azalma, düşük benlik saygısı, bağımlı hale gelme düşüncesi ve yetersizlik gibi birçok psikososyal problemler yaşadığı ve kaygı, depresyon düzeylerinin diğer hasta gruplarına göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Dougherty, Thompson, & Lewis, 2005; Ooi vd., 2016; S. E. Sears & Conti, 2003; Sert & Özer, 2019).

Schuster ve arkadaşlarının (1998) ICD'li hastalarla yaptığı bir çalışmada, hastaların depresyon, hafıza sorunları, uykuya dalmakta güçlük yaşadığı ve aile ilişkilerinde bozulma, ölüm ve ölümle ilişkili kaygı, şoklama korkusu, cihazın bozulmasına ilişkin korku ve cinsel problemler yaşadığı bildirilmiştir (Schuster, Phillips, Dillon, & Tomich, 1998).

Hastaların ICD'lerini hastaneye giderek düzenli olarak kontrol ettirmesi gerektiği düşüncesi, cihazın işlevselliğinin bozulacağı ve kalbinin durması korkusu, cihazın disritmilere müdahale edememesi, ICD'li hastaların yaşam kalitesini etkilemekle birlikte birtakım psikososyal uyum sorunlarını beraberinde getirmektedir (Bulantekin & Oğuz, 2010; Dougherty vd., 2005; Kao, Chen, Chen, & Lin, 2016; Karataş & Polat, 2015; Manzoni vd., 2015).

Bu bilgiler doğrultusunda; ICD'li hastaların sadece fiziksel olarak değil, aynı zamanda psikososyal yönleriyle de ele almak oldukça önemlidir. Bu noktada bütüncül hemşirelik girişimlerinin önemi ortaya çıkmaktadır. İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatörlü hastaların psikososyal uyumlarını iyileştirmek için hemşire olarak bu durumun farkında olmak, hastanın ICD implantasyonu öncesi ve sonrası dönemlerde tedavi sürecinde sağlık ekibiyle iş birliği yaparak aktif rol ve sorumluluk almasını sağlamak, ICD cihazını kabul etmesini kolaylaştırmak, hastaya hemşirelik girişim uygulamalarının daha bireysel ve nitelikli olmasını sağlamak amacıyla hemşirelik modeli kullanmak gerekmektedir.

Jean Watson geliştirmiş olduğu İnsan Bakım Model'inde (İBM) hemşireliğin bakım verme bilimi olduğunu ve bir felsefeye sahip olduğunu vurgulamaktadır (Boz & Okumuş, 2020; Watson & Sitzman, 2019). Watson bakım bilimini “hemşirelik sanat

ve bilimini birleştiren ve felsefe, etik, ekoloji ve zihin-beden-ruh tıbbı alanlarındaki kavramları içeren disiplinler arası bir yaklaşım” olarak tanımlamaktadır (Watson, 2022). Watson’a göre hasta sadece basit bir organizma olmadığı gibi yaşayan, büyüyen ve gelişen bir yapıya sahiptir (Boz & Okumuş, 2020; Durgun Ozan & Okumuş, 2013; Erbay, Yıldırım, Fadiloğlu, & Aykar, Şenuzunar, 2018; Küçükgülü, Gönen Şentürk, & Akpınar Söylemez, 2017). Watson’a göre maneviyat, hemşirelikte en önemli öğelerden biridir (Wei & Watson, 2019). Maneviyat hastanın dünyadaki yerini ve insanlarla ilişkisini, hayatın anlamı ile amacını kavrama çabası olarak tanımlanmaktadır.

Watson manevi girişimin; hastaların manevi gereksinimleri ve duygularını ifade etmelerinin sağlanmasıyla sağlanabileceğine inanmaktadır (Watson & Sitzman, 2019). *“Watson’a göre hemşirelik süreci insandan-insana bakım verme sürecidir. Bu süreçte hasta-hemşire ilişkisi ile hastanın kendi kendini iyileştirme kapasitesinin artmasını ve üst düzeyde bilinçlilik sağlar”*(Watson, 2012). Modelin yapısını *“kişilerarası bakım ilişkisi, bakım durumu ve bakım anı ile iyileştirme süreçleri”* oluşturmaktadır (Watson, 2012). Bu model; Dünyada Avustralya, Amerika, İspanya gibi ülkeler ilk sıralarda yer almak üzere pek çok ülkenin sağlık kuruluşlarında sağlık ekibi tarafından hastaların tedavi ve bakım sürecinde uygulanmakta olup; hemşirelikte bilimsel araştırmalarda, eğitim müfredatlarında, hemşirelik bakım davranışlarında ve yönetimde bir rehber olarak kullanılmaktadır (Boz & Okumuş, 2020; Watson, 2012).

Literatürde ICD’li hastalarla yapılan çalışmalarda; şok anksiyetesi, depresyon, ölüm korkusu, öfke, yaşam kalitesi, anksiyete, cinsel yaşam ve psikososyal uyum gibi kavramların ele alındığı görülmektedir (Böke Kılıçlı & Özdemir, 2017; Dougherty, Thompson, & Kudenchuk, 2019; Mauro, 2010; Oshvandi, Khatiban, Ghanei Gheshlagh, & Razavi, 2020; Rafiei vd., 2021; S. E. Sears & Conti, 2003; Sert & Özer, 2019; Yardımcı & Mert, 2014, 2018).

Yapılan çalışmaların genellikle tanımlayıcı özellikte araştırmalar olduğu (Duğan & Bektaş, 2020; Habibović vd., 2018; Humphreys, Lowe, Rance, & Bennett, 2016; Oshvandi vd., 2020; Oykur Çelik & Ertaş, 2016; Rafiei vd., 2021) ve az sayıda girişimsel çalışmaların yapıldığı belirlenmiştir (Yardımcı, 2015). İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatörlü hastalarla yapılan psikososyal uyum çalışmalarının ise, tanımlayıcı özellikte olduğu ve hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin saptandığı görülmektedir (Böke Kılıçlı & Özdemir, 2017; Lang vd., 2014; Mauro,

2010; Starrenburg vd., 2014; Streur vd., 2020; Verkerk vd., 2015; Yardımcı & Mert, 2014).

Bu nedenle, İCD’li hastaların psikososyal uyumlarını iyileştirmeye yönelik girişimsel çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bilgiler doğrultusunda; İCD’li hastalarda, İBM temelli hemşirelik girişimlerinin hastaların hem psikososyal uyumlarının arttırılması hem de dolaylı olarak yaşam kalitelerinin artması açısından oldukça değerli ve önemli bir yere sahiptir.

1.2. Araştırmanın Sorusu

Watson İnsan Bakım Modeli’ne temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin İCD implante edilmiş hastalarda psikososyal uyuma etkisi var mıdır?

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

- I. H₁: Girişim ve kontrol grubundaki hastaların İBM temelli hemşirelik girişimleri sonrasında PAIS-SR ölçeği Sağlık Bakımına Uyum alt ölçek puan ortalaması arasında anlamlı fark vardır.
- II. H₁: Girişim ve kontrol grubundaki hastaların İBM temelli hemşirelik girişimleri sonrasında PAIS-SR ölçeği Mesleki Çevre alt ölçek puan ortalaması arasında anlamlı fark vardır.
- III. H₁: Girişim ve kontrol grubundaki hastaların İBM temelli hemşirelik girişimleri sonrasında PAIS-SR ölçeği Aile Çevre alt ölçek puan ortalaması arasında anlamlı fark vardır.
- IV. H₁: Girişim ve kontrol grubundaki hastaların İBM temelli hemşirelik girişimleri sonrasında PAIS-SR ölçeği Cinsel İlişkiler alt ölçek puan ortalaması arasında anlamlı fark vardır.
- V. H₁: Girişim ve kontrol grubundaki hastaların İBM temelli hemşirelik girişimleri sonrasında PAIS-SR ölçeği Geniş Aile İlişkileri alt ölçek puan ortalaması arasında anlamlı fark vardır.
- VI. H₁: Girişim ve kontrol grubundaki hastaların İBM temelli hemşirelik girişimleri sonrasında PAIS-SR ölçeği Sosyal Çevre alt ölçek puan ortalaması arasında anlamlı fark vardır.

- VII. H1: Girişim ve kontrol grubundaki hastaların İBM temelli hemşirelik girişimleri sonrasında PAIS-SR ölçeği Psikolojik Distres alt ölçek puan ortalaması arasında anlamlı fark vardır.
- VIII. H1: Girişim ve kontrol grubundaki hastaların İBM temelli hemşirelik girişimleri sonrasında PAIS-SR ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark vardır.

1.4. Araştırmanın Varsayımları

Kalbin yaşamı doğrudan etkilemesi ve ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer alması, hastaların kalp hastalıklarına yönelik kaygı düzeylerinin yüksek olmasına ve psikososyal uyum düzeylerinin kötü olmasına neden olmaktadır (Çetinkaya, 2019; Manzoni vd., 2015; Ooi vd., 2016; Sert & Özer, 2019; Türksen Ülkü, 2019).

Ani kardiyak ölümlerin engellenmesi, morbidite ve mortalite değerlerinin düşürülmesinde kullanılan tedavi yöntemleri arasında yer alan ICD implantasyonu, psikososyal sorunları da beraberinde getirmektedir (Dougherty vd., 2016; Ooi vd., 2016). İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatörlü hastaların hastaneden erken taburcu olmaları ve ICD implantasyon sürecinin ilk aşamasında sağlık ekibi tarafından yeterli düzeyde desteklenmedikleri için ICD sonrasında yaşamındaki psikososyal değişikliklere uyum sağlamakta güçlük yaşamaktadırlar (Dougherty vd., 2016; Sert & Özer, 2019). İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatörlü hastaların yaşadığı psikososyal sorunlar ise, hastaların cihazı kabullenmesini güçleştirmekte ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Bu noktada hastaların İBM'ne temellendirilmiş hemşirelik girişimleri; ICD'li hastaların psikososyal uyumlarını iyileştireceği, hemşirelik girişimlerinin de daha bireysel ve nitelikli olmasını sağlayacağı varsayılmıştır. Hemşirelik girişimleri her uygulandığında fiziksel koşulların aynı olacağı varsayılmıştır.

Psikososyal uyumu ölçmek için kullanılan ölçüm aracı ICD'li hastalarda ulusal ve uluslararası boyutta yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu nedenle bu ölçüm aracının hedeflenen araştırma amacını değerlendirebilecek özellikte olduğu ve hastaların bu aracı samimi ve dürüst bir şekilde doldurduğu varsayılmıştır.

Araştırmacının bakım davranışı ve geliştirme eğitimi almış olması ve uzman hemşire olarak on yıldır ICD'li hastalarla klinik deneyime sahip olması insan bakım modeline temellendirilmiş hemşirelik girişimlerini uygulayabilecek donanım ve tecrübeye olduğu varsayılmıştır.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, tüm dünyayı etkisi altına alan Covid 19 pandemi sürecinde yapılmıştır. Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi kardiyoloji polikliniği rutin ICD kontrolü hizmetlerine pandemi yoğunluğunun arttığı dönemlerde (Şubat 2020 -Haziran 2020) hastane yönetimi kararıyla ara vermiştir. Araştırmacı da bu süreçte araştırmaya ara vermek zorunda kalmıştır.

Ayrıca Covid-19 pandemi süreci araştırmada bazı değişiklikler yapılmasına neden olmuştur. Araştırmanın başlangıcında; İBM temelli hemşirelik girişimlerinin DEÜ Hastanesi Aritmi Polikliniği ICD kontrol odasında, Covid-19 önlemleri alınarak araştırmacı tarafından yüzyüze uygulanması planlanmıştır. Ancak Covid-19 vaka sayısının ciddi oranda artması nedeniyle araştırmanın özellikle ilk görüşmeden sonraki görüşmelerinin online olarak yapılmasına karar verilmiştir. Araştırmanın online yapılmış olması pandemiden kaynaklanan sınırlılıktır.

Araştırmanın örneklemini oluşturan DEÜ Aritmi Polikliniği'ne ICD implantasyonu sonrası gelen hastaları kapsamaması nedeniyle elde edilen bulgular sadece bu gruba genellenebilir. Araştırmaya katılmayı kabul eden ICD'li hastalar örnekleme dahil edilmiştir. Girişimler, araştırmacının bilgi, beceri ve yeteneği ile sınırlıdır. Araştırma verilerini toplamada kullanılan ölçme araçlarının ve istatistiksel tekniklerin yeterlilikleri ile sınırlıdır.

1.6. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, ICD'li hastalarda İBM temelli hemşirelik girişimlerinin psikososyal uyuma etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Genel Bilgiler

2.1. İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör

Ani kardiyak ölüm (AKÖ) dünyada önde gelen ölüm nedenidir ve AKÖ riski taşıyan hastalarda VT ve VF'nin tedavisinde ICD'ler kullanılmaktadır (Al-Khatib vd., 2018; Strömberg vd., 2014). Güncel Amerika ve Avrupa ICD kılavuzları, ICD tedavisinin kullanımını spesifik klinik vakalarda AKÖ'nün birincil ve ikincil önlenmesi için önermektedirler ve ICD tedavisinin etkinliğini gösteren büyük randomize kontrollü klinik araştırmalarla desteklenmektedirler (Al-Khatib vd., 2018; Strömberg vd., 2014). Kalp hastalarında ICD'ler, kalp ritminin düzenli izlenmesini ve disritmleri algılayıp uygun olan tedaviyi, taşikardi sonlandırıcı uyarımlar, kardiyoversiyon ve defibrilasyon sağlamaktadırlar (Knight, 2014; Levy vd., 2017). ICD'ler birincil ve ikincil koruma olarak tercih edilmektedir. Birincil koruma, önceden kalp hastalıkları olan hastalar için profilaktik olarak önerilmekte olup, ikincil koruma ise geçmişte kalp krizi, ventriküler taşikardi ve ventriküler fibrilasyon epizodlarından sağ kalan hastalar için önerilmektedir. ICD tedavisi bağlamında, birincil önleme AKÖ'yü önlemek için gerçekleştirilen müdahaleler olarak tanımlanırken, ikincil önleme, halihazırda yaşamı tehdit eden VT/VF geçirmiş olan hastalarda AKÖ'yü önlemeyi amaçlayan tedavileri ifade eder (Friedman vd., 2017; Levy vd., 2017).

2.2. İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatörlerin Gelişimi ve Tarihçesi

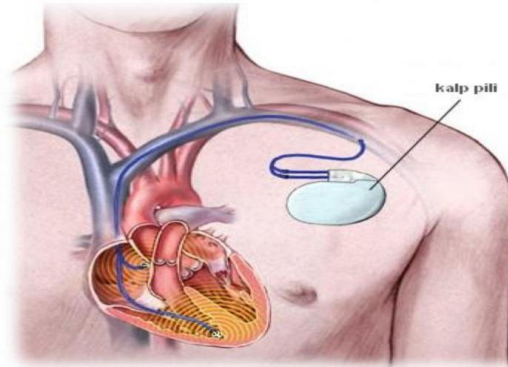
İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatörler, AKÖ'nün önlenmesi için önemli bir araç olarak ortaya çıkmıştır. Ventriküler fibrilasyonlu bir hastaya defibrilasyon ilk kez Claude Beck tarafından 1947'de ameliyathanede uygulanmıştır ve hayatı kurtarılmıştır (Strömberg vd., 2014). Hastane ortamındaki ventriküler aritmilerin yönetimi 1960'larda koroner bakım ünitelerinin de kurulmasıyla iyileşirken, hastane dışında meydana gelen kardiyak arrest için resüsitatif çabalar etkili olmamış ve bu ayaktan tedavi ortamında ani ölümü önlemenin önemini ortaya çıkarmıştır (Mirowski, Mower, Langer, Heilman, & Schreibman, 1978). Tıp dünyasında ICD implantasyonuna karşı önemli şüpheciliğe rağmen, Dr. Michel Mirowski ve meslektaşları tarafından 1980'de Hopkins Hastanesinde tekrarlayıcı VF'li bir kadına ilk kez ICD implantasyonu yapılmış ve tıp tarihinde dönüm noktası niteliğinde bir işlem olarak yerini almıştır (Mirowski vd., 1980).

İmplant edilebilir Kardiyoverter Defibrilatörlere 1982 yılında senkronizasyon özelliği eklenmiştir ve böylece VT'li hastalarda da kullanılmaya başlanmıştır (TKD, 2002). Hız ve şok enerjisi programlanma özelliğine sahip ICD'ler 1988 yılında implante edilmeye başlanmış olup, zamanla ICD cihazlarına bradikardi pacing'i ve antitaşikardik pacing özellikleri de eklenmiştir. Antitaşikardik pacing özelliğine sahip ICD'ler programlı uyarılar ile VT'yi sonlandırabilmekte ve kardiyoversiyona ihtiyaç duyulmamaktadır (TKD, 2002).

Yeni jenerasyon ICD'lerde EKG kayıtları gibi diagnostik değeri olan birçok bilgi elde edilmekte ve kansız bir şekilde programlı uyarılar ile elektrofizyolojik çalışmalar yapılmaktadır. Günümüzde kullanılan ICD cihazlarının ömrü kullanma koşullarına göre 5-11 yıl arasında farklılık göstermektedir (TKD, 2002). Terapötik faydayı en üst düzeye çıkarmak ve hasta rahatsızlığını en aza indirmek için; son 40 yılda ICD tasarımı ve programlamasında önemli gelişmeler gerçekleşmiştir.

2.3. İmplant edilebilir Kardiyoverter Defibrilatörlerin Çalışma Düzeni

İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatör cihazları yapısal olarak elektrottan, bellekten, güç kaynağından, jeneratörden ve elektronik devreden oluşmaktadır (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2010). Jeneratör, genellikle titanyumdan üretilmiş olup, yüksek enerji elektrotu görevi yapmaktadır ve bir kasanın içinde yer almaktadır. Kasanın içinde enerji çeviricileri, mikroişlemciler, kapasitör, hafıza çipleri ve batarya bulunmaktadır (Şekil 1). Mikroişlemcilerin görevi, ICD'nin alt bölümünün koordinasyonu olup, okunabilir bellekte cihazın genel fonksiyonel özelliklerini içeren bilgiler vardır ve yan bellekte hastaya özgü spesifik tanısal bilgiler yer almaktadır (Karaoğuz vd., 2008; Smeltzer vd., 2010).



Şekil 1. Tek Odacıklı ICD İmplantasyonunun Şematik Gösterimi

Elektrotlar, “pacing ve sensing” olmak üzere ikiye ayrılmaktadır, görevi disritmileri algılayıp müdahale etmektir (Karaoğuz vd., 2008; Smeltzer vd., 2010).

2.4. İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatörlerin Endikasyonları

İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatörler etkin bir tedavi yöntemi olarak, hastalarda birincil ve ikincil koruma amacıyla kullanılmaktadır (Al-Khatib vd., 2018; Ladejobi vd., 2018; Myerburg, Reddy, & Castellanos, 2009). Birincil koruma amacıyla ICD’nin kullanımı, ölümcül VT geçirmemiş ancak yüksek risk taşıyan ve daha önce var olan kalp hastalıklarından kaynaklanan kalp krizi gelişme riski yüksek olan hastalarda ölüm riskini düşürmektir. İkincil korumanın amacı ise, VT sebebiyle kalp krizi geçirmiş hastalarda tekrar edilmesinin önlenmesi ve mortalitenin düşürülmesidir (Biton, Baman, & Polonsky, 2016; TKD, 2002).

İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatör kullanım endikasyonlarına ilişkin öneriler, Amerikan Kalp Derneği kılavuzunda yer almaktadır (Al-Khatib vd., 2018). İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatörlere ilişkin endikasyon önerileri, Amerikan Kalp Derneği kılavuzunda mevcuttur ve ICD endikasyonlarından önemli bir yere sahip olan Sınıf I için endikasyon önerileri aşağıda verilmiştir.

- ✓ VF ya da hemodinaminin bozulmasına neden olan unstabil ve sürekli VT sebebiyle kalp krizi geçiren hastalar,
- ✓ Konjenital kalp hastalığı olan ve sürekli VT atakları geçiren hastalar,
- ✓ VT ya da VF atakları sonucunda bozulmuş hemodinami nedeniyle senkop geçiren hastalar,
- ✓ Kardiyak arrestten en az 40 gün geçmiş, revaskülarizasyondan en az 90 gün geçmiş, sol kalp Ejeksiyon Fraksiyonu (EF) oranı %35 ya da daha düşük olan hastalar,
- ✓ Kalp krizinden en az 40 gün geçmiş, sol kalp EF değeri %30 ya da daha düşük olan hastalar,
- ✓ Kalp krizi sebebiyle unstabil VT’si olan, sol kalp EF’si %40 ya da daha düşük ve elektrofizyolojik girişimlerle indüklenebilen VT ya da VF’li hastalar,
- ✓ VT ya da VF sebebiyle kalp krizi geçiren veya hemodinamik yönden unstabil VT’li non-iskemik kardiyomiyopati tanısı alan hastalar,
- ✓ EKG’de erken re-polarizasyonu olan ve kalp krizi ya da sürekli ventriküler aritmili hastalarda endikedir (Al-Khatib vd., 2018; Friedman vd., 2017; Myerburg vd., 2009; Pedersen vd., 2016).

2.5. İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör İmplantasyonuna İlişkin Görülen Komplikasyonlar

İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatör komplikasyonları, normal cihaz işlevine, implantasyon işlemine ve tercih edilen programlara ilişkili olarak görülmektedir. Gelişebilecek önemli komplikasyonlar (Tablo 1); kardiyak perforasyon, pnömotoraks, hemotorakstır (Al-Khatib vd., 2018; Ezzat vd., 2015; Gökoğlu & İnce, 2016; Mattsson & Magnusson, 2020).

Tablo 1. ICD İmplantasyonu Sonrası Görülen Komplikasyonlar

Erken komplikasyonlar	Geç komplikasyonlar	Cihaza bağlı komplikasyonlar
Hemotoraks, Pnömotoraks,	Twiddler sendromu	Çıkış bloğu
Hava embolisi, Venöz tromboemboli	Enfeksiyon	Elektrot kırığı
Cep hematomu	Endokardit	Elektrot iletim defekti
Perforasyon, Kardiyak tamponad	Venöz tromboz	Elektrot malpozisyonu
Nervus phrenikus stimülasyonu	Omuz problemleri	Erken batarya tükenmesi
SVO ve AKS	Venöz tromboemboli	Gevşek vidalama
Hipotansiyon, Aritmi	Psikolojik sorunlar	

SVO: Serebro Vasküler Olay

AKS: Akut Koroner Sendrom

2.6. İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatörlü Hastalarda Psikososyal Uyum

Uyum kelime olarak, toplumsal çevreye veya bir duruma uyma, uyum sağlama, intibak, entegrasyon şeklinde tanımlanmaktadır (TDK, 2022). Uyum, yaşanan olaydan sonra hastanın yaşamını iyi bir şekilde devam ettirmesini sağlayan davranış ve işlerdir (Sahranavard, Ahadi, Taghdisi, Kazemi, & Kraskian, 2017).

Hastalığa uyum, hastanın yaşam tarzını hastalığından kaynaklanan durumlara göre değerlendirip yeni bir yaşam tarzı benimsemesidir. İnsan, biyolojik, psikolojik, sosyal yönleriyle biyopsikososyal bir varlıktır ve bu yönleriyle birlikte hastalığına uyum sağlar. İç çevre ve dış çevresinden gelen tüm durumlardan etkilenecek değişim ve gelişim gösterir. Hastalık, biyolojik ve psikolojik kökenli olmak üzere iki şekilde

görülebilir. Biyolojik olarak hastalık, bedensel rahatsızlıkları; psikolojik olarak ise, zihinsel, ruhsal veya moral bozukluğu içermektedir (Çam vd., 2014).

Hastaların hastalığa psikososyal uyumunu, kişilik tipi, kalıtsal özellikleri, fiziksel ve psikolojik dayanıklılığı, sosyokültürel yapısı, psikososyal stresörler, hastalıkla ilgili algısı, stres yönetimi, geçirilmiş travmalar, yaşam biçimi, destek sistemleri ve sağlık ekibinin hastaya karşı tutumu etkilemektedir (Anderson & Taylor, 2014; Çetinkaya, 2019; Karataş & Bostanoğlu, 2017).

İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatörler oldukça etkin bir tedavi yöntemi olduğu gibi hastanın bedeninde, duygusal, ailesel, sosyal, mesleki yaşamında ve yaşam biçiminde önemli değişimlere yol açmaktadır. ICD'li hastaların psikososyal uyum düzeyleri, tedavi sürecini olumlu ya da olumsuz olarak etkilemektedir, hastaların sağlık ekibi tarafından yeterli düzeyde bilgilendirme yapılmadan hastaneden kısa süre içerisinde taburcu edilmeleri ve yaşamının birçok alanında problemler yaşaması nedeniyle hastaların psikososyal sıkıntılar yaşamasına yol açabilmektedir (Dougherty vd., 2016; Kao vd., 2016; Roth, Dilworth-Anderson, Huang, Gross, & Gitlin, 2015; Sert & Özer, 2019).

Literatürde ICD implantasyonunun, hayatı önemli ölçüde etkileyen stres kaynağı olması, bedeninde ömür boyu yapay küçük bir cihazın yer alması ve sürekli kontrol gerektirmesi gibi sebeplerin hastaların, psikososyal uyum güçlüğü, öfke, depresyon, düşük benlik saygısı, beden imajında bozulma, ölüm kaygısı, anksiyete, korku, şok anksiyetesi, psikolojik sıkıntı, uyku problemleri, seksüel ilişkide isteksizlik ve azalma, bağımlı hale geldiğini düşünme, yalnızlık, ve sosyal alanda sorunlar yaşamasına neden olduğu saptanmıştır (Bilanovic vd., 2013; Dougherty vd., 2005; Ooi vd., 2016; S. E. Sears & Conti, 2003; Sert & Özer, 2019; Yardımcı & Mert, 2018).

Kılıçlı ve Özdemir'in (2017) ICD'li hastalarla yaptığı çalışmada, ICD'li hastaların %56,8'inin psikososyal uyum düzeylerinin kötü düzeyde olduğu saptanmış olup, kalp yetmezliği fonksiyonel sınıfı, kullanılan ilaç miktarı, ICD sonrası şoklama ve şok sayısının hastaların psikososyal uyumlarını olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (Böke Kılıçlı & Özdemir, 2017).

Mauro (2008a) tarafından yapılan bir çalışmada, ICD'li hastaların taburcu olduktan sonra daha fazla belirsizliğe sahip olduğu ve psikososyal uyum düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Özellikle aile çevresi, cinsel ilişkiler, mesleki ve sosyal çevrede

daha az uyum ve hastaneden taburcu olduktan sonraki hem 1.hafta hem de 8. haftada daha fazla psikolojik distres yaşadıkları bulunmuştur (Mauro, 2008a).

Mauro (2008b) tarafından yapılan bir diğer çalışmada, ICD'li hastaların psikososyal uyum düzeylerinin hastaneden taburcu olduktan sonraki 8. haftada, taburcu olduktan sonraki 1. haftaya göre daha kötü düzeyde olduğu bulunmuştur(Mauro, 2008b).

Mauro (2010) tarafından yapılan bir başka çalışmada, ICD'li hastalarda psikososyal uyumun, uzun vadeli (Ort.= 9.4 yıl) izleminde, hastaların ICD'yi takip eden ilk 2 aydaki psikososyal uyum düzeylerinin daha sonraki uyumunun güçlü belirleyicisi olduğu ve orta düzeyde psikososyal uyum sorunlarının devam ettiği ve psikososyal uyum alt ölçeklerinde cinsel ilişkiler alanında kötü psikososyal uyumlarının olduğu saptanmıştır (Mauro, 2010).

Literatürde ICD'li hastalarda psikososyal uyum açısından riskli hastaların özelliklerine bakıldığında ; elli yaş altında ve kadın olan, ICD şoklaması ve şok fırtınası yaşayan, ICD öncesi psikolojik sıkıntıları olan, yetersiz sosyal destek, cihaza ilişkin korku ve endişe yaşama, ciddi sağlık durumu, hastalığına karşı olumsuz algıya sahip olma ve yetersiz bilgi düzeyi olduğu görülmektedir (Habibović vd., 2018; Morken vd., 2014; Ooi vd., 2016; S. E. Sears & Conti, 2003; S. F. Sears, Matchett, & Conti, 2009).

İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatörlü hastaların; araba kullanma korkusu, şok anksiyetesi, yalnız kalma korkusu, cihazın bataryasının tükeneceği endişesi, fiziksel ve cinsel aktivitenin şoklamaya sebep olacağını düşünme, ölüm kaygısı ile benlik algısı, mesleki yaşam, bireysel rollerde değişime yönelik kaygı duyma hastalarda fiziksel ve sosyal yaşamda güçlükler sebep olmaktadır (Dunbar vd., 2009; Streur vd., 2020; Yardımcı & Mert, 2018; Zayac & Finch, 2009).

2.7. İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatörlü Hastaların Psikososyal Uyumunda Hemşirelik Bakımının Önemi

İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatör implantasyonu mortalite ve morbiditeyi anlamlı şekilde düşürmesine rağmen önemli psikososyal sorunları da beraberinde getirmektedir. İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatörlü hastaların yaşadığı psikososyal sorunlar ise hastaların cihaza uyum sağlamalarını güçleştirerek yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Hemşireler, ICD'li hastaların, bütüncül olarak değerlendirilmesi, psikososyal uyumlarının ve yaşam kalitelerinin artmasında

önemli ve anahtar bir role sahiptirler (Çetinkaya, 2019; Dougherty vd., 2005; Mauro, 2010; Sert & Özer, 2019).

Literatürde sağlık ekibinin profesyonel üyesi olan hemşirelerin, hastaların ICD'ye psikososyal uyumunun iyileştirmesinde her hastaya özgü uygulanan planlı eğitim ve takip programları ile hastaların psikososyal uyum düzeylerini iyileştireceği belirtilmiştir (Kao vd., 2016; Ooi vd., 2016; Streur vd., 2020; Turan Kavradım & Özer, 2018).

İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatör implantasyonu öncesi ve sonrası dönemlerde, hasta ve ailesine yönelik hemşirelik eğitimleri önemli bir yere sahiptir. Hemşireler eğitimlerinde; videolar, hasta bilgilendirme broşürleri, CD'ler ve web tabanlı eğitimler kullanılabilir.

İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatör implantasyonu öncesi ve sonrası dönemlerde hemşireler, hastaların ve ailelerin cihaza yönelik tutum ve davranışlarını dikkatlice gözlemleyerek endişelerini paylaşmalı, yaşam biçimi değişiklikleri konusunda bilgilendirmeli ve psikososyal uyumu iyileştirmek amacıyla hemşirelik girişimlerini planlayıp uygulamalıdır (Böke Kılıçlı & Özdemir, 2017; Kao vd., 2016; Oshvandi vd., 2020).

İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatörlü hastalara yönelik planlanan psikososyal hemşirelik girişimleri, hastaya yönelik bütüncül ve hümanist yaklaşımı benimsemekte olup, ICD tedavi süreci başladığı anda başlayıp yaşam boyu sürmektedir (Kao vd., 2016; Zayac & Finch, 2009). Psikososyal hemşirelik girişimleri; hastanın cihaza yönelik uyum eğitimini, psikososyal yönden destek sistemlerinin sağlanmasını, ICD şoklaması ve yeni yaşam tarzını benimseme konusunda bilgilendirme yapılmasını içermektedir (Kao vd., 2016; Streur vd., 2020; Yardımcı & Mert, 2018).

Psikososyal uyumu iyileştirmeye yönelik hemşirelik girişimleri şunları içermelidir;

- ✓ Hastanın yaşam biçimi, ihtiyaçları ve destek sistemleri değerlendirilmelidir.
- ✓ Hastaya sevgi, şefkat ve güven verilmelidir.
- ✓ Hastanın kişilik özellikleri dikkate alınarak; depresif, bağımlı ve saldırgan davranış ve tutumları belirlenmeli, hastada farkındalık oluşturarak bu davranışların değişikliği yönünde desteklenmelidir.
- ✓ Hastanın yardım isteme, korku ve endişelerini paylaşması için cesaretlendirilmeli ve bu konuda aile üyelerinden destek alınmalıdır.

- ✓ Hastanın güçlü ve olumlu yönleri desteklenmeli ve hastada farkındalık oluşturulmalıdır.
- ✓ Hasta ve cinsel partnerine seksüel ilişki hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.
- ✓ Sosyal açıdan hasta desteklenmeli ve sosyal destek sistemleri belirlenmelidir.
- ✓ Hasta için uygun olan rehabilitasyon ve eğitim programları belirlenip katılması yönünden cesaretlendirilmelidir (Böke Kılıçlı & Özdemir, 2017; Dougherty vd., 2016; Kao vd., 2016)

Hemşireler; ICD’li hastaların psikososyal uyumlarını iyileştirmek amacıyla yapılandırılmış hemşirelik girişimlerine ihtiyaç duymaktadır ve bunu sağlamak amacıyla hemşirelik modeli kullanmak gerekmektedir (Böke Kılıçlı & Özdemir, 2017; Kao vd., 2016).

2.8. Hemşirelik Bakımında Model Kullanımı

Hemşirelik disiplini; karşılıklı etkileşimde olan kuram, uygulama ve araştırmadan oluşmakta olup hemşirelik biliminin gelişmesini sağlamaktadır. Hemşirelik girişimlerinin geliştirilmesinde hemşirelik bakım modelleri önemli bir yere sahiptir (Akın Korhan, 2019; Kabasakal & Kitiş, 2021; Schlagel, Richards, & Ward, 2013; Şengün İnan, Üstün, & Bademli, 2012; Tektaş & Çam, 2017).

Hemşirelik girişimlerinin hemşirelik modeline temellendirilerek sistematik olarak sunulması, uygulamadaki problemlerin belirlenmesi, çözüm önerileri oluşturulmasını sağlarken hemşirenin etkili ve nitelikli bakım vermesinde katkıda bulunur. Böylece hemşirelik bakımının kalitesi artarken, ortak bir bakım dili ve düşünme biçiminde oluşturulur (Akın Korhan, 2019; Kabasakal & Kitiş, 2021; Schlagel, vd., 2013; Şengün İnan vd., 2012). Ayrıca hemşirelik modeline temellendirilmiş hemşirelik girişimleri bakımın devamlılığına katkıda bulunarak, diğer sağlık ekibi üyelerinin de hemşirelik bakımının tedavi sürecine etkisini daha iyi anlamalarını sağlamaktadır (Akın Korhan, 2019; Kabasakal & Kitiş, 2021; Schlagel, vd., 2013; Şengün İnan vd., 2012).

2.8.1. İnsan Bakım Modeli

Prof. Dr. Jean Watson, Colorado Denver Üniversitesi'nin fahri dekanıdır, 16 fahri doktora sahiptir ve Colorado'daki İnsan Bakım Merkezi'nin kurucusudur. Watson, Amerikan Hemşirelik Akademisi tarafından en yüksek onuru olan “Yaşayan Efsane” olarak gösterilmiştir. Watson; hemşirelik, danışmanlık, psikiyatri ve eğitim alanlarında uzman olup 1975-1979 yılları arasında İnsan Bakım Modelini geliştirmiştir. Bakım

üzerine 30'dan fazla kitabın yazarı/ortak yazarı olarak, son kitapları ampirik ölçümlerden oluşmaktadır. Watson araştırmalarını “bir kuram, dünya görüşü, felsefe ve disiplinler arası bir bakım ve iyileşme paradigması” olarak tanımlamıştır (Boz & Okumuş, 2020). Jean Watson geliştirmiş olduğu İBM’de hemşireliği, bakım verme bilimi ve felsefesi olarak tanımlar (Watson, 2012).

İBM’e temellendirilmiş hemşirelik girişimleri her hastanın özel olduğu ve yaşam deneyimlerinin önemli olduğunu vurgular. Watson’a göre hasta basit bir organizma değildir, yaşayan ve büyüyen bir yapıdır. Watson; *“hastanın varoluşsal olarak akıl, beden ve ruh olmak üzere üç alandan oluştuğunu belirtmekte olup, manevi özün hemşirelik mesleğindeki en önemli unsurlardan biri olduğuna inanmaktadır ve maneviyatı hastanın kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamı ile amacını anlama ve kabul etme çabası”* olarak tanımlanmaktadır (Wei & Watson, 2019).

Watson’a göre hemşire-hasta arasındaki ilişkinin güçlü olması bakımı iyileştiren değerli bir öğedir. Bu iletişim, hastanın iyileşme kapasitesini ve bilinçlilik düzeyini geliştirir (Watson, 2012). Watson hemşirelik girişimlerini “iyileştirme süreci” olarak tanımlamaktadır (Kabasakal & Kitiş, 2021; Watson, 2012).

2.8.1.1. İnsan Bakım Modelinin Yapısı

Watson’un İBM’nin yapısı, çağdaş hemşireliğin kalbini tanımlar. İBM’yi; bakım durumu ve bakım anı, kişilerarası bakım ilişkisi ve iyileştirme süreçleri olmak üzere üç alan oluşturur (Watson, 2012, 2022).

Bakım Durumu ve Bakım Anı; Watson bakım anını, *“hemşirenin sağlıklı/hasta hasta ile iletişime geçme aşamasındaki yer ve zaman”* olduğunu belirtmiştir. Hemşirenin tüm ruhu “bakım anı” içinde yer alır ve bu gerçek anın ötesinde evrene uzanır (Watson & Sitzman, 2019)

Bakım anı kişilerarası bakım ilişkisinin temelidir. Bakım anında, bakım veren ve alan arasında insan-insana iletişim ve etkileşim olmaktadır. Bakım anında hemşire hastayı anlayarak hastaya göre bakımı planlar. Hemşire hastanın yaşam alanına girerek bakımı başlatır ve hastaya özgü bakımın şeklini oluşturur. Bakım anında güvenli bir ilişki geliştirmek ve sürdürmek için bilinçli, istekli ve otantik olmaya ihtiyaç vardır. Hemşirenin aktardığı duygular ne kadar bireysel ve otantik olursa, bakım süreci hastayı o kadar güçlü bir şekilde etkiler (Akatın, 2017; Arslan-Özkan & Okumuş, 2012; Watson, 2012)

Bakım durumu, hemşire ve hastanın yaşam deneyimleri ve varoluşsal alanlarında bütünleşme yoluyla oluşmaktadır. Bu bütünleşme birbirini anlamayı sağlayarak hastanın iyileşmesine yardımcı olmaktadır(Arslan-Özkan & Okumuş, 2012; Durgun Ozan & Okumuş, 2013; Watson, 2012).

Kişilerarası Bakım İlişkisi; Watson’a göre “kişilerarası bakım ilişkisi kavramı, hemşire ve hasta arasındaki bilimsel, profesyonel, etik, estetik, yaratıcı, hastalara özgü karşılıklı etkileşim ve iletişimidir” (Durgun Ozan & Okumuş, 2013; Watson, 2012).

Watson’a göre hastaların varoluşsal alanlarının ötesinde bir iletişim kurmak gerekmektedir. Watson hastaya bütüncül yaklaşımla bakım vermeyi ve hastaya karşı duyarlı, şefkat, empati, güven, sevgi, saygı, ahlaki ve etik kurallar doğrultusunda hemşirelik girişimlerinin uygulanmasını vurgulamaktadır. İBM’ne göre hemşire hasta ile iletişimde hastanın varoluşunun özünü görebildiği zaman bakımın kalitesi artmaktadır (Watson, 2012; Wei & Watson, 2019).

Kişilerarası bakımda hemşirenin hastaya yakın temas etmesi, hastayı tanımak için hastaya özgü sorular sorması, hastanın yaşam yolcuğunu, deneyimlerini, duygularını, düşüncelerini, hedef ve beklentilerini öğrenerek hastanın özüne inerek bakımın iyileşme alanına dönmesini sağlamaktadır. Kişilerarası bakım ilişkisinde hemşire ve hasta etkileşim halindedir ve birbirlerini anlamaları daha kolaydır (Watson, 2012). Kişilerarası bakımda hemşire; müzik, doğa sesi, ışık, renk, sanatsal çalışmalar, aromaterapi, dokunma, hayal etme, meditasyon, masaj, dans ve yoga gibi teknikleri kullanabilir (Pajnkihar, Štiglic, & Vrbnjak, 2017)

İyileştirme Süreçleri; Watson, iyileştirici süreçleri “*eşsiz bakım- iyileştirme sanatı*” olarak adlandırmaktadır. İyileştirici süreçler, hemşirelik bilimi ve sanatında hemşireliğin “özü” ve iyileşme ile bakım sonuçları için yapılan uygulamaların “temeli” olarak kabul edilmektedir. Bu süreçler; saygı, şefkat, estetik, etik, bilimsel, otantik, yardım edici, yaratıcı ve sevgi kavramları ile hemşirelik girişimlerine rehberlik etmektedir (Boz & Okumuş, 2020; Watson, 2022).

İyileştirme süreçlerinin özellikleri aşağıda belirtilmiştir:

- ✓ İyileştirme süreçleri doğrusal bir yol izlemezler. Sınırlayıcı ya da kuralcı değildirler.
- ✓ İyileştirme süreçleri birbirleriyle etkileşim halindedir ve hangi iyileştirme sürecinin bakım anına rehberlik edeceğini bilmek önemlidir.
- ✓ İyileştirme süreçleri ayrı ayrı olduğu gibi, bütün halinde de uygulanabilir.

- ✓ İyileştirme süreçlerinde etik, estetik ve bilimsel bilgiler değerlidir.
- ✓ Yaratıcı, otantik, etik, bilimsel ve bütüncüldürler (Boz & Okumuş, 2020; Watson, 2022).

Watson'ın iyileştirme süreçleri ile verilen hemşirelik bakımı, hemşireliği doktor istemlerini yerine getirmekten öte bir noktaya taşıyarak hemşireliğin özünü daha görünür kılmaktadır. Bu bakım, hastaya psikososyal yaklaşmakta olup memnuniyetini ve güvenliğini artırmaktadır. İyileştirici süreçleri hastaları tanımakta yol göstericidir ve hemşirelik girişimleri olarak iyileştirici faktörler kavramsallaştırılmamıştır (Boz & Okumuş, 2020; Watson, 2012). İyileştirici faktörlere bağlı hemşirelik girişim önerileri- bakım bilinci aşağıda sırayla verilmiştir (Boz & Okumuş, 2020; Watson, 2012).

1. İnsancılık ve Adanmışlık:

- ✓ Hemşirenin kendisiyle, hastalarla, evrenle bağlı olması.
- ✓ Öz bakım modelleri ve diğerlerinin bakımını sağlamak.
- ✓ Kendinin ve diğerlerinin eşsizliğini kabul etmek.
- ✓ İyilik davranışlarını benimsemek.
- ✓ Kendinin ve diğerlerinin becerilerini ödüllendirmek ve insani değerlerini takdir etmek.
- ✓ Hastaların duyarlı yönlerini fark etmek, farkındalığı sağlamak ve farkında olmak.
- ✓ Yardımsever, otantik, saygılı, şefkatli ve sevgi dolu davranmak.
- ✓ Hastaları önemseyerek onları samimi dinlemek.
- ✓ Kendini ve hastaları değiştirmeye çalışmadan kabul edebilmek.

2. İnanç ve Umut:

- ✓ Hastaların inançlarına saygı duymak ve kabul etmek.
- ✓ Hastaların kendilerine inanmalarına yardım etmek.
- ✓ Yaşamın keşfedilmesi gereken gizemlerle dolu olduğunu göstermek.
- ✓ Hastaların istediği şekilde ya da isimleri ile hitap etmek.
- ✓ Hastalara umut aşılamak ve hastaların umutlarını desteklemek.
- ✓ Hastaları bir nesne olarak değil bir birey olarak görmek.
- ✓ Sessizlik oluşması için çaba göstermek.
- ✓ Dokunma ve göz temasını doğru şekilde ve doğru zamanda yapmak.

3. Duyarlılık:

- ✓ Kendinin ve diğerlerinin maneviyatına saygı duymak.
- ✓ Hastanın iç dünyasını dışa yansıtmaya yardımcı olmak (duygu ve düşüncelerini yazma, yoga, meditasyon, müzik).
- ✓ Rutin uygulamaları iyileştirici süreçlere dönüştürmek.
- ✓ Hastalara karşı otantik olmak.
- ✓ Hasta olarak diğerlerinin varoluşsal alanının farkında olmak ve önemsemek.
- ✓ Kendini ve hastaları bağışlayabilmek.

4. Yardım-güven ilişkisi:

- ✓ Kendine ve hastalara içten, samimi, sorgulamadan sevgi ve saygı duymak.
- ✓ Anı yaşamak ve andaki fırsatları yakalayabilmek.
- ✓ Yargılayıcı tutum ve davranışlardan kaçınmak.
- ✓ Diğerlerinin yaşam deneyimlerine doğru bir şekilde karşılık vermek.
- ✓ Otantik bir ilişki kurmak.
- ✓ Sözel ve sözel olmayan iletişim tekniklerini kullanmaya özen göstermek.
- ✓ Hastalarla etik, faydalı, estetik, saygılı, güvenli, dürüst etkileşimde bulunmak ve gelişimine katkı sağlamak.
- ✓ Hastaları cesaretlendirmek, kendilerini hazır hissettiklerinde, istedikleri zaman sorunlarını anlatmalarına fırsat vermek.
- ✓ Sorunlara farklı bakış açıları kazanmalarına fırsat vermek öğretmek.

5. Duyguların ifadesi:

- ✓ İyileşmede duygu ve düşüncelerin paylaşılmasının önemini anlatmak.
- ✓ Belirsizlik ve bilinmezlik yaşamının normal olduğunu, yanında olduğumuzu hissettirmek.
- ✓ Hastayı anlamakta güçlük çektiğimizde, soru sorma, resim, yazma, öykü ve masal anlatma gibi tekniklerden faydalanmak.
- ✓ Duygularını ifade etmesi için desteklemek.
- ✓ Gevşeme yöntemlerini öğretmek ve öneride bulunmak (dua etme, müzik, aromaterapi, hayal kurma, meditasyon yapma vb.).
- ✓ Olaylara farklı, renkli pencerelerden olumlu bakabilmesine yardım etmek ve rehberlik etmek.
- ✓ Bedeni ve ruhuyla bir bütün olduğunu, kendini olduğu gibi sevmesini ve olumlu baş etme teknikleri öğretmek.
- ✓ İçindeki enerjisini açığa çıkarmasına yardımcı olmak ve danışmanlık yapmak.

6. Problem çözme:

- ✓ Estetik, etik, kişisel, metafizik ve empirik bilme yollarını yaratıcılık ile entegre etmek, bakım bilimi ve sanatının ortaya çıkması için eleştirel düşünciyi kullanmak.
- ✓ Hastanın gücünün ve kapasitesinin farkında olmak ve desteklemek.
- ✓ Problem çözmede; terapötik dokunma, müzik, kahkaha terapisi, mizah, göz teması, aromaterapi, sanat terapisi, aktif dinleme, gevşeme egzersizleri, hayal etme tekniklerinin uygulanması ve öğretilmesi.
- ✓ Hemşirelik girişimlerinde bakım sanatı yöntemlerini kullanmak.
- ✓ İyileştirici bir çevre yaratmak.
- ✓ Sorunlarını anlatabilecekleri bir ortam oluşturmak ve cesaretlendirmek.
- ✓ Stresle etkili baş etme ve problem çözme tekniklerini öğretmek.
- ✓ Yaşam deneyimlerini paylaşmak ve yardımcı olmak.

7. Öğretme-öğrenme:

- ✓ Hastayı tüm varlığıyla kabul etmek, dikkatli, saygılı, sakin, huzurlu bir şekilde iletişim kurmak.
- ✓ Terapötik iletişim tekniklerini öğretmek.
- ✓ Hastayı iyi bir şekilde tanıdıktan ve temas ettikten sonra rehberlik etmek.
- ✓ Hastaların bilgi eksikliğini her hastaya özgü değerlendirip gidermek.
- ✓ Hastaların neye ihtiyacı olduğunu ve ne kadarını öğrenmeyi talep ettiklerinin farkında olmak ve öğretmek.
- ✓ Hastaların biyopsikososyal bakımlarındaki rol ve sorumluluk almalarını değerlendirmek ve paylaşmak.

8. İyileşme çevresi:

- ✓ Hastaların yaşam biçimi ve yaşama bakış açılarını bilmek.
- ✓ Hastalarla terapötik iletişim kurmak ve iyileştirici çevre oluşturmak (aydınlık, temiz, sakin, rahat).
- ✓ Otantik olmak.
- ✓ Bakım davranışı ve iyileştirme bilincine ve bilgisine sahip olmak.
- ✓ Ulaşılabilir, yardımsever, adanmışlık, insancılık ve sevgi dolu olmak.

9. Gereksinimlere yardım:

- ✓ Hastaya bütüncül yaklaşımda bulunmak.
- ✓ Hastaların bireysel gereksinimlerine saygı duymak ve rahat olmalarına özen göstermek.
- ✓ Kaygı ve öfke yönetiminde yardımcı olmak.
- ✓ Hastaya karşı nazik, duyarlı, saygılı, mahremiyetine özen gösteren ve iyileştirici çevre oluşturmak.
- ✓ Hastaların gereksinimlerinin farkında olmak ve hastaya özgün bakım davranışı geliştirmek.
- ✓ Hastanın destek sistemlerini değerlendirmek ve tespit etmek.

10. Maneviyat:

- ✓ Belirsizlik ve bilinmezliğin yaşamın bir gizemi olduğunu ve gizemlerin fırsata dönüşeceğine yönelik tutum ve davranış geliştirmesini sağlamak.
- ✓ Hastanın içinde var olan iyiliğin akışına izin vermek ve ortaya çıkarmak.
- ✓ Umut aşılamak ve yeşerip bir çınar ağacı olması için iş birliği yapmak.
- ✓ Yaşamın sürpriz ve mucizelerle dolu olduğunu görmesini sağlamak.
- ✓ Hastayı bedeni, ruhu ve çevresiyle birlikte maneviyatını yargılamadan onaylayabilmek.
- ✓ İnanç, tutum ve danışlarına saygılı olmak.
- ✓ Yaşamın her zaman diliminin iyilik ve sevgi dolu olduğuna inanmak.
- ✓ Yaşamın her daim kontrol edilemeyeceğini, kendi akışının olduğunu öğretmek.

2.8.2. İnsan Bakım Model'inin Araştırma ve Uygulamadaki Yeri

Watson'ın İBM insana holistik yaklaşmakta, bireylerin zihin-beden-ruh alt boyutlarının olduğunu ve boyutların her birinin bütünü yansıttığını belirtmektedir. Hemşirelik girişiminde, konfor, şefkat, empati, sevgi, etik, estetik kavramlarına odaklanmakta ve girişimin temelini evrensel değerlerin oluşturduğunu belirtmektedir (Durgun Ozan & Okumuş, 2013; Erbay vd., 2018; Küçükgüçlü vd., 2017).

Giderek artan sağlık bakım teknolojilerinin kullanıldığı dünyada bu model, bireyi girişimin merkezine almakta ve hemşire ile hasta ilişkisinin derinliğini desteklemektedir. İnsan Bakım Model'inin iyileştirme süreçlerine temellendirilmiş hemşirelik girişimleri, hemşirelik bakım uygulamalarının daha bireysel ve nitelikli olmasını sağlamaktadır. Bu nedenle İBM'ne temellendirilmiş hemşirelik bakımın kronik hastalıklar başta olmak üzere birçok hastalıkta kullanılması, hastaların iyileşme

sürecine olumlu yönde katkı sağlamakta ve psikososyal uyum düzeylerinin iyileşmesinde etkili olmaktadır.

Wei ve Watson (2019), disiplinler arası ekip üyelerinin İBM'ye temellendirilmiş insani bakımla ilgili bakış açılarını tanımlama çalışmasında, İBM iyileştirme süreçlerinin, disiplinler arasında ve çeşitli ortamlarda uygulanabilir ve kullanışlı olduğu, İBM'nin insan-insana ilişkileri zenginleştirmede ve özenli bir çevre yaratmak için temel bir rehber olabileceği belirlenmiştir (Wei & Watson, 2019).

Kaçmaz ve Çam (2019) psikiyatri hastalarına bakım veren hemşirelerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşim düzeylerini inceledikleri araştırmada; hemşirelerin, bakım odaklı hemşire hasta etkileşimine önem verdikleri, ancak aynı düzeyde kendilerini yeterli algılamadıkları ve uygulanabilir bulmadıkları belirlenmiştir (Kaçmaz & Çam, 2018).

White (2018), İBM'ye temellendirilmiş olan hemşirelik fakültesinin destekleyici ve bakım davranışlarının lisans derecesine sahip öğrencilerin hemşirelikte lisansüstü eğitimi alma kararlarını etkileyip etkilemediğini inceledikleri araştırmada, hemşirelik öğrencilerinin lisansüstü eğitime devam etme kararlarını fakültenin destekleyici davranışı ve bakım davranışları olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (White, 2018). Labrague ve arkadaşları (2017) İBM'ye göre dört farklı ülkeden gelen hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışlarına ilişkin algılarını belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmada, özellikle fiziksel temelli bakım müdahalelerine dayanarak, pozitif bakım davranışlarına sahip oldukları belirlenmiştir (Labrague vd., 2017).

Akatın (2017) İBM'ye temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin, pediatri hemşirelerinin ağrı yönetiminde kanıta dayalı önerilere uyumlarına ve hasta sonuçlarına etkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, çocuk hastalarda ağrının değerlendirilmesi ve yönetiminde temel girişimlere eşlik eden çok yönlü İBM girişimleri, pediatri hemşirelerinin kanıta dayalı uygulamaları hayata geçirmesinde etkili olduğu belirtilmiştir (Akatın, 2017).

Elbahnasawy ve arkadaşlarının (2016) İBM uygulamasının pediatri yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin bakım davranışları üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada, hekim istemlerinin hemşirelerin bu modeli bakım davranışlarına entegre etmekte engel oluşturduğu ve hemşirelerin pediatri yoğun bakım ünitesindeki çocuklara İBM'ne temellendirilmiş bakım davranışlarını

uygulamada başarılı ve etkili olduğu belirlenmiştir (Lbahnasawy, Lawend, & Mohammed, 2016).

Picardo ve Loquellano (2013) hemşirelik bakımı ile hastanın ve hemşirenin sosyo-demografik özellikler yönünden anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; İBM'yi kullanan hemşirelerin, hastalara karşı daha duyarlı, sevgi ve merhamet ile bakım verdiğini, bakımın kalitesinin de iyileştiği saptanmıştır (Picardo & Loquellano, 2013).

Çam ve Tektaş (2017) İBM'ye temellendirilmiş hemşirelik bakımının, gebelik kaybı yaşayan hamile kadınların ruh sağlığı üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, İBM'nin kayıp yaşamış gebelerde anksiyete, depresyon, umutsuzluk ve prenatal bağlanma düzeylerine olumlu yönde etki gösterdiği saptanmıştır (Tektaş & Çam, 2017).

Raphael ve arkadaşları (2017) cüzzam hastalığı olan hastaların yaşam deneyimlerini İBM çerçevesinde inceledikleri çalışmada; cüzzam hastalarının yaşadığı acının azaltılması için ekonomik rehabilitasyona gereksinim olduğu belirtilmiştir (Raphael, Cumber, Niyonzima, Ndenkeh, & Kanjo-Cumber, 2017).

Küçükgüçlü ve arkadaşları (2017) alzheimer hastalığı olan hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecindeki deneyimlerini İBM çerçevesinde anlaşılması amacıyla yaptıkları çalışmada, İBM iyileştirme süreçleri doğrultusunda planlanan bakım temalarının, sağlık çalışanlarının alzheimer hastalarına bakım verenlere uygulayacakları hemşirelik bakım girişimlerinin belirlenmesinde rehber niteliğinde olduğu belirtilmiştir (Küçükgüçlü vd., 2017).

Özkan ve Okumuş (2014), infertil kadınlara İBM'ye göre uygulanan hemşirelik bakımının infertilite öz yeterliliğine, infertiliteden etkilenme ve uyum düzeylerine etkisini incelediği çalışmada, infertilite tedavisi başarısızlıkla sonuçlanan kadınların yeterli hissetme ve bakımda rol almalarını iyileştirdiği belirlenmiştir (Arslan-Özkan, Okumuş, & Buldukoğlu, 2014).

Erci ve arkadaşları (2003) İBM'ye temellendirilmiş hemşirelik bakımının hipertansiyonlu hastaların kan basıncı ve yaşam kalitesine etkisini incelediği çalışmada, İBM'ye temellendirilmiş hemşirelik bakımının hipertansif hastaların kan basıncını azaltmada ve yaşam kalitelerini yükseltmede etkili olduğu saptanmıştır (Erci vd., 2003).

İnsan Bakım Model'ine temellendirilerek yapılan araştırmalar incelendiğinde; kronik hastalıklarda, infertilitede, infertil ve abortus yaşamış olan kadınlarda, yaşlılarda, yoğun bakım ve onkoloji hasta gruplarında, hemşirelik öğrencilerinde ve hemşirelerde bakım davranışını iyileştirmede, hemşirelik öğrencilerinin eğitim müfredatlarında, hemşirelik eğitim ve uygulamalarında kullanıldığı görülmektedir. Hastanın özgünlüğüne odaklanan İBM, eğitim, yönetim, bakım ve araştırma gibi pek çok alanda araştırma sorularına ışık tutup rehberlik etmeye ve sürekli yeni bilgilerin geliştirilip çoğalmasını sağlamaktadır. Bu açıdan İBM hemşirelerin profesyonel kimliğini zenginleştirerek, yetki ve sorumluluklarında otonomi kazanmalarını sağlamaktadır.

2.8.3. Watson İnsan Bakım Modeli ve Psikiyatri Hemşireliği

İnsan Bakım Modeli ile psikiyatri hemşireliği felsefesi örtüşmektedir. İBM'nin hastanın bakımına yönelik tutumu ve psikiyatri hemşireliği felsefesi Tablo.2'te verilmiştir.

Tablo 2. Jean Watson ve Psikiyatri Hemşireliği

Watson İnsan Bakım Modeli	Psikiyatri Hemşireliği Felsefesi
➤ İnsan Bakım Modeli'nde hastaya bütüncül yaklaşım ve insancılık, adanmışlık, sevgi, saygı, şefkat, maneviyat, anlayış önemli bir yere sahiptir. ➤ Hastanın kendinden, çevresinden, evrenden ayrı olmayıp hepsiyle bir bütün olarak iyileşebileceğini vurgulamaktadır. ➤ Hemşirelerin ve hastaların yaşam deneyimlerinin paylaşılması önemlidir. ➤ Hasta akıl-beden-ruhtan oluşan, kendi seçimlerini yapabilen, değişim ve gelişim gücüne sahip olan özgün bir varlıktır.	➤ Hasta değerlidir ve hastalara sevgi, şefkat, saygıyla yaklaşmak psikiyatri hemşireliğinin temelini oluşturur. ➤ Hasta değişim, gelişim ve iyileşme potansiyeline sahiptir ve bunu insandan insana ilişki yoluyla artırabilir. ➤ Hasta biyopsikososyal alanlarıyla bir bütündür ve bu alanlar etkileşim halindedir. ➤ Hasta sorunlarıyla baş etme gücüne sahiptir ve hastalık durumları hastaların gelişimi için bir fırsattır.

