

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

(DOKTORA TEZİ)

**İMLANTE EDİLEBİLEN KARDİYOVERTER
DEFİBRİLATÖR HASTALARINDA PSİKOSOSYAL
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

HAVVA ALKAN

**DANIŞMAN
PROF.DR.NURAY ENÇ**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

İSTANBUL-2014

TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programında Havva Alkan tarafından hazırlanan İmplant Edilebilen Kardiyoverter Defibrilatör Hastalarında Psikososyal Faktörlerin İncelenmesi başlıklı Doktora tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

12 / 09 / 2014

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası
1.Prof.Dr.Nuray Enç (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



2.Prof.Dr.Sevim Buzlu (Tez İzleme Komitesi Üyesi) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



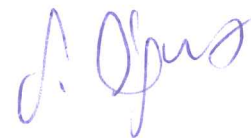
3.Prof.Dr.Ahmet Kaya Bilge (Tez İzleme Komitesi Üyesi) İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



4.Doç.Dr.Gülbeyaz Can İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



5.Doç.Dr.Sıdika Oğuz Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi / Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Havva ALKAN



İTHAF

Ani ölümün kıyısındaki tüm ICD hastalarına ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Akademik çalışma hayatımda ve araştırmamın her aşamasında değerli katkıları, olumlu yönlendirmeleri ile kendisinden çok şey öğrendiğim danışmanım, hocam Sayın Prof. Dr. Nuray ENÇ'e,

Değerli katkıları ile araştırmam süresince büyük desteklerini gördüğüm tez izleme jürisi hocalarım Sayın Prof.Dr. Sevim BUZLU ve Sayın Prof. Dr. Ahmet Kaya BİLGE'ye,

Araştırmamın istatistiklerinde büyük yardımlarını gördüğüm, bilgisini ve görüşlerini sabırla aktaran Sayın Doç.Dr. Arif ÖZER'e,

Uzman görüşüne başvurduğum değerli hocalarım ve meslekdaşlarıma,

Eğitimim sırasında bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen değerli hocalarım; Doç.Dr. Gülbeyaz CAN, Yard.Doç.Dr. Zeliha TÜLEK'e,

Yardımlarını ve desteğini esirgemeyen Yard.Doç.Dr. Hilal UYSAL'a,

Her zaman yanımda olan ve bana destek veren sevgili arkadaşım MScN.Aslı BALCI'ya (özellikle veri toplama aşamasındaki yardımları için),

Veri toplama aşamasında bana destek olan İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı çalışanlarına,

Tez çalışmamda değerli zamanlarını ayırarak katılan ICD hastalarına,

Tüm yaşamım boyunca sevgi ve destekleriyle yanımda olan değerli annem babam ve kardeşlerime;

Sabır ve anlayışla her zaman beni destekleyen sevgili eşim Uğur ALKAN'a ve ailesine,

“Anne dersin bitti mi?” diyerek beni bekleyen, hayattaki en değerli armağanım canım kızım Ayşenaz ALKAN'a,

Çalışmamda emeği geçen herkese en içten dileklerimle teşekkür ederim.

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje No: 25372

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	X
ŞEKİLLER LİSTESİ	Xİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİİİ
ÖZET	XİV
ABSTRACT.....	XV
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. İmplant Edilebilen Kardioverter Defibrilatörler	4
2.1.1. ICD Bileşenleri	5
2.2. ICD'in Endikasyonları	6
2.3. ICD İmplantasyon Tekniği ve Programlama	9
2.4. ICD İmplantasyonunun Komplikasyonları	11
2.5. ICD Hastalarının Düzenli Takibi	12
2.5.1. ICD Tedavisi (Şok) Alan Hastanın Kontrolü.....	14
2.6. ICD Hastalarında Yaşam Şekli Değişiklikleri	15
2.7. ICD Hastalarında Psikososyal Faktörler	16
2.8. ICD İmplantasyonu Uygulanan Hastaların Hemşirelik Bakımı	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	30
3.2. Araştırma Soruları.....	30
3.3. Araştırmanın Hipotezleri	30
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	31
3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi / Araştırma Grubunun Özellikleri.....	31
3.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	31
3.7. Verilerin Toplanması	32

3.8. Veri Toplama Araçları	34
3.8.1. Genel Bilgi Formu	34
3.8.2. Florida Hasta Kabullenme Ölçeği.....	34
3.8.3. ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri Ölçekleri..	35
3.8.4. Florida Şok Anksiyete Ölçeği	35
3.8.5. Genel Öz Yeterlilik Ölçeği	35
3.8.6. Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği.....	36
3.8.7. Beck Anksiyete Ölçeği.....	36
3.9. Florida Hasta Kabullenme Ölçeği, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri Ölçekleri ile Florida Şok Anksiyete Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği	37
3.9.1. Florida Hasta Kabullenme Ölçeği, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri Ölçekleri ile Florida Şok Anksiyete Ölçeği'nin Geçerliliği....	37
3.9.1.1. Dil ve Kapsam Geçerliliği.....	37
3.9.1.2. Yapı geçerliliği	38
3.9.1.3. Ölçüt geçerliliği.....	43
3.9.2. Florida Hasta Kabullenme Ölçeği, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri Ölçekleri ile Florida Şok Anksiyete Ölçeği'nin Güvenirliği...	45
3.10. Verilerin Analizi	46
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	47
4. BULGULAR.....	48
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalık ile İlgili Özelliklerin Dağılımı	48
4.2. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Florida Hasta Kabullenme, Florida Şok Anksiyete, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri Düzeyleri.....	51
4.2.1. ICD Hastalarının Cinsiyetlerine Göre Florida Hasta Kabullenme, Florida Şok Anksiyete, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri Düzeyleri.....	51
4.2.2. ICD Hastalarının Yaşlarına Göre Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeyleri.....	53
4.2.3. ICD Hastalarının Öğrenim Düzeylerine Göre Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri Florida Şok Anksiyete Düzeyleri.....	54

4.2.4. ICD Hastalarının Medeni Durumlarına Göre Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeyleri.....	56
4.2.5. Hastalarının Meslek Gruplarına Göre Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeyleri.....	57
4.2.6. Hastalarının Ekonomik Durumlarına Göre Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeyleri.....	60
4.2.7. Hastalarının Yalnız/Aile ile Yaşama Durumlarına Göre Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeyleri.....	61
4.3. Hastalık ile İlgili Değişkenlere Göre Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeyleri.....	62
4.3.1. Hastalarının Önceden Kalp Krizi Geçirme Durumlarına Bağlı Olarak Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeyleri.....	62
4.3.2. Hastalarının Önceden Kalp Durması Yaşama Durumlarına Bağlı Olarak Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeyleri.....	63
4.3.3. ICD Hastalarının ICD Takılış Süresine Bağlı Olarak Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeyleri.....	64
4.3.4. ICD Hastalarının ICD Şokuna Maruz Kalma Durumlarına Bağlı Olarak Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeyleri.....	66
4.3.5. ICD Hastalarının En Son ICD Şokuna Maruz Kalma Zamanlarına Bağlı Olarak Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Sonuç Düzeyleri.....	67
4.3.6. ICD Hastalarının ICD Şokuna Maruz Kalma Sıklıklarına Bağlı Olarak Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeyleri.....	68
4.3.7. ICD Hastalarının ICD Takılma Nedenlerine Bağlı Olarak Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeyleri.....	70

5. TARTIŞMA	72
5.1. Florida Hasta Kabullenme Ölçeği, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri Ölçekleri ile Florida Şok Anksiyete Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması	72
5.1.1. Dil ve Kapsam Geçerliği	72
5.1.2. Yapı geçerliği	73
5.1.3. Ölçüt geçerliği	79
5.1.4. Güvenirlik	81
5.2. Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeyleri ve Bu Parametrelerin Sosyo-Demografik ve Hastalık ile İlgili Değişkenlerle İlişkisinin Tartışılması	82
5.2.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması	83
5.2.2. Hastaların Hastalık ile Değişkenlere Göre Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması	88
KAYNAKLAR	95
FORMLAR	113
ETİK KURUL KARARI	127
ÖZGEÇMİŞ	128

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: ICD İmplantasyonu Endikasyonları.....	8
Tablo 2-2: ICD İmplantasyonunun Komplikasyonları	12
Tablo 2-3: ICD Hastasının Eğitim Konuları.....	25
Tablo 3-1. ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri Ölçekleri Madde Faktör Yükleri.....	42
Tablo 3-2: FHKÖ, FŞAÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, STAI- TX1, STAI-TX2 ve Beck Anksiyete Ölçekleri Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları	44
Tablo 3-3: FHKÖ, FŞAÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, STAI- TX1, STAI-TX2 ve Beck Anksiyete Ölçeğinin Cronbach Alfa Katsayıları	45
Tablo 4-1: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı	49
Tablo 4-2: Hastaların Hastalık ile İlgili Değişkenler Dağılımı.....	50
Tablo 4-3: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ'den Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri	51
Tablo 4-4: Cinsiyetlerine Göre Hastaların FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD ve FŞAÖ Puanlarının Çoklu Tek Yönlü ANOVA Sonuçları	52
Tablo 4-5: Hastaların Yaş Gruplarına Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ'den Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri	53
Tablo 4-6: Yaş Gruplarına Göre Hastaların FHKÖ, FHKÖ ve SB-ICD, FŞAÖ Puanlarının Çoklu Tek Yönlü ANOVA Sonuçları	54
Tablo 4-7: Hastaların Öğrenim Düzeylerine Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ'den Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri	55
Tablo 4-8: Hastaların Medeni Durumlarına Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ'den Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri	56
Tablo 4-9: Hastaların Mesleklerine Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ'den Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri	57
Tablo 4-10: Mesleklerine Göre Hastaların FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ Puanlarının Çoklu Tek Yönlü ANOVA Sonuçları	58
Tablo 4-11: Mesleklerine Göre Hastaların FHKÖ ve ÖE-ICD Puanlarının Tukey HSD Sonuçları.....	59

Tablo 4-12: Hastaların Ekonomik Durumlarına Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ'den Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri.....	60
Tablo 4-13: Hastaların Kim ile Yaşadıklarına Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ'den Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri.....	61
Tablo 4-14: Hastaların Kriz Yaşama Durumlarına Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ'den Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri.....	62
Tablo 4-15: Hastaların Kalp Durması Yaşamalarına Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ'den Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri.....	63
Tablo 4-16: Hastaların ICD Takılma Zamanına Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ'den Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri.....	65
Tablo 4-17: Hastaların ICD Şokuna Maruz Kalmalarına Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ'den Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri.....	66
Tablo 4-18: ICD Şokuna Maruz Kalmalarına Göre Hastaların FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ Puanlarının Çoklu Tek Yönlü ANOVA Sonuçları	67
Tablo 4-19: Hastaların ICD Şokuna En Son Maruz Kalma Zamanlarına Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ'den Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri	68
Tablo 4-20: Hastaların ICD Şokuna Maruz Kalma Sıklığına Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ'den Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri.....	69
Tablo 4-21: ICD Şokuna Maruz Kalma Sıklığına Göre Hastaların FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ Puanlarının Çoklu Tek Yönlü ANOVA Sonuçları.....	70
Tablo 4-22: Hastaların ICD Takılma Nedenlerine Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ'nden Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri.....	71

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Anksiyete Bozukluğu ve Ani Ölüm Arasındaki İlişki	22
Şekil 3-1 : Ölçeklerin Geçerlik Güvenirlik Çalışmasının Aşamaları	33
Şekil 3-2: Florida Hasta Kabullenme Ölçeğinin Ölçüm Modeli	38
Şekil 3-3: ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri Ölçekleri Ölçüm Modeli	40
Şekil 3-4: Florida Şok Anksiyete Ölçeği Ölçüm Modeli.....	43

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ACCF: American College of Cardiology Foundation (Amerikan Kardiyoloji Koleji Vakfı)

AHA: American Heart Association (Amerikan Kalp Derneği)

AMİ: Akut Miyokart İnfarktüsü

ARVD: Arrhythmogenic Right Ventricular Dysplasia (Aritmojenik Sağ Ventrikül Displazisi)

ASV: Average Shared Squared Variance (Ortak Yapısal Kovaryans Kareler Ortalaması)

AVE: Average Variance Extracted (Ortalama Varyans)

CFI: Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)

FHKÖ: Florida Hasta Kabullenme Ölçeği

FŞAÖ: Florida Şok Anksiyete Ölçeği

GA: Güven Aralığı

HRS: Heart Rhythm Society (Kalp Ritmi Birliği)

ICD: İmplant Edilebilen Kardiyoverter Defibrilatör

KMP: Kardiyomiyopati

MSV: Maximum shared squared variance (Ortak En Büyük Yapısal Kovaryans Karesi)

NYHA-FK: New York Heart Association - Functional Capacity (New York Kalp Derneği - Fonksiyonel Kapasite)

ÖE-ICD: ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Ekililik

RMSEA: Root Mean Square Error Of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Kare Kökü)

SB-ICD: ICD İmplantasyonundan Sonra Sonuç Beklentileri

SRMR: Standardized Root Mean Square Residual (Standardize Ortalama Hataların Karekökü)

SVEF: Sol Ventrikül Ejeksiyon Fraksiyonu

TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri

VF: Ventrikler Fibrilasyon

VT: Ventriküler Taşikardi

ÖZET

Alkan, H. (2014). İmplant Edilebilen Kardiyoverter Hastalarında Psikososyal Faktörlerin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD. Doktora Tezi. İstanbul.

Bu araştırma İmplant Edilebilen Kardiyoverter Defibrilatör (ICD) implantasyonu uygulanan 180 hastanın psikososyal durumlarını ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapıldı. Veriler genel bilgi formu, Florida hasta kabullenme ölçeği, ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçekleri ve Florida şok anksiyete ölçeği ile ölçüt geçerliği için genel öz yeterlilik ölçeği, durumluk ve sürekli kaygı ölçeği ve Beck anksiyete ölçeği ile toplandı. Florida hasta kabullenme ölçeği, ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçekleri ile Florida şok anksiyete ölçeğinin geçerlik güvenirlik çalışmalarını yapıldı. Veriler doğrulayıcı ve betimleyici faktör analizi, Cronbach alfa katsayısı, Pearson korelasyon katsayısı, tek yönlü gruplar arası çok değişkenli varyans analizi (One-way between groups of MANOVA), çoklu tek yönlü F testi (Multiple Univariate between subject effect test), Wilks λ , Pillai Trace testi, Tukey HSD testi ile değerlendirildi ve Bonferroni düzeltmesi yapıldı. Florida hasta kabullenme ölçeği, ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçekleri ve Florida şok anksiyete ölçeği geçerli ve güvenilir ölçeklerdir. ICD implantasyonu uygulanan erkek hastalarda cihazı kabullenme düzeyi ve öz etkililiği kadınlardan daha yüksektir. Kadınlar ise erkeklere göre daha fazla şok anksiyete yaşamaktadır. Daha genç hastalar daha fazla şok anksiyete yaşamaktadır. Daha önce ICD şokuna maruz kalan hastaların şok anksiyete düzeyi ICD şokuna maruz kalmayan hastalara göre daha yüksektir. Hastaların daha önce kalp krizi ve kardiyak arrest geçirme durumu ile ICD'nin takılış süresi hastaların kabullenme düzeyi, öz etkililik ve sonuç beklentileri ile şok anksiyete düzeyini etkilememektedir. Hastaların cihazı kabullenme düzeyi ve öz etkililik düzeyi azaldıkça şok anksiyete düzeyi artmaktadır. Araştırma bulgularına dayanarak ICD hastalarının psikososyal açıdan değerlendirilerek cihazı kabullenme, öz etkililik düzeylerini yükseltecek, şok anksiyete düzeylerini azaltacak girişimlerin yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: İmplant edilebilen kardiyoverter defibrilatör, psikososyal, kabullenme, öz etkililik, şok anksiyete

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje No: 25372

ABSTRACT

Alkan, H. (2014). Examining the psychosocial factors of patients with implantable cardioverter defibrillators. İstanbul University, Institute of Health Science, Medical Nursing Department. Doctoral Thesis. İstanbul.

The present study has been conducted to investigate psychosocial status of 180 patients who underwent implantable cardioverter defibrillation (ICD) implantation and affecting factors in question. To collect data, general information form, The Florida patient acceptance survey, Self-efficacy expectations and outcome expectations after ICD implantation scales, The Florida shock anxiety scale, and also General self-efficacy scale, The State-Trait anxiety inventory and Beck anxiety scale for validity of scales were used. Validity studies of The Florida patient acceptance survey, Self-efficacy expectations and outcome expectations after ICD implantation scales, The Florida shock anxiety scale were carried out. Gathered data were assessed through confirmatory and descriptive factor analysis, Cronbach Alpha Coefficient, Pearson Correlation Coefficient, the one-way multivariate analysis of variance (one-way MANOVA), Multiple Univariate ANOVA between subject effect test, Wilks λ , Pillai Trace test, Tukey HSD test and its Bonferroni adjustment was done. It was found out that the Florida Patient Acceptance Survey, Self-efficacy expectations and outcome expectations after ICD implantation scales and the Florida shock anxiety scale are valid and reliable instruments. Men who were subjected to ICD implantation were reported to demonstrate higher levels of acceptance for the device and self-efficacy than their female counterparts. However, female patients were reported to experience more shock anxiety. The younger patients suffered from more shock anxiety. The level of shock anxiety of the patients who were subjected to ICD shock in the past is found to be higher than those who were not. Research findings also indicate that the status of experiencing a heart attack and cardiac arrest as well as duration of ICD connection to the body have no impact on patients' acceptance level, self-efficacy, result expectations and shock anxiety level. The lower patients' acceptance of the device and self-efficacy levels get, the higher shock anxiety levels become. In the light of the study findings, it is recommended that relevant initiatives that increase ICD patients' level of acceptance of the device and self-efficacy by assessing their psychosocial well-being and reduce shock anxiety levels be taken.

Key Words: Implantable cardioverter defibrillation, psychosocial, acceptance, self-efficacy, shock anxiety.

The present work was supported by the Research Fund of İstanbul University. Project No. 25372

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlıklı bireylerde veya stabil kalp hastalığı bulunan bir kişide akut semptomları takiben bir saat içerisinde efektif dolaşımın durması ve şuur kaybı ile gelişen ölüme ani kardiyak ölüm denilmektedir. Ani kardiyak ölüm vakalarının çoğundan ventriküler taşikardi veya ventriküler fibrilasyon sorumludur. Ventriküler fibrilasyondan kurtulma ve yaşama dönme ihtimalini belirleyen en önemli faktör kardiyak arrest ile defibrilasyon uygulaması arasında geçen zamandır. ICD'ler devamlı ventriküler taşikardi veya ventriküler fibrilasyona bağlı ani kardiyak ölümü önlemek için geliştirilmiş olan cihazlardır. Bu cihazlar yeterince küçük ve hafif olduğu için pektoral bölgeye adale veya cilt altına implante edilmektedir. Cihazın kendi de aktif elektrot özelliğindedir, bifazik şok verme imkanı vardır ve transvenöz elektrotlar kullanılmaktadır. Ventriküler taşidisritmilerin tedavisi, programlı uyarılar, düşük ya da yüksek enerjili kardiyoversiyon ve defibrilasyon ile mümkün olmaktadır (Topol 2005; Oto ve ark. 2006; Adalet 2013; Vural ve Acar 2013).

ICD'nin uyguladığı tedavi türüne göre, hastaların bu esnada hissettikleri de farklılık gösterir. Antitaşikardik (taşikardi sonlandırıcı) uyarımları çoğu hasta hissetmez. Hisseden az sayıdaki hasta da, uyarımları acısız olarak tanımlamıştır. ICD'nin uyguladığı kardiyoversiyon şokunu 'kalbin güm güm atması' olarak tanımlar ve hafif bir rahatsızlıkla ilişkilendirilir. Bazı insanlar ventriküler fibrilasyon oluştuğunda bilinçlerini yitirir, bu nedenle de bu şoku aldıklarının farkında olmazlar. Bir defibrilasyon şoku sırasında uyanık olan hastalarsa 'göğse atılan bir tekme' olarak tanımlar (Sola 2005; Moser ve Riegel 2008).

ICD implantasyonu uygulanan hastalar, cihaza uyum sağlarken bazı zorluklarla karşılaşabilirler (Burns ve ark. 2005). Yapay bir cihazın bedende yaşam boyu kalması, sık kontrollerin gerekliliği, ICD fonksiyonunun bozulacağı ve ICD olmadan kalplerinin çalışmayacağı korkusu, her an ICD'nin şok vereceği hissi ICD hastalarında korku, güçsüzlük, kaygı, stres, anksiyete, depresyon gibi psikososyal sorunlara neden olmaktadır (White 2002; Kamphuis ve ark. 2003; Shaffer 2002; Burns ve ark. 2005; Vazquez ve ark. 2008; Sears ve ark. 2009; Spindler ve ark. 2009; Magyar-Russell ve ark. 2011; James ve ark. 2012; Morken ve ark. 2012). Disritmiye bağlı olarak gelişebilecek bilinç bulanıklığında kendisine ve çevresine zarar verme ihtimaline karşı

araba kullanmanın kısıtlanması gibi güvenlik önlemleri de hastada psikososyal sorunlara neden olmaktadır (Shea 2004). Yaşanan bu psikososyal sorunlar hastanın cihazı kabullenme düzeyini etkilemektedir (Pedersen ve ark. 2008a).

Öz etkililiğin artırılması davranış değişikliği oluşturmada önemli bir kavramdır. Öz etkililik, kalp ile ilgili yaşam biçimi değişikliklerini, motivasyon seviyesini ve stresli durumlarda duygusal tepki performansını etkilemektedir. ICD hastalarında özel davranış değişiklikleri gerekmektedir ve bu hastalarda öz etkililiğin geliştirilmesi davranış değişikliği oluşturmada önemli bir etkidir (Dougherty ve ark. 2007) .

ICD'si olan hastalarda yaşanan psikososyal sorunlar önemli fizyolojik sorunlara neden olmaktadır. Mental olarak stresli olan ve önemli duygusal sorunlar yaşayan kişilerde ölümcül disritmiler ve ani kardiyak ölümler arasında bağlantı bulunmaktadır. Korku ve öfke ventriküler erken atımlara, ventriküler taşikardi ve ventriküler fibrilasyon dahil olmak üzere hem benign hem de ölümcül disritmilere yol açabilmektedir. (Fries ve ark. 2002; Aslanger ve Şirinoğlu 2008).

ICD hastalarında, yüksek oranda görülen psikososyal sorunların tanınmasında ve yönetiminde bütüncül yaklaşım, hastanın başatma gücünün ve yaşam kalitesinin artması için önemlidir. Tedavi ve bakım ekip anlayışı içinde sürdürülmelidir.

Yurt dışında ICD hastalarının psikososyal parametrelerini inceleyen bir çok çalışmada mevcuttur. Friedmann ve arkadaşlarının ICD hastalarında yapmış olduğu çalışmada anksiyete ve depresyonun yüksek olduğu ve yaşam kalitesini anlamlı derecede olumsuz etkilediği saptanmıştır (Friedmann ve ark. 2006). Yapılan diğer çalışmalarda hastaların ölüm anksiyetesi (Vazquez ve ark. 2008), beden imajı kaygıları (Vazquez ve ark. 2008) ve stres durumları (Sears ve ark. 2009) yüksek bulunmuştur. ICD hastalarına başarılı tıbbi ve psikososyal bakım mortalite ve morbiditeyi azaltır (Cowan ve ark. 2001; Pedersen ve ark. 2007; Sears ve ark. 2009); hastaya yapılacak uygun psikososyal girişimler ise hastada psikososyal sorunların görülme oranlarını azaltmaktadır (Frizella ve ark. 2004; Dougherty ve ark. 2005; Dunbar ve ark. 2005; Frieztche ve ark. 2007; Sears ve ark. 2007; Kuhl ve ark. 2009; Lewin ve ark.2009; Morken ve ark. 2012).

Yurt dışında yapılan çalışmalarda ICD'li hastalarda psikososyal faktörleri değerlendirmek amacıyla çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Bunlar: şok anksiyete düzeyini belirleme amacıyla Florida şok anksiyete ölçeği (Kuhl ve ark. 2006), öz etkililiği ve

sonuç beklentilerini değerlendirmek amacıyla ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçekleri (Dougherty ve ark. 2005) geliştirilmiştir. Ayrıca Florida hasta kabullenme ölçeğinin ICD hastaları için geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır (Burns ve ark. 2005). Pedersen ve arkadaşları (2008a) tarafından Danimarka’da, Kochańska ve ark. (2008) tarafından Polonya’da, Versterg ve arkadaşları tarafından 2012 yılında Hollanda’da ICD hastaları ile geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış ve çeşitli çalışmalarda (Groeneveld ve ark. 2007; Shiyovich ve ark. 2007; Splinder ve ark. 2009; Birnie ve ark.2009; James ve ark. 2012; Udlis 2013; Wilson 2013; Ford ve ark. 2014; Starrenburg ve ark. 2014) ölçek hastaların cihazı kabullenme düzeyini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Florida şok anksiyete ölçeği Amerika Birleşik Devletleri (Kuhl ve ark. 2006; Sowell 2007; Vazquez ve ark. 2008; Kuhl ve ark. 2009; Vazquez ve ark. 2010; Carroll 2012; James ve ark. 2012; Udlis 2013; Ford ve ark. 2014), Kanada (Keren ve ark. 2008), Avustralya’da (Vazquez ve ark. 2008), İngiltere’de (Marshall 2012), Norveç (Wilson ve ark. 2012) ve Hollanda’da (Starrenburg ve ark. 2014) ICD hastaların şok anksiyete düzeylerini belirlemek için kullanılmış, Çin’de geçerlik ve güvenirlik çalışması (Chair ve ark. 2011) yapılmış, ayrıca Ford ve arkadaşları tarafından 2012 yılında büyük ölçekli bir araştırma ile geçerlik ve güvenirliği tekrarlanmıştır.

Ülkemizde ICD hastalarında psikososyal parametreleri inceleyen birkaç çalışma bulunmaktadır (Bilge ve ark. 2006; Cinar ve ark. 2013). Bu çalışmalarda hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri genel hasta popülasyonunda kullanılan ölçeklerle, diğer bir çalışmada ise kalitatif yöntemle (Mert ve ark. 2012) hastaların ICD’ye ilişkin yaşadığı deneyimleri araştırılmıştır. Bu nedenle bu çalışmada Florida hasta kabullenme ölçeği, ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçekleri ile Florida şok anksiyete ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılarak, ICD hastalarının psikososyal durumları ve etkileyen faktörler incelendi.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İmplant Edilebilen Kardioverter Defibrilatörler

Daha önce sağlıklı olan veya stabil kalp hastalığı olan bir kişide akut belirtileri takiben bir saat içerisinde efektif dolaşımın durması ve şuur kaybı ile gelişen ölüme ani kardiyak ölüm denilmektedir. Gelişmiş ülkelerde kardiyovasküler hastalıklar, bunların arasında da ani ölümler en önemli ölüm nedenidir (Adalet 2013).

Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 300000 kişi ani ölüm nedeni ile kaybedilmektedir. Kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin %65'ini ani kardiyak ölüm oluşturmaktadır (Roger ve ark. 2012). 1993-2006 yılları arasında Amerika Birleşik devletlerinde 0.8 milyon kişiye ICD implantasyonu uygulanmıştır (Kurtz ve ark. 2010). 2013 TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri) çalışmasının verilerine göre ülkemizde yılda 55 bin kişi hastane dışında aniden kaybedilmektedir. (Onat 2013).

Genel popülasyon içinde ani kardiyak ölüm riski nispeten düşüktür. Koroner arter hastalığı riski olanlarda (dislipidemi, sigara, hipertansiyon vb.), koroner kalp hastalığı olanlarda, kalp yetersizliğine bağlı olarak sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %35'in altında olanlarda, yaşama döndürülmüş kardiyak arrest hikayesi bulunanlarda, miyokart infarktüsü sonrasında ejeksiyon fraksiyonunun belirgin düşmesi (ejeksiyon fraksiyonu $\leq$ %35) ile birlikte taşikardi gelişenlerde risk artmaktadır (Adalet 2013).

Ani kardiyak ölümlerin %80-85'inden ventriküler disritmiler sorumludur. En sık olarak ventriküler fibrilasyona dönüşen hızlı monomorfik ventriküler taşikardi saptanır. Daha seyrek olarak ani kardiyak ölüm doğrudan polimorfik ventriküler taşikardi/ventriküler fibrilasyon sonucu ortaya çıkar. Ventriküler fibrilasyondan kurtulma ve yaşama dönme ihtimalini belirleyen en önemli faktör kalp durması ile defibrilasyon uygulaması arasında geçen zamandır. ICD'ler devamlı (sustained) ventriküler taşikardi veya ventriküler fibrilasyona bağlı ani kardiyak ölümü önlemek için geliştirilmiş cihazlardır (Oto ve ark. 2006; Adalet 2013).

Hayatı tehdit eden ventriküler taşidisritmiler tekrar ortaya çıkabilmektedir (Adalet 2013). Yapılan çalışmalarda sürekli ventriküler taşikardi ve ventriküler fibrilasyonu düzeltmede ICD'lerin etkili olduğu ve mortaliteyi azalttığı kanıtlanmıştır (Connolly ve ark. 2000; Gold ve Nisam 2000; Kuck ve ark. 2000; Moss ve ark. 2002; Wever ve ark. 1995).

Mirowski ve arkadaşlarının insanda ilk ICD implantasyonu 1980 yılında gerçekleştirilmesi ile başlayan ICD ile tedavi süreci günümüze kadar jeneratör ve elektrot tel teknolojisindeki gelişmelere bağlı olarak birçok evreden geçmiştir. İlk 10 yılda ICD'lerin hemen hemen tamamı kardiyovasküler cerrahi ile açık torakotomi gerektiren epikardiyal elektrot tel sistemleri kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Epikardiyal yaklaşım, çoğu kötü sol ventrikül fonksiyonu olan ICD adayı hastalarını torakotomi işlemine maruz bırakması ve hastanede kalış süresini belirgin olarak uzatması nedeniyle yüksek bir maliyet ile uygulanmakta; daha da önemlisi kabul edilemeyecek kadar yüksek oranlarda komplikasyonlara yol açmaktaydı. 1980'li yılların sonu 1990'lı yılların başından itibaren transvenöz lead sistemlerinin kullanılmaya başlanması ile ICD implantasyonunun perioperatif mortalite ve morbidite oranı önemli oranda azalmıştır. Jeneratör boyutundaki belirgin küçülmeler sayesinde abdominal implantasyonunun yerini pektoral implantasyon almıştır. Elektrot tel teknolojisindeki gelişmeler subkutan patch uygulamasını büyük oranda gereksiz hale getirmiştir. Günümüzde ICD'ler küçük, yerleştirilmesi kolay ve çok yönlü hale getirilmişlerdir (Oto ve ark. 2006; Pinski ve Chen 2002; Proehl 2009; Iaizzo 2009; Tsiperfal ve ark. 2011).

2.1.1. ICD Bileşenleri

ICD sisteminin bileşenleri; elektronik devrelerin, güç kaynaklarının ve belleğin yer aldığı nabız jeneratörü ile kalp yüzeyindeki elektrot sisteminden oluşur. ICD jeneratörlerinin önemli bileşenleri arasında mikroişlemci, sistemin çeşitli alt bölümleri arasındaki ilişkiyi düzenlemektedir. Sadece okunabilir bellekte aletin genel fonksiyonel özelliklerini belirleyen talimatlar yer alır ve kişiselleştirilmiş program ile tanısal bilgiler ise rastgele ulaşılan yan bellekte depolanır. Lityum/gümüş vanadyum oksit piller ile güç kaynağı sağlanır. Günümüzdeki jeneratörlerin tahmin edilen dayanma süresi, modele ve aktivasyon sıklığına bağlı olarak değişmektedir ve ortalama ömrü 5 yıldır. Pacing ve yüksek debi bölümleri, 1 V'dan az (pacing için) ve 750 V (defibrilasyon için) arasında değişen araç deşarjlarına piller tarafından sağlanan 3V'yi 10 V'ye dönüştürürler. Pacing dalgalarının iletilebilmesi için gerekli devre yapısı, standart bradikardi pacemakerlerinde bulunan ile benzerdir ve kapasitörler tarafından yüksek voltajlı dalgalar sağlanır. Piller ve kapasitörler tarafından mevcut araçların hacminin üçte ikisi kaplanır. Algı güçlendirici bölüm, gücünde değişiklik olabilen (sinüs ritminden ventriküler fibrilasyona) sürekli olarak intrakardiyak ventriküler depolarizasyon

sinyaline uyum sağlarken aynı zamanda anlamlı derecede sinyal azalmasına ve T dalgaları ya da ekstra kardiyak parazitlerin fazla algılanmasına engel olur. Bu adaptasyon, eşiğin elde edilmesi ya da algılanmasının ayarlanması ile elde edilir. İletişim bölümü, ICD'nin yerleşik programcı ile bilgilerini değiş tokuş etme olanağı sağlar (Pinski ve Chen 2002; Tsiperfal ve ark. 2011).

Günümüzde kullanılan ICD'ler ile bifazik şoklar uygulanmaktadır (atımda zıt polaritenin iki fazı bulunmaktadır). Bu dalga formu daha önceki monofazik dalga formu ile karşılaştırıldığında defibrilasyon için gerekli enerji ihtiyaçlarını belirgin biçimde azaltmaktadır (Pinski ve Chen 2002). ICD cihazları defibrilasyon özelliğinin yanında anti bradikardik pacing, düşük veya düşük enerjili kardiyoversiyon ve programlı anti-taşikardik pacing yapma özellikleri de taşımaktadır. Bu suretle ICD cihazları ventriküler taşikardi oluştuğunda anti taşikardik pacing, etkili olmazsa düşük enerji ile kardiyoversiyon, ventriküler fibrilasyon oluştuğunda ise saniyeler içerisinde defibrilasyon ile sinus ritmini sağlamaktadır. (Tsiperfal ve ark. 2011; Adalet 2013).

2.2. ICD'in Endikasyonları

Ani kardiyak ölüm hastaların %33 ile %50'sinde kalp hastalığının ilk belirtisidir. Koroner kalp hastalığı ani kardiyak ölüme yol açan kalp hastalıkları içinde ön plandadır ve bütün ani kardiyak ölümlerin yaklaşık %75'inden sorumludur. Geriye kalan vakalarda ölüm nedenleri kardiyomiyopatiler ve kalbin birincil elektriksel hastalıklardır. Ani kardiyak ölümlerin %80-85'inden ventriküler disritmiler sorumludur. En sık olarak ventriküler fibrilasyona dönüşen hızlı monomorfik ventriküler taşikardi saptanır. Daha seyrek olarak ani kardiyak ölüm doğrudan polimorfik ventriküler taşikardi / ventriküler fibrilasyon sonucu ortaya çıkar (Oto ve ark. 2006).

Altta yatan yapısal kalp hastalıklarında ventriküler taşikardi ve ventriküler fibrilasyona bağlı kardiyak arrest sonrası resüsitasyon uygulanan hastalarda ikincil korumada ICD'nin disritmik ilaçlardan daha üstün olduğu ortaya konmuştur (Oto ve ark. 2006; Vural ve Acar 2013).

Gençlerde, atlet ve sporcular da dahil olmak üzere gözlenen ani ölüm olaylarının nedeni sıklıkla hipertrofik kardiyomiyopatidir. Bu durumda ani ölümün en yaygın mekanizması ventriküler taşidisritmilerdir. Daha önce asemptomatik olanlarda hastalığın ilk belirtisi ani ölüm olabilir. Yüksek risk taşıyan hipertrofik

kardiyomiyopatili hastalarda ICD implantasyonu ani ölüm oranını azaltmak için seçilen tedavidir. (Oto ve ark. 2006; Hayes ve ark. 2013, Vural ve Acar 2013).

Aritmojenik sağ ventrikül displazi bazı hastalarda konjestif kalp yetersizliği ve ventriküler disritmilere neden olabilir. Disritmik tedaviler sıklıkla yetersiz kalır ve ICD implantasyonu uygulanır. Devamlı (sustained) ventriküler taşikardi ve ventriküler fibrilasyonun görüldüğü genetik sendromlar; uzun QT sendromu, Brugada sendromu, idiyopatik ventriküler fibrilasyondur. Uzun QT sendromları polimorfik ventriküler taşikardiye yol açma eğiliminde olan bir seri elektrofizyolojik bozuklukla karakterizedir. İlaç tedavisine karşın tekrarlayan senkop, sürekli ventriküler disritmi veya ani kardiyak ölüm ortaya çıkan uzun QT vakalarında ICD implantasyonu önerilmektedir. Senkop ve/veya ailede ani kardiyak ölüm hikayesi olan ve Elektrokardiyografide V1-V3 arasında ST segment elevasyonu ile birlikte sağ dağ bloğu olan hastalarda Brugada sendromu vardır. Ventriküler fibrilasyon insidansının yüksek olmasından dolayı Brugada sendromunda ICD tedavisi önerilmektedir (Oto ve ark. 2006; Hayes ve ark. 2013, Vural ve Acar 2013).