➤ Bireysel ve evrensel düzeyde insan onurunun korunması önemli bir yere sahiptir. ➤ Hastaya iyileşme yolculuğunda destekleyici ve güvenli bir çevre oluşturmak önemlidir ➤ Hastaya öz-bilgi, öz-kontrol ve öz iyileşme kapasitesi kazandırmak için ileri hemşirelik girişimleri ile diğerlerine yardım eder. ➤ Hemşire ve diğerleri arasındaki ilişkinin samimi, dürüst olması ve insan-insan ilişkiye değer vermektedir (Boz ve Okumuş,2020; Watson,2009).	➤ Hemşire hastayı yargılamadan etkili bir uyum sağlamayı öğretmek için yardım etmelidir. ➤ Hemşirelik bakımı hasta, aile ve toplumun gereksinimlerine göre temellendirilmelidir. ➤ Hastanın yaptığı her davranışın bir anlamı vardır. ➤ Hasta karar verebilme ve uygulayabilme gücüne sahiptir. Bakımıyla ilgili kararlara katılabilir. ➤ Ruh sağlığı hizmetleri sağlık hizmetlerinin yaşamsal bir parçasıdır. ➤ İyi bir dinleyici olmak, duyguları açıklama olanağı vermek, umut vermek, tedavi edici ilişki kurmak psikiyatri hemşireliğinin önemli kavramlarıdır (Çam & Engin, 2014).
--	---

Gereç ve Yöntem

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, deneysel araştırma tasarımlarından olan ön test-son test kontrol gruplu tasarıma sahip, randomize kontrollü girişimsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ) Hastanesi, kardiyoloji polikliniğinde, Mart 2020- Temmuz 2022 tarihleri arasında, gerekli izinler alındıktan sonra yürütülmüştür. Dokuz Eylül Üniversitesi Kardiyoloji Anabilim Dalı yataklı tedavi ünitesi; 18 yataklı Koroner Yoğun Bakım Ünitesi, 60 yataklı Kardiyoloji servisi, 8 yataklı aritmi servisi ve 4 yataklı gününbirlik koroner anjiyografi ünitesinden oluşmaktadır. DEÜ Kalp Ritim Bozuklukları Merkezi, aritmiler ve kardiyak elektrofizyoloji alanında faaliyet gösteren üçüncü basamak sağlık merkezidir. DEÜ Hastanesinde 2020 yılında yenilenen kardiyak elektrofizyoloji laboratuvarında aritmi tedavisi yapılmaktadır. Hastalar için en yeni kalp pili ve kardiyoverter defibrilatör (ICD) cihazlarının tümü kullanılmaktadır ve bir yılda ortalama 110 ICD implantasyonu yapılmaktadır.

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Kardiyoloji Polikliniğinde ICD'li hastaların, rutin kontrolleri ICD implantasyonu işleminden sonraki ilk 1 yıl boyunca; 1 ay, 3 ay ve 6 ay sonra pil firması tarafından belirlenen kontrol tarihlerine göre kardiyoloji polikliniğinde çarşamba ve cuma günlerinde yapılmaktadır. Daha sonraki yıllarda ise; ICD kontrollerini ise 6 ayda bir veya 6 ay üzeri tarihlerde düzenli olarak yaptırmaları gerekmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, DEÜ Hastanesi, Kardiyoloji Polikliniğine Mart 2020- Temmuz 2022 tarihleri arasında başvuran ICD implante edilmiş 185 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi ise, araştırmanın yapıldığı tarih aralığında Kardiyoloji Polikliniğine başvuran, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun ve araştırmaya katılmayı kabul eden ICD implante edilmiş hastalar oluşturmuştur.

3.3.2. Örneklem Büyüklüğü

İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatörlü hastalara yönelik yapılan girişimlerin sonuçlarını inceleyen benzer bir çalışma olmaması nedeniyle örneklem büyüklüğünün tespit edilmesi için araştırmanın etki büyüklüğünün (effect size) orta büyüklükte (0.5) olması hedeflenmiştir. Araştırmanın gücü (power) 0.80 (%80) olarak, istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak belirlenmiştir Daha önceki benzer çalışmalardan etki büyüklüğünü tahmin edecek verilere (örnek ortalaması, standart sapma) ulaşılmadığı durumlarda Cohen “küçük”, “orta” ve “büyük” etki büyüklüğü tanımlamalarını temel alan konvansiyonel değerlerin kullanılmasını önermektedir (Polit & Back, 2017). Bu durumda orta düzeydeki etki büyüklüğü ($d=0.50$) tahmini, %80 güç ve %95 güven düzeyinde her bir grupta (girişim ve kontrol grupları) en az ulaşılması gereken kişi sayısı 25 olarak hesaplanmıştır. Kayıpların olmaması amacıyla her bir grupta 32 hasta olmak üzere toplamda 64 hastanın araştırmaya dahil edilmesi planlanmıştır. Araştırmada, girişim grubundan iki hasta planlanan görüşme zamanına uyum sağlayamaması, kontrol grubundan bir hastanın iletişim bilgileri hatalı olup ulaşılamaması ve bir hastanın da çalışmadan ayrılması nedeniyle toplam 4 hasta araştırmadan çıkarılmıştır. Araştırma 30 girişim, 30 kontrol grubuyla tamamlanmıştır. Analiz sonucunda $\alpha = 0,05$ düzeyinde, 60 kişiye uygulanan araştırma sonrasında yapılan post-hoc olarak hesaplanan çalışmanın gücü 0,99 olarak hesaplanmıştır. Girişimin etki büyüklüğü 5,22 olarak belirlenmiştir.

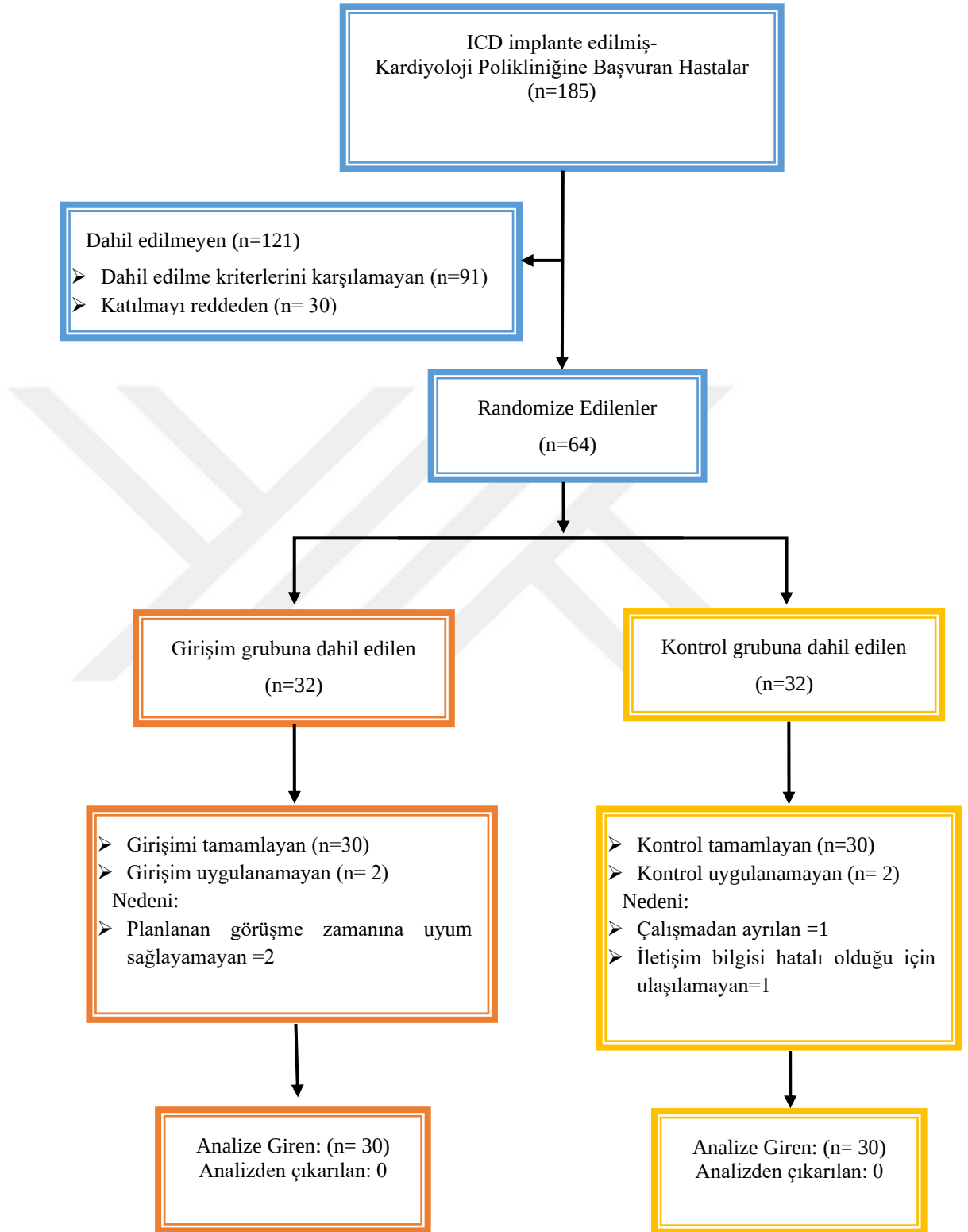
3.3.3. Örneklem Dahil Etme Kriterleri

- ✓ 18 yaş üzerinde olma,
- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul etmesi,
- ✓ ICD implantasyonundan sonra en az 1 ay geçmiş olması,
- ✓ Türkçe anlayabilme ve konuşabilmesi,
- ✓ İşitme ve konuşma sorununun olmaması,
- ✓ Bilişsel durumu etkileyen nörolojik (Alzheimer gibi) ve psikiyatrik (şizofreni gibi) tıbbi tanının olmaması,
- ✓ Bilgisayar, telefon ve internet kullanabilmesi.

3.3.4. Randomizasyon

Araştırmada hastalar blok randomizasyon yöntemi ile girişim ve kontrol gruplarına atanmıştır. Blok randomizasyon süreci <https://www.randomizer.org/> sitesi üzerinden gerçekleştirilmiştir. Blok randomizasyon kapsamında ilk olarak her grupta 2 kişi olacak şekilde 32 ayrı blok oluşturulmuştur. Bloklardaki kişilerin girişim ve kontrol grubuna ataması <https://www.randomizer.org/> tarafından üretilen rastgele sayılara göre yapılmıştır. Örnek olarak bu tabloda araştırmaya katılma kriterlerini sağlayan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ilk hasta kontrol, ikinci hasta girişim, üçüncü hasta girişim, 36. hasta girişim gruplarına atanmıştır. Bu şekilde girişim grubu için 32 hastanın, kontrol grubu için 32 hastanın ataması random bir şekilde yapılmıştır. Randomizasyonla girişim ve kontrol grubuna atanan hastalar arasında sosyo-demografik özellikler açısından fark olup olmadığının kontrolü ki-kare analizi ile yapılmıştır. Analiz sonucunda girişim ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 3).

Şekil 2. Araştırmanın CONSORT Akış Şeması



Tablo 3. Girişim ve Kontrol Gruplarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Sosyodemografik özellikler	Tüm Katılımcılar (n=60)		Girişim Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)		Test Değeri		p*
	n	%	n	%	n	%	X ²	Sd	p
Yaş									
35- 54 yaş	21	35	14	46.7	7	23.3	3.590	1	0.058
55 yaş ve üzeri	39	65	16	53.3	23	76.7			
Cinsiyet									
Kadın	18	30	11	36.7	7	30	1.270	1	0.260
Erkek	42	70	19	63.3	23	70			
Eğitim durumu									
İlko Kul ve Ortaokul	21	35	13	43.3	8	26.7	3.571	2	0.168
Lisans	23	38.3	8	26.7	15	50			
Yüksek lisans	16	26.7	9	30	7	23.3			
Medeni Durum^a									
Evli	54	90	26	86.7	28	93.3			0.671
Bekar	6	10	4	13.3	2	6.7			
Çocuk sahibi olma durumu									
0-2 çocuk	34	57.6	17	58.6	17	56.7	0.023	1	0.879
3 ve üzeri çocuk	25	42.4	13	41.4	13	43.3			
Yaşanılan Yer^b									
İl	36	60	20	66.6	16	53.3	0.000	1	1.000
Köy ve İlçe	24	40	10	33.4	14	46.7			
Çalışma Durumu (ICD Öncesi)									
Evet	19	31.7	13	43.3	6	20	3.774	1	0.052
Hayır	41	68.3	17	56.7	24	80			
Çalışma Durumu (ICD Sonrası)									
Evet	10	16.7	7	23.3	3	10	1.920	1	0.166
Hayır	50	83.3	23	76.7	27	90			
Size Destek Veren Kişiler									
Aile	40	66.6	22	73.3	18	60	1.187	1	0.276
Aile dışı kişiler	20	33.4	8	26.7	12	40			

*= $p < 0.05$, a = Analiz sonucunda hücrelerin %50'si (2 adet) için beklenen değer 5'ten düşük bulunmuş bu nedenle sonuç Fisher's Exact Test temel alınarak raporlanmıştır. b = Eğitim alma durumu değişkenine ait değerler her iki grupta da aynı olduğu için ki kare analizi sonuçları anlamsızdır.

3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı Değişken; PAIS-SR Ölçeği alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamasıdır.

Bağımsız Değişken; Hastaların sosyo-demografik özellikleri, ICD'ye ilişkin özellikleri, İBM temelli hemşirelik girişimleridir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, Tanıtıcı Bilgi Formu (EK II) ve Hastalığa Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçeği (EK III) ile toplanmıştır.

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür incelemesi doğrultusunda hazırlanan form iki bölümden oluşmaktadır (Çam & Nehir, 2011; Çetinkaya, 2019; Karataş & Bostanoğlu, 2017).

Birinci bölümde; hastaların yaşı, cinsiyeti, mesleği, eğitim durumu gibi sosyo-demografik özelliklerini içeren 12 soru, ikinci bölümde ise, ICD takılma nedeni, ICD'lerinin devreye girip girmediği, kontrole gitme sıklığı ve kimler tarafından bilgilendirildiği gibi hastaların ICD'ye ilişkin özellikleri belirlemeye yönelik 10 soru olmak üzere toplam 22 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Hastalığa Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçeği

Derogatis ve Lopez tarafından 1983 yılında geliştirilen ve Derogatis tarafından 1986 yılında geçerlik-güvenirlik çalışması yapılan PAIS-SR ölçeği, hastalığa psikososyal uyumu değerlendiren, çok boyutlu bir ölçektir (Derogatis, 1986). Psikososyal uyumun belirlenmesini sağlayan 7 farklı alan ölçeğin alt ölçekleri olup, ölçek toplam 46 maddeden oluşmaktadır. Bu alt ölçekler sırasıyla şunlardır; Sağlık Bakımına Uyum, Mesleki Çevre, Aile Çevresi, Cinsel İlişkiler, Geniş Aile İlişkileri, Sosyal Çevre ve Psikolojik Distres.

Ölçekte 7 alanın her biri için uyumun farklı düzeylerini belirleyen dört tanımlayıcı ifade yer almaktadır. Hastalardan bu ifadelerden kişisel deneyimlerini en iyi ve en yakın tanımlayan yanıtı seçmesi istenmektedir. Her bir maddeye 0-1-2-3 puanlarından biri verilir. Hastalıktan bu yana büyük oranda olumsuz değişiklikler 3 puanla, değişiklik olmaması ya da olumlu değişiklikler 0 puanla değerlendirilir. Ölçekten elde edilen en az ve en çok puan 0-138 arasındadır. Puan yükseldikçe uyum kötüleşmektedir. Ölçekten alınan 35'in altındaki puanlar iyi psikososyal uyumu, 35- 51 arası puanlar orta derecede iyi psikososyal uyumu ve 51'in üstündeki puanlar kötü uyumu ifade etmektedir (Adaylar, 1995). PAIS-SR ölçeğinin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1995 yılında Adaylar tarafından "Akut ve Kronik Hastalığı Olan Hastaların Hastalıktaki Tutum, Adaptasyon, Algı ve Öz Bakım Yönelimleri" isimli

doktora tezinde yapılmıştır. Kronik hastalığı olan hasta örnekleminde PAIS-SR'nin alt grupları için alfa değerleri sırasıyla 0.87, 0.83, 0.78, 0.96, 0.92, 0.79 olup, tüm ölçek için 0.92 olarak bildirilmiştir (Adaylar, 1995).

Araştırmada PAIS-SR ölçeği ve tüm alt boyutların alfa değerleri 0.70'in üzerinde bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının alfa değerleri ise sırasıyla Sağlık Bakımına Uyum alt boyutu için 0.78, Mesleki Çevre alt boyutu için 0.82, Aile Çevresi alt boyutu için 0.71, Cinsel ilişkiler alt boyutu için 0.75, Geniş Aile ilişkileri alt boyutu için 0.80, Sosyal Çevre alt boyutu için 0.76 ve Psikolojik Distres alt boyutu için 0.72 olarak belirlenmiş olup, toplam ölçek için 0.71'dir.

3.5.3. İnsan Bakım Modeli'ne Temellendirilmiş Hemşirelik Girişimleri

İnsan Bakım Modeli'ne temellendirilmiş hemşirelik girişimleri oluşturulmadan önce araştırmacı literatürde model kullanılarak yapılmış araştırmaları (Al-Natour, Al Momani, & Qandil, 2017; Boz & Okumuş, 2020; Mogos, Angard, Goldstein, & Beckstead, 2013; Raphael vd., 2017; Tektaş & Çam, 2017) incelemiş olup, girişim grubuyla yapılacak görüşmelerin her biri için planlanan hemşirelik girişimleri, modelin iyileştirici faktörler ve iyileştirme süreçleri kavramları temel alınarak oluşturulmuştur. Model 10 iyileştirici faktör ve iyileştirme süreçlerini içermektedir (Tablo 4). Girişim grubu için planlanan ve PAIS-SR ölçeğinin alt boyutları doğrultusunda oluşturulan beş görüşmede modelin iyileştirici faktörleri ve iyileştirme süreçleri kullanılmıştır (Tablo 5). Araştırmanın kavramsal, teorik ve deneysel yapısı Şekil 3'te verilmiştir.

Tablo 4. İyileştirici Faktörler ve İyileşme Süreci

İyileştirici Faktörler		İyileştirme Süreci (Hemşirelik Yaklaşımları)
1	İnsancılık-adanmışlık değerler sistemi	İnsancılık ve adanmışlık gibi değerleri benimseme, kendine ve hastaya sevgiyle ve şefkatle yaklaşma.
2	İnanç-umut	Hastaya inanç ve umudu aşılama.
3	Duyarlılık	Bireysel inanç ve uygulamaları geliştirerek, kendine ve hastalara duyarlı olma.
4	Yardım güven ilişkisi	Yardım edici-güven verici bakım ilişkisi geliştirme.
5	Duyguların ifadesi	İnsanların öykülerini içtenlikle dinleyerek olumlu ve olumsuz duyguların ifade edilmesini sağlama.
6	Problem çözme	Bakıma karar vermek için yaratıcı, bilimsel problem çözme yöntemlerini kullanma.

7	Öğretme-öğrenme	Bireysel gereksinimlere ve anlama stiline uygun öğrenme ve öğretmeyi sağlama.
8	İyileşme çevresi	Fiziksel, duygusal ve manevi anlamda konforlu, güzel ve huzurlu bir çevre oluşturma.
9	Gereksinimlere yardım	Temel fiziksel, duygusal ve ruhsal gereksinimlere yardımcı olma.
10	Manevi gizemlere, ölüm ve yaşamın varlıksal boyutlarına açık olma	Yaşamı anlamlandırmak için rüya, hayal, efsane, sezgi ve vb. şeylerin rolleri.

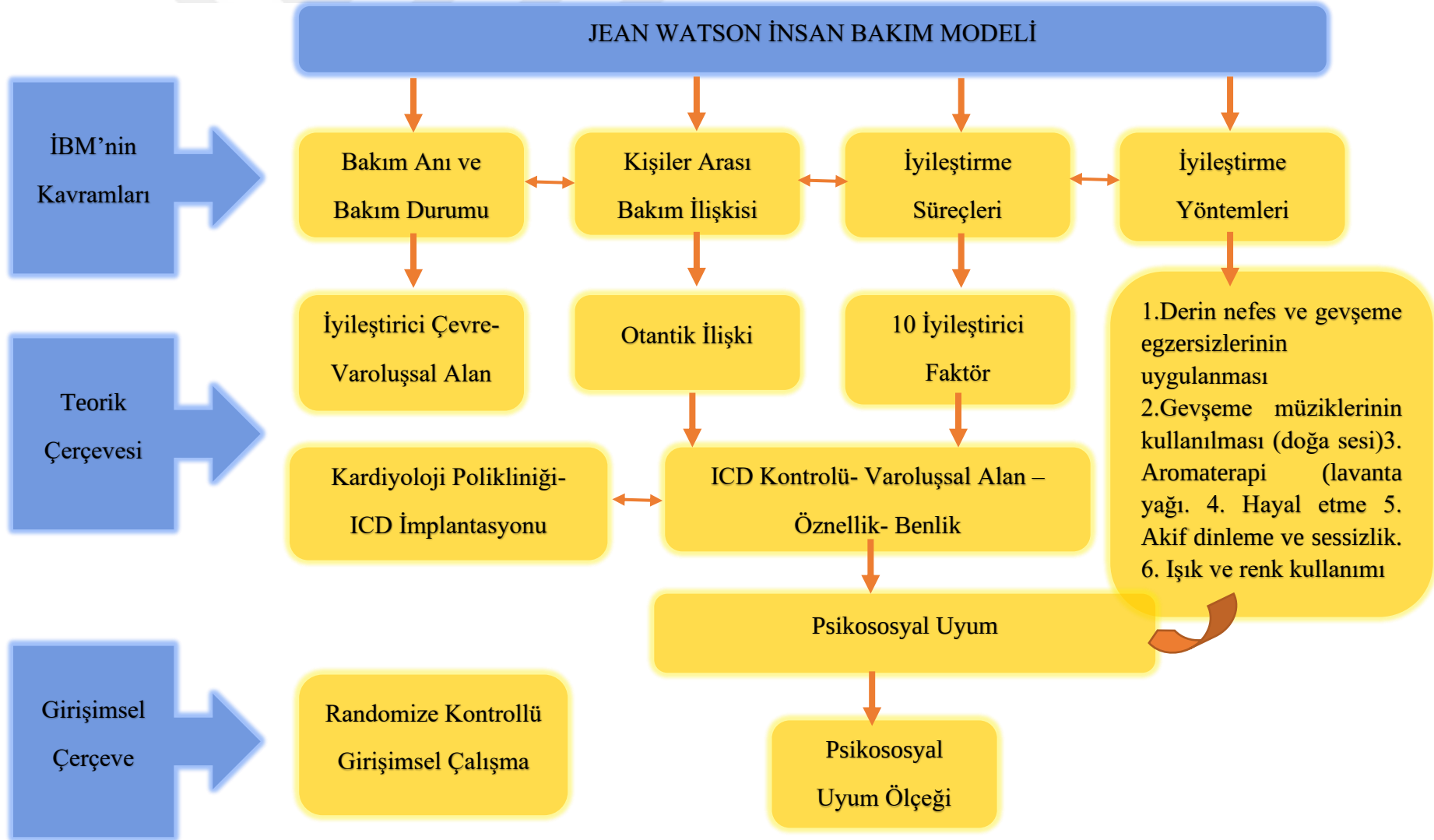
Tablo 5. İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Hemşirelik Girişimlerinin ICD’li Hastalarda Kullanım Planı

Görüşmeler	Görüşme Sürecinin İçeriği
Ön Görüşme ve Tanışma	- Araştırma hakkında açıklayıcı ve anlaşılır bilgilendirme yapıp araştırmanın amacının açıklanması. - Aydınlatılmış onam alınması. - Blok randomizasyon yöntemi ile hastanın katılacağı grubunun belirlenmesi. - Ön test ölçüm araçlarının doldurulması. - Karşılıklı iletişim (telefon numarası, e-posta adresi) bilgilerinin paylaşılması. - Birinci online yüz yüze görüşmenin planının karşılıklı olarak belirlenmesi.
1. Görüşme Sağlık Bakımına Uyum	- Hastaya sevgiyle, saygılı ve şefkatli bir şekilde davranılması. Hasta ile nasıl bir bakım yolculuğuna çıkılacağı ve bakımının nasıl yapılacağı sorularına yanıt aranması (<i>1. İS- İnsancılık-Adanmışlık Değerler Sistemi, 3. İS- Duyarlılık, 4.İS- Yardım güven ilişkisi</i>). - Hastanın kendisinden, yaşamından, duygularından, yaşam ve ölüm hakkındaki düşüncelerinden, gelecekle ilgili beklenti ve hedeflerinden bahsetmesi istenmesi (<i>3. İS- Duyarlılık, 4.İS- Yardım güven ilişkisi, 5. İS- Duyguların İfadesi 6.İS-, Problem çözme, 9.İS-Gereksinimlere yardım, 10.İS- Manevi gizemlere, ölüm ve yaşamın varlıksal boyutlarına açık olma</i>).

	- Hastanın ICD'ye ilişkin mevcut bilgi, tutum ve davranışlarının saptanması, gereksinimlerinin karşılanması (6.İS- Problem çözme, 7.İS- Öğretme-Öğrenme, 8. İS- İyileşme alanı). - Hastanın ICD'ye ilişkin uyumunu ve uyumunu bozan durumları belirleyerek uyumu artırıcı girişimlerin uygulanması, destek sistemleri belirlenerek iyileştirici bir çevre oluşturulması (2. İS- İnanç-Umut; 6.İS-Problem çözme, 7.İS- Öğretme ve Öğrenme, 8.İS- İyileşme Çevresi, 9.İS-Gereksinimlere yardım).
2. Görüşme Mesleki ve Aile Çevresi	- Hastanın ICD sonrası mesleki yaşantısı, aile çevresi ve rollerinde ne gibi değişimler gerçekleştiğinin belirlenmesi (3. İS- Duyarlılık, 4.İS- Yardım güven ilişkisi, 5. İS- Duyguların İfadesi 6.İS-, Problem çözme, 9.İS-Gereksinimlere yardım). - Hastanın ICD sonrası yaşadığı mesleki ve aile çevresiyle ilgili yaşadığı değişikliklerle nasıl baş ettiği, yeterli destek sistemine sahip olup olmadığı, hastanın işlevselliğinde, aile ve arkadaşlarıyla iletişimde azalmalara neden olup olmadığı ve hastanın ekonomik kaygı yaşayıp yaşamadığıyla ilgili hastanın duygularının, düşüncelerinin, planlarının paylaşılması ve sorularının cevaplanması (3.İS-Duyarlılık, 6.İS-, Problem çözme, 7.İS- Öğretme-Öğrenme, 8.İS- İyileşme Çevresi, 9.İS-Gereksinimlere yardım). - Hastaya stresle baş etme ve etkili iletişim tekniklerinin öğretilmesi (6.İS-, Problem çözme, 7.İS- Öğretme-Öğrenme)
3. Görüşme Cinsel İlişki	- Hasta için cinselliğin anlamı, ICD sonrası cinsel yaşantısında ne gibi değişimler gerçekleştiği, cinsel ilişki esnasında ICD'nin şoklamasına ilişkin korku yaşayıp yaşamadığı ve bu konuda yeterli bilgiye sahip olup olmadığının belirlenmesi (1. İS- İnsancılık-Adanmışlık Değerler Sistemi, 3.İS- Duyarlılık, 4.İS-Yardım güven ilişkisi 5.İS-Duyguların İfadesi 6.İS-, Problem çözme, 7.İS- Öğretme-Öğrenme, 9.İS-Gereksinimlere yardım). - Hastanın ICD sonrası cinsellik konusunda yaşadığı değişiklikler ve gereksinimleri doğrultusunda eğitim verilmesi (1. İS- İnsancılık-Adanmışlık Değerler Sistemi, 3.İS- Duyarlılık, 4.İS-Yardım güven ilişkisi 5.İS-Duyguların İfadesi 6.İS-, Problem çözme, 7.İS- Öğretme-Öğrenme, 9.İS-Gereksinimlere yardım).
4. Görüşme Geniş Aile İlişkileri ve Sosyal Çevre	Hastanın ICD sonrası birlikte yaşadığı aile üyeleri dışındaki akrabalarıyla iletişim, ilişki ve beklentilerinin nasıl etkilendiği, akrabalarının hastaya karşı tutumu, davranış ve desteklerinde değişim olup olmadığının paylaşılması (1. İS- İnsancılık-Adanmışlık Değerler Sistemi, 3.İS- Duyarlılık, 5.İS-

	<i>Duyguların İfadesi 6.İS-,Problem çözme, 7.İS- Öğretme-Öğrenme, 9.İS-Gereksinimlere yardım)</i> - Hastanın ICD sonrası sosyal aktivitelere (müzik, eğlence, gezi, spor, sanatsal etkinlikler vb.) katılımı ve hobilerinde değişim olup olmadığı, boş vakitlerinde neler yaptığı, ailesi ve arkadaşlarıyla paylaşımları hakkında bilgi edinilmesi (<i>1. İS- İnsancılık-Adanmışlık Değerler Sistemi,3.İS- Duyarlılık, 4.İS-Yardım güven ilişkisi, 5.İS-Duyguların İfadesi 6.İS-,Problem çözme, 7.İS- Öğretme-Öğrenme,8.İS- İyileşme Çevresi 9.İS-Gereksinimlere yardım</i>). - Hasta ile ilişkiler ve sosyal aktiviteler konusunda haftalık etkinlik programının oluşturulması (<i>1. İS- İnsancılık-Adanmışlık Değerler Sistemi,3.İS- Duyarlılık, .İS- Öğretme-Öğrenme</i>).
5. Görüşme Psikolojik Distres ve Sonlandırma	- Hastanın ICD sonrası benlik algısı, duygu dışavurumu, öfke yönetimi, stresle baş etme ve yardım isteme konularının konuşulup, bu konuda etkin olmayan başa çıkma yöntemlerinin belirlenmesi (<i>. İS-İnanç-umut 4.İS-Yardım güven ilişkisi, 6.İS-,Problem çözme, 7.İS- Öğretme-Öğrenme,8.İS- İyileşme Çevresi, 9.İS-Gereksinimlere yardım</i>). - Hastaya etkin başa çıkma yöntemlerinin öğretilmesi (<i>6.İS-, Problem çözme, 7.İS- Öğretme-Öğrenme</i>). - Veri toplama formlarının uygulanması - Hastanın bundan sonraki süreçte de yardıma ihtiyaç duyduğu zaman iletişim kurabileceği bilgisinin verilmesi

Şekil 3. Araştırmanın Teorik, Kavramsal ve Deneysel Yapısı



3.6. Uygulama Süreci

3.6.1. Pilot Uygulama

Araştırmaya başlamadan önce görüşme sırasında ortaya çıkabilecek problemlerin tespiti ve giderilmesi açısından DEÜ Hastanesi, Kardiyoloji Polikliniğine ICD kontrolü için gelen, dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden beş hastaya pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulama ile araştırmada ortaya çıkabilecek olası sorunlar belirlenmiştir ve araştırma yapılandırılmıştır. Pilot uygulama sırasında görüşme yapılan hastalar araştırmanın örneklemine dâhil edilmemiştir.