ICD implantasyonu ani kardiyak ölümden kurtarılan hastalarda ikincil koruma olarak ve ani kardiyak ölüm geçirmemiş ancak yüksek risk taşıyan bazı hasta gruplarında birincil koruma olarak uygulanır (Oto ve ark. 2006; Hayes ve ark. 2013, Vural ve Acar 2013). American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines ACCF/AHA/HRS 2012 (Güncellenen ACCF/AHA/HRS 2008 Guideline)'ye göre ICD endikasyonları tablo 2.1.'de özetlenmiştir.

Tablo 2-1: ICD Implantasyonu Endikasyonları

Endikasyon sınıfı	Endikasyon
Sınıf 1	- Geriye döndürülebilir nedenlere bağlı olma ihtimali elimine edilen, ventriküler fibrilasyon veya hemodinamik olarak tolere edilemeyen unstable sürekli (sustained) ventriküler taşikardiye bağlı gelişen kardiyak arrest sonrası yaşayan hastalar - Hemodinamik olarak stabil ya da unstable olmasına bağlı olmaksızın, yapısal kalp hastalığı zemininde gelişen spontan sürekli ventriküler taşikardi - Nedeni belli olmayan senkop yaşayan hastalarda, elektrofizyolojik inceleme sırasında hemodinamik olarak tolere edilemeyen ventriküler taşikardi yada ventriküler fibrilasyonun oluşturulması - AMİ'den en az 40 gün sonra, SVEF$\leq$%35 ve NYHA-FK'si sınıf 2-3 olan hastalar - SVEF$\leq$%35 ve NYHA-FK'si sınıf 2-3 olan non-iskemik dilate dilate KMP'li hastalar - AMİ'den en az 40 gün sonra, SVEF$\leq$%30 ve NYHA-FK'si sınıf 1 olan hastalar - Eski MI, sürekli olmayan ventriküler taşikardi ve EF$<$%40 olan hastalarda, EFT'de ventriküler fibrilasyon veya sürekli ventriküler taşikardi oluşturulması
Sınıf 2a	- Nedeni belli olmayan senkop, belirgin sol ventrikül disfonksiyonu ve non iskemik dilate KMP - Normal ya da normale yakın ventrikül fonksiyonu olan hastalarda sürekli ventriküler taşikardi - Ani ölüm açısından ≥ 1 risk faktörü olan hipertrofik KMP'li hastalar - Ani ölüm açısından ≥ 1 risk faktörü olan ARVD'li hastalar - Betabloker alınmasına rağmen senkop ve/veya ventriküler taşikardisi olan uzun QT sendromlu hastalar - Hastane dışında kalp nakli için bekleyen hastalar - Senkop gelişen Brugada sendromlu hastalar - Kardiyak arrest ile sonlanmayan ventriküler taşikardi gelişen Brugada sendromlu hastalar - Betabloker alınmasına rağmen senkop ve/veya sürekli ventriküler taşikardi olan katekolaminerjik polimorfik ventriküler taşikardili hastalar - Kardiyak sarkoidoz, dev hücreli miyokardit veya Chagas hastalığı olan hastalar

Sınıf 2b	- $SVEF \leq \%35$ ve NYHA-FK'si Sınıf 1 olan non-iskemik kalp hastaları - Ani kardiyak ölüm için risk faktörü bulunan uzun QT sendromlu hastaları - İlerlemiş yapısal kalp hastalığı bulunanlar hastalarda, invazif ve noninvazif metodlarla senkopun kesin nedeninin belirlenememesi - Ani ölüme eşlik eden familyal kardiyomiyopati bulunan hastalar - Sol ventrikül "non-compaction"ı bulunan hastalar
Sınıf 3	- Kabul edilebilir bir fonksiyonel kapasitede yaşam beklentisi bir senenin altında olan hastalarda sınıf 1 , 2a veya 2b ICD endikasyonu olsa da ICD takılmamalıdır. - Kesintisiz ("incessant") ventriküler taşikardi veya ventriküler fibrilasyon - Cihazın implante edilemesini veya daha sonra hastanın düzenli takibini güçleştirecek aşikar psikiyatrik sorunların bulunması - Medikal tedaviye rağmen NYHA-FK'si sınıf IV'de olan ciddi konjestif kalp yetersizliği bulunan hastaların kalp transplantasyonu için aday olmamaları - Nedeni bilinmeyen senkop atakları gelişen ve organik kalp hastalığı bulunmayan kişilerde, elektrofizyolojik inceleme esnasında ventriküler taşidisritmilerin oluşturulamaması - Cerrahi olarak veya katater ablasyonu ile ortadan kaldırılabilir disritmilerin yol açtığı ventriküler taşikardi veya ventriküler fibrilasyon (Örneğin WPW sendromunda görülen atriyal disritmiler, sağ ventrikül veya sol ventrikül çıkış yolu taşikardisi, idiyopatik sol ventriküler taşikardi veya fasiküler ventriküler taşikardi) - Geçici veya reversibl (akut miyokart infarktüsünün ilk 24 saati, elektrolit dengesizliği, ilaçlara bağlı prodisritmi, travma) nedenlere bağlı ventriküler taşikardi'si bulunan hastalar

AMİ: Akut Miyokart İnfarktüsü, ARVD: Aritmojenik Sağ Ventrikül Displazisi, KMP:Kardiyomiyopati, SVEF: Sol Ventrikül Ejekdiyon Fraksiyonu, NYHA-FK: New York Kalp Derneği Fonksiyonel Kapasite. American College of Cardiology Foundation; American Heart Association Task Force on Practice Guidelines; Heart Rhythm Society 2012 ACCF/AHA/HRS Focused Update of the 2008 Guidelines for Device-Based Therapy of Cardiac Rhythm Abnormalities A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines J Am Coll Cardiol. 2013;61(3):6-75.

2.3. ICD İmplantasyon Tekniği ve Programlama

ICD'ler subklaviyan, aksiler ya da sefalik venler yoluyla implante edilirler. Algılama ve pacing için sağ ventriküler derivasyon kullanılır. Bu derivasyon içindeki bir bobin ile jeneratör kutusu arasında şoklar iletilir. Vena cava superior seviyesinde

ikinci bir bobin ile birleşen derivasyonlar tercih edilir. Çünkü ortaya çıkan iki yönlü şok vektörü ile defibrilasyon etkinliği arttırılmaktadır.

Jeneratör, pektoral bölgedeki cilt altı bir cebe implante edilir. Bununla birlikte cilt altı dokusu ince bir tabakadan oluşan hastalarda ise submüsküler bir düzlem kullanılır. Kalbe gelen venöz yolun daha düzgün olması ve daha tercih edilen bir şok vektörü olması nedeniyle sol taraf tercih edilir. Sinüs ritmi ve ventriküler fibrilasyon sırasında uygun pacing eşikleri ile yeterli düzeyde algılamanın oluşturulması için intraoperatif testler yapılır. Sistemin defibrilasyon kapasiteleri test edilir ve şok oluşturan derivasyon konfigürasyonu optimize edilir. Bu uygulama genellikle 5 ile 15 J arasında olan ventriküler defibrilasyon eşiğinin (indüklenen ventriküler fibrilasyonu sona erdiren minimum enerji) belirlenmesiyle başılır. Böylelikle vakaların büyük bölümünde defibrilasyon için yeterli bir güvenlik sınırı temin edilebilmektedir.

ICD'ler ventriküler taşikardileri programlanabilir hız ve süreç kriterlerine dayalı olarak tanımlarlar. Kardiyak depolarizasyon sinyalinin doğru algıladığı varsayılarak programlı hız sınırı üzerindeki taşikardiler için %100 duyarlılık temin edilir. İmplantasyon sırasında yeterli hassasiyet gösterildiğinde taşikardinin tespit edilememesi sık görülmez.

Supraventriküler ve ventriküler taşidisritmilerin arasındaki ayırımın yapılamaması, klinik olarak uygun olmayan ICD müdahaleleri ile sonuçlanır. Bu uygunsuz müdahalelerin pek çoğundan aletin yeterli ölçüde programlanması ile sakınılabılır. Taşikardi tespiti için baz alınan hız değerinin hastanın maksimum egzersize bağlı sinüs hızından daha yüksek olarak programlanması idealdir.

Ventriküler fibrilasyon geliştiğinde ventriküler fibrilasyon tanındıktan sonra birkaç saniye içinde cihaz enerji yüklemektedir. Cihaz uygun şekilde programlandığı takdirde hastaya şok vermeden önce birkez daha ventriküler fibrilasyonun devam edip etmediği kontrol edilmektedir. Ventriküler fibrilasyonun kendiliğinden döndüğü bir hastada, cihaz doğru algılama yaparak gereksiz şok vermez.

Değişik hızlarda ventriküler taşikardilerin değişik antitaşikardik uyarı türleri (ramp, ramp+, burst) düşük enerjili (2 joule) ya da yüksek enerjili (30 joule) kardiyoversiyon ile sonlanması mümkün olabilir (Pinski ve Chen 2002; Hayes ve ark. 2013).

2.4. ICD İmplantasyonunun Komplikasyonları

ICD implantasyonunun potansiyel komplikasyonları, tablo 2-2’de listelenmiştir. En ciddi komplikasyonlarından birisi ICD cep enfeksiyonudur. Enfeksiyonun antibiyotik ile tedavi edilememesi durumunda yerleştirilen ICD sisteminin çıkarılması gerekir. Erken iyileşme periyodunda (24-72 saat) leadin yerinden çıkması veya leadin kıvrılması durumunda ICD sisteminin cerrahi revizyonu gerekebilir.

Elektromanyetik durumlar ICD’nin inhibasyonuna veya uygunsuz şok verilmesine neden olabilir. Bu sorunlar geçici veya kalıcı olabilir. Uygunsuz tedavi yapmak taşidisritmilere yol açabilir. Elektromanyetik kaynaklar, elektrokoter, hidrolik litotripsi şok dalgası, elektrik kaynakları, büyük elektrikli ocaklar ve radar, yüksek voltaj sistemleri, yüksek enerjili elektromanyetik alanlar gibi radyo frekans yayıcılarından oluşur. Manyetik Rezonans görüntülemesi kontrendikedir. ICD’nin kalıcı olarak hasar görmesine neden olur. Jeneratör ile manyetik alanın temasta olması nabız jeneratörünün inaktivasyonuna veya uygunsuz çalışmasına neden olabileceğinden dolayı bu durumdan kaçınılmalıdır (Woods ve ark. 2005; Libby ve ark. 2008; Proehl 2009; Jeremias ve Brown 2010; Tsiperfal ve ark. 2011; Hayes ve ark. 2013).

ICD tedavisi sırasında uzun dönem komplikasyonlara sık rastlanmamaktadır. Transvenöz defibrilatör, göreceli olarak yüksek bir yapısal yetmezlik hızına yol açarak sahte şoklara, algılamanın azalmasına ya da pacing yakalayışının kaybolmasına ve operatif derivasyon replasmanı gerekliliğine neden olur. Venöz giriş için subklaviyan ponksiyonunun kullanılması durumunda derivasyon yetmezliği insidansı daha yüksek olabilir.

Daha nadir görülen donanım sorunları arasında elektromanyetik alanlar ile kasıtlı olmayan bir şekilde aletin inaktive edilmesi, pillerin erken boşalması, sıralı parçaların yetersizliği ile Twiddler's Sendromu yer alır. Twiddler's Sendromu pacemakerın kendi etrafında dönerek elektrotların birbirine dolaşması ve bu nedenle elektrotların yer değiştirmesi veya kırılması durumudur. Çoğunlukla hastaların bilinçli veya bilinçsiz şekilde batarya cebi ile oynamalarına bağlı olarak görülür Ayrıca hastanın aşırı kol hareketleri veya pil cebinin olduğundan daha geniş hazırlanması nedeniyle de oluşabilmektedir (Pinski ve Chen 2002; Libby ve ark. 2008; Tsiperfal ve ark. 2011, Hayes ve ark. 2013).

ICD hastanın kullandığı ilaçlarla etkileşebilmektedir. Bu etkileşim özellikle disritmik ilaçlarla olmaktadır. İlaçlar ICD’nin algılama-tanıma fonksiyonunu taşıyordı

sırasında kalp hızını azaltarak veya QRS'nin süresini uzatarak etkileyebilir. Ayrıca uyarma, defibrilasyon eşliğini yükseltebilir veya düşürebilir. Bradikardi ve atriyoventriküler bloğa neden olarak antibradikardi pacing ihtiyacını arttırabilir. Ayrıca pro-disritmi nedeniyle beklenmedik şekilde sık şok vermesine yol açabilir. Özellikle amiodaron defibrilasyon eşik değerini yükselten disritmik ajandır. (Oto ve ark 2006; Jeremias ve Brown 2010; Hayes ve ark. 2013).

Tablo 2-2: ICD Implantasyonunun Komplikasyonları

Uygulamayla ilişkili komplikasyonlar	Sistemin yerleştirilmesinden sonra görülen komplikasyonlar
Subklaviyan giriş komplikasyonları	Sistemle ilişkili
- Pnömotoraks	- Lead kıvrılması
- Hemotoraks	- Leadin yerinden çıkması
- Hava embolisi	- Lead yalıtım sorunu
- Subklaviyan arter yırtılması	- Baterinin erken tükenmesi
Kanama	Kronik sinir hasarı
Sağ ventrikül perforasyonu	Diafragmatik stimülasyon
Tromboemboli	Nabız jeneratörünün erezyonu
Venöz tıkanma	Sıvı birikimi
Perikardiyal efüzyon/tamponad	Sistem/cep enfeksiyonu
Cep hematomu	Keloid oluşum
Hipotansiyon	Venöz tromboembolizm
Serebrovasküler olay	Endokardit
Disritmi	

Woods S.L., Froelicher E.S., Hatzer S.A., Bridges E.J. (2005). Cardiac Nursing. 5.Edition, Philadelphia, Lippincot Williams&Wilkins. p.748.

2.5. ICD Hastalarının Düzenli Takibi

ICD hastalarında düzenli takibin amacı komplikasyonları en aza indirmek, ICD etkinliğini ve fonksiyonunu kontrol etmek, ICD'nin ömrünü ve jenertörün değiştirme gereksinimi belirlemek, yaşanan herhangi bir sorunun zamanında çözülmesini sağlamak ve hastanın yaşam kalitesini arttırmaktır. ICD'li hastanın izlemi şunları içermelidir;

- Cihaza bağlı enfeksiyon veya cerrahi ile ilgili sorunların izlemi,

- Batarya durumunun değerlendirilmesi
- Jeneratör ve/veya elektrot tel ile ilgili sorunların belirlenmesi
- ICD tedavisinin uygunluğu ve etkinliğinin değerlendirilmesi
- Bradikardi uyarı durumunun belirlenmesi
- Hastanın tıbbi durumunun ve tedavisinin değerlendirilmesi
- Hasta ve aile üyelerinin sürekli eğitimidir.

ICD implantasyonu uygulanan hastaların izlemi 3 döneme ayrılarak incelenmektedir. İşleme ait komplikasyonların görülebildiği, yara iyileşinceye kadar olan cerrahi dönem, periyodik kontrollerin yapıldığı kronik izlem dönemi ve bataryanın tükenmesine yakın kontrollerin sıklaştığı geç izlem dönemidir.

Cerrahi dönem: İşleme ait komplikasyonlar ve enfeksiyonun izlendiği dönemdir. Operasyon sırasında uygun elektrot tel pozisyonunun ve cihaz fonksiyonunun sağlandığı gösterilmelidir. Bunlar defibrilasyon enerji gereksiniminin belirlenmesi, algılama ve uyarma işlevlerinin ve uygun bradikardi uyarma işlevinin kontrol edilmesidir. Hastaneden ayrılmadan önce uyarma eşiği ve algılama parametreleri ve elektrot tel işlevi yeniden kontrol edilmelidir.

Kronik izlem dönemi: ICD'li hastaların izleminde iyi bir sağlık hikayesi alınmalı ve fiziksel muayene yapılmalıdır. Eğer ICD şok verdiyse, şoktan önceki belirti ve bulgular hakkında bilgi alınmalıdır. Hızlı ventriküler taşikardi veya ventriküler fibrilasyon nedeniyle hastalar çarpıntı, baş dönmesi ya da senkop tanımlayabilirler. Hastaların şok sırasında aktiviteleri, postürleri ve psikolojik durumları değerlendirilmelidir. Böylece disritmiye ait belirti ve bulgular, bu belirti ve bulguları ortaya çıkaran durumlar, ICD'nin verdiği tedavinin uygun olup olmadığı ve hastanın tüm bu tablo nedeniyle psikososyal durumunun etkilenip etkilenmediği değerlendirilir. Bundan sonraki aşama fizik incelemedir. Pil cebi, enfeksiyon, deri lezyonu, Twiddler's Sendromu yönünden değerlendirilir. Bir sonraki aşama ICD'nin değerlendirilmesidir. Bu değerlendirme 4 aşamadan oluşur.

1. Algılama (Sensing); defibrilatörü olan hastalarda algılama olması hayati önem taşır. Burada en önemli sorun T dalgasının algılanması sonucu (oversensing) uygun olmayan tedavilerin verilmesidir. Bu durumda sensivite T dalgası algılanmayacak şekilde azaltılır ya da 'postpacing' ventriküler refrakter periyodu uzatılır.

2. Uyarma eşik testi ölçülür.

3. Epizotların gözden geçirilmesi; cihazın belleğindeki disritmi hikayesi incelenir. Her disritmi epizodu incelenmeli, uygun, etkin tedavi verilip verilmediği kontrol edilmelidir.

4. Batarya durumu değerlendirilmelidir.

Geç izlem dönemi: ICD hastalarının profiline ve ICD sisteminin tipine göre 1-6 aylık aralarla düzenli olarak izlenmesi önerilmektedir. Günümüzde ICD sistemlerinde batarya ömrü 4-7 yıl arasında değişmektedir (Yeo ve Berg 2004; Woods ve ark. 2005; Oto ve ark. 2006; Moser ve Riegel 2008, Tsiperfal ve ark. 2011; Hayes ve ark. 2013).

2.5.1. ICD Tedavisi (Şok) Alan Hastanın Kontrolü

Şok aldığını ifade edip sağlık kuruluşuna başvuran hastada 3 olası durum söz konusudur.

1. Uygun şok tedavi
2. Uygun olmayan şok tedavi
3. Fantom şok

Uygun şokta hasta ventriküler disritmi geçirir ve disritmi cihaz tarafından tanınarak şok verilir. Uygun olmayan şokta, hasta ventriküler bir disritmi geçirmeden, supraventriküler taşikardi veya gürültü algılanması nedeniyle cihazın yanlış olarak harekete geçmesi ve gereksiz yere şok vermesidir. Daha yeni aletler bu sorunu önemli ölçüde azaltabilir. Fantom şok ise daha önce gerçek şok almış hastaların çoğunlukla uykuda şok almadığı halde şok aldığını hissetmesidir (Woods ve ark. 2005; Oto ve ark. 2006).

ICD sistemi değerlendirilip kayıt edilmiş veriler elde edildiği zaman, ICD tedavisinin uygun olup olmadığı kontrol edilebilir. Disritmilerin şiddeti ve sıklığını bilmek sağlık bakımının daha iyi verilmesini sağlar. Eğer hasta birçok ICD şoku yaşıyorsa ve klinik olarak belirti vermiyorsa kıvrılmış, yerinden çıkmış lead, QRS veya T dalgalarının çift sayılmasından veya gürültünün algılanmasından şüphelenilmelidir. Gürültü elektromanyetik interferans (güçlü manyetik alan, hırsızlık tanıma cihazları vb.) kaynaklı olabilir. Hasta eğer çok fazla şok yaşarsa hastaneye transportu için acil servisi araması konusunda eğitilmelidir. Elde edilen elektrokardiyogramlardan kıvrılmış leadin artefakt oluşturduğu görülebilir. Acil bir durumda mıknatıs ICD üzerine yerleştirilerek ICD'nin aktivasyonu durdurulabilir. Mıknatıslar ICD'ye programlanmış bradikardi tedavisini iptal etmez. Lead kıvrılmasını doğrulamak için göğüs filmi çekilebilir. Bazı

ICD'ler ICD üzerine yaklaşık 30 sn kadar mıknatıs yerleştirilmesi sonrası programını kapatabilir. Nadir olarak, güçlü manyetik alana maruz kalma ICD'nin çalışmamasına neden olur. Bataryanın bitmesi ve dolaşım yetersizliği ICD aletinin tedavi uygulamasına engel olabilen diğer sebeplerdir (Woods ve ark. 2005; Oto ve ark. 2006; Proehl 2009; Hayes ve ark. 2013).

2.6. ICD Hastalarında Yaşam Şekli Değişiklikleri

Ani kardiyak ölümden hayatta kalan ICD'li hastaların disritmiye bağlı olarak gelişebilecek bilinç bulanıklığında kendisine ve çevresine zarar verme ihtimaline karşı en az altı ay araba kullanması kısıtlanabilir. Kişi, araba kullanırken şok yaşayabilir veya disritmi riski olabilir. ICD'li hastaların şoförlük yapmaları yasaklanmalıdır. Bağımsızlığı sürdürmenin önemli bir parçası olan araba kullanma kısıtlılığı izolasyon duygusuna, kızgınlık ve otonomi kaybına sebep olabilir (Shea 2004). Ventriküler disritmiler ile ilişkili belirtilerin farkında olmak hasta için önemlidir. 6 ay sonra, eğer ICD şok uygulamıyorsa, hasta araba kullanmaya tekrar başlayabilir. Birincil koruma amaçlı ICD takılan hastalar ve spontan ventriküler taşikardi epizodu kayıt edilmeyen hastaların araba kullanma yasakları kaldırılabilir. (Woods ve ark. 2005; Libby ve ark. 2008; Hayes ve ark. 2013).

Hastaya ICD implantasyonu uygulandıktan sonra ilk 3-4 hafta işlem yapılan kolun hareketi kısıtlanmalıdır. Kolun 90 dereceden fazla kaldırılmaması, işlem yapılan kol ile 4-5 kg'dan fazla ağırlık taşınmaması gerekir. Hastalar ICD implantasyonundan sonra spor aktivitelerine geri dönebilirler. Futbol, güreş, boks gibi sporların bazı riskleri vardır, ICD'ye zarar verebilir. Hastalar skar dokusu iyileştikten (yaklaşık dört hafta) sonra yüzmeye başlayabilirler ve golf oynayabilirler (Hayes ve ark. 2013).

ICD hastalarının cinsel aktiviteye devam edip edemeyeceklerine ilişkin kaygıları da bulunmaktadır. Cook ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında ICD hastalarında yüksek şok anksiyete skoru ile zayıf cinsel fonksiyon skoru arasında hem kadın hem de erkeklerde ilişki vardır (Cook ve ark. 2013). Hastaların eşleri de hastaya karşı koruyucu bir tutum sergiledikleri için cinsel aktiviteden kaçınabilirler. Hastalar omuz hareketlerine dikkat ederek cinsel yaşamlarına devam edebilirler (Hayes ve ark. 2013). Cinsel aktivite sırasında belirlenmiş olan kalp hızının üstünde bir kalp hızına ulaşırsa, taşikardi tespit hızının artırılması gerekebilir. (Woods ve ark. 2005).

2.7. ICD Hastalarında Psikososyal Faktörler

ICD'ler mortalite ve morbiditeyi anlamlı şekilde düşürmesine rağmen önemli psikolojik sorunları da beraberinde getirir. ICD hastalarının yaşadığı psikolojik sorunlar, hissettiği kaygılar hastaların cihazı kabullenmesini güçleştirmekte ve hastalarda psikososyal sorunlara neden olmaktadır. ICD implantasyonu uygulanan hastalar, cihaza uyum sağlarken bazı zorluklarla karşılaşabilmektedirler (Burns ve ark. 2005). Yapay bir cihazın bedende yaşam boyu kalacağı, sık kontrollerin gerektiği düşüncesi, ICD fonksiyonunun bozulacağı ve ICD olmadan kalplerinin çalışmayacağı korkusu, her an ICD'nin şok vereceği hissi ICD hastalarında korku, güçsüzlük kaygı, stres, anksiyete, depresyon gibi psikososyal sorunlara neden olabilmektedir (White 2002; Kamphuis ve ark. 2003; Shaffer 2002; Burns ve ark. 2005; Pedersen ve ark. 2008b; Vazquez ve ark. 2008; Sears ve ark. 2009; Spindler ve ark. 2009; Magyar-Russell ve ark. 2011; James ve ark. 2012; Morken ve ark. 2012).

ICD hastalarında görülen bu psikososyal sorunların yaşanmasında hasta kabullenme ve öz etkililik önemli faktörlerdir. Hasta kabullenme psikolojik olarak duruma uyum sağlama, ICD'nin avantaj ve dezavantajlarını anlama, ICD'yi başkalarına önerme, biyomedikal, psikolojik, sosyal işlevsellik açısından yararlı bulmaktır (Burns ve ark. 2005). Hasta kabullenme düzeyinin düşük olması distres ve yaşam kalitesinin kötüleşmesi ile ilişkilidir. ICD endikasyonundan ziyade hastanın yaşadığı psikolojik sorunlar, hissettiği kaygılar ve mevcut hastalığının şiddeti hastanın cihazı kabullenme düzeyini daha fazla etkilemekte (Matchett ve ark. 2009) ve cihazı kabullenmeme de yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Burns ve ark. 2004).

Mauro'nun (2008) çalışmasında ICD hastalarının psikososyal uyumları özellikle ilk iki ayda oldukça düşük bulunmuştur. Mauro'nun 2010 yılında yaptığı çalışmasında da belirsizlik ve psikososyal uyumları değerlendirilmiş ve işleminden sekiz hafta sonra başlangıç değerlendirmelerle arasında bir farklılık bulunmamıştır.

Wilson'ın (2013) çalışmasında hastaların kabullenme düzeyi şok anksiyete düzeyi ile ilişkili bulunmuş; kabullenme düzeyi düşük olanların şok anksiyete düzeyi de daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca cihaz hakkında yeterli bilgisi olan ve depresif semptomları daha az olan hastaların kabullenme düzeyi de daha yüksek bulunmuştur. Chair ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında yüksek şok anksiyete düzeyi ile düşük hasta kabullenme ve düşük yaşam kalitesi arasında ilişki vardır.

Bireyin belirli bir performansı gösterebilmesi için gerekli etkinlikleri planlayabilme ve başarılı bir şekilde gerçekleştirme kapasitesi hakkında kendi öz yargısı ya da farkındalığına olan inancını ifade eden öz etkililik kavramı Albert Bandura tarafından 1977 yılında geliştirilmiştir. Belirli bir davranışı yüreten kişi aynı zamanda belirli bir sonuca ulaşacaktır (Dougherty ve ark. 2007).

Öz etkililik davranış değişikliği oluşturmada önemli bir kavramdır. Öz etkililik ve sonuç beklentileri davranış değişikliklerine adapte olmayı sağlar. Öz etkililiğin arttırılmasına yönelik girişimler kişinin anksiyete, distress gibi emosyonel tepkilerini azaltır (Dougherty ve ark. 2007).

Koroner kalp hastaları ile yapılan bir çalışmada öz etkililiğin yetersiz olması olumsuz duygu durumuna ve ilaç tedavisine yetersiz uyuma neden olabileceği ortaya konmuştur (Molloy ve ark. 2012). Sol ve arkadaşlarının (2010) kardiyovasküler yaşam biçiminin sürdürülmesinde öz etkililiğin önemini değerlendirdikleri bir çalışmada; öz etkililiğin egzersiz yapma ve uygun besinlerin seçilmesi gibi kardiyovasküler yaşam biçiminin iyileştirilmesinde etkili olduğu belirlenmiştir. Woodgate ve Blowlwy'in (2008) yapmış oldukları bir review çalışmasında; kardiyak rehabilitasyon programında egzersizin sürdürülebilmesi için için öz etkililiğin başlıca önemli etken olduğu vurgulanmaktadır. Sears ve arkadaşlarının (2004) sağlık beklentisi ve iyimserliği değerlendirdikleri bir çalışmada da, bu parametrelerin yaşam kalitesini olumlu etkilediği açıklanmıştır.

Flemme ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ICD hastalarının başetme stratejilerini yetersiz kullandıkları belirlenmiştir. Başetme stratejilerini kullanan hastalar ise oldukça yarar görmüştür. İyimserlik, en fazla kullanılan ve en fazla yarar sağlayan başetme stratejisi olarak belirlenmiştir. Anksiyete semptomları daha fazla olanlar ve kadınlar başetme stratejilerini daha fazla kullanmışlardır.

Yapılan çalışmalarda ICD takılan hastalarda %19 ile %53.9 arasında değişen oranlarda anksiyete (Bilge ve ark. 2006; D'Antono ve ark. 2013; Dougherty ve Hunziker 2009; Dunbar ve ark. 2009; Jacq ve ark. 2009; Friedman ve ark. 2006; Lemon ve Edelman 2007; Johansen ve ark. 2008; Luyster ve ark. 2009; Pedersen ve ark. 2005; Pedersen ve ark. 2011; Spindler ve ark. 2009; Thomas ve ark. 2009; Wallace ve ark. 2002) saptanmıştır.

Anksiyete, tehdit ya da strese karşı geliştirilen rahatsız edici duyular olarak tanımlanmaktadır. Anksiyete bir belirti veya bir duruma verilen tepkidir, korku ve

endişe duygusu ile birlikte ortaya çıkmaktadır. Fiziksel hastalıklar ve anksiyete arasında yakın bir ilişki vardır. Anksiyete fiziksel hastalığa bağlı ortaya çıkabileceği gibi anksiyete nedeniyle fiziksel rahatsızlıklar da ortaya çıkabilmektedir.

Fiziksel hastalıklarda, genel tıbbi duruma bağlı anksiyete, yaygın anksiyete bozukluğu, panik ataklar ya da obsesyonlar şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Belirtilerin ortaya çıkışı, hastalığın kendisi veya tedavi sürecine bağlı olabileceği gibi bireyin kişilik yapısı, ailesel özellikleri, genetik yapısı gibi etkenlerle de ilgili olabilmektedir. Hastalığın yaşamı tehdit etme ya da sınırlama düzeyi, kronikleşme olasılığı, kısa ya da uzun süreli olması anksiyete gelişmesinde etkilidir. Hastalığın hasta tarafından algılanış biçimi, kişilik yapısı, benlik gücü yetersizliği, savunma mekanizmaları kullanması, zihinsel işlevlerinin bozuk ya da yetersiz olması anksiyete gelişmesinde bireye bağlı etmenlerdir. Uygulanan tedavi girişimlerinin tehdit edici olması, olumsuz tedavi ve bakım ortamı, sağlık ekibi ile iletişim sorunları ise anksiyete gelişmesinde tedavi sürecine ilişkin etmenlerdir. Ayrıca sosyal destek yetersizliği, ailenin anksiyete düzeyi bireyde anksiyete gelişmesini etkiler (Ançel 2007; Moser ve Riegel 2008; Gulanic ve Meyer 2014).

Hastalarda yaşanan psikososyal sorunlar bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkiler, Sears ve arkadaşlarının (2005) yaptığı bir çalışmada hastaların anksiyete, yaşama oryantasyon durumu ve kişiler arası sosyal ilişkileri değerlendirilmiş ve takip eden süreçte bu parametrelerin bireyin yaşam kalitesini nasıl etkilediği incelenmiştir. Psikososyal değişkenlerin yaş, ejeksiyon fraksiyonu, ICD şok deneyimi gibi hastalık ile değişkenler kadar, hatta daha fazla oranda bireyin yaşam kalitesini etkilediği ortaya konmuştur. Waalace ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında anksiyetenin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ortaya konmuş; Godemann ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında ise fobik anksiyete yaşam kalitesinin en önemli belirleyicisi olduğu, fobik anksiyete, depresyonun ve somatizasyonun ise yaşam kalitesinin mental boyutu ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.

ICD'si olan hastalarının yaşadığı endişeler arasında şok korkusu, aletin bozulma korkusu, çevresi tarafından benimsenmeme korkusu ve vücudun görüntüsünün değişmesi yer almaktadır (Pinski ve Chen 2002; Shaffer 2002, Vazquez ve ark. 2008). Daha genç hastalar tekrarlayan cerrahi gereksinim, alet ve skar dokusunun estetik görünümü ve gebelik sırasında riskler konusunda endişelenmektedirler. Ayrıca genç hastalar psikososyal sorunlar açısından daha fazla risk altındadır (Whang ve ark. 2005;

Friedman ve ark. 2006; Smith ve ark. 2006; Sossong 2007; Mauro 2008; Vazquez ve ark. 2008; Brinie ve ark. 2009; Sears ve ark. 2009; Spindler ve ark. 2009; Vazquez ve ark. 2010; Chair ve ark. 2011; Carroll ve ark. 2012; James ve ark. 2012; Opic ve ark. 2012).

Ayrıca hastaların aktivite ve egzersiz ile birlikte şok gelişeceği korkusu mevcuttur. Hastaların yaklaşık %55'i şok yaşamamak için insanlardan, farklı ortamlarda bulunmaktan ve aktiviteden kaçınmaktadır (Lemon ve Edelman 2004). Van Ittersum ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında bireylerin yaşadığı egzersiz korkusu yaşam kalitesini olumsuz etkilemiştir. Özellikle cinsel aktivite sırasında yaşanan bir şok hasta ve eşini daha olumsuz etkilemektedir (Woods ve ark. 2005).

Yapılan çalışmalarda (Wallace 2002; Kamphuis ve ark. 2003; Pedersen ve ark. 2005; Whang ve ark. 2005; Bilge ve ark. 2006; Luyster ve ark. 2006; Passman ve ark. 2007; Costa ve ark. 2007; Johansen ve ark. 2008; Mauro 2008; Pedersen ve ark. 2008b; Jacq ve ark. 2009; Sears ve ark. 2009; Spindler ve ark. 2009; Thomas ve ark. 2009; ven den Broek 2009; James ve ark. 2012; Morken ve ark. 2012; Pedersen ve ark. 2012) ICD implantasyonu uygulanan hastalarda daha önce ICD şoku deneyimleyenlerin şok deneyimi olmayanlara göre psikososyal sorunların yüksek olduğu bildirilmiştir. Ancak ilk şok yaşandıktan sonra yeni bir şok geçirme stresi ilk şokun yarattığı stresten daha azdır (Kamphuis ve ark. 2003).

ICD'nin uyguladığı tedavi türüne göre, hastaların bu esnada hissettikleri de farklılık gösterir. Antitaşikardik (taşikardi sonlandırıcı) uyarımları çoğu hasta hissetmez. Hisseden az sayıdaki hasta da, uyarımları acısız olarak tanımlamıştır. ICD'nin uyguladığı kardiyoversiyon şokunu 'kalbin güm güm atması' olarak tanımlar ve hafif bir rahatsızlıkla ilişkilendirir. Bazı hastalar ventriküler fibrilasyon oluştuğunda bilinçlerini yitirir, bu nedenle de bu şoku aldıklarının farkında olmazlar. Defibrilasyon şoku esnasında uyanık olan hastalar ise şoku 'göğse atılan bir tekme' olarak tanımlar. Ayrıca hastalar şoku elektrik fişi ya da prizinden elektrik çarpması, şimşek çakması olarak değerlendirirler (Sola 2005; Moser ve Riegel 2008).

Hastalarda yaşanan iyileşme süreci ile ilgili endişeleri, yaşayacağı şok deneyimi, şok sonrası durumu, şokun yeri ve zamanı hakkındaki belirsizlik de hastalar açısından önemlidir ve hastada sürekli bir tedirginlik yaratmaktadır. Ayrıca hastalar anksiyete ve belirsizlik dışında hayal kırıklığı ve hüsrana da uğurlar. Hayal kırıklığının en önemli nedeni sosyal ilişkilerindeki yaşanan değişiklikler, arkadaşlarından beklediği ilgiyi

görememeleri ve arkadaşlarının kendilerini anlamamalarıdır. Hayal kırıklığının diğer bir nedeni ise artık vücutlarının fonksiyonlarını eskisi gibi sürdüremeyecek olması ve bir cihaza bağımlı olmalarıdır (Kamphuis ve ark. 2004).

ICD'si olan hastalarda yaşanan bu psikososyal sorunlar önemli fizyolojik sorunlara neden olmaktadır. Mental olarak stresli olan ve önemli duygusal sorunlar yaşayan kişilerde ölümcül disritmiler ve ani kardiyak ölümler arasında bağlantı bulunmaktadır. ICD hastalarında anksiyete ve depresyon ile otonomik sinir sistemi fonksiyon bozukluğu görülür; kızgınlık ve stres repolarizasyon instabilite ile ilişkilidir. Ventriküler erken atımlar, ventriküler taşikardi ve ventriküler fibrilasyon dahil olmak üzere hem benign hem de ölümcül disritmiler görülebilmektedir (Fries ve ark. 2002; Aslanger ve Şirinoğlu 2008; Francis 2009; Lampert ve ark.2009; Abisse ve ark.2011). Ven den Broek ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında anksiyetesi olan D tipi kişilik özelliğine sahip ICD hastalarında disritmi oluşma riskinin arttığı ortaya konmuştur.