3.6.2. Girişim Grubuna Yapılan Uygulamalar

Girişim grubuna dahil edilen ICD'li hastalarla tanışma, rutin ICD kontrollerine geldiklerinde kardiyoloji polikliniğinde yüz yüze olmuştur. Tanışma sonrası, hastalara araştırma hakkında açıklayıcı ve anlaşılır bir şekilde bilgi verilmiştir ve soru sormalarına izin verilip gerekli açıklamalar yapılmıştır. Araştırma hakkında yeterli bilgilendirme yapıldıktan sonra hastaların aydınlatılmış onamları alınmış ve araştırmaya katılımları sağlanmıştır. ICD'li hastalar araştırmaya dahil edildikten sonra araştırmada kullanılan veri toplama araçları araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Bu esmada araştırmacının ve ICD'li hastaların iletişim bilgileri (telefon numarası, e-posta adresi) karşılıklı olarak paylaşılmıştır. Girişim grubundaki hastalarla yapılan tanışmanın ardından diğer görüşme için randevu alınmıştır. Diğer planlı beş görüşme pandemi koşulları nedeniyle iki hafta aralıklarla 45'şer dakika süren online görüşmeler şeklinde planlanmıştır. Girişim grubunda bulunan 30 ICD'li hasta ile online 45'şer dakika süren beş planlı görüşme yapılmıştır (Tablo 6) (Şekil 4).

Tablo 6. Girişim Grubu İçin Planlanan Görüşmeler ve Görüşme Sürecinin İçeriği

Watson İnsan Bakım Modeli		
Ön Görüşme ve Tanışma	✓ Çalışmanın amacının açıklanması, ✓ Onam alınması, ✓ Randomizasyon ile grubunun belirlenmesi, ✓ Ölçüm araçlarının doldurulması, ✓ İletişim bilgilerinin paylaşılması, ✓ Birinci online görüşme planının yapılması.	✓ Hasta poliklinikte güler yüzle karşılanır. Doktor muayenesi (öykü alma, ultrason, izlem vb.) süresince yanında olunur. ✓ Muayene sonrasında önceden planlanan odaya alınır. ✓ Etkili iletişim için hasta ile pandemi kurallarına (maske, sosyal mesafe, havalandırma...) dikkat ederek karşılıklı arada engel olmayacak şekilde oturulur. Merhaba ben hemşire çalışma süresi boyunca hemşire olarak ICD'nizle ilgili tüm işlemlerde ben ilgileneceğim. Çalışma; online olarak beş görüşmeden oluşacaktır. Bu görüşmelerde amacımız ICD uyumunuzu iyileştirmede size destek ve yardımcı olmaktır. Görüşme planımız dışında da bana istediğiniz zaman ulaşabilirsiniz. Karşılıklı iletişim bilgileri paylaşılıp; ilk görüşme için randevu planlanır. İlk görüşmemizde gününde saatinde görüşmek üzere, hoşça kalın.

1.Görüşme Sağlık Bakımına Uyum	✓ Bu görüşmenin amacının belirtilmesi, ✓ Açık uçlu sorular sorularak kendisini ifade etmesini sağlama, ✓ Görüşme sırasında onu dinlediğimizi ve anladığımızı gösteren özetlemelerin yapılması, ✓ Sağlık bakımına uyumu hakkında açık uçlu sorular sorulması, ✓ Bu görüşme hakkında geri bildirim alınması ve verilmesi, ✓ Sonraki görüşmenin planlanması, ✓ Bir sonraki randevu gününün ve saatinin hatırlatılması, ✓ Görüşme planımız dışında da bana istediği zaman ulaşabileceği bilgisinin verilmesi.	✓ Planlanan gün ve saatte online görüşme başlatılır. Hasta güler yüzle karşılanır. Bu görüşmemizin amacı; sizi daha yakından tanımak ve ICD sonrası sağlık bakımına uyumunuzu iyileştirmeye yardımcı olmaktır. Sizi daha iyi tanımak istiyorum, bana kendinizden bahseder misiniz? ICD'ye ilişkin mevcut bilgi, tutum ve davranışlarınız nelerdir ve bu konuda kimler tarafından bilgilendirildiniz? Yaşantınızda ICD takıldıktan sonra neler değişti, ICD'ye uyum sağlamada fiziksel ve duygusal olarak neler hissediyorsunuz? Duygularınızı adlandırır mısınız? ✓ Sizi dinliyorum (Cesaretlendirme) ✓ biraz daha açabilir misiniz? (Açıklaştırma) ✓ Gelecekle ilgili beklenti ve hedefleriniz nelerdir, benimle paylaşır mısınız? ✓ Görüşmemizi nasıl değerlendiriyorsunuz? Duygu ve düşüncelerinizi paylaşır mısınız? ✓ Sonraki görüşmemizde ICD'ye uyum sağlamada mesleğinizin ve aile çevrenizin etkisi ile ilgili konuşacağız. Bunlarla ilgili duygu ve deneyimlerinizi açığa çıkarırken kendi gücünüzü fark etmenizi, baş etmenizi güçlendirmeyi, endişenizi azaltmayı ve umudunuzu artırmayı hedefliyoruz. Bir sonraki görüşmemiz gününde saatinde. görüşmek üzere, sevgiyle kalın
--	--	---

2. Görüşme Mesleki ve Aile Çevresi	✓ Önceki görüşmenin özetlenmesi, ✓ Bu görüşmenin amacının belirtilmesi, ✓ Açık uçlu sorular sorularak kendisini ifade etmesinin sağlanması, ✓ Görüşme sırasında onu dinlediğimizi ve anladığımızı gösteren özetlemelerin yapılması,. ✓ Bu görüşme hakkında geri bildirim alınması ve verilmesi, ✓ Sonraki görüşmenin planlanması, ✓ Bir sonraki randevu günü ve saatinin hatırlatılması.	✓ Planlanan gün ve saatte online görüşme başlatılır. Hasta güler yüzle karşılanır. Geçen görüşmemizde konularını konuştuk. ilgili duygularınızdan ve düşüncelerinizden bahsettik. Bu görüşmemiz ile ilgili bana söylemek istediğiniz bir şey var mı? Bu görüşmemizin iki amacı var. Öncelikle ICD sonrası mesleki yaşantınızda, ne gibi değişimler gerçekleştiği, bu durumla nasıl baş ettiğiniz, ekonomik kaygı yaşayıp yaşamadığınızla ilgili duygu, düşünce ve planlarınızın paylaşılması ve sorularınızın cevaplanması. İkinci amacımız ise ailedeki rolünüz ve işlevselliğiniz hakkında konuşmak ve ICD sonrası aile hayatınızla ilgili duygu ve düşüncelerinizi paylaşmak. ICD sonrası mesleki yaşantınızda gibi değişimler gerçekleşti? Bu durumla nasıl baş ettiğinizi anlatır mısınız? ✓ Sizi anlıyorum.... hıı hıı Devam edin lütfen... ✓ Kaygılı olduğunuzu söylediniz. Sizi kaygılandıran nedir? ✓ Bu kaygı ile nasıl baş ediyorsunuz? ✓ Rahatlamak için neler yapıyorsunuz? ✓ İşinizi kaybetmekten korkuyorsunuz. ✓ Şunu mu söylemek istediniz.....?
--	--	--

		✓ Öyle mi.....? ✓ ICD ailedeki rolünüzü ve işlevselliğinizi nasıl etkiledi? ✓ Sizi bu süreçte en çok kimler destekledi? Eş...aile...komşular.... ✓ Siz kendinizi rahatlatmak için neler yaptınız? ✓ Aile üyeleri(eş, çocuk vb.) ile iletişiminiz nasıldır? ✓ Size yaşadığınız sorunları çözmede yardımcı olurlar mı? Sonraki görüşmemizde cinselliğin sizin için anlamı, ICD sonrası cinsel yaşantınızda ne gibi değişimler gerçekleştiği, cinsel ilişki esnasında ICD'nin şoklamasına ilişkin korku yaşayıp yaşamadığınız hakkında konuşacağız. Bir sonraki görüşmemiz gününde saatinde. görüşmek üzere, sevgiyle kalın.
3.Görüşme Cinsel İlişki	✓ Önceki görüşmenin özetlenmesi, ✓ Bu görüşmenin amacının belirtilmesi, ✓ Açık uçlu sorular sorularak kendisini ifade etmesinin sağlanması,	✓ Planlanan gün ve saatte online görüşme başlatılır. Hasta güler yüzle karşılanır. Geçen görüşmemizde konularını konuştuk. ilgili duygularınızdan ve düşüncelerinizden bahsettik. Bu görüşmemiz ile ilgili bana söylemek istediğiniz bir şey var mı? Bu görüşmemizin amacı ICD implantasyonu sonrası cinsel yaşantınız ile ilgili duygu ve düşüncelerinizi açığa çıkarmak, bu duygu ve düşüncelerinizin cinsel yaşantınızı nasıl etkilediğini fark etmenize

	✓ Görüşme sırasında onu dinlediğimizi ve anladığımızı gösteren özetlemelerin yapılması, ✓ Cinsel İlişki konusunda duygu ve düşüncelerini paylaşması için açık uçlu soruların sorulması, ✓ Bu görüşme hakkında geri bildirim alınması ve verilmesi, ✓ Sonraki görüşmenin planlanması, ✓ Bir sonraki randevu günü ve saatinin hatırlatılması.	yardımcı olmaktır. Bazı insanlar cinsellikten bahsetmenin kolay olmadığını hissediyor. Bununla birlikte, birçok insan için, onların hayatında önemli bir konudur ve hastalığınızın cinsellik üzerine bir etkisi olabilir. Bu konuda size birkaç soru sorabilir miyim?" ✓ Cinselliğin sizin için anlamı nedir ve cinsel partneriniz(eş, nişanlı, sevgili, arkadaş vb.) var mı? ✓ Birçok kişi cihaz implantasyonu sonrası cinsel aktiviteyi sürdürme konusunda endişe duyuyor. Siz bu konu ile ilgili ne düşünüyorsunuz? ✓ Bu konuda endişe duyduğunuzu söylediniz. Ne gibi endişeleriniz var? ✓ ICD implantasyonundan sonra cinsel ilişki esnasında şoklama korkusu yaşadınız mı? ✓ Şu anda kullandığınız ilaçlar cinsel istek ve ilginizi etkilediğini düşünüyor musunuz? Sonraki görüşmemizde geniş aile ilişkileriniz ve sosyal çevreniz hakkında konuşacağız. Bir sonraki görüşmemiz gününde saatinde görüşmek üzere, sevgiyle kalın.
--	---	--

4.Görüşme Geniş Aile İlişkileri ve Sosyal Çevre	✓ Önceki görüşmenin özetlenmesi, ✓ Bu görüşmenin amacının belirtilmesi, ✓ Açık uçlu sorular sorularak kendisini ifade etmesinin sağlanması, ✓ Görüşme sırasında onu dinlediğimizi ve anladığımızı gösteren özetlemelerin yapılması, ✓ Bu görüşme hakkında geri bildirim alınması ve verilmesi, ✓ Sonraki görüşmenin planlanması, ✓ Bir sonraki randevu günü ve saatinin hatırlatılması.	✓ Planlanan gün ve saatte online görüşme başlatılır. Hasta güler yüzle karşılanır. Geçen görüşmemizde konularını konuştuk. ilgili duygularınızdan ve düşüncelerinizden bahsettik. Bu görüşmemiz ile ilgili bana söylemek istediğiniz bir şey var mı? Bu görüşmemizin iki amacı var. Öncelikle ICD işlemi sonrası birlikte yaşadığınız aile üyeleri dışındaki akrabalarınızla iletişim, ilişki ve beklentilerinizin nasıl etkilendiği, akrabalarınızın size karşı tutumunu, davranış ve desteklerinde değişim olup olmadığını paylaşmak. İkinci amacımız ise; ICD işlemi sonrası sosyal faaliyetlere (sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema vb.) katılımınız ve hobilerinizde değişim olup olmadığı, boş vakitlerinizde neler yaptığınızı, aile ve arkadaşlarınızla paylaşımlarınızı paylaşmak. ICD işlemi sonrası birlikte yaşadığınız aile üyeleri dışındaki akrabalarınızla iletişim ve ilişkinizde ne gibi değişiklikler oldu ve nasıl hissediyorsunuz? Biraz anlatır mısınız? ✓ Sizi anlıyorum.... hıı hıı Devam edin lütfen...
---	---	--

	✓ Öfkeli ve üzüntülü olduğunuzu söylediniz. Sizi öfkeliendiren ve üzen durumların neler olduğunu biraz daha açabilir misiniz? ✓ Bu öfke ve üzüntüyle nasıl baş ediyorsunuz? ✓ Rahatlamak için neler yapıyorsunuz? ✓ Düzenli yürüyüş yapıyor olmanız çok güzel ve bunun sizi rahatlattığını söylediniz; yürüyüş dışında boş vakitlerinizde neler yapıyorsunuz, hobileriniz ve sosyal faaliyetlerinizden bahseder misiniz? Bu konuda sizi daha yakından tanımak istiyorum. Evet. Devam edin lütfen... ✓ Avlanmayı ve dalmayı çok severdim ama bırakmak zorunda kaldım. ✓ Sevdiğiniz sporları bırakmak zorunda kalmak sizi üzmüş olmalı bu durumla nasıl baş ediyorsunuz? ✓ Hala çok üzülüyorum ama sağlığım için en doğrusunun bu olduğunu düşünüyorum ve artık pandemi nedeniyle de çoğu zaman evde vakit geçiyorum. Televizyon, internet ve bahçede oyalanıyorum. Zaten eşim ağır işler yapmama izin vermiyor. Bende halimize şükrediyorum. ✓ Evdeki boş vakitlerinizde tv, internet ve bahçe işleri yapıyor olmanız ve eşinizin yanınızda olması çok güzel. ✓ Evde ve dışarıda tek başına kalma konusunda düşünce ve duygularınızdan bahseder misiniz?
--	---

		✓ Hiç yalnız kalmak istemiyorum, pilim şoklarsa diye çok korkuyorum. Böyle yaşamak çok zor, hep korkuyla yaşamak. ✓ ICD şoklaması ile ilgili ne kadar bilgiye sahipsiniz, anlatır mısınız? ✓ ICD takıldığı zaman pil firması anlatmıştı ama çok hatırlamıyorum. O zamanlar kafam karıştı. ✓ Şu anda size ICD şoklaması konusunda bilgi vermemi ister misiniz? ✓ Evet, çok isterim. Sonraki görüşmemizde psikolojik distres hakkında konuşacağız. Bir sonraki görüşmemiz gününde saatinde. görüşmek üzere, sevgiyle kalın.
5.Görüşme Psikolojik Distres ve Sonlandırma	✓ Önceki görüşme özetlenir. ✓ Görüşmenin amacı açıklanır. ✓ Hastanın soruları cevaplandırılır. ✓ Ölçüm araçları tekrar uygulanır.	✓ Planlanan gün ve saatte online görüşme başlatılır. Hasta güler yüzle karşılanır. Bu görüşmemizin birden çok amacı var. Sizin ICD öncesi ve sonrası yaşamınızdaki kaygılarınız, üzüntüleriniz, benlik algınız, stresle baş etmenizdir. Bu konuları konuşup, güçlü ve olumlu yönlerinize dair farkındalığınız artırmak ve kaygılarınızı gidermektir. Bey/ hanım kendinizi nasıl biri olarak tanımladığınızı anlatır mısınız?

	✓ Süreç bitmiş olsa da hastanın her zaman yanında olduğu belirtilir.	Ben sevgi dolu, heyecanlı, kaygılı ve bazen de kendini beğenmeyen biriyim. ✓ Evet dinliyorum. Devam edin lütfen... ✓ Yani aynada pıl yerime bakınca çirkin olduğumu düşünüyorum. Kendimi kötü hissediyorum. Strese giriyorum. ✓ Peki böyle zamanlarda stresle baş etmek için neler yapıyorsunuz? ✓ Genellikle bir şey yapmıyorum, ağlıyorum. Kendimi çaresiz ve yalnız hissediyorum. Bazen de alkol alıyorum. ✓ bey/hanım yaşadığınız stresle etkin baş etmek için bazı yöntemler var. Bunlardan biri gevşeme egzersizleri, isterseniz size bunu öğretebilirim. Planlı görüşmelerimiz bitti. Bu süreci değerlendirebilmemiz için anket formlarımızı tekrar doldurmamız gerekiyor. Planlı görüşmelerimiz bitti ve Ben Tarihe kadar her Çarşamba ve cuma günleri burada olacağım. İstedığınız zaman..... nolu telefonda da bana ulaşabilirsiniz. Teşekkür ederim, sevgiyle kalın.
--	---	---

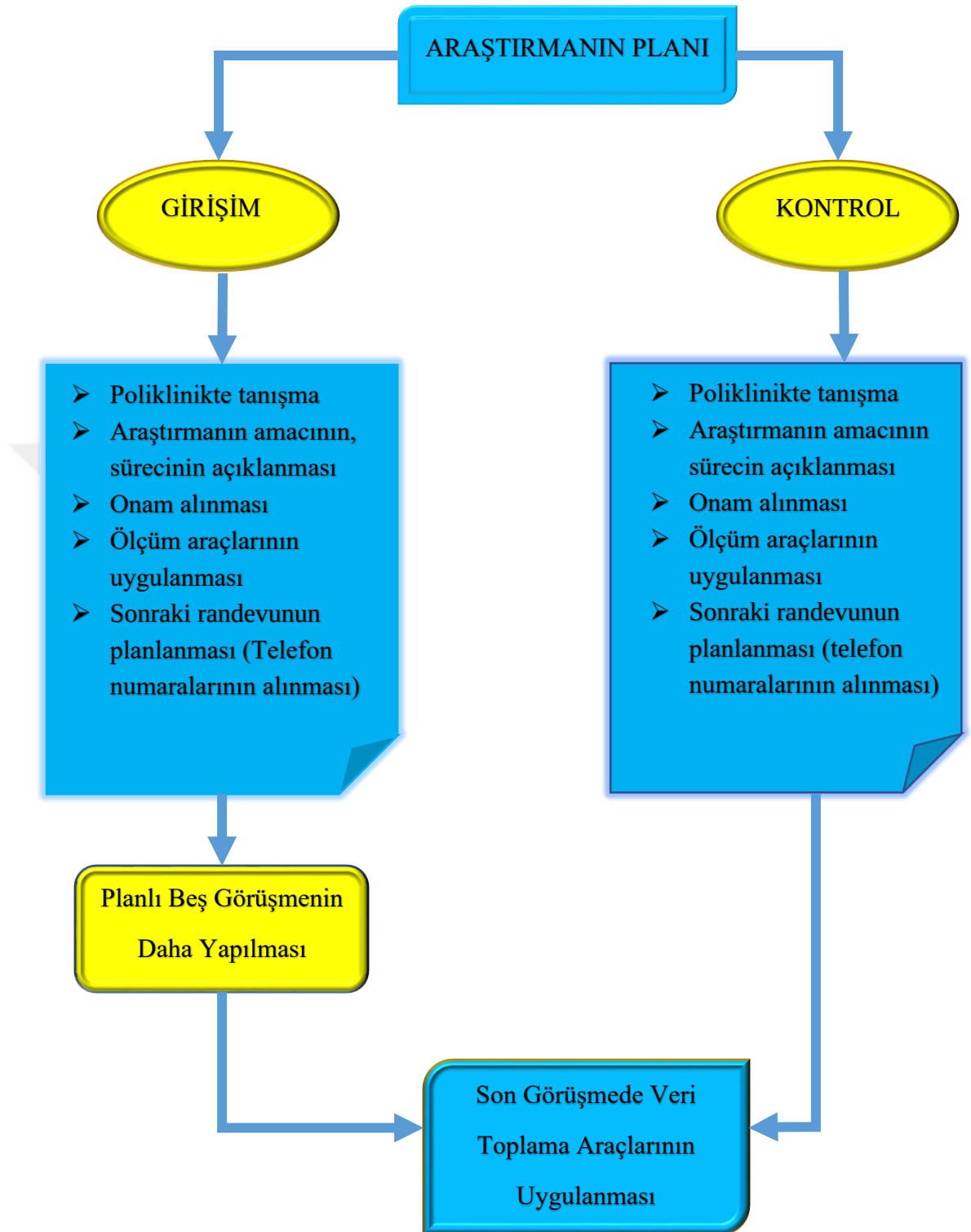
3.6.3. Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar

Kontrol grubuna dahil edilen ICD'li hastalarla tanışma, rutin ICD kontrollerine geldiklerinde kardiyoloji polikliniğinde yüz yüze olmuştur. Tanışmada araştırma hakkında açıklayıcı ve anlaşılır bilgilendirme yapıldıktan sonra araştırmanın amacı açıklanmış ve aydınlatılmış onamları alınarak hastalar araştırmaya dahil edilmişlerdir. Hastaların aydınlatılmış onamları alındıktan sonra tanıtıcı bilgi formu ve ön test uygulanmıştır ve karşılıklı olarak iletişim (telefon numarası, e-posta adresi) bilgileri paylaşılmıştır. Kontrol grubuna dahil edilen hastalara İBM temellendirilmiş hemşirelik girişimleri uygulanmamıştır. Araştırmanın son test veri toplama formları uygulandıktan sonra kontrol grubundaki hastalarla talep ettikleri takdirde girişim grubuna uygulanmış olan İBM'ye temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin uygulanabileceği bilgisi paylaşılmıştır (Tablo 7) (Şekil 4).

Tablo 7. Kontrol Grubu İçin Yapılan Uygulamalar

Görüşmeler	Görüşme Sürecinin İçeriği
Ön Görüşme ve Tanışma	• Araştırma hakkında açıklayıcı ve anlaşılır bilgilendirme. yapıp araştırmanın amacının açıklanması. • Aydınlatılmış onam alınması. • Blok randomizasyon yöntemi ile hastanın katılacağı grubunun belirlenmesi. • Ön test ölçüm araçlarının doldurulması. • Karşılıklı iletişim (telefon numarası, e-posta adresi) bilgilerinin paylaşılması.
Son Görüşme	• Veri toplama formlarının uygulanması. • Hastanın bundan sonraki süreçte yardıma ihtiyaç duyduğu zaman iletişim kurabileceği ve girişim grubu görüşmelerine araştırma bitiminde katılabileceği bilgisinin verilmesi.

Şekil 4. Araştırma Planı



3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırma verileri SPSS 25.0 programı (Statistical Package for Social Sciences) kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri tanımlayıcı analizler (yüzde, frekans, ortalama ve standart sapma) ile değerlendirilmiştir. Araştırmada kullanılan PAIS-SR güvenirliğini hesaplamak için iç tutarlılık analizi (Cronbach's Alpha) yapılmıştır. Girişim ve kontrol grupları arasında sosyo-demografik değişkenler açısından fark olup olmadığı ki-kare analizi ile incelenmiştir. Araştırma verilerinin normal dağılıma uygunluğu diklik (Kurtosis) ve çarpıklık (Skewness) değerleri kullanılarak test edilmiştir.

Girişim grubunun ön test puan ortalamalarının normallik testi sonucuna göre PAIS-SR ölçeğinin ve 7 alt boyutunun diklik ve çarpıklık değerlerinin literatürde istenen +2 ile -2 aralığında olduğu belirlenmiştir. Geniş Aile İlişkileri alt boyutu Skewness değeri ise literatürde istenen aralıkta değildir. Girişim grubunun son test puan ortalamalarının normallik testi sonucuna göre PAIS-SR ölçeğinin ve Sosyal Çevre alt boyutunun literatürde istenen aralıkta olmadığı ancak diğer 6 alt boyutunun diklik ve çarpıklık değerlerinin literatürde istenen +2 ile -2 aralığında olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunun ön test puan ortalamalarının normallik testi sonucuna göre PAIS-SR ölçeğinin ve 6 alt boyutunun diklik ve çarpıklık değerlerinin literatürde istenen +2 ile -2 aralığında olduğu belirlenmiştir. Geniş Aile İlişkileri alt boyutu diklik ve çarpıklık değerleri ise literatürde istenen aralıkta değildir. Kontrol grubunun son test puan ortalamalarının normallik testi sonucuna göre PAIS-SR ölçeğinin ve 6 alt boyutunun diklik ve çarpıklık değerlerinin literatürde istenen +2 ile -2 aralığında olduğu belirlenmiştir. Sağlık Bakımına Uyum alt boyutu çarpıklık değeri ise literatürde istenen aralıkta değildir.

Girişim ve kontrol gruplarının PAIS-SR ölçeği ve alt boyutları ön test – son test puan ortalamaları normal dağılan veriler için bağımsız gruplarda t testi ile normal dağılmayan veriler için ise Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Girişim ve Kontrol grubunun kendi içinde PAIS-SR ölçeği ve alt boyutları ön test- son test puan ortalamaları normal dağılan veriler için bağımlı gruplarda t testi ile normal dağılmayan veriler için ise Wilcoxon signed-rank testi ile karşılaştırılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde hata (yanılma) payı 0.05 olarak alınmıştır ($p < 0.05$).

3.8. Süre ve Olanaklar

Araştırma takvimi Tablo 8’da yer almaktadır.

Tablo 8. Araştırma Takvimi

İŞ PLANI	ARAŞTIRMA TAKVİMİ						
	Mart – Aralık 2020	Ocak – Mart 2021	Mart- Nisan 2021	Nisan-2021- Ocak 2022	Ocak-Şubat 2022	Mart-Haziran 2022	Temmuz-2022
Literatür taraması							
Etik kurul izni ve kurum izninin alınması							
Pilot çalışmanın yapılması							
Veri toplama süreci ve grupların belirlenmesi							
Hemşirelik girişiminin uygulanması ve veri toplama süreci							
Verilerin istatistik analizi							
Araştırmanın rapor edilmesi							
Tez savunulması							

3.9. Araştırma Etiği

Araştırmanın gerçekleşmesi için DEÜ Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (01.03.2021 tarihli 2021/07-25 onay karar no) ve DEÜ Hastanesinden kurum izni (31.12.20 tarihli E-61804747-00.99-124956 nolu izin) alınmıştır. Araştırmada kullanılan PAIS-SR leği için Mahmure Ayęün'den elektronik posta yoluyla izin alınmıştır. Araştırmaya katılan hastalara, araştırma ile ilgili sözlü ve yazılı bilgi verilmiş ve bu bilgilendirmeden sonra araştırmaya katılmak isteyen hastalardan aydınlatılmış onam alınmıştır.



Bulgular

Bu bölümde, araştırma verilerinin analizleri sonucu elde edilen bulgular aşağıda verilen alt başlıklara göre tablo ve tablo açıklamaları şeklinde sunulmuştur.

4.1. Girişim Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 9. Girişim Grubundaki Hastaların Sosyo- demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo- demografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	11	36.7
	Erkek	19	63.3
Yaş Grubu	35-54	14	46.7
	55 ve üzeri	16	53.3
Eğitim durumu	İlkokul ve Ortaokul	13	43.3
	Lise	8	26.7
	Üniversite ve üzeri	9	30.0
Medeni durum	Evli	26	86.7
	Bekar	4	13.3
Çocuk sahibi	Evet	25	83.3
	Hayır	5	16.7
Çocuk sayısı	0-2 çocuk	17	56.7
	3 ve üzeri	13	43.3
Birlikte yaşadığı kişi	Yalnız	4	13.3
	Eş	15	50.0
	Eş ve çocuklar	11	36.7
Yaşadığı yer	İl	20	66.6
	İlçe ve Köy	10	33.4
Algılanan ekonomik durum	İyi	4	13.3
	Orta	20	66.7
	Kötü	6	20.0
Çalışma durumu (ICD Öncesi)	Çalışıyor	13	43.3
	Çalışmıyor	17	56.7
Çalışma durumu (ICD Sonrası)	Çalışıyor	7	23.3
	Çalışmıyor	23	76.7

Tablo 9. Girişim Grubundaki Hastaların Sosyo- demografik Özelliklerinin Dağılımı
(Devamı)

Meslek	Ev hanımı	7	23.3
	Devlet memuru	4	13.3
	Emekli	16	53.3
	Diğer	3	10.0
Destek aldığı hasta / hastalar	Aile	12	40.0
	Aile dışı hastalar	18	60.0
Toplam		30	100.0

Girişim grubundaki hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; %36.7'sinin kadın, %63.3'ünün erkek olduğu, %46.7'sinin 35-54 yaş grubunda, %53.3'ünün 55 ve üzeri yaş grubunda olduğu, %43.3'ünün ilköğretim ve ortaokul mezunu, %26.7'sinin lise mezunu, %30.0'ının üniversite ve üzeri mezunu olduğu, %86.7'sinin evli, %13.3'ünün bekar olduğu, %83.3'ünün çocuk sahibi olduğu, %16.7'sinin çocuk sahibi olmadığı, %56.7'sinin 0-2 çocuk, %43.3'ünün 3 ve üzeri çocuğunun olduğu, %13.3'ünün yalnız, %50.0'ının eşiyile birlikte, %36.7'sinin eş ve çocuklar ile birlikte yaşadığı, %13.3'ünün ekonomik durumunu iyi, %66.7'sinin orta, %20.0'ının ise kötü olarak algıladığı bulunmuştur. Girişim grubundaki hastaların %66.6'sının ilde, %33.4'ünün ilçe ve köyde yaşadığı, %43.3'ünün ICD öncesi bir işte çalıştığı, %56.7'sinin ise çalışmadığı, %23.3'ünün ICD sonrası bir işte çalıştığı, %76.7'sinin ise çalışmadığı, %23.3'ünün ev hanımı, %13.3'ünün devlet memuru, %53.3'ünün emekli, %10.0'ının diğer (esnaf, işçi) olduğu, %40.0'ının ailesinden, %60.0'ının ise aile dışı bireylerden destek aldığı saptanmıştır (Tablo 9).