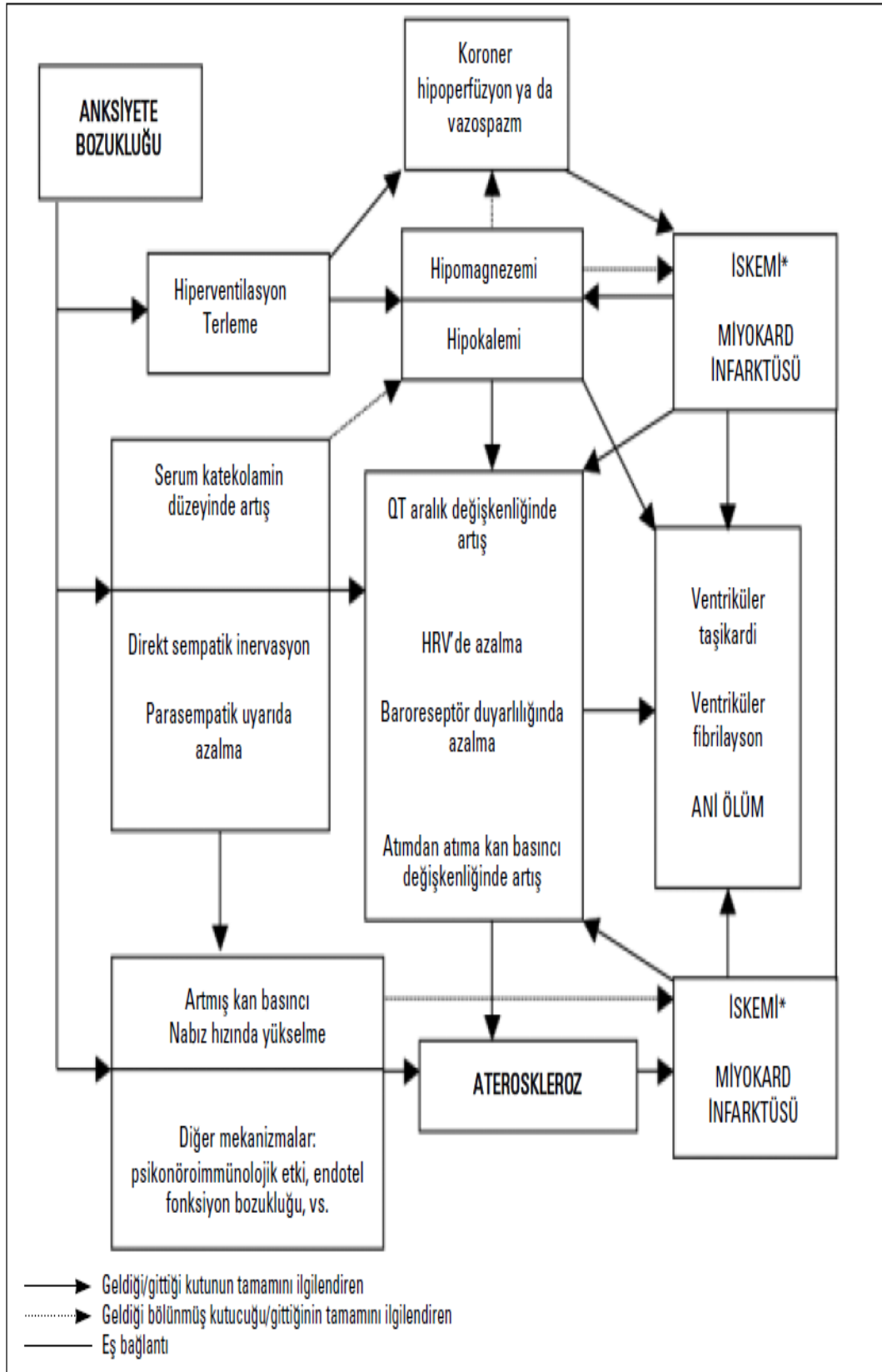
Anksiyete ve mental stres durumlarında artan katekolamin ve kortikosteroid salgısı başlangıçta normal bir savunma mekanizması olsa da magnezyum yetersizliğine neden olmaktadır. Bu durum uzun süre devam ettiğinde magnezyum eksikliğinin hipertansiyon, beyin ve kalp damarlarında büzüşme / tıkanma, disritmi ve ani kardiyak ölüm gibi kardiyovasküler hasarlara neden olabileceği belirtilmektedir (Şekil 1) (Vural ve Bafalar 2007; Moser ve Riegel 2008).

Sempatik sistem deşarjı, özellikle daha önceden iskemik hasarı olan kişilerde ventriküler disritmi eşiğini düşürmektedir. Adrenerjik uyarım miyokarddaki ektopik alanları tetikleyerek normal iletim yollarının önüne geçirebilir, kalıcı ve ölümcül disritmiler yaratabilir. Stresin yol açtığı disritmilerin nedeni olarak hem beyin hem de çevresel sinir sistemi dikkate alınmaktadır. Hayvan modellerinde, limbik yapıların ve frontal, orbital, motor ve premotor kortikal alanların doğrudan elektrodla uyarılması ventriküler disritmi yaratır. Beta adrenerjik blokerlerin önceden verilmesi ve çevresel sempatik yapıların fiziksel olarak yok edilmesi kortikal uyarımla ve psikolojik streslerle yaratılan disritimleri önler. Ancak, bu disritmilerle ilgili olarak diğer nörokimyasal düzenleyiciler de kuşku altındadır, çünkü beta blokerler insanda bu türden disritimleri önlemekte yetersiz kalmaktadır (Yazıcı ve Ertekin Yazıcı 2003; Moser ve Riegel 2008).

Ventriküler taşikardi veya ventriküler fibrilasyon sonrasında hastaneye yatan hastaların psikiyatrik değerlendirilmesinde son 24 saat içinde major bir duygusal değişiklik veya psikososyal tetiklenme yaşadığı ortaya konmuştur. Deneysel olarak

uyarılmış olan psikolojik stresin (zihinden hesap yapmak ya da hastalık ve ölümle ilgili tartışmalar gibi), daha önceden ventriküler disritmileri olduğu bilinen hastalarda, ventrikülün savunmasız olduğu dönemi azalttığı, ventriküler fibrilasyon için eşiği düşürdüğü ve ventriküler ektopik vuruların sıklığında artışa neden olduğu gösterilmiştir (Fries ve ark. 2002; Yazıcı ve Ertekin Yazıcı 2003; Aslanger ve Şirinoğlu 2008). Lache ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında ICD hastalarına mental stres testi uygulandıktan sonra hemodinamik parametrelerinde (kardiyak indeks, kalp hızı, kan basıncı) bozulmalar görülmüştür.

Ölümcül disritmi tedavisi gören hastaların psikososyal durumu mortalite ile ilişkilidir. Psikososyal açıdan daha sağlıklı olan bireyler daha uzun yıl hayatta kalmaktadır (Steinberg ve ark. 2008). Yapılan bir çalışmada (Dunbar ve ark. 1999) ICD'li hastalarda disritmileri olanların olmayanlara göre dokuzuncu ayda duygu durum bozuklukları daha yüksek bulunmuş; bu duygu durum bozuklukları ejeksiyon fraksiyonu, koroner arter hastalığı, implantasyon öncesi disritmi hikayesi disritmik ajan kullanımı gibi faktörler kontrol altına alındıktan sonraki aylarda da disritmiler açısından ayrıca risk faktörü oluşturduğu belirtilmektedir. Yapılan başka bir çalışmada yaş, cinsiyet, şok yaşama durumu ve diğer risk faktörleri kontrol altına alındıktan sonra post travmatik distress sendromu mortalite ile ilişkili bulunmuştur (Ladwig ve ark. 2008).



Şekil 2-1: Anksiyete Bozukluğu ve Ani Ölüm Arasındaki İlişki

2.8. ICD İmplantasyonu Uygulanan Hastaların Hemşirelik Bakımı

Kendine özgü düşünceleri olan, bir başkasına benzemeyen, içinde yaşadığı çevre ve kültürlerden etkilenen, sürekli değişim ve gelişim içindeki biyolojik ve sosyal bir organizma olan insanın herhangi bir olay karşısında tepkisi de kendine özgüdür. Bu nedenle her bireyin hastalığa ve tedaviye verdiği tepki de birbirinden farklıdır.

Hastalığa ilişkin sağlık sorunlarının önlenmesi ya da en aza indirilmesi, fizyolojik ve psikolojik rahatlığın sağlanması ve sürdürülmesi, hastanın uyum kapasitesinin, özyeterliliğinin artırılması, özetle hastaların sağlık durumlarındaki değişikliklere bağlı gelişen fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlarla baş edebilmesi için hastaların bilgilendirilmesi esastır.

ICD implantasyonu uygulanan hastalarda anksiyete, depresyon gibi psiko-sosyal sorunların yaygın olduğu, bu sorunların da hastanın fizyolojik durumunu etkilediği daha önceki bölümlerde ifade edildi. Bu nedenle ICD implantasyonu uygulanan hastalarda yalnızca tıbbi bakıma odaklanılmaması, hastanın psikososyal yönüne de dikkat edilerek yaşanacak sorunların önlenmesi, sorun geliştirse kontrol altına alınması önemlidir.

Sağlık ekibi içerisinde yer alan hemşire, hastaya ve ailesine sağlanacak danışmanlık ve eğitimde anahtar rol oynar. Hemşirenin görevi bireyin mevcut hastalığı ve yaşadığı sorunlarla baş edebilecek güce gelmesine ve hastalık sırasındaki yaşantısının anlam kazanmasına yardımcı olmaktır.

ICD implantasyonu uygulanan hasta ve ailesinin yönetiminde hemşireler hastanın belirti ve bulgularını izler, hasta ve ailesine kapsamlı eğitim verir, hasta uyumunu kolaylaştıracak tavsiyelerde bulunur. Yapılan hemşirelik girişimleri hastaların ve ailelerin korkularını giderir, anksiyetesini azaltır ve psikolojik olarak kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlar.

ICD hastalarında hasta eğitimi çok önemli bir konudur. Hasta ICD'nin neden gerekli olduğunu ve ICD'nin fonksiyonunu anlamalıdır. Yapılacak cerrahi işlem, ICD'nin nereye yerleştirileceği açıklanmalıdır. Hasta ve aile üyeleri ICD'nin disritmileri önlemediğini de bilmelidir.

ICD'li hastanın postoperatif bakımında hasta insizyon yerinde hafif derecede ağrı hissedeceği konusunda bilgilendirilmelidir. Hastanın ağrı seviyesi ve insizyon alanı değerlendirilmeli, gerekirse analjezik uygulanmalıdır. Hasta implantasyon sonrası ilk 24 saat için kol hareketlerini kısıtlamalıdır.

ICD implantasyonu uygulanan hastalara verilen eğitim süreleri, hastaların hastanede kalış süreleri kısa olduğu için kısıtlıdır. Bu nedenle hastaların yazılı eğitim kitapçıklarından, videolardan yararlanmaları sağlanmalıdır. Bu eğitim materyalleri, ağrı yönetimini, bölge değerlendirmesi ve bakımını, ICD şok verdiğinde ne yapacağını, hekime bildirmesi gereken konuları, doğru tanılamamanın bakımdaki önemi, manyetik alanlardan uzak durması ve destek gruplarına ilişkin bilginin yanında kardiyopulmoner resüsitasyon konusunu da içermelidir. Tablo 4'te ICD hastasına verilecek eğitim konuları ve içeriği özetlenmiştir (Wolbrette ve Naccarella 2001; Urdan ve ark. 2002; Gulanic ve ark. 2003, Yeo ve Berg 2004;, Baird ve ark 2005; Gura 2005; Morton ve ark. 2005; Woods ve ark. 2005; Zickofoose 2006; Kaplow ve Hardin 2007; Lewis ve ark. 2007; Moser ve Riegel 2008; Proehl 2009; Dunbar ve ark. 2012).

Tablo 2-3: ICD Hastasının Eğitim Konuları

Konu	Eğitim/bilgi
ICD hakkında	ICD'nin amacı ICD'nin bölümleri ICD sisteminin nasıl çalıştığı ICD'nin ne işe yaradığı ICD şok verdiğinde ne hissedeceği
Uygulama alanının bakımı	Bölge dört gün kadar kuru tutulmalı Günlük olarak pansuman değiştirilmeli Bölgede akıntı, kızarıklık şişme ve enfeksiyon bulguları saptanırsa hekime bildirilmeli
Aktivite kısıtlılığı	ICD takılı olan taraftaki kolunu başının üstüne kaldırmamalı Sert darbe, sürtünme, itme uygulanmamalı, Cinsel aktivitedeki kısıtlamalar hakkında görüşülmeli. Çoğu hasta insizyon bölgesi iyileşince cinsel aktiviteye devam eder.
Araba kullanma	Hekim izin verene kadar araba kullanılmamalı
ICD'nin şok vermesi	ICD şok verdiğinde ve kişi kendini iyi hissetmediğinde hekime haber verilmeli
Dikkat edilmesi gereken durumlar	Testere, matkap gibi güçlü araçlar göğüs bölgesine yaklaştırılmamalı Araç ya da cihazlarla çalışırken, ICD şok verdiğinde baygınlık ve bilinç bulanıklığı yaşayıp yaralanmalara karşı dikkatli olunmalı Güvenlik sistem cihazlarından geçilmemeli Jeneratörler, elektrik motorları, kaynak makineleri gibi büyük endüstriyel cihazlar güçlü elektromanyetik içerir ve ICD'yi etkileyebilir. Bu cihazların yanından geçerken de dikkat edilmeli Cep telefonu ile cihaz arasında en 15 cm mesafe olmalı
Kardiyopulmoner resüsitasyon	Aile üyeleri kardiyopulmoner resüsitasyon yapmayı öğrenmeli
ICD Tanımlanması	ICD'nin bulunduğu dair bir kart taşınmalı Acil durumda aranacak telefon numaraları cebinde taşınmalı

Disritmilerle ve ICD ile yaşamaya uyum için diğer tüm hastalıklarda olduğu gibi bütüncül yaklaşım önemlidir. Tıbbi tedaviye uyum, aktivite planı, diyet değişiklikleri, kilo ve stres kontrolü, sigara gibi sağlık için riskli alışkanlıkların kontrolü hastalığa iyi uyum sağlamak için gerekli olan davranış değişiklikleridir (Woods ve ark. 2005; Moser

ve Riegel 2008). Davranış değişikliği oluşturmak için için öz etkililiğin artırılması gerekir. Öz etkililik, kalp ile ilgili yaşam biçimi değişikliklerini, motivasyon seviyesini ve stresli durumlarda duygusal tepki performansını etkilemektedir. ICD hastalarında özel davranış değişiklikleri gerekmektedir ve bu hastalarda öz etkililiğin geliştirilmesi davranış değişikliği oluşturmada önemli bir etkidir (Dougherty ve ark. 2007).

ICD'li hastalar için kritik durumlarda bakımın tanımlanması, hastanın iyilik algısını iyileştirebilir. İşlem öncesi dönem, şokun yaşandığı dönem ve yaşamın sonunda verilecek bakımın tanımlanması önemlidir. İşlem öncesi dönemde etkili hasta eğitimi önemlidir. Burada amaç; hastalık ve cihaz hakkında bilgilendirme, cihazı reddetmeyi önleme, yeniden güvenlik algısını sağlamaktır. ICD şok verdiği dönemde; şoklarla etkili bir şekilde başa çıkma önemlidir. Bu aşamada amaç bundan sonraki şokları azaltmak için girişimler planlama, şoktan kaçınma davranışlarını önleme ve yeniden güvenlik algısını sağlamaktır. Yaşam sonu bakımında amaç huzurlu ölümü tartışabilmek ve yeniden güvenlik algısını sağlamaktır (Sears ve ark. 2005; Sears ve ark. 2009).

ICD implantasyonu uygulanan hastalarda işlemten önce anksiyete ve depresyon gibi psikososyal sorunların tanınması önemlidir. Özellikle kadınlar ve genç hastalar daha sıkı takip edilmelidir. ICD'nin şok vermesi psikososyal değerlendirme sıklığını arttırmayı gerektirir. ICD implantasyonundan sonra erken dönemde belirsizlik ve bağımlılık duygusu hakimdir. Hastalar işe dönüp dönemeyecekleri konusunda endişelidirler. Bu dönemde önemli olan hastaların duyguları kabul edilmeli ve iyileşme sürecine katkıda bulunmak için hastanın adaptasyonuna destek olunmalıdır (White 2002).

Hemşirelik bakımının hümanistik yönlerini korumak için cihazın teknik doğasının ve hastanın bireysel ihtiyaçlarının farkında olunması gerekir. Bu hasta popülasyonundaki sorunlarla ilgilenmek, sorunlarına çözüm bulmak uygun hemşirelik bakımı ile mümkündür. Tek bir hasta popülasyonuna odaklanmak bu popülasyon için yeterli zaman ve enerji sağlar ve bu popülasyona özgü hem fiziksel hem de psikososyal uyum sağlanmış olur. Hastaların ihtiyaçlarını karşılamak için yapacakları girişimleri planlayarak hemşireler bu alanda uzmanlaşabilirler. Hemşireler ICD takılan hastalarla zaman geçirir, implantasyon sonrası cihaz ile ilgili hastaların eğitim ihtiyaçlarını karşılar, diğer ICD hastaların deneyimlerinden bahseder. Hasta ve sağlık çalışanları arasındaki bu iletişim hastanın cihaza uyumunu kolaylaştırır. Hastanın hastaneye

gittiğinde hep aynı kişi tarafından bakım alması hasta ve sağlık çalışanı arasında sürekli ve güvene dayalı bir iletişim sağlar (White 2000; Fetzer 2003; White 2002).

Hastanın ailesinin sağladığı emosyonel destek ya da aşırı koruyucu tutum hastanın psikososyal iyilik hali için önemlidir. Lache ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında ICD hastalarının sosyal desteğin kardiyovasküler iyileşmede etkisi araştırılmış ve algılanan sosyal desteği daha iyi olanların fizyolojik parametrelerinde de daha iyi iyileşmeler olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hasta ailesi de emosyonel sorunlar yaşamaktadır; yapılan bir çalışmada (Pedersen 2009) hastaların eşlerinin anksiyete seviyesi hastalardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu nedenle hemşire aile üyelerinin ihtiyaçlarının da farkında olmalıdır. Hasta ailesi ve yakın arkadaşlara da eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmelidir.

Hasta ve ailesinin uzun dönem psikososyal uyumunu sağlamak için ICD'nin olumlu ve olumsuz yönleri konuşulur. Etkili hasta eğitimi ve sürekli bakımın artması ile hasta cesaret kazanır ve hastanın yaşam kalitesi artar (Sears ve ark. 2005; Sears ve ark. 2009). Kalp yetersizliği olan ICD hastalarında diyetle uyum durumlarının değerlendirildiği bir çalışmada anksiyete ve depresyon ile diyet uyumun ilişkili olduğu belirlenmiştir (Luyster ve ark. 2009).

Kognitif terapi yöntemleri kullanılarak hemşireler hastaların kaygılarını dinlemeli ve eylemler yoluyla hastaya rehber olmalıdır. Bu şekilde bireysel sorunlar yeniden tanımlanır ve önceden tehdit oluşturan durumlar etkili başetme yöntemleri ile çözümlenir (White 2000; Fetzer 2003, White 2002; Moser ve Riegel 2008). Flemme ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ICD hastalarının başetme stratejilerini yetersiz kullandıkları belirlenmiştir. Başetme stratejilerini kullanan hastalar ise oldukça yarar görmüşlerdir. İyimserlik en fazla kullanılan ve en fazla yarar sağlayan başetme stratejisi olarak belirlenmiştir.

ICD hastaları ile yapılan girişimsel çalışmalar incelendiğinde hastalar üzerine olumlu sonuçlar görülmektedir. ICD implantasyonu sonrası verilen psikolojik eğitim ile hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinde düşme görülmüştür (Dunbar ve ark. 2009). ICD hastalarına bilgisayar destekli verilen eğitim programı ile hastaların uyumunun kolaylaştığı, yaşam kalitesinin arttığı ve anksiyenin azaldığı saptanmıştır (Kuhl ve ark. 2009). Altı haftalık ve bir günlük workshop şeklinde iki farklı stres yönetim programının anksiyete düzeyine etkisi karşılaştırıldığında her iki program ile de anksiyete anlamlı derecede düşmüş, cihazı kabullenme düzeyi ve yaşam kalitesi

artmıştır (Sears ve ark. 2007). Hemşirelerin telefon ile verdiği sekiz haftalık danışmanlık desteğinin hastaların fiziksel endişelerini giderdiği, anksiyete ve ölüm korkusunu azalttığı ortaya konmuştur. Daha iyi bir güven duygusu sağladığı ve hastaların bilgi düzeyinin arttığı ortaya konmuştur (Dougherty ve ark. 2005). Kadınlara özel yapılan ICD'ye özel eğitim, kognitif davranışsal tedavi stratejileri ve grup sosyal destek programında kontrol grubuna göre müdahale grubunda şok anksiyete ve hasta kabullenme puan ortalamalarında anlamlı iyileşmeler belirlenmiştir (Vazquez ve ark. 2010). Stres azaltma programlarının uygulandığı bir çalışmada program sonrasında şoka neden olan disritmilerin azaldığı ve bireylerin yaşam kalitesinin iyileştiği belirlenmiştir. Yapılan başka bir çalışmada (Lewin ve ark. 2009) profesyonel rehber eşliğinde aktivite seviyesine odaklanmış bir rehabilitasyon programında hastaların yaşam kalitesi artmıştır. Morken ve arkadaşlarının çalışmasında (2013) verilen egzersiz eğitiminin ICD'li hastaların emosyonel durumunu olumlu etkilediği belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan Çınar ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında ise hastalara verilen eğitim ve hemşire takip programları ile bilgi seviyesinin yükseldiği, sürekli anksiyete puanının değişmediği, durumluk anksiyete ve depresyon puanının düştüğü belirlenmiştir.

Hemşire ve akran liderliğinde öz yönetim programında hastalar programdan çok yarar gördüklerini bildirmişler, öz etkililikleri ve anksiyete belirtileri iyileşmiş, yaşam kalitesinin bazı alt bölümlerinde de iyileşme kaydedilmiştir (Smeuldersve ark. 2007) Ev temelli kardiyak rehabilitasyon programları (Poortaghi ve ark. 2013) ve eğitim programları (Yehle ve Plake 2010) öz etkililiği arttırmada etkili bulunmuştur.

Kognitif davranış terapisinin uygulandığı girişimsel bir çalışmada altı haftalık girişimlerin etkisinin incelendiği üç aylık dönem sonunda müdahale grubunda daha az şok görülmüş ancak 12.ayda farklılık görülmemiştir. Müdahale grubunda hem üçüncü hem de 12. ayda anlamlı derecede anksiyete düzeyi düşük bulunmuştur (Frizelle ve ark. 2004). Ölümcül disritmileri olan ve ICD implantasyonu uygulanan hastaların implantasyondan önce, implantasyondan üç ay ve bir yıl sonra emosyonel iyilik hali ve yaşam kalitesi değerlendirildiğinde depresif başa çıkma, düşük emosyonel hali ve düşük yaşam kalitesi için anlamlı bir belirleyicidir. Başetme stratejilerinin etkin kullanımı ile daha az emosyonel sıkıntı yaşandığı ve yaşam kalitesinin daha iyi olduğu ortaya konmuştur (Fritzsche ve ark. 2007). Psikolojik girişimlerin ICD'nin şok vermesi ve kalp hızı değişkenleri üzerine de olumlu etkisi ortaya konmuştur (Pedersen ve ark. 2007).

Ani kardiyak arrestten hayatta kalan hastalara hemşireler tarafından verilen psikososyal terapi ile kardiyovasküler ölüm riskinin önemli derecede düştüğü ortaya konmuştur (Cowan ve ark. 2001).

Sonuç olarak ICD’si olan hastalar biyo-psiko-sosyal açıdan değerlendirilerek bütüncül bir hemşirelik yaklaşımı hedeflenmelidir. Psikososyal sorunların uygun ölçme araçları ile erken dönemde belirlenmesi ve gerekli girişimlerin planlanması ile bakımın kalitesi artacaktır. Etkili hasta eğitiminin yapılması, sürekli bakımın artması, stres yönetim programlarının kullanılması ve kognitif terapi yöntemlerinin uygulanması ICD hastalarının psikososyal iyilik halini sağlayarak yaşam kalitesini arttıracaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma;

- Florida hasta kabullenme ölçeği, ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçekleri ile Florida şok anksiyete ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını yaparak bu ölçekleri Türk diline ve kültürüne uyarlamak,
- Bu ölçekleri kullanarak ICD implantasyonu uygulanan hastaların psikososyal durumlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla metodolojik ve tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak yapıldı.

3.2. Araştırma Soruları

- Florida hasta kabullenme ölçeği, ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçekleri ile Florida şok anksiyete ölçeği ülkemizdeki ICD hastalarında uygulanabilecek geçerli ve güvenilir ölçekler midir?
- ICD implantasyonu uygulanan hastaların ICD'yi kabullenme, öz etkililik ve beklenti sonuçları ile şok anksiyeteleri hangi düzeydedir?
- ICD implantasyonu uygulanan hastaların ICD'yi kabullenme, öz etkililik ve sonuç beklentileri ile şok anksiyeteleri ile sosyo-demografik özellikler arasında ilişki var mıdır?
- ICD implantasyonu uygulanan hastaların ICD'yi kabullenme, öz etkililik ve sonuç beklentileri ile şok anksiyeteleri ile hastalık değişkenleri arasında ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Hipotezleri

- ICD implantasyonu uygulanan hastalarının cihazı kabullenme, öz etkililik ve sonuç beklentileri ile şok anksiyeteleri farklı düzeylerde etkilenebilir.
- Cihazı kabullenme, öz etkililik ve sonuç beklentileri ile şok anksiyete düzeyleri sosyo-demografik özelliklerden ve hastalık ile ilgili bazı değişkenlerden (bireyin daha önce kardiyak arrest geçirmesi, ICD'nin daha önce şok vermesi, ICD'nin takılış süresi) etkilenebilir.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Aritmi Yoğun Bakım Ünitesi'nde ICD implantasyonu uygulanarak poliklinik takibi yapılan hastalarla 01.03. 2012 - 30. 06. 2013 tarihleri arasında yapıldı.

3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi / Araştırma Grubunun Özellikleri

Araştırmanın evrenini; İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Aritmi Yoğun Bakım Ünitesinde 2008-2011 yıllarında ICD implantasyonu uygulanan hastalar (N=297) oluşturmaktadır. Örneklem kapsamına, poliklinik kontrollerine devam eden, ICD implantasyonu uygulanma süresi > 3 ay olan, herhangi bir iletişim sorunu olmayan, araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar alındı.

Bir ölçeğin başka bir kültüre uyarlanmasında ölçek madde sayısının 5-10 katı örneklem sayısına ulaşılması gerekmektedir (Akgül ve Çevik 2003). Araştırmanın örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılacak olan ölçeklerden madde sayısı en fazla olan 18 maddelik Florida hasta kabullenme ölçeği göz önünde bulunduruldu. Alfa düzeyi 0.05, beta düzeyi 0.80 (%20 hata payı) kriterlerine göre örnekleme 153 hasta alınması gerekmektedir. Florida hasta kabullenme ölçeğinin madde sayısının 10 katına ulaşarak 180 hasta ile araştırma tamamlandı.

Araştırmanın yapıldığı tarihler içerisinde randevu tarihlerinde poliklinik kontrolüne gelmeyen / poliklinik kontrollerine devam etmeyen 112 hasta, iletişim sorunu olan 3 hasta, eksitus olan 2 hasta çalışma dışında bırakıldı.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın uygulanabilmesi için İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Değerlendirme Komisyonu'ndan 10.08.2010 tarihinde 2010/199-6 dosya numarası ile yazılı izin alındı. Araştırmaya katılan bireylere, araştırmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verildi ve gönüllülük ilkesine özen gösterilerek, istekli olduklarına dair onam alındı.

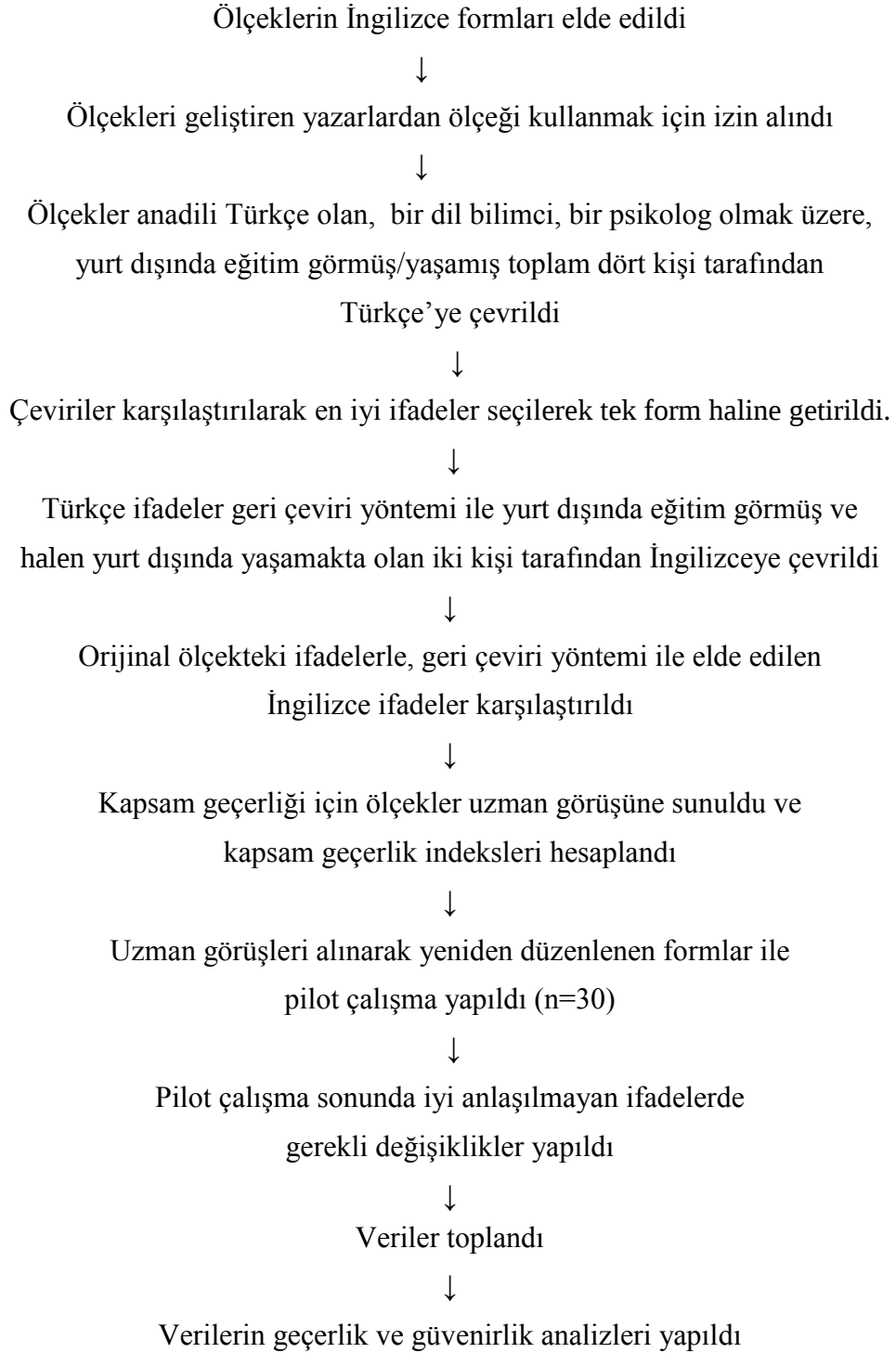
Bireyler katılımlarını araştırmanın herhangi bir noktasında sonlandırabilecekleri, bilgi vermeyi reddetme hakları olduğu konusunda sözlü olarak bilgilendirildi. Ayrıca hastalar gizlilik esasına bağlı kalınarak kendilerinden alınan bilgilerin kimseye açıklanmayacağı, gizliliğin sağlanacağı konusunda bilgilendirildi.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler genel bilgi formu (Ek-1), Florida hasta kabullenme ölçeği (Ek-2), ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçekleri (Ek-3) ve Florida şok anksiyete ölçeği (Ek-4) ve ölçüt geçerliliği için genel öz yeterlilik ölçeği (Ek-5), durumluk (Ek-6), ve sürekli (Ek-7), kaygı ölçeği ve Beck anksiyete ölçeği (Ek-8) ile yüz yüze görüşme yöntemi ile 25-30 dakikada toplandı. Çalışmada kullanılacak klinik veriler hasta dosyasından elde edildi.

Araştırmada kullanılan bu ölçeklerin öncelikle geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapıldı. Geçerlik ve güvenirlik çalışmasının aşamaları Şekil 3-1’de gösterilmektedir.

Ölçeklerin Geçerlik Güvenirlik Çalışmasının Aşamaları



Şekil 3-1 : Ölçeklerin Geçerlik Güvenirlik Çalışmasının Aşamaları

3.8. Veri Toplama Araçları

3.8.1. Genel Bilgi Formu

Konu ile ilgili literatür incelenerek hazırlanan genel bilgi formunda sosyo-demografik özellikler ve hastalık ile ilgili özellikleri sorgulayan ifadeler bulunmaktadır.

Sosyo-demografik özellikler dokuz değişkenden oluşmaktadır. Bu değişkenler, yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, mesleki durum, sosyal güvencenin olup olmadığı, ekonomik durum, kiminle birlikte yaşandığını ve ihtiyacı olduğunda yardımına başvurduğu kimselerin olup olmadığını içermektedir.

Hastalık ile ilgili ise daha önce kalp krizi, kardiyak arrest geçirme durumu, kronik hastalık durumu, kronik hastalığı varsa hangi kronik hastalıkları olduğu, ICD'nin ne zaman takıldığı, ICD'nin şimdiye kadar şok verme durumu, şok verdiyse en son ne zaman şok verdiği, ne kadar sıklıkla şok verdiği, altta yatan kardiyovasküler hastalığı içeren sekiz değişken bulunmaktadır.

3.8.2. Florida Hasta Kabullenme Ölçeği

Florida hasta kabullenme ölçeği, 2005 yılında Burns, Serber ve Sears tarafından Amerika Birleşik Devletlerinde ICD ve kalıcı pacemaker implantasyonu uygulanan hastaların cihazlarını kabullenme durumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte 4 alt boyutta, 18 madde bulunmakta, maddeler 1-5 arasında derecelendirilerek puanlanmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanlar hesaplanırken önce dolu maddeleri (9, 11 ve 16) göz ardı edilmekte ve 1, 2, 3, 4, 12, 15, 14, 17, 18. maddeler tersinden ® puanlanmaktadır. Daha sonra, puanlama aşağıdaki gibi yapılmaktadır:

Yaşama dönme = 6 + 13 + 17® + 18 ® = Ham puan

Alt ölçek toplam puan = (Ham puan – 4)/16 * 100

Cihaza ilişkin stres = 1 + 2 + 3 + 4 + 12 = Ham puan

Alt ölçek toplam puan = (Ham puan – 5)/20 * 100

Olumlu değerlendirme = 5 + 7 + 8 + 10 = Ham puan

Alt ölçek toplam puan = (Ham puan – 4)/16 * 100

Beden kaygısı = 14 + 15 = Ham puan

Alt ölçek toplam puan = (Ham puan – 2)/8 * 100

F-PAS Toplam = 1® + 2® + 3® + 4® + 5 + 6 + 7 + 8 + 10 + 12® 13 + 14® + 15® + 17® + 18® = Ham puan

$$\text{Ölçek toplam puan} = (\text{Ham puan} - 15) / 60 * 100$$

Ölçekten alınan toplam puanlar 0-125 arasında değişmekte, puanların yükselmesi hastanın cihazı kabullenme düzeyinin arttığını göstermektedir.

3.8.3. ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri Ölçekleri

Dougherty, Jouhnston ve Thompson tarafından 2007 yılında ICD hastalarının öz etkililik ve sonuç beklentilerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri olmak üzere iki alt boyut bulunmaktadır. ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ölçeğinin ilk sekiz maddesi etkililik beklentilerine, ikinci sekiz maddesi ICD implantasyonundan sonra ortaya çıkan sorunlarla başetmek için gerekli davranışları ölçmeye yöneliktir. Maddeler, 0 (hiç emin değilim) - 10 (çok eminim) aralığında puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puanların yükselmesi öz etkililiklerin arttığı anlamına gelmektedir. Sonuç beklentileri ölçeği ise yedi maddeden oluşmakta ICD implantasyonundan sonraki algılanan öz yönetim davranışlarına odaklanmaktadır. Maddeler 1 (kesinlikle doğru) – 5 (kesinlikle doğru değil) arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puanların yükselmesi sonuç beklentilerinin arttığı anlamına gelmektedir.

3.8.4. Florida Şok Anksiyete Ölçeği

Kuhl ve arkadaşları tarafından 2006 yılında ICD hastalarının şok anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. 10 madde olan ölçek 2 faktörlü yapı göstermiş; 1. faktör ICD şok verdiğinde yaşanan korku, 2. faktör ICD'nin şok vereceği korkusudur. Cinsel aktiviteden korkma, ICD'nin ne zaman şok vereceğini bilememe endişesi ve egzersiz korkusu faktör 2' ye ait maddelerdir. ICD şok verebilir diye üzülüyorum ya da sinirlenmiyorum ifadesi faktör yükünde anlamlı fark olmadığı için her iki faktöre de girebilir. Ölçekteki diğer maddeler ise 1. faktöre giren maddelerdir. Ölçeğin değerlendirilmesinde maddeler 1-5 arasında derecelendirilerek puanlanmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanlar 5 - 50 arasında değişmekte, puanların yükselmesi hastanın şok anksiyete düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. (Kuhl 2006).