Tablo 10. Girişim Grubundaki Hastaların ICD'ye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

ICD'ye İlişkin Özellikler		n	%
ICD'nin takılma nedeni	Primer koruma	25	83.3
	Sekonder koruma	5	16.7
ICD takılma zamanı üzerinden geçen süre	1-3 yıl	18	60
	4-7 yıl	12	40
ICD için kontrole gitme sıklığı	3-6 ayda bir	22	73.3
	6 ay ve üzeri	8	26.7
Kontrole gittiğinde sağlık çalışanı tarafından yapılan uygulamalar	ICD kontrolü	30	100.0
ICD'ye ilişkin kimden bilgi aldığı	Firma yetkilisi	1	3.3
	Hemşire	5	16.7
	Doktor	24	80.0
Hangi konularda bilgi aldığı	ICD şoklaması ve kontrolü	28	93.3
	ICD tedavisi ve bakımı	2	6.7
ICD ile yaşam konusunda uyum programlarının gerekliliği	Evet	30	100.0
ICD' ye uyum programlarının yapılma zamanı	ICD öncesi ve sonrası	30	100.0
ICD' nin devreye girme durumu	Evet	8	26.7
	Hayır	20	66.6
	Anlayamama	2	6.7
Toplam		30	100.0

Girişim grubundaki hastaların ICD'ye ilişkin özellikleri incelendiğinde; %83.3'ünün ICD' sinin primer koruma, %16,7'sinin sekonder koruma amaçla implante edilmiş olduğu, %60'ının ICD takılma zamanı üzerinden geçen süre 1-3 yıl, %40'ının 4-7 yıl olduğu, %73.3'ünün ICD kontrolüne 3-6 ayda bir, %26.7'sinin 6 ay ve üzeri gittiği, %100.0'ının ICD kontrolüne gittiğinde sağlık çalışanı tarafından sadece ICD kontrolünün yapıldığı belirlenmiştir. Girişim grubundaki hastaların %3.3'ünün ICD'ye ilişkin bilgiyi firma yetkilisinden, %16,7'sinin hemşireden, %80,0'ının ise doktordan aldığı, %93.3'ünün ICD şoklaması ve kontrolü, %6.7'sinin ICD tedavisi ve bakımı hakkında bilgi aldığı, %100.0'ının ICD ile yaşam konusunda uyum programlarını gerekli bulduğu, %100'ünün ICD'ye uyum programlarının ICD öncesi ve sonrası yapılması gerektiğini belirttiği saptanmıştır. Girişim grubundaki hastaların

%26.7'sinin ICD'lerinin devreye girdiği, %66.6'sının devreye girmediğini, %6.7'sinin ise devreye girip girmediğini anlamadığı bulunmuştur (Tablo 10).

4.2. Kontrol Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 11. Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	7	23.3
	Erkek	23	76.7
Yaş Grubu	35-54	7	23.3
	55 ve üzeri	23	76.7
Eğitim Durumu	İlkokul ve ortaokul	8	26.6
	Lise	15	50.0
	Üniversite ve üzeri	7	23.4
Medeni Durum	Evli	28	93.3
	Bekar	2	6.7
Çocuk Sahibi Olma Durumu	0-2 çocuk	17	56.7
	3 ve üzeri çocuk	13	43.3
Birlikte Yaşadığı Kişi	Yalnız	5	16.7
	Eş	20	66.6
	Eş ve çocuklar	5	16.7
Yaşadığı yer	İl	18	60.0
	İlçe ve köy	12	40.0
Algılanan ekonomik durum	İyi	6	20.0
	Orta	22	73.3
	Kötü	2	6.7
Çalışma durumu (ICD Öncesi)	Çalışıyor	6	20.0
	Çalışmıyor	24	80.0
Çalışma durumu (ICD Sonrası)	Çalışıyor	3	10.0
	Çalışmıyor	27	90.0
Meslek	Ev hanımı	2	6.7
	Devlet memuru	3	10.0
	Emekli	25	83.3

Destek aldığı kişi/ kişiler	Aile	15	50.0
	Aile dışı hastalar	15	50.0
Toplam		30	100.0

Kontrol grubundaki hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; %23.3'ünün kadın, %76.7'sinin erkek olduğu, %23.3'ünün 35-54 yaş grubunda, %76.7'sinin 54 ve üzeri yaş grubunda olduğu, %26.6'sının ilköğretim ve ortaokul, %50.0'mının lise, %23.4'ünün üniversite ve üzeri mezunu olduğu, %93.3'ünün evli, %6.7'sinin bekar olduğu, %90.0'mının çocuk sahibi olduğu, %10'unun çocuk sahibi olmadığı, %56.7'sinin 0-2 çocuk, %43.7'sinin 3 ve üzeri çocuğunun olduğu, %16.7'sinin yalnız, %66.6'sının eşle ve %16.0'mının ise eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların %53.3'ünün ilde, %46.7'sinin ilçe ve köyde yaşadığı, %20.0'mının ekonomik durumunu iyi, %73.3'ünün orta, %6.7'sinin kötü olarak algıladığı bulunmuştur. ICD öncesi ve sonrası kontrol grubundaki hastaların çalışma durumları incelendiğinde; %80.0'mının ICD öncesi çalıştığı, %20.0'mının çalışmadığı, %10.0'mının ICD sonrası çalıştığı, %90.0'mının ise çalışmadığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların %6.7'sinin ev hanımı, %83.3'ünün emekli, %10.0'mının devlet memuru olduğu, %50.0'mının ailesinden, %50.0'mının aile dışı bireylerden destek aldığı belirlenmiştir (Tablo 11).

Tablo 12. Kontrol Grubundaki Hastaların ICD'ye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

ICD'ye İlişkin Özellikleri		n	%
ICD'nin takılma nedeni	Primer koruma	18	60.0
	Sekonder koruma	12	40.0
ICD takılma zamanı üzerinden geçen süre	1-3 yıl	14	46.7
	4-7 yıl	16	53.3
ICD için kontrole gitme sıklığı	6 ayda bir	30	100.0
Kontrole gittiğinde sağlık çalışanı tarafından yapılan uygulamalar	ICD kontrolü	30	100.0
ICD'ye ilişkin kimden bilgi aldığı	Firma Yetkilisi	1	3.3
	Hemşire	8	26.7
	Doktor	24	70.0
Hangi konularda bilgi aldığı	ICD şoklaması ve kontrolü	30	100.0

ICD ile yaşam konusunda uyum programlarının gerekliliği	Evet	30	100.0
ICD' ye uyum programlarının yapılma zamanı	ICD öncesi ve sonrası	30	100.0
ICD' nin devreye girme durumu	Evet	6	20.0
	Hayır	16	56.4
	Anlayamama	8	23.6
Toplam		30	100.0

Kontrol grubundaki hastaların ICD'ye ilişkin özellikleri incelendiğinde; %60.0'mın ICD' sinin primer koruma, %40.0'ının sekonder koruma amacıyla implante edildiği, %46.7'sinin ICD takılma zamanı üzerinden geçen süre 1-3 yıl, %53.3'ünün 4-7 yıl olduğu, %100.0'ının ICD kontrolüne 6 ayda bir gittiği, %100.0'ının ICD kontrolüne gittiğinde sağlık çalışanı tarafından sadece ICD kontrolünün yapıldığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların %6.3'ü ICD'ye ilişkin bilgiyi firma yetkilisinden, %26.7'si hemşireden, %70.0'ı ise doktordan aldığı, %100.0'ının ICD ile yaşam konusunda uyum programlarını gerekli bulduğu, %100.0'ının ICD'ye uyum programlarının ICD öncesi ve sonrası yapılması gerektiğini belirttiği, %20.0'ının ICD'lerinin devreye girdiği, %56.4'ünün ICD'lerinin devreye girmediği, %26.6'sının ise ICD'lerinin devreye girip girmediğini anlamadığı bulunmuştur (Tablo 12).

4.3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçeği Ön Test - Son Test Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 13. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test PAIS-SR Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ön Test PAIS-SR	Gruplar	Ortalama	Ss	Min	Maks
Sağlık Bakımına Uyum	Girişim	13.30	2.81	6.00	19.00
	Kontrol	14.46	2.09	11.00	19.00
Mesleki Çevre	Girişim	10.50	2.46	6.00	18.00
	Kontrol	10.86	2.04	6.00	14.00
Aile Çevresi	Girişim	13.13	3.81	6.00	24.00
	Kontrol	14.66	3.92	5.00	22.00

Cinsel İlişkiler	Girişim	6.63	4.86	0.00	17.00
	Kontrol	8.93	4.46	0.00	18.00
Geniş Aile İlişkileri	Girişim	7.63	2.79	1.00	15.00
	Kontrol	8.20	2.26	6.00	15.00
Sosyal Çevre	Girişim	11.33	3.28	6.00	18.00
	Kontrol	11.30	1.80	8.00	16.00
Psikolojik Distres	Girişim	18.06	2.87	14.00	21.00
	Kontrol	17.86	2.95	14.00	21.00
Toplam	Girişim	80.60	13.36	60.00	114.00
	Kontrol	86.30	12.47	59.00	116.00

Girişim grubundaki hastaların ön test PAIS-SR ölçeği; Sağlık Bakımına Uyum alt ölçek puan ortalaması 13.30 ± 2.81 , Mesleki Çevre alt ölçek puan ortalaması 10.50 ± 2.46 , Aile Çevresi alt ölçek puan ortalaması 13.13 ± 3.81 , Cinsel İlişkiler alt ölçek puan ortalaması 6.63 ± 4.86 , Geniş Aile İlişkileri alt ölçek puan ortalaması 7.63 ± 2.79 , Sosyal Çevre alt ölçek puan ortalaması 11.33 ± 3.28 , Psikolojik Distres alt ölçek puan ortalaması 18.06 ± 2.87 olup, toplam ölçek puan ortalaması ise 80.60 ± 13.36 'dir (Tablo 13).

Kontrol grubundaki hastaların ön test PAIS-SR ölçeği; Sağlık Bakımına Uyum alt ölçek puan ortalaması 14.46 ± 2.09 , Mesleki Çevre alt ölçek puan ortalaması 10.86 ± 2.04 , Aile Çevresi alt ölçek puan ortalaması 14.66 ± 3.92 , Cinsel İlişkiler alt ölçek puan ortalaması 8.93 ± 4.46 , Geniş Aile İlişkileri alt ölçek puan ortalaması 8.20 ± 2.26 , Sosyal Çevre alt ölçek puan ortalaması 11.30 ± 1.80 , Psikolojik Distres alt ölçek puan ortalaması 17.86 ± 2.95 olup, toplam puan ortalaması 86.30 ± 12.47 'dir (Tablo 13).

Tablo 14. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Son Test PAIS-SR Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Son Test PAIS-SR	Gruplar	Ortalama	Ss	Min	Maks
Sağlık Bakımına Uyum	Girişim	5.16	2.42	2.00	11.00
	Kontrol	16.63	2.83	7.00	21.00
Mesleki Çevre	Girişim	5.26	1.76	2.00	9.00
	Kontrol	10.66	3.40	3.00	15.00
Aile Çevresi	Girişim	3.83	1.68	0.00	7.00
	Kontrol	15.43	4.36	4.00	24.00
Cinsel ilişkiler	Girişim	1.96	2.57	0.00	10.00
	Kontrol	8.56	4.26	0.00	16.00
Geniş Aile ilişkileri	Girişim	2.56	1.86	1.00	6.00
	Kontrol	8.86	2.62	5.00	15.00
Sosyal Çevre	Girişim	1.56	2.20	0.00	9.00
	Kontrol	11.50	3.36	5.00	18.00
Psikolojik Distres	Girişim	4.63	2.39	0.00	7.00
	Kontrol	17.36	3.02	13.00	21.00
Toplam	Girişim	25.00	6.93	12.00	47.00
	Kontrol	89.03	14.85	58.00	117.00

Girişim grubundaki hastaların son test PAIS-SR ölçeği; Sağlık Bakımına Uyum alt ölçek puan ortalaması 5.16 ± 2.42 , Mesleki Çevre alt ölçek puan ortalaması 5.26 ± 1.76 , Aile Çevresi alt ölçek puan ortalaması 3.83 ± 1.68 , Cinsel İlişkiler alt ölçek puan ortalaması 1.96 ± 1.57 , Geniş Aile İlişkileri alt ölçek puan ortalaması 2.56 ± 1.86 , Sosyal Çevre alt ölçek puan ortalaması 1.56 ± 2.20 , Psikolojik Distres alt ölçek puan ortalaması 4.63 ± 2.39 olup, toplam ölçek puan ortalaması ise 25.00 ± 6.93 'tür (Tablo 14).

Kontrol grubundaki hastaların ise son test PAIS-SR ölçeği; Sağlık Bakımına Uyum alt ölçek puan ortalaması 16.63 ± 2.83 , Mesleki Çevre alt ölçek puan ortalaması 10.66 ± 3.40 , Aile Çevresi alt ölçek puan ortalaması 15.43 ± 4.36 , Cinsel İlişkiler alt ölçek puan ortalaması 8.56 ± 4.26 , Geniş Aile İlişkileri alt ölçek puan ortalaması 8.86 ± 2.62 , Sosyal Çevre alt ölçek puan ortalaması 11.50 ± 3.36 , Psikolojik Distres alt ölçek puan ortalaması 17.36 ± 3.02 olup, toplam puan ortalaması 89.03 ± 14.85 'tir (Tablo 14).

4.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 15. Girişim Grubundaki Hastaların Ön Test- Son Test PAIS-SR Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Gruplar	Sayı(n)	M	Ss	Test Değeri	p
Sağlık Bakımına Uyum	Ön test	30	13.30	2.81	t = 11.973	<0.001*
	Son test	30	5.16	2.42		
Mesleki Çevre	Ön test	30	10.50	2.46	t = 9.775	<0.001*
	Son test	30	5.26	1.76		
Aile Çevresi	Ön test	30	13.13	3.81	t = 13.745	<0.001*
	Son test	30	3.83	1.68		
Cinsel İlişkiler	Ön test	30	6.63	4.86	t = -7.253	<0.001*
	Son test	30	1.96	2.57		
Geniş Aile İlişkileri	Ön test	30	7.50 ^a		Z = -4.431	<0.001*
	Son test	30	1.50 ^a			
Sosyal Çevre	Ön test	30	12.00 ^a		Z = -4.790	<0.001*
	Son test	30	0.00 ^a			
Psikolojik Distres	Ön test	30	18.06	2.87	t = 17.061	<0.001*
	Son test	30	4.63	2.39		
Toplam	Ön test	30	79.50 ^a		Z = -4.783	<0.001*
	Son test	30	24.50 ^a			

* = p < 0.05 t = Bağımlı gruplarda t testi Z = Wilcoxon signed-rank test ^a = Median

Girişim grubundaki hastaların ön test- son test PAIS-SR ölçeği toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 15'te verilmiştir. Buna göre girişim grubundaki hastaların ön test- son test PAIS- SR toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.001).

Tablo 16. Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test- Son Test PAIS-SR Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Gruplar	Sayı(n)	M	SS	Test Değeri	p
Sağlık Bakımına Uyum	Ön test	30	14.00 ^a		Z =-3.235	0.001* (puan artmış)
	Son test	30	17.00 ^a			
Mesleki Çevre	Ön test	30	10.8667	2.04658	t = 0.314	0.756
	Son test	30	10.6667	3.40723		
Aile Çevresi	Ön test	30	14.6667	3.92458	t =-0.739	0.466
	Son test	30	15.4333	4.36825		
Cinsel İlişkiler	Ön test	30	8.9333	4.46390	t = 0.438	0.664
	Son test	30	8.5667	4.26439		
Geniş Aile İlişkileri	Ön test	30	8.00 ^a		Z =-1.158	0.247
	Son test	30	8.00 ^a			
Sosyal Çevre	Ön test	30	11.3000	1.80325	t =-0.280	0.781
	Son test	30	11.5000	3.36052		
Psikolojik Distres	Ön test	30	17.8667	2.95639	t = 0.749	0.460
	Son test	30	17.3667	3.02271		
Toplam	Ön test	30	86.3000	12.47383	t =-0.887	0.383
	Son test	30	89.0333	14.85443		

* = p <0.05 t = Bağımlı gruplarda t testi Z = Wilcoxon signed-rank test ^a = Median

Kontrol grubundaki hastaların ön test- son test PAIS-SR ölçeği toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 16’da verilmiştir. Buna göre kontrol grubundaki hastaların ön test- son test PAIS- SR toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p<0.001).

Tablo 17. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test PAIS-SR Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Gruplar	Sayı(n)	M	Ss	Test Değeri	p
Sağlık Bakımına Uyum	Girişim	30	13.30	2.81	t =-1.819	0.074
	Kontrol	30	14.46	2.09		
Mesleki Çevre	Girişim	30	10.50	2.46	t =-0.628	0.533
	Kontrol	30	10.86	2.04		
Aile Çevresi	Girişim	30	13.13	3.81	t =-1.535	0.130
	Kontrol	30	14.66	3.92		
Cinsel İlişkiler	Girişim	30	6.63	4.86	t =-1.908	0.061
	Kontrol	30	8.93	4.46		
Geniş Aile İlişkileri	Girişim	30	28.68 ^a		U = 395.500	0.406
	Kontrol	30	32.32 ^a			
Sosyal Çevre	Girişim	30	11.33	3.28	t = 0.049	0.961
	Kontrol	30	11.30	1.80		
Psikolojik Distres	Girişim	30	18.06	2.87	t = 0.266	0.791
	Kontrol	30	17.86	2.95		
Toplam	Girişim	30	80.60	13.36	t =-1.708	0.093
	Kontrol	30	86.30	12.47		

* = p <0.05. t = Bağımsız gruplarda t testi U = Mann- Whitney U test ^a = Mean Rank

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların ön test PAIS-SR ölçeği toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 17’de verilmiştir. Buna göre girişim ve kontrol grubundaki hastaların PAIS- SR toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p> 0.05).

Tablo 18. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Son Test PAIS-SR Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Gruplar	Sayı(n)	M	Ss	Test Değeri	p
Sağlık Bakımına Uyum	Girişim	30	15.77 ^a		U = 8.000	<0.001*
	Kontrol	30	45.23 ^a			
Mesleki Çevre	Girişim	30	5.26	1.76	t =-7.712	<0.001*
	Kontrol	30	10.66	3.40		
Aile Çevresi	Girişim	30	3.83	1.68	t =-13.572	<0.001*
	Kontrol	30	15.43	4.36		
Cinsel İlişkiler	Girişim	30	1.96	2.57	t =-7.253	<0.001*
	Kontrol	30	8.56	4.26		
Geniş Aile İlişkileri	Girişim	30	2.56	1.86	t =-10.714	<0.001*
	Kontrol	30	8.86	2.62		
Sosyal Çevre	Girişim	30	15.80 ^a		U = 9.000	<0.001*
	Kontrol	30	45.20 ^a			
Psikolojik Distres	Girişim	30	4.63	2.39	t =-18.071	<0.001*
	Kontrol	30	17.36	3.02		
Toplam	Girişim	30	15.50 ^a		U = 0.000	<0.001*
	Kontrol	30	45.50 ^a			

* = p <0.05 t = Bağımsız gruplarda t testi U = Mann-Whitney U test a = Mean Rank

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların son test PAIS-SR ölçeği toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 18’de verilmiştir. Buna göre girişim ve kontrol grubundaki hastaların PAIS-SR toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.001).

4.5. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları Farklarının Zamana İlişkin Bulgular

Tablo 19. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları Farklarının Zamana Göre Karşılaştırılması

Zaman	(I) grup	(J) grup	Ortalama Farkı (I-J)	Sh	p	95% Güven Aralığı	
						Minimum Değer	Maksimum Değer
Ön test	Girişim	Kontrol	-5,70	3,33	0,093	-12,38	0,98
Son test	Girişim	Kontrol	-64,03	2,99	<0,001*	-70,02	-58,04

* p < 0,05

Sh = Standart hata 1 = Ön Test

2 = Son Test

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların PAIS-SR ölçeği ön test puan ortalamalarının farkı-5.70 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05). Girişim ve kontrol grubundaki hastaların PAIS-SR ölçeği son test puan ortalamalarının farkı ise -64.03 olup aradaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.001).

Tablo 20. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları Farklarının Gruba Göre Karşılaştırılması

Grup	(I) Zaman	(J) Zaman	Ortalama Farkı (I-J)	Sh	p	95% Güven Aralığı	
						Minimum Değer	Maksimum Değer
Girişim	Ön test	Son test	55,60	3,05	0,001*	49,47	61,72
Kontrol	Ön test	Son test	-2,73	3,05	0,375	-8,85	3,38

* p < 0,05

Sh = Standart hata 1 = Ön Test

2 = Son Test

Girişim grubundaki hastaların PAIS-SR ölçeği ön test ile son test puan ortalamalarının farkı 55.60 olup aradaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunurken (p<0.001), kontrol grubundaki hastaların PAIS-SR ölçeği ön test ile son test puan ortalamalarının farkı-2.73 olup aradaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tartışma

Tartışma bölümünde, araştırmaya katılan hastaların; tanıtıcı özellikleri, İBM'ye temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin girişim öncesi ve sonrası psikososyal uyum durumları literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; gruplar arası homojenliğin sağlandığı ve her iki grubun tanıtıcı özellikleri açısından aralarında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür. Bu bulgular girişimsel çalışmalarda hastaların benzer özelliklere sahip olması açısından önemlidir. Araştırmada girişim ve kontrol grubu hastaların çoğunluğunun 55 ve üzeri yaş grubunda olduğu görülmüştür (Tablo 9,11). Girişim ve kontrol grubu hastaların çoğunluğunun 55 ve üzeri yaş grubunda olması, kalp hastalıklarının görülmesi ve ICD implantasyonu yaşları açısından literatür ile uyumludur (Böke Kılıçlı & Özdemir, 2017; Frydensberg, Skovbakke, Pedersen, & Kok, 2018; Neubauer vd., 2018; Streur vd., 2020). Böke Kılıçlı ve Özdemir (2017) yapmış olduğu bir çalışmada, hastaların %63,5'nin 51 ve üzeri yaş grubunda olduğu; Çetinkaya (2019) yapmış olduğu çalışmada, hastaların 60-69 yaş grubunda olduğunu bildirmişlerdir (Böke Kılıçlı & Özdemir, 2017; Çetinkaya, 2019). Friedman ve arkadaşları (2018) ICD'li hastalarla yaptıkları çalışmada yaş ortalamasının 60 olduğu, Dougherty ve arkadaşları (2016) ICD implantasyonunun birinci yılındaki hastalarla yapmış olduğu çalışmada ise katılımcıların yaş ortalamasının 66.5 olduğu bildirilmiştir (Dougherty vd., 2016; Friedman vd., 2017). Oshvandi ve arkadaşları (2020) çalışmasında 49-70 yaş grubunda, Kao ve arkadaşları (2016) yaptığı çalışmada ise 55.9-64.4 yaş aralığında olduğu bildirilmiştir (Kao vd., 2016; Oshvandi vd., 2020). Kalp Damar Hastalıkları Önleme Programı, 2015-2020 çalışmasında, gelişmekte olan ülkelerde kalp hastalıklarının daha çok bu yaş grubunda görülmesinin nedeni yaşlı nüfusun artmasıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (TKD, 2015).

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların cinsiyet dağılımı incelendiğinde, çoğunluğunun erkek olduğu görülmüştür (Tablo 9, 11). Literatürde, kalp hastalıklarının ve ICD implantasyonunun erkeklerde, kadınlara oranla daha sık görüldüğü ve kadınların ani kardiyak ölüm riskinin erkeklerden daha düşük olduğu

belirlenmektedir (Mattsson & Magnusson, 2020; Ooi vd., 2016). Conen ve arkadaşlarının (2016) ICD'li hastalarla yaptığı çalışmada, kadınların erkeklere göre %22 daha düşük ölüm riski ve %38 şoklama riski olduğu belirtilmiştir (Conen vd., 2016). Araştırmadan elde edilen bulgunun literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir (Böke Kılıçlı & Özdemir, 2017; Çetinkaya, 2019; Erşan, Kelleci, & Baysal, 2013; Gatzoulis vd., 2013; Kao vd., 2016; Oshvandi vd., 2020).

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun evli ve çocuk sahibi olduğu görülmüştür (Tablo 9,11). Hastaların çoğunluğunun evli ve çocuk sahibi olmasının nedeni Türk toplumunda ailenin öneminin bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların eğitim durumları incelendiğinde, hastaların eğitim düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların öğrenim düzeylerinin yüksek olması, bilgiye ulaşmada, teknoloji ve internetin kullanımında kolaylık sağlayacağı söylenebilir.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun, emekli olduğu ve ekonomik durumlarının orta düzeyde olduğu görülmüştür (Tablo 9,11). Girişim ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun emekli olması, hastaların yaşlarının ülkemizde kadın ve erkek için belirlenmiş olan emeklilik yaşına uygun olmasıyla ilişkilidir. Buna ek olarak emeklilikle birlikte yaşam biçimindeki değişimlerin ve hastaların emekli olduktan sonra sosyalleşmelerinin azalmasının ICD implante edilmesine etken olduğu belirtilmektedir. ICD implantasyonu da hastaları sosyal ve ekonomik açıdan olumsuz yönden etkilemektedir (Oshvandi vd., 2020). ICD'li hastaların malulen emekli olmaları, mesleki yaşantılarının etkilenmesi, dolaylı olarak gelir kaybına neden olmaktadır. Bu nedenle ICD'li hastaların sosyoekonomik açıdan desteklenmeye ihtiyaç duydukları dikkat çekmektedir.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların yaşadıkları yer incelendiğinde, hastaların çoğunluğunun eşiyile birlikte şehir merkezinde yaşadığı ve aileleri tarafından desteklendiği görülmüştür (Tablo 9,11). Araştırmada girişim ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun ilde yaşaması rutin ICD kontrollerini yaptırmakta ulaşım kolaylığı sağlamaktadır. Wheeler ve arkadaşları (2009) araştırmamıza benzer şekilde ICD implantasyonu yapılan hastaların %75'inin sosyal destek faktörünün aile olduğunu saptamışlardır (Wheeler vd., 2009). Yılmaz ve Ergun'un (2010) kalp yetmezliği hastalarında yaptığı çalışmada, hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi yüksek olmakla birlikte aile desteği birinci sırada yer almaktadır (Bahadır Yılmaz &

Ergun, 2010). Araştırmamızda ve yapılan araştırmalardan elde edile bulgular ailenin hastalar için önemli bir sosyal destek faktörü olduğunu göstermektedir.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, araştırmaya katılan hastaların çoğunun, şehirde yaşayan, evli, eşiyle birlikte yaşayan, çocuk sahibi olan, okur-yazar, gelir düzeyini gelir-gider dengeli değerlendiren, sosyal güvenceye sahip ve aile tarafından desteklenen hastalar olduğu görülmektedir.

5.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların ICD Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Araştırmada girişim ve kontrol grubundaki hastaların ICD'ye ilişkin özellikleri incelendiğinde; hastaların çoğunluğunun, ICD' sinin primer koruma amaçlı implante edildiği görülmüştür (Tablo 10,12). Literatürde, ICD implantasyonunun primer koruma amaçlı yapıldığı belirtilmektedir. Araştırma bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir (Böke Kılıçlı & Özdemir, 2017; Dougherty vd., 2016; Manzoni vd., 2015; Rafiei vd., 2021; Sert & Özer, 2019; Verkerk vd., 2015).

Araştırmada girişim ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun ICD kontrolüne 3-6 ayda bir düzenli bir şekilde gittiği, ICD kontrolüne gittiğinde sağlık çalışanı tarafından sadece ICD kontrolünün yapıldığı, ICD'ye ilişkin bilgiyi doktordan aldığı, ICD şoklaması ve kontrolü, hakkında bilgi aldığı, ICD'lerinin devreye girmediği, ICD'ye uyum programlarının ICD öncesi ve sonrası yapılması gerektiğini belirttiği görülmüştür (Tablo 10,12).

Araştırmada girişim ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun, ICD kontrollerine düzenli gittikleri, sağlık ekibi tarafından yeterli düzeyde ICD'ye psikososyal uyum konusunda bilgilendirilmedikleri ve ICD'ye uyum programlarının gerekliliğini belirttikleri söylenebilir. Araştırma bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir (Humphreys vd., 2016; Irmak & Fesli, 2005; Jensen & Petersson, 2003; Ooi vd., 2016; Starrenburg vd., 2014; Timmins & Kaliszer, 2003; Turan Kavradım & Özer, 2018; Yan vd., 2014).

Sağlık ekibinde genel bir profesyonel destek eksikliği, ICD kontrolü sırasında klinik bakımda devamlılığın olmaması, hastaların destek alma talebini ve güvenini azaltmaktadır ve ICD kontrolü esnasındaki zaman kısıtlaması, karşılanmayan duygusal ihtiyaçların artmasına neden olmaktadır (Flanagan, Carroll, & Hamilton, 2010; Flemme, Hallberg, Johansson, & Strömberg, 2011; Morken vd., 2014). Sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan yetersiz desteğin genellikle daha fazla güvensizlik,

psikolojik sıkıntı ve cihaza uyumda sorunlara yol açtığı belirtilmiştir (Habibović vd., 2018; Morken vd., 2014).

Araştırmadan elde edilen bulgular literatür ile benzerlik göstermektedir (Böke Kılıçlı & Özdemir, 2017; Morken vd., 2014; Ooi vd., 2016; Oshvandi vd., 2020; Sert & Özer, 2019; Strömberg vd., 2014; Thomas vd., 2006; Yardımcı, 2015).