3.8.5. Genel Öz Yeterlilik Ölçeği

Ölçeğin 23 maddelik özgün formu Sherer ve arkadaşları (1982) tarafından geliştirilmiştir. Özgün haliyle 14 dereceli olan ölçeğin sonraki hali beş dereceli Likert

tipi bir ölçeğe çevrilmiştir (Shererve Adams 1983). Bu çalışmada ölçeğin “Sizi ne kadar tanımlıyor?” sorusuna beş dereceli olarak “hiç” ve “çok iyi” yanıtları arasında değişen yanıtların verilebildiği Likert formatındaki hali kullanılmıştır. Her sorunun puanı 1-5 arasında değişmektedir. Ölçekteki 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16 ve 17. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçek toplam puanı 17-85 arasında değişebilmektedir; puanın artması öz yeterlilik inancının arttığını göstermektedir. Yıldırım ve İlhan tarafından 2010 yılında genel özyeterlik ölçeğinin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır.

3.8.6. Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği

Spielberger ve arkadaşları tarafından 1983’de geliştirilmiş ve Öner ve Le Compte tarafından Türk toplumuna uyarlaması yapılmıştır. Ölçek durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini 20 soru ile ayrı ayrı ölçen likert tipi bir ölçektir. Verilen cevaplar “hiç” ile “tamamıyla” arasında değişmektedir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir.

3.8.7. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiş ve ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır. Kişilerin anksiyete düzeyini belirlemek için kullanılan 21 maddeli bir ölçektir. Ölçeği yanıtlayan kişilerden, son bir hafta içerisindeki durumlarını göz önünde tutarak, her maddedeki belirtinin kendisini ne ölçüde rahatsız ettiğini belirtmeleri istenmektedir. Her belirti için, sıfır puan (hiç) ile üç puan (ciddi anksiyete düzeyi o kadar yüksek olarak kabul edilmektedir).

3.9. Florida Hasta Kabullenme Ölçeği, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri Ölçekleri ile Florida Şok Anksiyete Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği

3.9.1. Florida Hasta Kabullenme Ölçeği, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri Ölçekleri ile Florida Şok Anksiyete Ölçeği'nin Geçerliliği

Florida hasta kabullenme ölçeği, ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçekleri ile Florida şok anksiyete ölçeğinin öncelikle dil eşdeğerliği sağlanarak kapsam geçerlik indeksleri hesaplandı. Daha sonra yapı geçerliği kapsamında faktör analizi (doğrulayıcı - betimleyici) son olarak da yapı ve ölçütlere dayalı geçerlik kapsamında, ölçeklerin diğer ölçekler ile olan korelasyonları incelendi.

3.9.1.1. Dil ve Kapsam Geçerliği

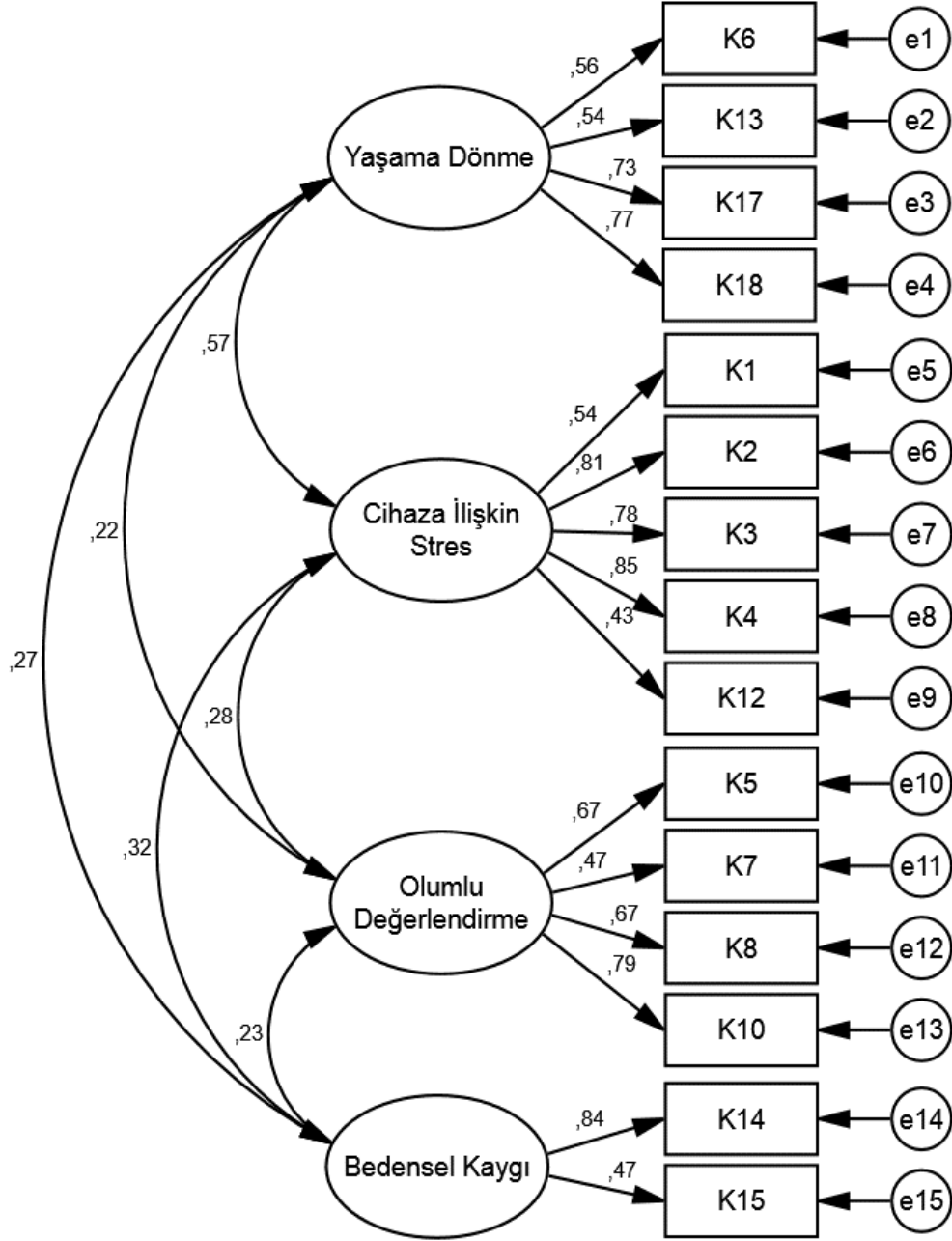
Florida hasta kabullenme ölçeği, ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçekleri ve Florida şok anksiyete ölçeği anadili Türkçe olan, biri dil bilimci, biri psikolog olmak üzere, yurt dışında eğitim görmüş/yaşamış toplam dört kişi tarafından Türkçe'ye çevrildi. Çeviriler karşılaştırılarak en iyi ifadeler seçildi ve tek form haline getirildi. Türkçe ifadeler geri çeviri yöntemi ile yurt dışında eğitim görmüş ve halen yurt dışında yaşamakta olan iki kişi tarafından İngilizceye çevrildi. Orijinal ölçekteki ifadelerle, geri çeviri yöntemi ile elde edilen İngilizce ifadeler karşılaştırıldı. Son şekli verilen Florida hasta kabullenme ölçeği kapsam geçerliği için 12 uzman görüşüne sunuldu (Ek-11). Uzmanlar her bir ölçek maddesinin uygunluğu ve anlaşılabilirliğini 1-4 puan arasında değerlendirdi. [1 puan: Uygun değil, 2 puan: Biraz uygun (maddenin/ifadenin revizyonu gerekli), 3 puan: Oldukça uygun (uygun ancak ufak değişiklikler gerekli), 4 puan: Çok uygun]. 3 puan ve altında puan verilen ifadeler tekrar gözden geçirilerek gerekli değişiklikler yapıldı. Florida hasta kabullenme ölçeğinin kapsam geçerlik indeksi 0.94, ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçeklerinin kapsam geçerlik indeksi 0.98, Florida şok anksiyete ölçeğinin kapsam geçerlik indeksi 0.97 bulundu.

Sonuç olarak ölçeklerin dil ve kapsam eşdeğerliğinin tatmin edici düzeyde olduğu belirlendi.

3.9.1.2. Yapı geçerliği

Florida Hasta Kabullenme Ölçeğinin Yapı geçerliği

Florida hasta kabullenme ölçeğinin Türkçe formundan elden edilen ölçümlerin yapı geçerliği doğrulayıcı faktör analizi ile incelendi, sonuçlar Şekil 3-2’de verildi.



Şekil 3-2: Florida Hasta Kabullenme Ölçeğinin Ölçüm Modeli

Şekil 3-2’de görüldüğü gibi standartlaştırılmış regresyon katsayıları (faktör yükü) ,43 - ,84 arasındadır. Her bir alt boyutun açıkladıkları ortalama varyans (AVE),

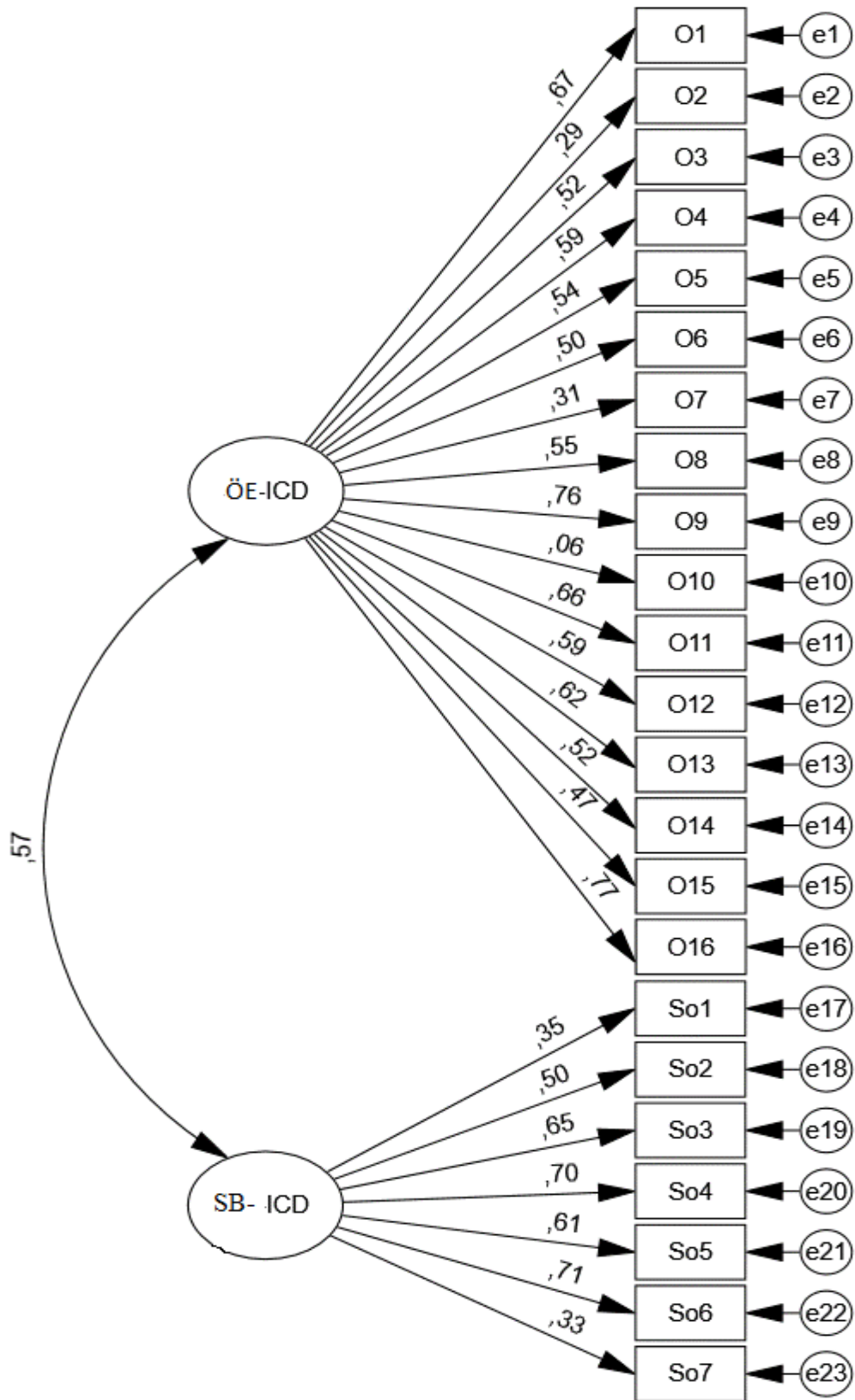
yaşama dönme için ,44; cihaza ilişkin stres için ,49; olumlu değerlendirme için ,43; ve bedensel kaygı için ,46'dır.¹ Alt boyutlar için yapı güvenirlik katsayıları (construct reliability) sırasıyla ,75, ,75, ,82 ve ,61'dir. Ortak en büyük yapısal kovaryansın kareleri (MSV) ve ortak yapısal kovaryans kareler ortalamaları (ASV), AVE'lerden düşüktür. Bu da boyutların farklı ya da bağımsız özellikleri ölçtükleri, dolayısıyla Florida hasta kabullenme ölçeğinin ayırma geçerliğinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

Ölçüm modeline ilişkin genel uyum katsayıları $\chi^2_{84} = 157,75$; $p = ,00$; normed $\chi^2 = 1,88$; CFI= ,91; RMSEA= ,07 (GA: ,05 - ,09); SRMR= ,07'dir. Florida hasta kabullenme ölçeğinde yer alan maddeler arasındaki varyans ve kovaryansların tek boyutlu bir yapı tarafından (ölçeğin tek boyutlu olduğu düşünülürse) ne derece açıklandığı incelendiğinde, standartlaştırılmış regresyon ağırlıklarının ,17 ile ,81 arasında değiştiği; genel uyum katsayılarının ise $\chi^2_{90} = 407,45$; $p = ,00$; normed $\chi^2 = 4,53$; CFI= ,60; RMSEA= ,14 (GA: ,12 - ,15); SRMR= ,13 oldukları görülmektedir. Bulgular, Florida hasta kabullenme ölçeğinin tek boyuttan oluşmadığını, dört boyutlu bir yapının tek boyutlu olana göre veriyi daha iyi açıkladığını göstermektedir ($\Delta\chi^2_6 = 247,7$; $p = ,00$). Bu sonuca bir başka kanıt olarak, Şekil 3-2'de alt faktörler arasındaki korelasyonların ,22 - ,57 arasında oldukları verilebilir. 6 korelasyon katsayısından sadece iki tanesinin ,30'dan büyük olması, alt ölçeklerin arasında yüksek bir ilişki olmadığı, boyutların birbirinden bağımsız özellikleri ölçtükleri anlamına gelmektedir.

ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri Ölçekleri'nin Yapı Geçerliği

Ölçeğin Türkçe formundan elde edilen veriler yapı geçerliği kapsamında, doğrulayıcı faktör analiziyle incelendi, sonuçlar Şekil 3-3'de sunuldu.

¹ $\frac{\sum_{i=1}^n \lambda_i^2}{n}$



Şekil 3-3: ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri Ölçekleri Ölçüm Modeli

Şekil 3-3’de görüldüğü gibi, ICD implantasyonundan sonra öz etkililik için standartlaştırılmış regresyon ağırlıkları ,06 – ,77; sonuç beklentileri için ,33 – ,71 aralığındadır. 10. maddenin standart ağırlığının ,06 olması, ICD implantasyonundan sonra öz etkililik faktörünün düşük düzeyde geçerli göstergesi olduğuna işaret etmektedir. Kuramsal modele ilişkin genel uyum katsayıları $\chi^2_{229} = 1078.88$; $p = ,00$; normed $\chi^2 = 4,71$; CFI= ,54; RMSEA= ,14 (GA: ,14 – ,15); SRMR= ,10’dur. Hair ve arkadaşlarına (1998) göre madde sayısı 12 – 30 arasında ve kişi sayısı 250’den küçük olduğunda önerilen modelin eldeki veriyi açıkladığından söz edebilmek için kıkare testi önemli bulunsa bile, CFI’nın ,92’den büyük; SRMR’nin ,08’den ve RMSEA’nın ,07’den küçük olması gerektiğini belirtmektedirler. Buna göre, kuramsal modelin Türkçe formdan elde edilen veri setindeki varyans ve kovaryansları açıklayamadığı söylenebilir. Kuramsal modelin varyans – kovaryans matrisini açıklamakta yetersiz olması nedeniyle aynı veri seti üzerinde betimleyici faktör analizi (Exploratory Factor Analysis) yapıldı, alternatif modellerin söz konusu matrisi açıklayabilme düzeyleri araştırıldı.

Bu araştırma sırasında ICD implantasyonundan sonra öz etkililik faktöründeki Ö2 ve Ö10. maddelerin yaşantı eksikliği nedeniyle pek de iyi yanıtlanmadığı (puan dağılımlarındaki değişkenliğin az olması) görüldü. Ayrıca Ö6 ve Ö14. maddeler arasındaki korelasyon katsayısının ,89 olduğu gözlemlendi. 80’den büyük korelasyonlar çoklu bağlantıya (univariate collinearity) sebep olmaktadır (Tabachnick ve Fidell 2007). Farklı faktör sayısı, faktör çıkarma (extraction) ve döndürme (rotation) teknikleri kullanıldığında hem bu hem de bu maddelere ek olarak Ö7, Ö15, So1 ve So7 no’lu maddelerin elde edilen boyutlardan hiçbirine yük yüklemelikleri (ilişkili olmadıkları) saptandı. Bu nedenle kuramsal olarak belirlenen ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri boyutlarıyla yeterince ilişkili olmayan maddeler (Ö2, Ö6, Ö7, Ö10, Ö14, Ö15, So1 ve So7) veri setinden çıkarıldı, maximum likelihood faktör çıkarma ve direct oblimin faktör döndürme yöntemi kullanılarak betimleyici faktör analizi son kez tekrarlandı. Analiz sonucunda birinci boyutun açıkladığı varyans ,32; ikinci boyutun ,09 olmak üzere; iki boyutlu yapının toplam varyansın yaklaşık ,42’sini açıkladığı bulunmuştur. Maddelerin ait oldukları boyutlardaki faktör yükleri Tablo 3-1’de verildi.