5.3. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Araştırmada girişim ve kontrol grubundaki hastaların ön test PAIS-SR ölçeği Sağlık Bakımına Uyum alt ölçek puan ortalaması sırasıyla 13.30 ± 2.81 ve 14.46 ± 2.09 'dur (Tablo 13). Alt ölçekten alınabilecek puan (0-24) aralığında olup (Adaylar, 1995), hastaların bu alt ölçekten aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde, sağlık bakımına orta düzeyde uyum gösterdikleri şeklinde yorumlanmıştır. Mauro (2008) ilk kez ICD takılan ve hastaneden taburcu olduktan 1. ve 8. hafta sonra ICD'li hastalarla yaptığı çalışmada, psikososyal alt ölçek alanlarından Sağlık Bakımına Uyum alanında hastaların kötü psikososyal uyuma sahip oldukları saptanmıştır (Mauro, 2008a). Böke Kılıçlı ve Özdemir (2017) tarafından ICD'li hastalarla yapılan çalışmada, en olumsuz etkilenen alanlarından birinin Sağlık Bakımına Uyum (9.32 ± 3.76) olduğu saptanmıştır (Böke Kılıçlı & Özdemir, 2017). Literatürde sağlık profesyonelleri tarafından çoğunlukla profesyonel destek eksikliği, dolaylı olarak ICD'li hastaların bilgi eksikliğine yol açmaktadır (Anderson & Taylor, 2014; Kao vd., 2016; Kocaman, Kutlu, Özkan, & Özkan, 2007). Hastaların yeterli düzeyde ICD'ye ilişkin bilgilendirilmemeleri (ICD ile ilgili fonksiyonlar, şoklamalar, darbeler, pil ömrü, takipler hakkında hasta eğitimi, kardiyak durumlar, ilaçlar ve yan etkileri, ICD ile yaşamak, sürüş kısıtlamaları, cinsel aktivitelere devam etme, uygun fiziksel aktiviteler, manyetik rezonans görüntüleme teknikleri, elektrikli ev aletleri ve telefonlar kullanma), ICD implantasyonu sonrası ülkemizde sağlık kurum ve kuruluşlarında kardiyak rehabilitasyon eğitimlerinin olmaması hastaların sağlık bakımına uyumlarının olumsuz yönde etkilendiğini düşündürmektedir. ICD sonrası sağlık bakımına uyum, süreçleri içerir ve ilk başta, postoperatif ağrı ve olumsuz duygularla baş etmede güçlük yaşanmaktadır (Manzoni vd., 2015). ICD implantasyon sonrası ilk dönemde hastalar; endişe, korku, depresyon, çaresizlik, öfke, güvensizlik ve belirsizlik yaşamaktadırlar (Ooi vd., 2016; Oshvandi vd., 2020). Literatürde; sağlık profesyonelleri tarafından çoğunlukla profesyonel destek eksikliği, ICD'li hastalarda;

çaresizlik, yalnızlık, daha fazla güvensizlik, psikolojik sıkıntı ve cihaz kabulünde zorlanmaya neden olduğu ve tüm bunların hastaların sağlık bakımına uyumlarını olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (Böke Kılıçlı & Özdemir, 2017; Karataş & Polat, 2015; Morken vd., 2014).

Araştırmada girişim ve kontrol grubundaki hastaların ön test PAIS-SR ölçeği Mesleki Çevre alt ölçek puan ortalaması sırasıyla 10.50 ± 2.46 ve 10.86 ± 2.04 'tür (Tablo 13). Alt ölçekten alınabilecek puan (0-18) aralığında olup (Adaylar, 1995), hastaların bu alt ölçekten aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde, mesleki çevrelerine orta düzeyde uyum gösterdikleri şeklinde değerlendirilmiştir. Çınar'ın (2009) ICD'li hastalarla yaptığı çalışmasında en olumsuz etkilenen psikososyal uyum alanlarından biri Mesleki Çevre alt boyutudur (Çınar, 2010). Karataş ve Polat (2015) kalp hastalarıyla yaptığı çalışmasında, en olumsuz etkilenen psikososyal uyum alanlarından biri mesleki çevredir (Karataş & Polat, 2015). Benzer şekilde, Böke Kılıçlı ve Özdemir'in (2017) ICD'li hastalarla yaptığı çalışmasında, en olumsuz etkilenen alanlardan birinin Mesleki Çevre (11.26 ± 2.46) olduğu saptanmıştır (Böke Kılıçlı & Özdemir, 2017). Türksen Ülkü'nün (2019) kalp hastalarıyla yaptığı çalışmasında ise mesleki çevre alt boyutu puan ortalaması $7,01 \pm 3,87$ 'dir (Türksen Ülkü, 2019). ICD'li hastaların psikososyal uyumlarının mesleki çevre alt boyutunda orta düzeyde olmasının nedeni, hastaların ICD implantasyonu sonrası fiziksel işlevsellikte, fiziksel gücünde ve aktivitede azalma olması ve mesleki çevre alt boyutun daha fazla fiziksel performansla ilişkili olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. ICD implantasyonu, hastaların mesleki yaşamlarında değişimlere neden olmaktadır. Araştırmada hastaların ICD implantasyonu sonrası çoğunluğunun herhangi bir işte çalışmaması ve emekli olması mesleki yaşamlarına uyum bulgularıyla da paralellik göstermektedir.

Araştırmada girişim ve kontrol grubundaki hastaların ön test PAIS-SR ölçeği Aile Çevresi alt ölçek puan ortalaması sırasıyla 13.13 ± 3.81 ve 14.66 ± 3.92 'dir (Tablo 13). Alt ölçekten alınabilecek puan (0-24) arasında olup (Adaylar, 1995), hastaların bu alt ölçekten aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde, aile çevrelerine orta düzeyde uyum gösterdikleri şeklinde değerlendirilmiştir. Böke Kılıçlı ve Özdemir'in (2017) yaptığı çalışmada Aile Çevresi alt ölçek puan ortalaması 7.74 ± 4.95 (Böke Kılıçlı & Özdemir, 2017), Türksen Ülkü'nün (2019) yaptığı çalışmada ise Aile Çevresi alt ölçek puan ortalaması $6,18 \pm 4,57$ olarak saptanmıştır (Türksen Ülkü, 2019). Mevcut araştırma iki araştırma bulgusundan daha yüksektir. Literatürde aile desteğinin önemli

bir yere sahip olduğu ve aileleri tarafından desteklenmelerine göre hastaların psikososyal uyumlarının iyi ya da kötü düzeyde olduğu belirtilmiştir ( etinkaya, 2019; Karataş & Bostanoğlu, 2017; Ooi vd., 2016; Oshvandi vd., 2020; Rafiei vd., 2021; Wheeler vd., 2009). Wheeler ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada, ICD’li hastaların aileleri tarafından önemli  l de sosyal yönden desteklendikleri belirtilmiştir (Wheeler vd., 2009). Ghannam ve arkadaşlarının (2014)  alışmasında da aile ve arkadaş çevrelerinden önemli  l de sosyal yönden desteklendikleri belirlenmiştir (Ghannam vd., 2014). Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; ICD’li hastaların aileleri tarafından yeterli düzeyde sosyal yönden desteklenmedikleri söylenebilir. Kalp hastalıklarında ailelerin, hastalara biyopsikososyal yaklaşım ile yeterli sosyal destek sağlamaları hastalığa psikososyal uyumlarının iyi olmasında önemli olduğu söylenebilir. Çünkü hastalar, ICD implantasyonu sonrası yalnız kalmaktan korkan ya da yalnız dışarı çıkmakta isteksiz olan, sürüş kısıtlamaları, yardım istemekte ve aile içinde rolünü yerine getirmekte güçlük yaşayan, ICD’li hastaların sosyal aktivitede sorunlar yaşadıkları, bağımlı hale geldikleri ve bütün bunların hastaların psikososyal durumlarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Araştırmada girişim ve kontrol grubundaki hastaların ön test PAIS-SR  l eği Cinsel İlişkiler alt ölçek puan ortalaması sırasıyla 6.63 ± 4.86 ve 8.93 ± 4.46 ’dır. Alt ölçekten alınabilecek en düşük puan (0-18) aralığında olup (Adaylar, 1995) hastaların bu alt ölçekten aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde, cinsel ilişkilerine kötü uyum gösterdikleri şeklinde değerlendirilmiştir. Böke Kılıçlı ve  zdemir (2017) yaptığı çalışmada, Cinsel İlişkiler alt ölçek puan ortalaması 8.40 ± 4.27 (Böke Kılıçlı &  zdemir, 2017), Türksen  lk  (2019) yaptığı çalışmasında $5,50 \pm 4,93$ ’dir (Türksen  lk , 2019). Walker ve arkadaşları (2004) tarafından ICD’nin kadınlar üzerine etkilerinin incelendiği çalışmada, üreme ve cinsel sağlık konularının kadınlar için önemli olduğu, kadınların %25-50’sinin endişe duydukları ve sağlık profesyonelleriyle paylaşamadıkları belirlenmiştir (Walker vd., 2004). Steinke ve arkadaşları (2005) tarafından ICD implantasyonu sonrası yapılan bir çalışmada, hastaların ve cinsel partnerlerinin cinsel ilişki sırasında ICD şoklaması yaşamaktan korktukları ve cinsel ilişkiler konusunda önemli  l de eğitilmelere ihtiyaçları olduğu belirtilmiştir (Steinke, Gill-Hopple, Valdez, & Wooster, 2005). Akın ve Durna (2006) tarafından kalp hastaları ile yapılan çalışmada, erkek hastaların cinsel ilişkiler alanının daha çok etkilendiği bulunmuştur (Akın & Durna, 2006). Zayac ve Finch (2009)

tarafından ICD'li hastaların psikososyal uyumlarını inceledikleri araştırmada, hastaların cinsel ilişki yaşamaktan korktukları saptanmıştır. Buna ek olarak, aynı çalışmada ICD'li hastaların ve cinsel partnerlerinin birlikte katılabilecekleri cinsel rehabilitasyon programlarına ihtiyaç duydukları belirtilmiştir (Zayac & Finch, 2009). Broek ve arkadaşları (2010) tarafından ICD'si olan hastaların ve eşlerinin duygusal sıkıntılarının incelemek amacıyla yapılan çalışmada, eşlerin cinsel aktivite sırasında şoklama korkusu yaşadığı ve ICD implantasyonu sonrasında hem hastaların hem de eşlerinin bu konuda ortak sıkıntılar yaşadıkları saptanmıştır (Van Den Broek, Habibović, & Pedersen, 2010). Benzer şekilde, Humphreys ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan bir çalışmada, ICD'li hastaların şoklama korkusu nedeniyle cinsel ilişkiye girmekten korkup kaçınma davranışı gösterdikleri ve bunun ICD'li hastaların ortak sorunu olduğu belirtilmiştir (Humphreys vd., 2016). Streur ve arkadaşları (2020) tarafından ICD'li hastalar ve eşleriyle yapılan bir diğer çalışmada, ICD'nin hastaların aile ve evlilik durumlarını olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (Streur vd., 2020). Ülkemizde sağlık kurum ve kuruluşlarında ICD'li hastalara yönelik cinsel rehabilitasyon programının olmaması ve bu konu hakkında sağlık profesyonelleriyle konuşamamaları nedeniyle, hastaların cinsel yaşamlarının bu durumdan kötü etkilendiği ve özellikle cinsel ilişki esnasında şok anksiyetesi yaşamaktan korktukları için cinsel ilişkiye girmekten kaçınma davranışı gösterdikleri düşünülmektedir.

Araştırmada girişim ve kontrol grubundaki hastaların ön test PAIS-SR ölçeği Geniş Aile İlişkileri alt ölçek puan ortalaması sırasıyla 7.63 ± 2.79 ve 8.20 ± 2.26 'dır. Alt ölçekten alınabilecek en düşük puan (0-15) aralığında olup (Adaylar, 1995), hastaların bu alt ölçekten aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde, geniş aile ilişkilerine orta düzeyde yum gösterdikleri şeklinde değerlendirilmiştir. Akın'ın (2003) kalp hastalarıyla yaptığı çalışmasında Geniş Aile İlişkileri alt ölçek puan ortalaması $3,60 \pm 3,12$ (Akın, 2003), Böke Kılıçlı ve Özdemir'in (2017) ICD'li hastalarla yaptığı çalışmasında 3.68 ± 2.76 (Böke Kılıçlı & Özdemir, 2017), Türksen Ülkü'nün (2019) kalp hastalarıyla yaptığı çalışmasında $3,11 \pm 2,36$ 'dır (Türksen Ülkü, 2019). Bu araştırma bulguları mevcut araştırma bulgusundan daha düşük bulunmuştur. Literatürde aile ve geniş aile ilişkileri iyi olan ve desteklenen ICD'li hastaların psikososyal uyumlarını olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Dougherty vd., 2019; Gök Metin & Helvacı, 2020; Ooi vd., 2016).

Araştırmada girişim ve kontrol grubundaki hastaların ön test PAIS-SR ölçeği Sosyal Çevre alt ölçek puan ortalaması sırasıyla 11.33 ± 3.28 ve 11.30 ± 1.80 'dir. Alt ölçekten alınabilecek puan (0-18) aralığında olup (Adaylar, 1995), hastaların bu alt ölçekten aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde, sosyal çevreye kötü uyum gösterdikleri şeklinde değerlendirilmiştir. Akın'ın (2003) yaptığı çalışmada Sosyal Çevre alt ölçek puan ortalamasının $8,18 \pm 5.56$ olduğu (Akın, 2003). Böke Kılıçlı ve Özdemir'in (2017) yaptığı çalışmada, Sosyal Çevre alt ölçek puan ortalaması 7.90 ± 4.19 olduğu (Böke Kılıçlı & Özdemir, 2017), Türksen Ülkü'nün (2019) yaptığı çalışmada $6,13 \pm 5,53$ olduğu (Türksen Ülkü, 2019) bulunmuştur. Mevcut araştırma bulgusu bu üç araştırma bulgusundan yüksektir. ICD'li hastaların implantasyon sonrası, sosyal alanlarda ICD şoklamasından korkması, sürüş kısıtlamaları, yeni yaşam biçimini benimsememesi, günlük yaşamında aktif rol almamaları, sosyoekonomik sıkıntılar yaşaması, fiziksel olarak güçsüzlük, beden imajında değişim, yardım istememe, yeterli sosyal destek sistemlerinin olmaması gibi nedenlerle kendilerini soyutladıkları ve tüm bunların uyumlarını kötüleştirdiği söylenebilir.

Araştırmada girişim ve kontrol grubundaki hastaların ön test PAIS-SR ölçeği Psikolojik Distres alt ölçek puan ortalaması sırasıyla 18.06 ± 2.87 ve 17.86 ± 2.9 'dur. Alt ölçekten alınabilecek puan olup (0-21) aralığında olup (Adaylar, 1995), hastaların bu alt ölçekten aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde, psikolojik distresi kötü uyum gösterdikleri şeklinde değerlendirilmiştir. Akın'ın (2003) kalp hastalarıyla yaptığı çalışmasında, Psikolojik Distres alt ölçek puan ortalaması $9,14 \pm 5,01$ olduğu (Akın, 2003), Türksen Ülkü'nün (2019) kalp hastalarıyla yaptığı çalışmasında $5,88 \pm 4,27$ olduğu saptanmıştır (Türksen Ülkü, 2019). Böke Kılıçlı ve Özdemir'in (2017) ICD'li hastalarla yaptığı çalışmasında, Psikolojik Distres alt ölçek puan ortalamasının 6.72 ± 4.17 olduğu, ayrıca ICD implantasyonu sonrası hastaların ICD şoklama korkusu, ölüm korkusu, belirsizlik, yalnızlık ve bağımlı hale gelmekten korktukları saptanmıştır (Böke Kılıçlı & Özdemir, 2017). Literatürde hastaların ICD implantasyonu ile potansiyel bağımsızlık kaybının yanı sıra şokların öngörülmezliği ve ortaya çıkması konusunda endişe ve korku duydukları ölüm kaygısı yaşadıkları belirtilmektedir (Humphreys vd., 2016; Ooi vd., 2016; Sert & Özer, 2019; Starrenburg vd., 2014; Svanholm, Nielsen, Mortensen, Christensen, & Birkelund, 2015). Buna ek olarak, ICD şoklaması yaşayan hastaların daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadığı bildirilmiştir (Carroll & Hamilton, 2005; Jacq vd., 2009; McDonough, 2009; Mert,

2012). Duru ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan bir çalışmada, ICD'li hastaların depresyon düzeyi şoklama deneyimleyen ICD hastalarında %6,6, deneyimlemeyen ICD hastalarında %6,5, anksiyete bozukluğu ise şoklama deneyimleyen ICD hastalarında %13,3, deneyimlemeyenlerde %9,7 olarak belirlenmiştir (Duru vd., 2001). Starrenburg ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada, ICD implantasyonunun hastanın beden imajı algısını etkilediği ve özellikle kadınların beden imajı kaygıları yaşadığı ve bununda cihaza uyumda sorun yaşamalarına neden olduğu belirtilmiştir (Starrenburg vd., 2014). Literatürde; A-tipi kişilik ve D-tipi kişilik özelliği gösteren hastaların koroner kalp hastalığı riskinin yüksek olduğu ve daha fazla psikolojik distres yaşadığı belirtilmektedir (Habibović vd., 2018; Kocaman Yıldırım & Öztürk, 2016; Ooi vd., 2016). Kalp yaşamın sürdürülmesinde oldukça önem teşkil eden hayati bir organdır ve ICD'li hastaların; depresyon, kaygı, öfke, yalnızlık, belirsizlik, beden imajında bozulma, ölüm korkusu, stresle baş etmede güçlük yaşamaları kaçınılmazdır.

Araştırmada girişim ve kontrol grubundaki hastaların ön test PAIS- SR toplam ölçek puan ortalaması sırasıyla 80.60 ± 13.36 ve 86.30 ± 12.47 'dir. PAIS-SR ölçeğinden elde edilen en az ve en çok puan 0-138 arasında olup, 35'in altındaki puanlar iyi, 35-51 arası puanlar orta ve 51'in üstündeki puanlar kötü psikososyal uyumu göstermektedir (Adaylar, 1995). Her iki gruptaki hastaların ön test PAIS-SR toplam ölçek ortalaması bu açıdan değerlendirildiğinde, ICD'li hastaların kötü psikososyal uyum gösterdikleri görülmektedir. Literatürde kalp hastalığı tanılı hastalarda psikososyal uyumun çalışıldığı araştırmalarda, hastaların psikososyal uyum düzeylerinin genellikle orta ve kötü uyum düzeyinde olduğu görülmüştür. Akın ve Durna (2006) tarafından kalp yetmezliği olan hastalarla yapılan çalışmada, hastaların psikososyal uyumlarının kötü olduğu saptanmıştır (Akın & Durna, 2006). Mazanec ve arkadaşları (2011) tarafından ICD hastalarıyla yapılan çalışmada, hastaların benzer şekilde psikososyal uyumlarının kötü olduğu (Mazanec, Daly, Douglas, & Musil, 2011), Böke Kılıçlı ve Özdemir (2017) tarafından ICD'li hastalarla yapılan çalışmada da hastaların psikososyal uyumlarının kötü (53.28 ± 18.89) düzeyde olduğu saptanmıştır (Böke Kılıçlı & Özdemir, 2017). Karataş ve Bostanoğlu tarafından 2017 yılında yapılmış olan bir çalışmada, hastaların %68,8'inin psikososyal uyumlarının kötü ($67,39 \pm 29,29$) olduğu bulunmuştur (Karataş & Bostanoğlu, 2017). Çetinkaya (2019) tarafından kalp hastalıklarında hastalığa psikososyal uyum düzeylerini incelemek amacıyla yapılan

çalışmada, hastaların %67'sinin psikososyal uyum düzeylerinin kötü olduğu (Çetinkaya, 2019), benzer şekilde Rafei ve arkadaşları (2021) tarafından kardiyovasküler hastalığı olan hastalarla yapılan çalışmada da hastaların psikososyal uyumlarının kötü olduğu bulunmuştur (Rafei vd., 2021). Kalp yaşamın sürdürülmesinde oldukça önem teşkil eden bir organdır. Kalp hastalığı olan hastalarda yaşama ilişkin kontrol ve bağımsızlık fonksiyonlarının kaybedilmesi düşüncesi ölüm kaygısı, anksiyete, uyku problemleri gibi psikososyal problemler yaşamalarına neden olmaktadır ve hastalığa psikososyal uyumlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Araştırma bulgusu bu araştırma bulgularıyla paraleldir.

Araştırmada girişim grubundaki hastaların son test PAIS- SR toplam ölçek puan ortalaması 25.00 ± 6.93 olup, ön test son test puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır. Kontrol grubundaki hastaların ise son test PAIS- SR toplam ölçek puan ortalaması 89.03 ± 14.85 olup, ön test son test puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir. Girişim grubu son test puan ortalaması ölçek değerlendirmesine göre iyi psikososyal uyum gösterdikleri şeklinde yorumlanırken, kontrol grubu son test puanı ön teste göre daha yüksek bulunmuş ve uyumun kötü yönde ilerlediği şeklinde yorumlanmıştır. Buna ek olarak, girişim ve kontrol gruplarındaki hastaların ön test PAIS- SR toplam ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları arasında fark yokken, son test puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır. Girişim ve kontrol gruplarındaki bu bulgular araştırmacı tarafından verilen İBM temelli hemşirelik girişimlerinin ICD'li hastaların psikososyal uyumlarını iyileştirdiği şeklinde yorumlanmıştır. Araştırmada, *“girişim ve kontrol grubundaki hastaların İBM temelli hemşirelik girişimleri sonrasında PAIS-SR toplam ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır”* hipotezini desteklemektedir.

Araştırmada, İBM'ne temellendirilmiş hemşirelik girişimleri ile ICD'li hastalara sevgi ve şefkat ile yaklaşmış, iyileştirici bir çevre oluşturulmuş, hastaların ICD öncesi ve sonrası yaşamı, yaşam ve ölüm hakkındaki düşünceleri, gelecekle ilgili beklentileri ve hedefleri, ICD'ye yönelik korku ve endişeleri, cinsel ilişkileri, aile ve sosyal çevresi, sağlık bakımına uyumlarını anlatması için hastalar cesaretlendirilmiş, duygu ve düşünceleri koşulsuz kabul edilmiştir. ICD'li hastalarla yapılan; insancıl, güven verici, sakin, gereksinimlerine yardım edici, duyarlı, öğretici olmaya ve umut aşılamaya özen gösterilmiştir.

Literatürde ICD'li hastalarla yapılmış psikososyal uyumu ölçen girişimsel herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu noktada çalışma sonuçlarının karşılaştırılması mümkün olmamaktadır. Ancak girişim ve kontrol grubu arasında PAIS-SR puan ortalamaları arasında fark olması araştırmada uygulanan İBM'ye temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin etkili olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte farklı gruplarda İBM'ye temellendirilerek yapılan çalışmalarda, İBM'nin hemşirelik bakımına rehberlik edebildiği ve hemşirelik bakımının sonuçlarını olumlu yönde etkilediği ortaya konulmuştur (Arslan-Özkan vd., 2014; Erci vd., 2003; Santos, Silva, Misko, Poles, & Bousso, 2013; Tektaş & Çam, 2017). Çam ve Tektaş (2017), İBM'ye temellendirilmiş hemşirelik bakımının kayıp yaşamış gebelerde anksiyete, depresyon, umutsuzluk ve prenatal bağlanma düzeylerine olumlu yönde etkilediğini, Özkan ve Okumuş (2014) İBM'ye temellendirilmiş hemşirelik bakımının infertilite tedavisi başarısızlıkla sonuçlanan kadınların yeterli hissetme ve bakımda rol almalarını iyileştirdiğini, Dos Santos ve arkadaşları (2013) İBM'nin kanserli çocuklara ve ailelerine verilen hemşirelik bakımında rehberlik edebildiğini ve Erci ve arkadaşları (2003) İBM'ye temellendirilmiş hemşirelik bakımının hipertansif hastaların kan basıncını azaltmada ve yaşam kalitelerini yükseltmede etkili olduğunu saptamışlardır.

Sonuç ve Öneriler

6.1. Sonuç

ICD'li hastalara İBM temelli hemşirelik girişimlerinin psikososyal uyuma etkisini incelemek amacıyla yürütülen bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

- ✓ Girişim grubundaki ICD'li hastaların yarısından fazlasının erkek, yarısının 55 yaş ve üstü yaş grubunda, yarıya yakınının ilkökul ve ortaokul mezunu, çoğunun evli ve çocuk sahibi olduğu, yarısının eşiyle yaşadığı, yarısından fazlasının ekonomik durumunu orta olarak algıladığı, çoğunun ICD sonrası çalışmadığı ve yarısının emekli olduğu,
- ✓ Kontrol grubundaki ICD'li hastaların yarısından fazlasının erkek ve 55 yaş ve üstü yaş grubunda olduğu, yarısının lise mezunu, çoğunun evli ve çocuk sahibi olduğu, yarısından fazlasının eşiyle birlikte yaşadığı ve ekonomik durumunun iyi olduğu, yarısının şehir merkezinde yaşadığı, çoğunun ICD sonrası çalışmadığı ve emekli olduğu,
- ✓ Girişim grubundaki ICD'li hastaların çoğunun ICD'lerinin primer koruma amaçlı takıldığı, çoğunun 3-6 ayda bir ayda bir kontrole gittiği, çoğunun ICD hakkındaki bilgiyi doktordan aldığı ve tamamına yakınının ICD ile yaşam konusunda uyum programlarına gerek duyduğu,
- ✓ Kontrol grubundaki ICD'li hastaların yarsından fazlasının ICD'lerinin primer koruma amaçlı takıldığı, yarsından fazlasının 6 ayda bir ayda bir kontrole gittiği, çoğunun ICD hakkındaki bilgiyi doktordan aldığı ve tamamına yakınının ICD ile yaşam konusunda uyum programlarına gerek duyduğu,
- ✓ Girişim grubundaki ICD'li hastaların ön test PAIS-SR ölçeği; Sağlık Bakımına Uyum alt ölçek puan ortalamasının 13.30 ± 2.81 , Mesleki Çevre alt ölçek puan ortalamasının 10.50 ± 2.46 , Aile Çevresi alt ölçek puan ortalamasının 13.13 ± 3.81 , Cinsel İlişkiler alt ölçek puan ortalamasının 6.63 ± 4.86 , Geniş Aile İlişkileri alt ölçek puan ortalamasının 7.63 ± 2.79 , Sosyal Çevre alt ölçek puan ortalamasının 11.33 ± 3.28 , Psikolojik Distres alt ölçek puan ortalamasının 18.06 ± 2.87 ve toplam ölçek puan ortalamasının 80.60 ± 13.36 olduğu,
- ✓ Girişim grubundaki bireylerin son test PAIS-SR ölçeği; Sağlık Bakımına Uyum alt ölçek puan ortalamasının 5.16 ± 2.42 , Mesleki Çevre alt ölçek puan ortalamasının 5.26 ± 1.76 , Aile Çevresi alt ölçek puan ortalamasının 3.83 ± 1.68 , Cinsel İlişkiler alt

ölçek puan ortalamasının $1.96 \pm .57$, Geniş Aile İlişkileri alt ölçek puan ortalamasının 2.56 ± 1.86 , Sosyal Çevre alt ölçek puan ortalamasının 1.56 ± 2.20 , Psikolojik Distres alt ölçek puan ortalamasının 4.63 ± 2.39 ve toplam ölçek puan ortalamasının 25.00 ± 6.93 olduğu,

- ✓ Kontrol grubundaki hastaların ön test PAIS-SR ölçeği; Sağlık Bakımına Uyum alt ölçek puan ortalamasının 14.46 ± 2.09 , Mesleki Çevre alt ölçek puan ortalamasının 10.86 ± 2.04 , Aile Çevresi alt ölçek puan ortalamasının 14.66 ± 3.92 , Cinsel İlişkiler alt ölçek puan ortalamasının 8.93 ± 4.46 , Geniş Aile İlişkileri alt ölçek puan ortalamasının 8.20 ± 2.26 , Sosyal Çevre alt ölçek puan ortalamasının 11.30 ± 1.80 , Psikolojik Distres alt ölçek puan ortalamasının 17.86 ± 2.95 ve toplam ölçek puan ortalamasının 86.30 ± 12.47 olduğu,
- ✓ Kontrol grubundaki bireylerin son test PAIS-SR ölçeği; Sağlık Bakımına Uyum alt ölçek puan ortalamasının 16.63 ± 2.83 , Mesleki Çevre alt ölçek puan ortalamasının 10.66 ± 3.40 , Aile Çevresi alt ölçek puan ortalamasının 15.43 ± 4.36 , Cinsel İlişkiler alt ölçek puan ortalamasının 8.56 ± 4.26 , Geniş Aile İlişkileri alt ölçek puan ortalamasının 8.86 ± 2.62 , Sosyal Çevre alt ölçek puan ortalamasının 11.50 ± 3.36 , Psikolojik Distres alt ölçek puan ortalamasının 17.36 ± 3.02 ve toplam ölçek puan ortalamasının 89.03 ± 14.85 olduğu,
- ✓ Girişim ve kontrol grubundaki hastaların ön test PAIS-SR ölçeği toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$),
- ✓ Girişim ve kontrol grubundaki hastaların son test PAIS-SR ölçeği toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.001$),
- ✓ Girişim ve kontrol grubundaki hastaların PAIS-SR ölçeği ön test puan ortalamalarının farkı -5.70 olup aradaki puan farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$),
- ✓ Girişim ve kontrol grubundaki hastaların PAIS-SR ölçeği son test puan ortalamalarının farkı -64.03 olup aradaki puan farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.001$),
- ✓ Girişim grubundaki hastaların PAIS-SR ölçeği ön test ile son test puan ortalamalarının farkı 55.60 olup aradaki puan farkının istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p < 0.001$), kontrol grubundaki hastaların PAIS-SR ölçeği ön test ile son

test puan ortalamalarının farkı -2.73 olup aradaki puan farkının istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı ($p>0.05$) sonucuna varılmıştır.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler verilebilir.

- ✓ Hastaların ICD implantasyonu sonrası ilk dönemlerde psikososyal uyumlarının değerlendirilmesi ve risk altında olan hastaların (kadın olma, genç olma, ICD şoklama ve şok fırtınası yaşama, ICD implantasyonu öncesi psikososyal sorunlara sahip olma, yetersiz destek sistemine sahip olma, kardiyak durumu ve ICD'ye ilişkin ciddi düzeyde bilgi eksikliği, ciddi tıbbi durum) belirlenmesi ve psikososyal uyumu iyileştirmek için kardiyak rehabilitasyon eğitimlerinin verilmesi,
- ✓ ICD'li hastaların psikososyal uyumlarının incelendiği ve iyileştirilmesine yönelik girişimsel araştırmaların arttırılması,
- ✓ ICD'li hastaların psikososyal uyum alt alanlarından; sağlık bakımına uyum, aile çevresi, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre, cinsel ilişkiler, mesleki çevre ve psikolojik distresin iyileştirilmesinde İBM'ne temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin uygulanması,
- ✓ ICD'li hastalara özellikle seksüel ilişki alanında, psikolojik distres ve ICD şoklama konularında kardiyak ve cinsel rehabilitasyon programlarının yapılması,
- ✓ ICD'li hastaların psikososyal uyumunun değerlendirilmesi, uyumu etkileyen değişkenlerin farkında olunması ve gereksinimleri karşılamaya yönelik girişimlerin yapılması için kardiyoloji ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP) iş birliğinin yapılması,
- ✓ Kalp hastalığı gibi fiziksel kronik hastalıkları olan hastalarla çalışacak KLP hemşirelerinin genel hastanelerde istihdamının sağlanması ve modellerin oluşturulması, bu hasta gruplarına yönelik çalışmaların arttırılması önerilmektedir.

Kaynaklar

- Adaylar, M. (1995). *Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığındaki tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Akatın, Y. (2017). *Watson'ın bakım teorisine temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin, pediatri hemşirelerinin ağrı yönetiminde kanıta dayalı önerilere uyumlarına ve hasta sonuçlarına etkisi*. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Akın Korhan, E. (2019). Watson'un insan bakım modeli: Bir sistematik derleme. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 2(2), 46–68.
- Akın, S. (2003). *Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumunun Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Akın, S., & Durna, Z. (2006). Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. *Journal of Cumhuriyet University School Of Nursing*, 10(2), 1–8.
- Al-Khatib, S. M., Stevenson, W. G., Ackerman, M. J., Bryant, W. J., Callans, D. J., Curtis, A. B., ... Page, R. L. (2018). 2017 AHA/ACC/HRS Guideline for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Hea. *Journal of the American College of Cardiology*, 72(14), e91–e220. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.10.054>
- Al-Natour, A., Al Momani, S. M., & Qandil, A. M. A. (2017). The Relationship Between Spirituality and Quality of Life of Jordanian Women Diagnosed with Breast Cancer. *Journal of religion and health*, 56(6), 2096–2108. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0370-8>
- Anderson, L., & Taylor, R. S. (2014). Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews. İçinde R. S. Taylor (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (C. 2014, ss. 191–215). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011273>
- Arslan-Özkan, İ., & Okumuş, H. (2012). Hemar-G. *Bakım ve İyileşmenin Kesiştiği Bir Model: Watson'ın İnsan Bakım Modeli*, 2, 61–72.
- Arslan-Özkan, İ., Okumuş, H., & Buldukoğlu, K. (2014). A randomized controlled

- trial of the effects of nursing care based on Watson's Theory of Human Caring on distress, self-efficacy and adjustment in infertile women. *Journal of Advanced Nursing*, 70(8), 1801–1812. <https://doi.org/10.1111/jan.12338>
- Bahadır Yılmaz, E., & Ergun, A. (2010). Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Algılanan Sosyal Destek ile Umutsuzluk ve Ölüm Kaygısı Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Ege üniversitesi hemşirelik yüksek okulu dergisi*, 3(26), 1–10.
- Bilanovic, A., Irvine, J., Kovacs, A., Hill, A., Cameron, D., & Katz, J. (2013). Uncovering Phantom Shocks in Cardiac Patients with an Implantable Cardioverter Defibrillator. *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 36(6), 673–683. <https://doi.org/10.1111/pace.12116>
- Biton, Y., Baman, J. R., & Polonsky, B. (2016). Roles and indications for use of implantable defibrillator and resynchronization therapy in the prevention of sudden cardiac death in heart failure. *Heart Failure Reviews*, 21(4), 433–446. <https://doi.org/10.1007/s10741-016-9542-y>
- Böke Kılıçlı, A., & Özdemir, L. (2017). Psychosocial Adjustment In Heart Failure Patients With Cardioverter Defibrillator Implantation. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1), 41–47.
- Boz, İ., & Okumuş, H. (2020). *Postmodern hemşirelik: İnsan bakım kuramı*. (İ. Boz & H. Okumuş, Ed.) (1. baskı). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
- Bulantekin, Ö., & Oğuz, S. (2010). İmplant Edilebilen Kardiyoverter Defibrilatör Hastalarının Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 14(2), 67–71.
- Burns, J. L., Serber, E. R., Keim, S., & Sears, S. F. (2005). Measuring Patient Acceptance of Implantable Cardiac Device Therapy: *Journal of Cardiovascular Electrophysiology*, 16(4), 384–390. <https://doi.org/10.1046/j.1540-8167.2005.40134.x>
- Çam, O., Babacan Gümüş, A., & Yıldırım, S. (2014). Fiziksel hastalığa verilen psikososyal yansımalar. İçinde O. Çam & E. Engin (Ed.), *Ruh sağlığı ve hastalıkları psikiyatri hemşireliği* (1. baskı, ss. 599–635). İzmir: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Çam, O., & Engin, E. (2014). Ruh sağlığı ve hastalıklarına genel bakış. İçinde Olcay Çam & E. Engin (Ed.), *Ruh sağlığı ve hastalıkları psikiyatri hemşireliği* (1. baskı, ss. 5–19). İzmir: İstanbul Tıp Kitabevi.

- Çam, O., & Nehir, S. (2011). Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların psikososyal uyumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27(2), 47–59.
- Carroll, D. L., & Hamilton, G. A. (2005). Quality of life in implanted cardioverter defibrillator recipients: the impact of a device shock. *Heart & lung : the journal of critical care*, 34(3), 169–178. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2004.10.002>
- Çetinkaya, S. (2019). *Kalp hastalıklarında hastalığa psikososyal uyum ve sosyal destek algısı*. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Çınar, F. İ. (2010). *ICDli hastalarda planlı eğitim ve takip programının etkinliğinin değerlendirilmesi*. Doktora Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Conen, D., Arendacká, B., Röver, C., Bergau, L., Munoz, P., Wijers, S., ... Friede, T. (2016). Gender Differences in Appropriate Shocks and Mortality among Patients with Primary Prophylactic Implantable Cardioverter-Defibrillators: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 11(9), e0162756. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162756>
- Derogatis, L. R. (1986). The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *Journal of Psychosomatic Research*, 30(1), 77–91. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(86\)90069-3](https://doi.org/10.1016/0022-3999(86)90069-3)
- Dougherty, C. M., Fairbanks, A. M., Eaton, L. H., Morrison, M. L., Kim, M. S., & Thompson, E. A. (2016). Comparison of patient and partner quality of life and health outcomes in the first year after an implantable cardioverter defibrillator (ICD). *Journal of Behavioral Medicine*, 39(1), 94–106. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9671-0>
- Dougherty, C. M., Thompson, E. A., & Kudenchuk, P. J. (2019). Patient plus partner trial: A randomized controlled trial of 2 interventions to improve outcomes after an initial implantable cardioverter-defibrillator. *Heart rhythm*, 16(3), 453–459. <https://doi.org/10.1016/j.hrthm.2018.10.011>
- Dougherty, C. M., Thompson, E. A., & Lewis, F. M. (2005). Long-Term Outcomes of a Telephone Intervention After an ICD. *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 28(11), 1157–1167. <https://doi.org/10.1111/j.1540-8159.2005.09500.x>
- Duğan, Ö., & Bektaş, H. (2020). Koroner arter hastalarında Kalp Yaşam Kalitesi

- Ölçeği'nin Türkçeye uyarlama çalışması. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(25), 71–81. <https://doi.org/10.5543/khd.2020.38278>
- Dunbar, S. B., Langberg, J. J., Reilly, C. M., Viswanathan, B., Mccarty, F., Culler, S. D., ... Weintraub, W. S. (2009). Effect of a Psychoeducational Intervention on Depression, Anxiety, and Health Resource Use in Implantable Cardioverter Defibrillator Patients. *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 32(10), 1259–1271. <https://doi.org/10.1111/j.1540-8159.2009.02495.x>
- Durgun Ozan, Y., & Okumuş, H. (2013). Tedavi sonucu başarısız olan infertil kadınların Watson'ın insan bakım kuramına göre hemşirelik bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(3), 190–198.
- Duru, F., Büchi, S., Klaghofer, R., Mattmann, H., Sensky, T., Buddeberg, C., & Candinas, R. (2001). How different from pacemaker patients are recipients of implantable cardioverter-defibrillators with respect to psychosocial adaptation, affective disorders, and quality of life? *Heart (British Cardiac Society)*, 85(4), 375–379. <https://doi.org/10.1136/heart.85.4.375>
- Erbay, Ö., Yıldırım, Y., Fadiloğlu, Ç., & Ayk, Şenuzunar, F. (2018). Use of Watson's Theory of Human Caring in Nursing Care of Patients with Hypertensive Attack: Case Report. *Journal of Cardiovascular Nursing*. <https://doi.org/10.5543/khd.2018.41275>
- Erci, B., Sayan, A., Tortumluoğlu, G., Kiliç, D., Şahin, O., & Güngörmüş, Z. (2003). The effectiveness of Watson's Caring Model on the quality of life and blood pressure of patients with hypertension. *Journal of Advanced Nursing*, 41(2), 130–139. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02515.x>
- Erşan, E. E., Kelleci, M., & Baysal, B. (2013). Kalp Hastalarında Psikososyal Uyum, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerine Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri*, 16, 214–224.
- Ezzat, V. A., Lee, V., Ahsan, S., Chow, A. W., Segal, O., Rowland, E., ... Lambiase, P. D. (2015). A systematic review of ICD complications in randomised controlled trials versus registries: is our 'real-world' data an underestimation? *Open Heart*, 2(1), e000198. <https://doi.org/10.1136/openhrt-2014-000198>
- Flanagan, J. M., Carroll, D. L., & Hamilton, G. A. (2010). The long-term lived experience of patients with implantable cardioverter defibrillators. *Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 19(2), 113–

- Flemme, I., Hallberg, U., Johansson, I., & Strömberg, A. (2011). Uncertainty is a major concern for patients with implantable cardioverter defibrillators. *Heart & Lung*, 40(5), 420–428. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2011.02.003>
- Friedman, D. J., Al-Khatib, S. M., Zeitler, E. P., Han, J., Bardy, G. H., Poole, J. E., ... Sanders, G. D. (2017). New York Heart Association class and the survival benefit from primary prevention implantable cardioverter defibrillators: A pooled analysis of 4 randomized controlled trials. *American Heart Journal*, 191, 21–29. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2017.06.002>
- Frydensberg, V. S., Skovbakke, S. J., Pedersen, S. S., & Kok, R. N. (2018). Body image concerns in patients with an implantable cardioverter defibrillator: A scoping review. *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 41(9), 1235–1260. <https://doi.org/10.1111/pace.13421>
- Gatzoulis, K. A., Vouliotis, A.-I., Tsiachris, D., Salourou, M., Archontakis, S., Dilaveris, P., ... Stefanadis, C. (2013). Primary Prevention of Sudden Cardiac Death in a Nonischemic Dilated Cardiomyopathy Population. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology*, 6(3), 504–512. <https://doi.org/10.1161/CIRCEP.113.000216>
- Ghannam, B. M., Hamdan-Mansour, A. M., Arabiat, D. H., Azzeghaiby, S. N., Abeiat, D. D. Al, & Badawi, T. H. Al. (2014). Psychosocial Wellbeing of Patients Diagnosed with Coronary Artery Disease. *Psychology*, 05(08), 801–807. <https://doi.org/10.4236/psych.2014.58091>
- Gök Metin, Z., & Helvacı, A. (2020). Kalp Yetersizliği Hastaları ve Bakım Veren Aile Üyelerinde Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete, Stres ve Spiritüel İyilik Hali Arasındaki İlişki. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(25), 60–70. <https://doi.org/10.5543/khd.2020.93898>
- Gökoğlu, Y., & İnce, E. (2016). Implantable Cardiac Electronic Devices: Retrospective Analysis of Early Complications in Patients with Axillary Vein Puncture. *Damar Cerrahi Dergisi*, 25(3), 117–121. <https://doi.org/10.9739/uvcd.2017-54909>
- Habibović, M., Mudde, L., Pedersen, S. S., Schoormans, D., Widdershoven, J., & Denollet, J. (2018). Sleep disturbance in patients with an implantable cardioverter defibrillator: Prevalence, predictors and impact on health status. *European*

- Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(5), 390–398.
<https://doi.org/10.1177/1474515117748931>
- Humphreys, N. K., Lowe, R., Rance, J., & Bennett, P. D. (2016). Living with an implantable cardioverter defibrillator: The patients' experience. *Heart & Lung*, 45(1), 34–40. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.10.001>
- Irmak, Z., & Fesli, H. (2005). Sekonder Koruma Eğitim Programının Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Bilgi Düzeyine Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2(12), 14–25.
- Jacq, F., Foulldrin, G., Savouré, A., Anselme, F., Baguelin-Pinaud, A., Cribier, A., & Thibaut, F. (2009). A comparison of anxiety, depression and quality of life between device shock and nonshock groups in implantable cardioverter defibrillator recipients. *General hospital psychiatry*, 31(3), 266–273. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.01.003>
- Jensen, B. O., & Petersson, K. (2003). The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. *Patient Education and Counseling*, 51(2), 123–131. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00196-9](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00196-9)
- Kabasakal, A., & Kitiş, Y. (2021). Watson' In İnsan Bakım Modelinin Kavramsal Açıdan İncelenmesi. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 6(2), 5–9. <https://doi.org/10.25279/sak.516353>
- Kaçmaz, E. D., & Çam, O. (2018). Psikiyatri hastalarına bakım veren hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşim düzeylerinin incelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 10(1), 65–74. <https://doi.org/10.14744/phd.2018.83702>
- Kao, C.-W., Chen, M.-Y., Chen, T.-Y., & Lin, P.-H. (2016). Effect of psycho-educational interventions on quality of life in patients with implantable cardioverter defibrillators: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0543-2>
- Karaoğuz, R., Altın, T., Atbaşoğlu, E. C., Işıkkay, C., Güraslan, B., Akyürek, Ö., ... Güldal, M. (2008). Defibrillation Testing and Early Neurologic Outcome. *International Heart Journal*, 49(5), 553–563. <https://doi.org/10.1536/ihj.49.553>
- Karataş, T., & Bostanoğlu, H. (2017). Perceived social support and psychosocial adjustment in patients with coronary heart disease. *International Journal of Nursing Practice*, 23(4), e12558. <https://doi.org/10.1111/ijn.12558>

- Karataş, T., & Polat, Ü. (2015). Psychosocial nursing approach to the patients shocked intracardiac cardioverter defibrillator. *Medeniyet Medical Journal*, 30(1), 51–55. <https://doi.org/10.5222/MMJ.2015.051>
- Knight, B. (2014). Patient information: Implantable cardioverter-defibrillators (Beyond the basics). Tarihinde 07 Mart 2021, adresinden erişildi <http://www.uptodate.com/contents/implantablecardioverter-defibrillators-beyond-the-basics>
- Kocaman, N., Kutlu, Y., Özkan, M., & Özkan, S. (2007). Predictors of psychosocial adjustment in people with physical disease. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3a), 6–16. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01809.x>
- Kocaman Yıldırım, N., & Öztürk, S. (2016). Current Psychosocial Approaches in Cardiovascular Diseases. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(60), 60–68. <https://doi.org/10.5543/khd.2016.81904>
- Küçükgüçlü, Ö., Gönen Şentürk, S., & Akpınar Söylemez, B. (2017). Alzheimer hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecindeki deneyimleri. *Alzheimer hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecindeki deneyimleri*, 10(2), 68–78.
- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Papathanasiou, I. V., Edet, O. B., Arulappan, J., & Tsaras, K. (2017). Nursing Students' Perceptions of Their Own Caring Behaviors: A Multicountry Study. *International Journal of Nursing Knowledge*, 28(4), 225–232. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12108>
- Ladejobi, A., Pasupula, D. K., Adhikari, S., Javed, A., Durrani, A. F., Patil, S., ... Saba, S. (2018). Implantable Defibrillator Therapy in Cardiac Arrest Survivors With a Reversible Cause. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology*, 11(3), e005940. <https://doi.org/10.1161/CIRCEP.117.005940>
- Lang, S., Becker, R., Wilke, S., Hartmann, M., Herzog, W., & Löwe, B. (2014). Anxiety disorders in patients with implantable cardioverter defibrillators: frequency, course, predictors, and patients' requests for treatment. *Pacing and clinical electrophysiology: PACE*, 37(1), 35–47. <https://doi.org/10.1111/pace.12276>
- Lbahnasawy, H. TE, Lawend, J., & Mohammed, E. (2016). Application of Watson Caring Theory for Nurses in Pediatric Critical Care Unit. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 05(04), 56–67. <https://doi.org/10.9790/1959->

- Levy, W. C., Li, Y., Reed, S. D., Zile, M. R., Shadman, R., Dardas, T., ... O'Connor, C. M. (2017). Does the Implantable Cardioverter-Defibrillator Benefit Vary With the Estimated Proportional Risk of Sudden Death in Heart Failure Patients? *JACC: Clinical Electrophysiology*, 3(3), 291–298. <https://doi.org/10.1016/j.jacep.2016.09.006>
- Lewin, R. J., Coulton, S., Frizelle, D. J., Kaye, G., & Cox, H. (2008). A brief cognitive behavioural preimplantation and rehabilitation programme for patients receiving an implantable cardioverter-defibrillator improves physical health and reduces psychological morbidity and unplanned readmissions. *Heart*, 95(1), 63–69. <https://doi.org/10.1136/hrt.2007.129890>
- Love, C. (2006). Cardiac pacemakers and defibrillators. İçinde *Cardiac Pacemakers and Defibrillators* (2nd baskı, ss. 104–110). Landes Bioscience, Inc.
- Manzoni, G. M., Castelnovo, G., Compare, A., Pagnini, F., Essebag, V., & Proietti, R. (2015). Psychological effects of implantable cardioverter defibrillator shocks. A review of study methods. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00039>
- Mattsson, G., & Magnusson, P. (2020). Long-term follow-up of implantable cardioverter defibrillator patients with regard to appropriate therapy, complications, and mortality. *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 43(2), 245–253. <https://doi.org/10.1111/pace.13869>
- Mauro, A. M. P. (2008a). Exploring uncertainty and psychosocial adjustment after cardioverter defibrillator implantation. *The Journal of cardiovascular nursing*, 23(6), 527–535. <https://doi.org/10.1097/01.JCN.0000338932.73963.42>
- Mauro, A. M. P. (2008b). Uncertainty as a Predictor of Adjustment to an Implantable Cardioverter Defibrillator. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 23(4), 151–159. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7117.2008.00008.x>
- Mauro, A. M. P. (2010). Long-term follow-up study of uncertainty and psychosocial adjustment among implantable cardioverter defibrillator recipients. *International Journal of Nursing Studies*, 47(9), 1080–1088. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.02.003>
- Mazanec, S. R., Daly, B. J., Douglas, S., & Musil, C. (2011). Predictors of psychosocial adjustment during the postradiation treatment transition. *Western*

- journal of nursing research*, 33(4), 540–559.
<https://doi.org/10.1177/0193945910382241>
- McDonough, A. (2009). The Experiences and Concerns of Young Adults (18–40 Years) Living with an Implanted Cardioverter Defibrillator (ICD). *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(4), 274–280.
<https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2009.03.002>
- Mert, H. (2012). Türkiye ıcd deneyimleri kalitatif. *International Journal of Caring Sciences*, 5(1), 50–55.
- Mirowski, M., Mower, M. M., Langer, A., Heilman, M. S., & Schreibman, J. (1978). A chronically implanted system for automatic defibrillation in active conscious dogs. Experimental model for treatment of sudden death from ventricular fibrillation. *Circulation*, 58(1), 90–94. <https://doi.org/10.1161/01.cir.58.1.90>
- Mirowski, M., Reid, P. R., Mower, M. M., Watkins, L., Gott, V. L., Schauble, J. F., ... Weisfeldt, M. L. (1980). Termination of Malignant Ventricular Arrhythmias with an Implanted Automatic Defibrillator in Human Beings. *New England Journal of Medicine*, 303(6), 322–324.
<https://doi.org/10.1056/NEJM198008073030607>
- Mogos, M. F., Angard, N., Goldstein, L., & Beckstead, J. W. (2013). The effects of live therapeutic music on patient's affect and perceptions of care: A randomized field study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 19(4), 188–192.
<https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2013.07.003>
- Morken, I. M., Bru, E., Norekvål, T. M., Larsen, A. I., Idsoe, T., & Karlsen, B. (2014). Perceived support from healthcare professionals, shock anxiety and post-traumatic stress in implantable cardioverter defibrillator recipients. *Journal of clinical nursing*, 23(3–4), 450–460. <https://doi.org/10.1111/jocn.12200>
- Myerburg, R. J., Reddy, V., & Castellanos, A. (2009). Indications for Implantable Cardioverter-Defibrillators Based on Evidence and Judgment. *Journal of the American College of Cardiology*, 54(9), 747–763.
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2009.03.078>
- Neubauer, H., Wellmann, M., Herzog-Niescery, J., Wutzler, A., Weber, T. P., Mügge, A., & Vogelsang, H. (2018). Comparison of perioperative strategies in ICD patients: The perioperative ICD management study (PIM study). *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 41(11), 1536–1542.

<https://doi.org/10.1111/pace.13514>

- Ooi, S. L., He, H.-G., Dong, Y., & Wang, W. (2016). Perceptions and experiences of patients living with implantable cardioverter defibrillators: a systematic review and meta-synthesis. *Health and quality of life outcomes*, 14(1), 160. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0561-0>
- Oshvandi, K., Khatiban, M., Ghanei Gheshlagh, R., & Razavi, M. (2020). The prevalence of depression in patients living with implantable cardioverter defibrillator: a systematic review and meta-analysis. *Irish journal of medical science*, 189(4), 1243–1252. <https://doi.org/10.1007/s11845-020-02208-4>
- Oykur Çelik, G., & Ertaş, M. (2016). Pacemaker takılan hastalarda depresyon ve anksiyete düzeyinin incelenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 13–18.
- Pajnikihar, M., Štiglic, G., & Vrtnjak, D. (2017). The concept of Watson's carative factors in nursing and their (dis)harmony with patient satisfaction. *PeerJ*, 5, e2940. <https://doi.org/10.7717/peerj.2940>
- Pedersen, S. S., Mastenbroek, M. H., Carter, N., Barr, C., Neuzil, P., Scholten, M., ... Theuns, D. A. M. J. (2016). A Comparison of the Quality of Life of Patients With an Entirely Subcutaneous Implantable Defibrillator System Versus a Transvenous System (from the EFFORTLESS S-ICD Quality of Life Substudy). *The American Journal of Cardiology*, 118(4), 520–526. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2016.05.047>
- Picardo, R. L., & Loquellano, S. A. (2013). Contemporary nursing care based on Watson's theory. *UV Journal of Research* 2013, (1979), 133–145. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.1679153>
- Polit, D. F., & Back, C. T. (2017). Nurses' experiences of caring for critically ill, non-sedated, mechanically ventilated patients in the Intensive Care Unit: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(4), 563.
- Rafiei, H., Senmar, M., Yousefi, F., & Nemati, Z. (2021). Psychosocial Adjustment to Cardiovascular Diseases and Spiritual Well-Being in Iranian Patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(28), 75–80. <https://doi.org/10.5543/khd.2021.85619>
- Raphael, B. M., Cumber, S. N., Niyonzima, V., Ndenkeh, J. J., & Kanjo-Cumber, R. Y. (2017). The lived experience of patients with leprosy at Kagando Hospital, Uganda. *Public Health International*, 2(2), 67–74.

<https://doi.org/10.11648/j.wjph.20170202.12>

- Roth, D. L., Dilworth-Anderson, P., Huang, J., Gross, A. L., & Gitlin, L. N. (2015). Positive Aspects of Family Caregiving for Dementia: Differential Item Functioning by Race. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(6), 813–819. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv034>
- Sahranavard, S., Ahadi, H., Taghdisi, M., Kazemi, T., & Kraskian, A. (2017). The Role of Psychological Factors on The Psychological and Social Adjustment Through The Mediation of Ischemic Heart Disease Hypertension. *nian Journal of Health Education and Health Promotion*, 05(02), 139–146. <https://doi.org/10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.139>
- Santos, M. R. dos, Silva, L., Misko, M. D., Poles, K., & Bousso, R. S. (2013). Desvelando o cuidado humanizado:: percepções de enfermeiros em oncologia pediátrica. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22(3), 646–653. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300010>
- Schlagel, L. C., Richards, J. L., & Ward, A. (2013). Caritas Language: Nursing Terminology to Capture the Essence of Nursing. *International Journal of Human Caring*, 17(2), 39–43. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.17.2.39>
- Schuster, P. M., Phillips, S., Dillon, D. L., & Tomich, P. L. (1998). The Psychosocial and Physiological Experiences of Patients with an Implantable Cardioverter Defibrillator. *Rehabilitation Nursing*, 23(1), 30–37. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.1998.tb01753.x>
- Sears, S. E., & Conti, J. B. (2003). Understanding implantable cardioverter defibrillator shocks and storms: medical and psychosocial considerations for research and clinical care. *Clinical cardiology*, 26(3), 107–111. <https://doi.org/10.1002/clc.4960260303>
- Sears, S. F., Matchett, M., & Conti, J. B. (2009). Effective management of ICD patient psychosocial issues and patient critical events. *Journal of cardiovascular electrophysiology*, 20(11), 1297–1304. <https://doi.org/10.1111/j.1540-8167.2009.01526.x>
- Şengün İnan, F., Üstün, B., & Bademli, K. (2012). Türkiye’de kuram/modelle dayalı hemşirelik araştırmalarını incelemesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 132–139.

- Sert, M., & Özer, Z. (2019). İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatörü Olan Hastalarda Ölüm Kaygısı ve Bakım. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(22), 78–86. <https://doi.org/10.5543/khd.2019.52244>
- Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J., & Cheever, K. (2010). Brunner&Suddarth's text book of medical surgical nursing. İçinde S. Smeltzer, B. Bare, J. Hinkle, & K. Cheever (Ed.), *Brunner&Suddarth's text book of medical surgical nursing* (Twelfth, ss. 747–754). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Starrenburg, A., Pedersen, S. S., van den Broek, K., Kraaier, K., Scholten, M., & Van der Palen, J. (2014). Gender differences in psychological distress and quality of life in patients with an ICD 1-year postimplant. *Pacing and clinical electrophysiology : PACE*, 37(7), 843–852. <https://doi.org/10.1111/pace.12357>
- Steinke, E. E., Gill-Hopple, K., Valdez, D., & Wooster, M. (2005). Sexual concerns and educational needs after an implantable cardioverter defibrillator. *Heart & lung : the journal of critical care*, 34(5), 299–308. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2005.03.002>
- Stoll, D. P., Csaszar, N., Szoke, H., & Bagdi, P. (2014). The Importance of Psychological Assessment and Support in Patients Suffering from Cardiovascular Disease or Undergoing Cardiac Treatment. *Journal of Cardiovascular Diseases and Diagnosis*, 2(4). <https://doi.org/10.4172/2329-9517.1000161>
- Streur, M. M., Rosman, L. A., Sears, S. F., Steinke, E. E., Thompson, E. A., & Dougherty, C. M. (2020). Patient and Partner Sexual Concerns During the First Year After an Implantable Cardioverter Defibrillator: A Secondary Analysis of the P+P Randomized Clinical Trial. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(5), 892–902. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.028>
- Strömberg, A., Fluor, C., Miller, J., Chung, M. L., Moser, D. K., & Thylén, I. (2014). ICD recipients' understanding of ethical issues, ICD function, and practical consequences of withdrawing the ICD in the end-of-life. *Pacing and clinical electrophysiology : PACE*, 37(7), 834–842. <https://doi.org/10.1111/pace.12353>
- Svanholm, J. R., Nielsen, J. C., Mortensen, P., Christensen, C. F., & Birkelund, R. (2015). Refusing Implantable Cardioverter Defibrillator (ICD) Replacement in Elderly Persons-The Same as Giving Up Life: A Qualitative Study. *Pacing and clinical electrophysiology : PACE*, 38(11), 1275–1286. <https://doi.org/10.1111/pace.12702>

- TDK. (2022). Türk Dil Kurumu. Tarihinde adresinden erişildi <https://www.tdk.gov.tr/>
- Tektaş, P., & Çam, O. (2017). The Effects of Nursing Care Based on Watson's Theory of Human Caring on the Mental Health of Pregnant Women After a Pregnancy Loss. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(5), 440–446. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.07.002>
- Thomas, S. A., Friedmann, E., Kao, C.-W., Inguito, P., Metcalf, M., Kelley, F. J., & Gottlieb, S. S. (2006). Quality of life and psychological status of patients with implantable cardioverter defibrillators. *American Journal of Critical Care : An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 15(4), 389–398.
- Timmins, F., & Kaliszer, M. (2003). Information needs of myocardial infarction patients. *European journal of cardiovascular nursing*, 2(1), 57–65. [https://doi.org/10.1016/S1474-5151\(02\)00089-0](https://doi.org/10.1016/S1474-5151(02)00089-0)
- TKD. (2002). Pacemaker ve Kardiyoverter Defibrilatör (ICD) İmplantasyonu Endikasyonları Kılavuzu. Tarihinde adresinden erişildi <https://tkd.org.tr/kilavuz/k10/118c7.htm?wbnum=1551>
- TKD. (2015). *Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Turan Kavrıdım, S., & Özer, Z. (2018). Koroner Kalp Hastalıklarının Yönetiminde Uyum ve Öz Yeterlik. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*, 10(3), 324–335. <https://doi.org/10.18863/pgy.328723>
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısall ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 4, 12–16.
- Türksen Ülkü, S. (2019). *Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumlarının belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- Undavia, M., Goldstein, N. E., Cohen, P., Sinthawarong, K., Singson, M., Bhutani, D., ... Mehta, D. (2008). Impact of Implantable Cardioverter-Defibrillator Recalls on Patients' Anxiety, Depression, and Quality of Life. *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 31(11), 1411–1418. <https://doi.org/10.1111/j.1540-8159.2008.01204.x>
- Uysal, H. (2016). Psychosocial Approach in the Rehabilitation of Heart Patients: Review. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing*, 8(3), 257–270.

<https://doi.org/10.5336/nurses.2015-47453>

- Van Den Broek, K. C., Habibović, M., & Pedersen, S. S. (2010). Emotional Distress in Partners of Patients with an Implantable Cardioverter Defibrillator: A Systematic Review and Recommendations for Future Research. *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 33(12), 1442–1450. <https://doi.org/10.1111/j.1540-8159.2010.02885.x>
- Verkerk, A. J., Vermeer, A. M., Smets, E. M., Dekker, L. R., Wilde, A. A., Van Langen, I. M., ... Nieuwkerk, P. T. (2015). Quality of Life in Young Adult Patients with a Cardiogenetic Condition Receiving an ICD for Primary Prevention of Sudden Cardiac Death. *Pacing and clinical electrophysiology : PACE*, 38(7), 870–877. <https://doi.org/10.1111/pace.12649>
- Walker, R. L., Campbell, K. A., Sears, S. F., Glenn, B. A., Sotile, R., Curtis, A. B., & Conti, J. B. (2004). Women and the implantable cardioverter defibrillator: a lifespan perspective on key psychosocial issues. *Clinical cardiology*, 27(10), 543–546. <https://doi.org/10.1002/clc.4960271019>
- Watson, J. (2012). *Human caring science : A theory of nursing*. (J. Watson, Ed.) (2nd baskı). Sudbury,MA: Jones & Bartlett Learning.
- Watson, J. (2022). Human Care Model. Tarihinde adresinden erişildi <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio>
- Watson, J., & Sitzman, K. (2019). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences*. (K. L. Sitzman & J. Watson, Ed.) (3th baskı). New York, NY: Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826195425>
- Wei, H., & Watson, J. (2019). Healthcare interprofessional team members' perspectives on human caring: A directed content analysis study. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(1), 17–23. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.12.001>
- Wheeler, E. C., Pretzer-Aboff, I., Hardie, T., DiSabatino, A., Saylor, J., & Lucey, R. (2009). Psychological Impact of Implantable Cardioverter Defibrillator on Their Recipients. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 28(4), 176–181. <https://doi.org/10.1097/DCC.0b013e3181a4743b>
- White, D. A. (2018). Faculty Behaviors Influencing Intent to Pursue Graduate Education Among RN-BSN Students. *Teaching and Learning in Nursing*, 13(2), 108–112. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2017.12.001>

- WHO. (2020). Cardiovascular diseases. Tarihinde adresinden erişildi
https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1
- Yan, J., You, L.-M., Yang, Q., Liu, B., Jin, S., Zhou, J., ... Morisky, D. E. (2014). Translation and validation of a Chinese version of the 8-item Morisky medication adherence scale in myocardial infarction patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(4), 311–317. <https://doi.org/10.1111/jep.12125>
- Yardımcı, T. (2015). *İmplant edilebilen kardiyoverter defibrilatörlü (ICD) hastalara uygulanan web tabanlı eğitimin şok anksiyete düzeyine ve yaşam kalitesine etkisi*. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Yardımcı, T., & Mert, H. (2014). İmplant edilebilen kardiyoverter defibrilatörü olan hastanın eğitiminde teknoloji kullanımı. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*, 4(3), 1. <https://doi.org/10.5455/musbed.20140723020525>
- Yardımcı, T., & Mert, H. (2018). İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatörü Olan Hastalarda Cinsel Yaşam ve Cinsel Danışmanlık. *Journal of Cardiovascular Nursing*, (August 2018). <https://doi.org/10.5543/khd.2018.46036>
- Zayac, S., & Finch, N. (2009). Recipients' of implanted cardioverter-defibrillators actual and perceived adaptation: a review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(10), 549–556. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2009.00445.x>

Ekler

Ek-1: Araştırmaya Katılım Onam Formu

Değerli katılımcı;

Bu araştırma, **Kardiyoverter Defibrilatörlü Hastalarda İnsan Bakım Modeli Temelli Hemşirelik Girişimlerinin Psikososyal Uyuma Etkisi**'ni değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmaya katılıp katılmamaya karar verme hakkına sahipsiniz. Katılmama yönündeki kararınız, kardiyoverter defibrilatör takibinizde herhangi bir aksamaya neden olmayacaktır. Katılma kararı verdiğinizde ise istediğiniz anda çalışmadan çekilebilirsiniz. Bu araştırmanın tüm aşamalarında kimliğiniz gizli tutulacak, sadece sizden alınan bilgiler kullanılacaktır. Elde edilen veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz tedavi ve kontrollerinizi etkilemeyecektir. Bu araştırma için herhangi bir ödeme yapmayacaksınız, araştırmaya katıldığınız için size de bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar alma hakkına sahipsiniz.

Araştırmamıza verdiğiniz katkılardan dolayı teşekkür ederim.

Uzm. Hemşire Özgür DEMİR GAYRETLİ

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Doktora Programı Öğrencisi

Ben yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı bana verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşuluyla kabul ediyorum.

Tarih:/...../.....

Hastanın Adı Soyadı

İmzası

Ek-2: Tanıtıcı Bilgi Formu

Tarih:

Anket No:

A-Sosyo-Demografik Özellikler

- 1.Cinsiyet: 1) Kadın 2)Erkek
- 2.Yaş:.....
- 3.Eğitim durumu: 1)İlkokul 2)Ortaokul 3)Lise 4)Üniversite ve üzeri
- 4.Medeni durum: 1) Evli 2) Bekar
- 5.Çocuk sahibi olma durumu: 1) Var (Sayısı.....) 2)Yok
- 6.Birlikte yaşadığı kişi: 1) Yalnız 2) Eş 3) Eş ve çocuklar 4)Diğer.....
- 7.Yaşanılan yer: 1) İl 2) İlçe 3) Köy 4)Diğer.....
- 8.Algılanan ekonomik durum: 1) İyi 2)Orta 3)Kötü
9. Çalışma durumu: (ICD Öncesi /ICD sonrası):/.....
- 10.Meslek: 1)Ev hanımı 2)Devlet memuru 3)Emekli 4)Diğer.....
- 11.Size destek veren kişiler: 1)Aile 2)Arkadaşlar 3)Komşular 4)Diğer.....

B. ICD' ye İlişkin Bilgiler

1. ICD'nin implante edildiği tarih: Ay (.....) Yıl (.....)
2. ICD'nin takılma nedeni: 1)Primer koruma 2)Sekonder koruma
3. ICD için kontrole gitme sıklığı:.....ayda bir.
4. ICD için kontrole gidildiğinde sağlık çalışanı tarafından yapılan uygulamalar:
1) Pil kontrolü 2) ICD' ye ilişkin bilgi verme 3) Diğer.....
5. ICD'ye ilişkin kimden bilgi aldınız? 1) Doktor 2) Hemşire 3) Firma yetkilisi
4) Diğer.....
6. Hangi konularda bilgi aldınız?.....
7. ICD ile yaşam konusunda sizce uyum programları olmalı mıdır? 1) Evet 2) Hayır
8. ICD' ye uyum programlarının gerekli olduğunu düşünüyorsanız sizce ne zaman yapılmalıdır?
1) ICD öncesi 2) ICD sonrası 3) ICD öncesi ve sonrası
9. Kalp ritminiz bozulduğunda ICD'niz hiç devreye girdi mi?
1)Evet 2) Hayır 3) Devreye girip girmediğini anlamadım

Ek-3: Hastalığa Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçeği

BÖLÜM I: Sağlık Bakımına Uyum

1. Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar?

- a. Sağlığımıla ilgiliyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim.
- b. Sağlığımı korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim.
- c. Genellikle sağlığımıla ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım, fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor.
- d. Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üstünde durduğum bir konu değildir.

2. Şu anda hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat etmenizi gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyiniz.

- a. Hastalığımla ilgili özel olarak yaptığım bir şey yok veya kaygı duymuyorum.
- b. Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım, fakat çoğu zaman ya unutuyorum ya da yorgun veya meşgul oluyorum.
- c. Hastalığının bakım ve korunması için yaptığım uygun birçok şey var.
- d. Hastalığım için gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken her şeyi yapıyorum.

3. Genel olarak doktorların vermiş olduğu tıbbi bakımın kalitesi hakkında neler düşünüyorsunuz?

- a. Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar.
- b. Su andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi, fakat gelişmesi gereken bazı alanlar var.
- c. Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekileriyle aynı kalitede değil.
- d. Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla bir güvenim yok.

4. Su andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar hem de diğer tıbbi personel tarafından size yönelik bir tedavi uygulanmaktadır. Doktorlar ve diğer personel hakkındaki görüşleriniz nedir, size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz?

- a. Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken her şeyi yaptıklarını düşünmüyorum.
- b. Uygulanan tedavi bende belirli bir izlenim bırakmadı, ama sanırım onlar yapabileceklerinin en iyisini yapıyorlar.

- c. Bazı problemler olmasına rağmen uygulanan tedavi oldukça iyi.
- d. Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmel.

5. Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olanı işaretleyiniz.

- a. Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı t yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım.
- b. Hastalığım bende bazı sorunlara yol açtı, ancak bunları çok kısa sürede halledeceğimi ve tekrar eski halime döneceğimi düşünüyorum.
- c. Hastalığım hem ruhsal hem de fiziksel olarak beni altüst etti, fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum, bir gün eski günlerdeki halime kavuşacağıma eminim.
- d. Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu işin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilmiyorum.

6. Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir. Bazı hastalar, hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi almadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyin.

- a. Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel hastalığın hakkında bana çok az şey açıkladılar.
- b. Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum, ama sanırım daha fazlasını bilmem gerekiyor.
- c. Hastalığım hakkında genel bir kanıya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum.
- d. Hastalığımın genel tablosu doğru bir şekilde anlatıldı, doktorum ve diğer tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detayları ile açıkladılar.

7. Sizin yaşadığınız gibi bir hastalıkta insanların kendilerine uygulanan tedavi ve bu tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan tedaviden bekledikleriniz hakkında aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanını seçiniz.

- a. Doktorum ve tıbbi personelin tedavimi yürütme konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi.
- b. Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktorlarıma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor.
- c. Tedavimin çok tatsız bazı bölümlerinden memnun değilim, fakat doktorlarım bir süre daha bu şekilde devam etmemiz gerektiğini söylüyorlar.

- d. Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam etmeye emin değilim.

8. Sizinki gibi hastalıklarda hastalara tedavileri konusunda farklı miktarlarda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinde tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz.

- a. Tedavim hakkında neredeyse hiçbir açıklama yapılmadı, açıkça neler olduğunu bilmiyorum.
- b. Tedavim hakkında biraz bilgim var, ama bu bilmeyi istediğim kadar değil.
- c. Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli, fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var.
- d. Tedavimle ilgili bir şeyi bildiğimi hissediyorum ve bilgilerim her gün tazeleniyor.

BÖLÜM II: Mesleki Çevre

1. Hastalığınız mesleğinizi/okulunuzu/ev işlerinizi vb. yapmanızı engelledi mi?

- a. Mesleğimi vb. uygulamamla ilgili bir sorun yok.
- b. Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler.
- c. Bazı ciddi sorunlar var.
- d. Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor.

2. Şu an mesleğiniz/çalışmalarınız/ev işlerinizi yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi?

- a. Kötü durumda
- b. Pek iyi değil
- c. Yeterli
- d. Çok iyi

3. Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?

- a. 3 gün ve daha az
- b. 1 hafta
- c. 2 hafta
- d. 2 haftadan daha çok

4. Şu an işiniz/okulunuz/çalışmalarınız vb. hastalanmadan öncekine göre sizin için daha önemli mi?

- a. Şu an hiç önemli değil
- b. Oldukça az bir öneme sahip

- c. Eskiye göre biraz önemini yitirdi
 - d. Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale geldi
- 5. Yaşadığınız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz/işleriniz vb. ile ilgili amaçlarınızda bir değişiklik oldu mu?**
- a. Amaçlarım değişmez
 - b. Amaçlarım önemli ölçüde değişti
 - c. Amaçlarımda çok az bir değişme oldu
 - d. Amaçlarımı tamamen değiştirdim
- 6. Hastalanmanızdan bu yana arkadaşlarınız, komşularınızla olan sorunlarınızda bir artış gözlemlendi mi?**
- a. Sorunlarda büyük artış var
 - b. Sorunlarda orta dereceli bir artış var
 - c. Sorunlarda az ölçüde bir artış var
 - d. Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok

BÖLÜM III: Aile Çevresi

- 1. Hastalanmanızdan bu yana eşiniz (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişiyle) olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?**
- a. İyi
 - b. Fena değil
 - c. Kötü
 - d. Çok kötü
- 2. Yaşamınızdaki, çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız (çocuklar, akrabalar vb.)?**
- a. Çok kötü
 - b. Kötü
 - c. Fena değil
 - d. İyi
- 3. Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?**
- a. Bir engelleme olmadı
 - b. Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir
 - c. Orta derecede bazı problemler var, bazıları hallolacak gibi değil
 - d. Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var

4. Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu?

- a. Ailem, bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olamadı
- b. Ailem bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi, ama bazı konuları halledemediler
- c. Ailem genelde yardımcı oldu yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı
- d. Bu konuda bir sorun yok

5. Hastalığınız aile üyeleri ve sizin aranızdaki iletişimde bir azalmaya sebep oldu mu?

- a. İletişimde bir azalma yok
- b. Çok az ölçüde bir azalma oldu
- c. İletişimde bir azalma oldu, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum
- d. İletişimimiz önemli ölçüde azaldı. Kendimi çok yalnız hissediyorum

6. Sizin gibi hasta olan bir insan günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaş, komşular, aile) bazı yardımlar beklerler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz, böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?

- a. Yardıma gerçekten ihtiyacım var, ama etrafımda yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum
- b. Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilecek ölçüde değil
- c. Her zaman olmamakla birlikte çoğunlukla gereken yardımı görüyorum
- d. Yardıma ihtiyacım olduğunu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var

7. Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?

- a. Herhangi bir fiziksel yetersizlik yok
- b. Az ölçüde bir fiziksel yetersizlik var
- c. Orta ölçüde bir fiziksel yetersizlik var
- d. Önemli ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

8. Sizininki gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?

- a. Önemli ölçüde maddi sıkıntım var
- b. Orta derecede maddi sıkıntıları var

- c. Çok az maddi problemim var
- d. Para ile ilgili bir problemim yok

BÖLÜM IV: Cinsel İlişki

- 1. Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığınız eşinizle olan ilişkinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?**
 - a. İlişkimizde herhangi bir değişiklik olmadı
 - b. Hastalanmamdan bu yana birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı
 - c. Hastalanmadan bu yana yakınlığımız kesinlikle daha azaldı
 - d. Hastalanmamdan bu yana ilişkimizde ciddi problemler hatta kesintiler oldu
- 2. Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtirler. Hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?**
 - a. Hastalığımдан bu yana kesinlikle hiçbir cinsel istek duymuyorum
 - b. Cinsel istekte belirgin bir azalma var
 - c. Cinsel istekte hafif bir azalma var
 - d. Cinsel istekte hiçbir azalma yok
- 3. Hastalıklar bazen cinsel aktivitelere bir azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma gördünüz mü?**
 - a. Cinsel aktivitede bir azalma yok
 - b. Cinsel aktivitede çok az ölçüde bir azalma var
 - c. Cinsel aktivitelere önemli ölçüde bir azalma var
 - d. Cinsel aktivite tamamen durdu
- 4. Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?**
 - a. Cinsel zevk ve tatmin tamamen durdu
 - b. Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var
 - c. Cinsel zevk ve tatmin de çok az ölçüde bir kayıp var
 - d. Cinsel tatminde bir değişiklik yok
- 5. Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olmasa da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin basınıza böyle bir durum geldi mi, geldiyse hangi ölçüde?**
 - a. Cinsel potansiyelimde bir değişiklik yok

- b. Cinsel performansıyla ilgili ufak problemler var
 - c. Önemli cinsel problemlerim var
 - d. Cinsellikten tamamen koptum
- 6. Hastalıklar eşler arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir, ya da bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda eşinizle aranızda farklı görüş ve duygular var mı ve ne derecede?**
- a. Sabit ve sürekli farklı görüş ve duygular var
 - b. Bu konuda yoğun farklılıklar var
 - c. Bazı farklılıklar var
 - d. Bu konuda hiçbir görüş ve farklılık yok

BÖLÜM V: Geniş Aile İlişkileri

- 1. Hastalığınız süresince hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup görüştünüz mü (eskisine göre)?**
- a. Görüşmeler aynı biçimde ya da biraz daha yoğun oldu
 - b. Görüşmeler belirgin olarak azaldı
 - c. Görüşmeler biraz azaldı
 - d. Hastalık süresince hiç görüşmedik
- 2. Hastalığınız süresince aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla yakınlaşma isteğiniz onlara olan ilginiz ne ölçüde ne düzeydedir?**
- a. Onlarla bir araya gelme konusunda bir isteğim olmadı, ya da çok az bir istek oldu
 - b. Öncekine oranla olan ilgi ve isteğim çok azaldı
 - c. İlgim bir parça azaldı
 - d. İlgi ve isteğim aynı ya da hastalığım süresince daha arttı
- 3. İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve akrabalarının desteğine sığınma ihtiyacı hissederler. Siz onların fikri yardımına ihtiyaç duyduğunuzda onlardan destek görebiliyor musunuz, onlar bu desteği size gösterebiliyorlar mı?**
- a. Yardıma ihtiyacım yok, istediğim yardımı zaten veriyorlar
 - b. Yeterince yardımcı oluyorlar
 - c. Yardım ediyorlar ama yeterince değil

- d. Çok ihtiyacım olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar, ya da hiç yardım etmiyorlar
- 4. Bazı insanlar hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarına çok bağlıdır. Sizin bağlılığınız ne ölçüdedir, hastalığınız bağlılığınızda bir azalmaya yol açtı mı?**
- a. Bağlılığım önemli ölçüde yok oldu
- b. Bağlılığım önemli ölçüde azaldı
- c. Bağlılığım biraz azaldı
- d. Bağlılığım yoktu veya çok azdı, bu bağlılık hastalıktan hiç etkilemedi
- 5. Genel olarak şu anda bu insanlarla aranız nasıl?**
- a. İyi
- b. Fena değil
- c. Kötü
- d. Çok kötü

BÖLÜM VI: Sosyal Çevre

- 1. Hastalığınız öncesine göre boş zaman uğraşlarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenebiliyor musunuz?**
- a. İlgim tıpkı eskisi gibi
- b. Eskisine göre biraz daha az
- c. Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
- d. Hemen hemen hiç ilgim kalmadı
- 2. Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl? Hala eskisi gibi uğraşlarınıza devam edebiliyor musunuz?**
- a. Katılımım çok az ya da hiç yok
- b. Katılımım önemli ölçüde azaldı
- c. Katılımım az ölçüde bir azalma gösterdi
- d. Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı
- 3. Hastalığınızda öncekine göre ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatler, piknikler vb.) ilgi duyuyor musunuz?**
- a. İlgim tıpkı eskisi gibi
- b. Eskisine göre biraz daha az
- c. Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
- d. İlgim çok az, ya da ilgim kalmadı

4. Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?

- a. Katılımım çok az ya da su anda hiçbir katılımım yok
- b. Katılımım önemli ölçüde azaldı
- c. Katılımım biraz azaldı
- d. Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

5. Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere (sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema vb.) olan ilginizi devam ettirebildiniz mi?

- a. İlgim tıpkı eskisi gibi
- b. Eskisine göre biraz daha az
- c. Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
- d. İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı

6. Bu faaliyetlere olan" katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla birlikte hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?

- a. Katılımım çok az ya da yok
- b. Katılımım önemli ölçüde azaldı
- c. Katılımım biraz azaldı
- d. Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

BÖLÜM VII: Psikolojik Distres

1. Son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik ya da heyecanlılık hissettiğiniz oldu mu?

- a. Olmadı
- b. Çok az
- c. Oldukça fazla
- d. Aşırı derecede

2. Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilgisiz ve umutsuz hissettiğiniz oldu mu?

- a. Aşırı derecede
- b. Oldukça fazla
- c. Çok az
- d. Olmadı

3. Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlük çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?

- a. Olmadı

- b. Çok az oldu
 - c. Oldukça fazla
 - d. Aşırı derecede
- 4. Son zamanlarda kendinizi çok fazla suçladığınız, suçlu hissettiğiniz ya da insanları aşağılama hissi yaşadığınız oldu mu?**
- a. Aşırı derecede
 - b. Oldukça fazla
 - c. Çok az
 - d. Olmadı
- 5. Son zamanlarda hastalığınız ile ilgili olarak ya da buna benzer başka sorunlar hakkında daha çok endişelendiğiniz oldu mu?**
- a. Olmadı
 - b. Çok az oldu
 - c. Oldukça fazla
 - d. Aşırı derecede
- 6. Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?**
- a. Aşırı derecede
 - b. Oldukça fazla
 - c. Çok az
 - d. Olmadı
- 7. Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?**
- a. Olmadı
 - b. Çok az oldu
 - c. Oldukça fazla
 - d. Aşırı derecede

Ek-4: Hastalığa Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçek Kullanım İzni

Gmail - HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM- ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (PAIS-SR)



Özgür Demir <ozgur.demir55@gmail.com>

HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM- ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (PAIS-SR)

3 ileti

Özgür Demir

Alıcı: mahmure.aygun@gmail.com

Merhaba hocam nasılsınız, ben ege üniversitesi psikiyatri hemşireliği doktora programı öğrencisi Özgür Demir. Gayretli sizin doktora tezinizde türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız ve bizlere kazandırdığınız ; **Hastalığa Psikososyal Uyum - Öz Bildirim Ölçeği'ni** " Kardiyooverter Defibrilatörlü Hastalarda İnsan Bakım Modeli Temelli Hemşirelik Girişimlerinin Psikososyal Uyuma Etkisi" adlı doktora tezimde izin verirsiniz veri toplama aracı olarak kullanmak istiyorum. İyi çalışmalar hocam.

Mahmure AYGÜN <

Alıcı: Özgür Demir >

Sayın Özgür Demir,

1995 yılında doktora tezimde incelediğim ve geçerlik-güvenirliliği çalışmamla kanıtlanmış olan "Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim" ölçeğini araştırmanızda kullanabilme konusundaki onay talebinizi aldım.

Ekte ölçeğe ilgili bilgileri içeren dosyayı gönderiyorum.

Konuya yönelik diğer ayrıntılar ve atf için "Aygün M, Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim (PAIS-SR) Ölçeği Türkçe Geçerlik-Güvenirlilik Analizi, 4th International Hippocrates Congress on Medical and Health Sciences, 2020; 482-493" yayınının inceleyebilirsiniz.

Çalışmanızda ilgili ölçeği kullanmanız konusunu onaylıyor ve başanlar diliyorum.

Dr. Öğr. Üyesi Mahmure Aygün

Özgür Demir <

[Alınılan metin gizlendi]



PAIS (1).pdf
2397K

Özgür Demir

Alıcı: Mahmure AYGÜN

Hocam çok teşekkür ederim. İyi çalışmalar

Ek-5: Etik Kurul Onayı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Serap Yıldırım

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat Inciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	6016-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☒
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kardiyoverter Defibrilatörlü Hastalarda İnsan Bakım Modeli Temelli Hemşirelik Girişimlerinin Psikososyal Uyuma Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Dr. Öğr. Üyesi Serap Yıldırım Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☒

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2021/07-25	Tarih:01.03.2021				
	Dr. Öğr. Üyesi Serap Yıldırım'ın sorumlusu olduğu "Kardiyoverter Defibrilatörlü Hastalarda İnsan Bakım Modeli Temelli Hemşirelik Girişimlerinin Psikososyal Uyuma Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEÜ Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEÜ Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. İrfan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEÜ Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyostatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEÜ Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

Ek-6: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı İzni

	T.C. TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı	
Sayı : E-61804747-00.99-124956		31/12/2020
Konu : Etik Kurul İzni		
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULUNA		
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Dr.Öğr. Üyesi Serap YILDIRIM 'ın sorumlu araştırmacı ve psikiyatri hemşireliği doktoru öğrencisi Özgür DEMİR GAYRETLİ 'nin yardımcı araştırmacı olduğu "Kardiyoverter Defibrilatörlü Hastalarda İnsan Bakım Modeli Temelli Hemşirelik Girişimlerinin Psikososyal Uyuma Etkisi" isimli çalışmanın Anabilim Dalımızda yürütülmesi uygun olup, etik kurulda değerlendirilmesi için gereğini bilgilerinize arz ederim.		
Prof.Dr. Asım Oktay ERGENE Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanı		
Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanunu'na göre Prof.Dr. Asım Oktay ERGENE tarafından 31.12.2020 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrakınızı http://dogrulama.deu.edu.tr linkinden 98662AD9X8 kodu ile doğrulayabilirsiniz.		
Dokuz Eylül Üniversitesi Adres: Mithatpaşa Cd. İnciraltı yerleşkesi No:1606, 35340 Balçova/İzmir Tel: 0(232) 412 26 36 Elektronik Ağ: www.deu.edu.tr Kep Adresi: dokuzeyuluniversitesi@hs01.kep.tr	Bilgi İçin İrtibat: Figen CARDAK Dahili: E-Posta: figen.cardak@deu.edu.tr	 

Teşekkür

Tezimin her aşamasında ilgisini, yardım ve desteğini esirgemeyen, bilim ışığında rehberlik eden gerek akademik hayatta gerek gerçek yaşamda, farkındalığımı arttırarak ve akademik hayatımın her aşamasında bilgi ve deneyimlerini sevgiyle paylaşan, her fırsatta önüme farklı ufuklar açan sayın hocam ve danışmanım Doç. Dr. Serap YILDIRIM'a,

Tez süresi boyunca bilimsel bilgilerini, desteklerini esirgemeyen, değerli katkıları ve görüşleriyle tezimin şekillenmesine destek olan değerli hocalarım Prof. Dr. M. Olcay ÇAM ve Doç. Dr. Serap ÖZER'e,

Doktora eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini paylaşan, farklı bakış açısı kazanmamı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Esra ENGİN, Prof. Dr. Ayşegül DÖNMEZ, Doç. Dr. Şeyda Dülgerler ve Doç. Dr. Satı DOĞAN' a,

Değerli katkı ve önerilerinden dolayı tez savunma jüri üyeleri Sayın Prof. Dr. Asım Oktay ERGENE ve Prof. Dr. Hatice MERT'e,

Araştırmaya katılıp çalışmanın gerçekleşmesini mümkün kılan ve benimle yaşam deneyimlerini paylaşan değerli ICD'li hastalara,

Bugünlere gelmemde büyük emekleri olan, eğitim hayatım boyunca sonsuz desteklerini ve sevgilerini asla esirgemeyen, her üzüldüğümde, mutlu olduğumda yanına koştuğum benim canım ailem annem Fadime ve babam Murat DEMİR'e, Doktora eğitimim ve tez sürecim boyunca, her zaman yanımda olan, sonsuz sevgisini esirgemeyen, şükrettiğim, iyi ki dediğim, benimle birlikte her aşamasını yaşayan, motivasyon kaynağım canım eşim Oğuz Kaan GAYRETLİ ve bu zorlu ama bir o kadarda keyifli süreçte sevgisiyle içimi ısıtan canım kızım Defne GAYRETLİ' ye en içten teşekkürlerimi sunarım...

İzmir, 07.07.2022

Özgür DEMİR GAYRETLİ

Özgeçmiş

Adı ve Soyadı: Özgür DEMİR GAYRETLİ

Medeni Durumu: Evli

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Aldığı Sertifikalar: Hemodiyaliz Hemşireliği Sertifikası

Uzmanlık Alanı: Psikiyatri Hemşireliği

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Mersin Üniversitesi	2005
Yüksek Lisans	Psikiyatri Hemşireliği	Adnan Menderes Üniversitesi	2013
Doktora	Psikiyatri Hemşireliği	Ege Üniversitesi	2022

Görevler:

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Amasya Özel Hemodiyaliz Merkezi	2007-2008
Sorumlu Hemşire	Şırnak Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Servisi	2008-2009
Hemşire	Dokuz Eylül Üniversitesi Kardiyoloji Servisi	2009-2016
Uzman Hemşire	Dokuz Eylül Üniversitesi Koroner Yoğun Bakım Servisi	2018-2021
Uzman Hemşire	Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servisi	2021/....

YAYINLAR:

1. Demir Ö., Arslantaş H. (2014). Koroner anjiyografi ve perkütan transluminal koroner anjiyoplasti işlemi öncesi uygulanan müzik eşliğinde progresif kas gevşeme egzersizinin hastaların anksiyete düzeylerine olan etkisi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 5(3), 113 - 121.
2. Demir Ö., Arslantaş H. (2016). Müzik Eşliğinde Uygulanan Progresif Gevşeme Egzersizinin Anjiyografi ve Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti Olacak Hastaların Yaşam Bulgularına Etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 19(1), 10 - 17.
3. Adana F., Arslantaş H., Abacıgil F., Demir Ö., Müge Ç., Çetinkaya Ş. (2015). Knowledge And Attitudes Of A Group Of University Students Toward

Sexuality In Aged People. Jurnal Medical Braşovean(1), 38-40. (Yayın No: 1669899).

4. Çam, Olcay, Güler, C., Candan dayılar, H., Demir Gayretli, Ö., Topçu, E. M., Avcı, A., & Aktaş, Y. (2022). Emotional Labor Behaviors of Postgraduate Nursing Students Who Continue Education Along with Work and Affecting Factors : A Cross-Sectional Study. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, (May). <https://doi.org/10.5336/nurses.2022-88442>.
5. Arslantaş H., Demir Ö. Koroner anjiyografi ve perkütan transluminal koroner anjiyoplasti işlemi öncesi uygulanan müzik eşliğinde progresif kas gevşeme egzersizinin hastaların anksiyete düzeylerine olan etkisi. II. Uluslararası VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. Sözlü Bildiri.
6. Arslantaş H., Demir Ö. Müzik Eşliğinde Uygulanan Progresif Gevşeme Egzersizinin Anjiyografi ve Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti Olacak Hastaların Yaşam Bulgularına Etkisi. 15. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Sözlü Bildiri.
7. Yıldırım S., Demir Gayretli Ö. Kalp Hastalıklarında Psikososyal Uyum. V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. Sözlü Bildiri.
8. Demir Gayretli Ö., 7. Yıldırım S. Kardiyoverter Defibrilatörlü Hastalarda Psikososyal Uyum: Sistemik Bir Derleme. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. Sözlü Bildiri.