Tablo 3-1. ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri Ölçekleri Madde Faktör Yükleri

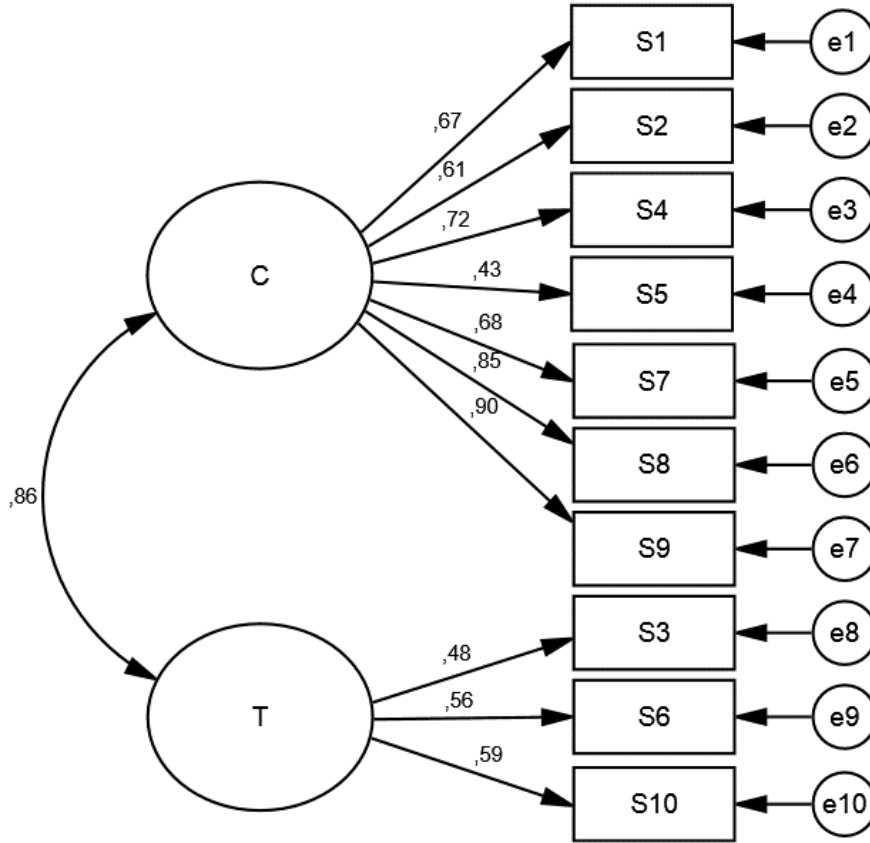
Maddeler	Faktörler	
	ÖE-ICD	SB-ICD
Ö1	,60	
Ö3	,63	
Ö4	,60	
Ö5	,58	
Ö8	,67	
Ö9	,72	
Ö11	,67	
Ö12	,59	
Ö13	,55	
Ö16	,73	
So2		,51
So3		,67
So4		,75
So5		,50
So6		,70

Tablo 3-1’de görüldüğü gibi, madde - faktör ilişkileri (faktör yükleri) ÖE-ICD boyutunda ,58 - ,73; SB-ICD boyutunda ,51 - ,75’dir. Madde toplam korelasyon katsayıları I. boyut için ,51 - ,71, II. boyut için ,45 - ,58’dir.

Florida Şok Anksiyete Ölçeği’nin yapı geçerliği

Yapı geçerliği kapsamında, ilk olarak ölçeğin Türkçe formundan elde edilen veriler kuramsal model göz önünde bulundurularak doğrulayıcı faktör analiziyle incelendi, sonuçlar Şekil 3-4’de sunulmaktadır. Şekil 3-4’de görüldüğü gibi, standartlaştırılmış regresyon katsayıları (faktör yükü) sonuç boyutu için ,43 - ,90; tetikleyiciler için ,48 - ,56 arasındadır. Sonuç boyutunun açıkladığı AVE ,49; tetikleyiciler boyutunun ,34’tür. Yapı güvenirlik katsayıları ise sırasıyla ,86 ve ,60’tır. Sonuç boyutu için standart regresyon ağırlıklarının ,50’den, yapı güvenirlik katsayısının ,70’ten büyük olmaları ve AVE’nin ,50’ye yakın olması benzeme geçerliğinin sağlandığına işaret etmektedir. Tetikleyici boyutu için AVE’nin ,34’tür. Bu durum bu alt boyutta madde sayısının azlığına bağlanabilir. Bununla birlikte, standart regresyon ağırlıkları ve güvenirlik katsayısı kabul edilebilir sınır değer olan ,50’den yüksektir. Dolayısıyla kısmen benzeme geçerliğinin sağlandığı ileri sürülebilir. Modele ilişkin χ^2_{34} = 81,48; p = ,00; normed χ^2 = 2,44; CFI= ,93; RMSEA= ,09 (GA: ,07 - ,11); SRMR=

,06'dır. Diğer yandan, sonuç ve tetikleyiciler boyutları arasındaki korelasyon ,86 olup oldukça yüksektir. Bu iki alt boyut arasındaki parametre (korelasyon)=1 yapılarak analiz tekrarlandığında $\chi^2_{35} = 91,47$; $p = ,00$ bulunmuştur. İki model arasındaki fark $\chi^2_{35} = 9,99$ olup, kıkare tablo değeri olan 3,84'ten büyüktür. Buna göre, iki faktörlü model, tek faktörlü modele göre veriye daha iyi uymaktadır.



Şekil 3-4: Florida Şok Anksiyete Ölçeği Ölçüm Modeli

3.9.1.3. Ölçüt geçerliği

Florida hasta kabullenme ölçeği, Florida şok anksiyete ölçeği ve ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçeklerinin, benzer ölçeklerle (Genel öz yeterlilik ölçeği, Durumluk - Sürekli kaygı ölçeği ve Beck anksiyete ölçeği) eş zamanlı korelasyonuna bakıldı. Pearson korelasyon katsayıları Tablo 3-2'de verildi.

Tablo 3-2: FHKÖ, FŞAÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, STAI- TX1, STAI-TX2 ve Beck Anksiyete Ölçekleri Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları

Ölçekler	FHKÖ	ÖE-ICD	SB-ICD	FŞAÖ	GÖYÖ	DKÖ	SKÖ	BAÖ
FHKÖ	-	0,59	0,27	-0,54	0,37	-0,54	-0,59	-0,47
ÖE-ICD		-	0,37	-0,44	0,52	-0,60	-0,67	-0,49
SB-ICD			-	-0,19	0,14	-0,28	-0,29	-0,24
FŞAÖ				-	-0,30	0,40	0,51	0,60
GÖYÖ					-	-0,56	-0,55	-0,22
DKÖ						-	0,74	0,40
SKÖ							-	0,59
BAÖ								-

Florida hasta kabullenme ölçeği, Genel öz yeterlilik ölçeği, Durumluk kaygı ölçeği, Sürekli kaygı ölçeği, Beck anksiyete ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 3-2); Florida hasta kabullenme ölçeği ile, Durumluk kaygı ölçeği, Sürekli kaygı ölçeği, Benk anksiyete ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon; Genel öz yeterlilik ölçeği ile pozitif korelasyon bulunmuştur ($p<,01$). Bireylerin cihazı kabullenme puanı arttıkça sürekli / durumluk kaygı ve anksiyete puanları azalmakta; cihazı kabullenme düzeyi arttıkça bireyin genel yeterliliği de artmaktadır.

ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçekleri ile, Durumluk kaygı ölçeği, Sürekli kaygı ölçeği, Benk anksiyete ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon; Genel öz yeterlilik ölçeği ile pozitif korelasyon bulunmuştur ($p<,01$). Bireylerin ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri puanı arttıkça sürekli / durumluk kaygı ve anksiyete puanları azalmakta; bireyin genel yeterliliği de artmaktadır ($p<,01$).

Florida şok anksiyete ölçeği ile Durumluk kaygı ölçeği, Sürekli kaygı ölçeği, Beck aksiyete ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı beklenen pozitif korelasyon; Genel öz yeterlilik ölçeği ile negatif korelasyon bulunmuştur ($p<,01$). Bireylerin ICD şok anksiyete puanı arttıkça sürekli / durumluk kaygı ve anksiyete puanları da artmakta; şok anksiyete puanları arttıkça bireyin genel yeterlilik puanı azalmaktadır ($p<,01$) (Tablo 3-2).

3.9.2. Florida Hasta Kabullenme Ölçeği, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri Ölçekleri ile Florida Şok Anksiyete Ölçeği'nin Güvenirliği

Florida hasta kabullenme ölçeği Türkçe Formundan elde edilen ölçümlerin iç tutarlık katsayıları (Cronbach alfa) yaşama dönme için ,74, cihaza ilişkin stres için ,81, olumlu değerlendirme ,74 ve bedensel kaygı için ,56 bulundu. Ölçeğin bütünü için güvenirlik katsayısı ise ,81'dir (Tablo 3-3). ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçeklerinin cronbach alfa katsayısı ,87 ve ,75 olarak bulundu (Tablo 3-3). Florida şok anksiyete ölçeği'nin cronbach alfa değeri sonuç boyutu için ,87, tetikleyiciler boyutu için ,57, ölçeğin bütünü için güvenirlik katsayısı tablo 3-3'de görüldüğü gibi 0,87 olarak bulundu.

Tablo 3-3: FHKÖ, FŞAÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, STAI- TX1, STAI-TX2 ve Beck Anksiyete Ölçeğinin Cronbach Alfa Katsayıları

Ölçekler	Cronbach Alfa Katsayıları
FHKÖ	0,81
Yaşam dönme (alt boyut)	0,74
Cihaza ilişkin stress (alt boyut)	0,81
Olumlu değerlendirme (alt boyut)	0,74
Bedensel kaygı (alt boyut)	0,56
ÖE-ICD	0,87
SB-ICD	0,75
FŞAÖ	0,87
Sonuç (alt boyut)	0,87
Tetikleyiciler (alt boyut)	0,57
GÖYÖ	0,88
DKÖ	0,90
SKÖ	0,88
BAÖ	0,92

3.10. Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında kullanılan veri toplama araçları Florida hasta kabullenme, Florida şok anksiyete, ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçekleri Türkçeye uyarlandı. Uzman görüşlerine dayalı kapsam geçerlik indeksleri hesaplandı.

Ölçeklerin Türkçe formlarından elde edilen verileri, ölçeklerin orijinal formlarının dayandığı kuramsal yapıların ne ölçüde açıklayabildiği doğrulayıcı faktör analizi kullanılarak incelendi. Doğrulayıcı faktör analizi ile ölçümlerin aynı zamanda benzeme (convergent) ve ayırma (discriminant) geçerlikleri de incelendi. Bu inceleme sırasında kuramsal model tarafından açıklanamayan ölçümler için ayrıca betimleyici faktör analizi de kullanıldı. Ölçümlerin güvenilirliği iç tutarlık katsayıları (Cronbach alfa) hesaplanarak incelendi. Araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturan Florida hasta kabullenme ölçeği, Florida şok anksiyete ölçeği, ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçeklerinden elde edilen ölçümlerin benzeme ve ölçütlere dayalı geçerlikleri aynı zamanda Beck anksiyete, Genel öz yeterlik ve Durumluk – Sürekli kaygı ölçekleri ile aralarındaki Pearson korelasyon katsayıları incelenerek değerlendirildi.

Sosyo-demografik özellikler ve hastalık ile ilgili değişkenlere göre ICD hastalarının hastalığı kabullenme, şok anksiyete, öz etkililik ve sonuç beklenti düzeyleri tek yönlü gruplar arası çok değişkenli varyans analizi (One-way between groups of MANOVA) kullanılarak incelendi, MANOVA sonucunda anlamlı bulunan ilişkiler çoklu tek yönlü F testi (Multiple Univariate between subject effect test) ile ele alındı. MANOVA sayıltılarından biri olan varyans – kovaryans matrisinin homojenliği sayıltısının karşılanması durumunda Wilks λ ; sayıltının karşılanmaması durumunda Pillai Trace test sonuçları kullanıldı. Bağımsız değişkende kategori sayısı üçten fazla olması durumunda post hoc test olarak Tukey HSD testinden yararlanıldı. Araştırmada hata payı .05 alınarak, gruplar arası karşılaştırmalarda I. tip hatanın artmaması amacıyla ardışık Bonferroni düzeltmesine başvuruldu. Analizler SPSS 21 paket programı kullanılarak bilgisayar ortamında yapıldı.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma tek merkezde yapıldığı için araştırma sonuçları tüm ICD hastaları için genellenemez, araştırma grubuna benzer özellik yaşıyan kişilere genellenebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin sağlık kontrolleri için düzenli polikliniğe gelmemesi veri toplama sürecinin planlanan süreden daha uzun sürmesine neden oldu.

Veriler, araştırma için hazırlanan formlar görüşme esnasında araştırmacı tarafından doldurulması yolu ile elde edildi. Bu nedenle verilerin güvenilirliği katılımcıların bildirimleri ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmada ele alınan bulgular aşağıdaki başlıklar altında verildi.

1. Hastaların sosyo-demografik ve hastalık ile ilgili özelliklerin dağılımı
2. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre Florida hasta kabullenme, ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri, Florida şok anksiyete düzeyleri
3. Hastalık ile ilgili değişkenlere göre Florida hasta kabullenme, ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri, Florida şok anksiyete düzeyleri

4.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalık ile İlgili Özelliklerin Dağılımı

Hastaların sosyo-demografik Tablo 4-1’de verilmektedir. Yaş ortalaması 50,56 olan hastaların büyük çoğunluğu erkek (%81,1), evli (%86,7), ilk öğretim mezunu (%50,6), emekli (69,4), orta düzeyde ekonomik duruma (%72,2), sosyal güvenceye sahip (%96,7) ve ailesi ile birlikte yaşamaktadır (%93,9).

Tablo 4-1: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Erkek	146	81,1
	Kadın	34	18,9
Medeni Durum	Bekar	11	6,1
	Evli	156	86,7
	Dul	13	7,2
Yaş (Ort±SS Yıl)		60,56±13,88 (Range=21-84)	
Öğrenim Durumu	Öğrenim görmemiş	22	12,2
	İlköğretim	91	50,6
	Ortaöğretim	48	26,7
	Yükseköğretim	19	10,6
Mesleği	Memur	5	2,8
	İşçi	6	3,3
	Serbest meslek	15	8,3
	Emekli	125	69,4
	Ev hanımı	27	15
Ekonomik durum	Çok kötü	8	4,4
	Kötü	18	10,0
	Orta	130	72,2
	İyi	24	13,3
Sosyal Güvence	Var	174	96,7
	Yok	6	3,3
Kiminle Yaşıyor?	Yalnız	11	6,1
	Ailesiyle	169	93,9

Hastaların hastalık ile ilgili özelliklerin dağılımı tablo 4-2’de verilmektedir. Hastaların yarısından fazlası (%51,7) daha önce kalp krizi geçirmiş, %35,6’sı kalp durması geçirmiştir. Hastaların %95,6’sı kronik bir hastalığı vardır. Bu kronik hastalıklar içerisinde en fazla hipertansiyon (%72,7), koroner kalp hastalığı (%59,4) ve kronik kalp yetersizliği (%73,3) bulunmaktadır. Hastaların kardiyovasküler sisteme ilişkin hastalık tanıları incelendiğinde en fazla (%42,2) iskemik kalp hastalığı tanısı görülmektedir. Hastaların %27,8’inin ICD takılış süresi 1-2 yıl arasındadır. Hastaların %50,6’sı nın ICD’si şok vermiş, %28,3’ünün ICD’sinin son şok verme zamanı 1 ay-1 yıl arasındadır. Hastaların %69,4’ünü ICD birincil koruma amacıyla takılmıştır.

Tablo 4-2: Hastaların Hastalık ile İlgili Değişkenler Dağılımı

Hastalık ile ilgili değişkenler		N	%
Kalp krizi geçirme durumu	Evet	93	51,7
	Hayır	87	48,3
Kalp durması geçirme durumu	Evet	63	35,6
	Hayır	116	64,4
Kronik hastalık olması durumu	Var	172	95,6
	Yok	8	4,4
Kronik hastalıklar	Hipertansiyon	130	72,7
	Koroner kalp hastalığı	107	59,4
	Kronik kalp yetersizliği	132	73,3
	Diyabetes Mellitus	53	29,4
	Diğer	52	28,9
Kardiyovasküler hastalık	İskemik kalp hastalığı	76	42,2
	Dilate kardiyomiyopati	49	27,2
	Hipertrofik kardiyomiyopati	9	5,0
	Kapak hastalığı	2	1,1
	Uzun QT sendromu	2	1,1
	Brugada sendromu	2	1,1
	İdiyopatik VT/VF	19	10,6
	Aritmojenik sağ ventrikül displazisi	1	,6
	İskemik dilate kardiyomiyopati	20	11,1
	İCD takılış süresi		
ICD takılış süresi	1 yıldan az	29	16,1
	1-2 yıl	50	27,8
	2-3 yıl	29	16,1
	3-4 yıl	40	22,2
	4-5 yıl	32	17,8
ICD şok verme durumu	Evet	89	49,4
	Hayır	91	50,6
ICD'nin şok verme zamanı	Son 1 ay içinde	14	7,8
	1 ay - 1 yıl arası	51	28,3
	1-5 yıl arası	22	12,2
ICD şokuna maruz kalma Sıklığı	1 yılda 3'ten fazla	23	12,8
	1 yılda 3'ten az	66	36,7
ICD takılışına göre	Birincil koruma	125	69,4
	İkincil koruma	55	30,6

VT: Ventriküler Taşikardi, VF: Ventrikler Fibrilasyon

4.2. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Florida Hasta Kabullenme, Florida Şok Anksiyete, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri Düzeyleri

4.2.1. ICD Hastalarının Cinsiyetlerine Göre Florida Hasta Kabullenme, Florida Şok Anksiyete, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri Düzeyleri

ICD hastalarının cinsiyetleri ile araştırma kapsamında uygulanan ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişkileri açığa çıkarabilmek için cinsiyetlerine göre hastalar sınıflandırıldı, bu gruplardaki kişi sayıları ile grupların kabullenme, öz etkililik ve sonuç beklentileri ile şok anksiyete ölçeklerinden aldıkları puanların $\bar{x}$ ve ss'leri Tablo 4-3'de verildi.

Tablo 4-3: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ'den Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri

Ölçekler	Cinsiyet	$\bar{x}$	ss	n
FHKÖ	Erkek	56,96	15,55	146
	Kadın	48,48	20,60	34
ÖE-ICD	Erkek	65,48	17,00	146
	Kadın	49,20	22,61	34
SB-ICD	Erkek	21,67	2,88	146
	Kadın	21,26	3,04	34
FŞAÖ	Erkek	24,50	9,37	146
	Kadın	29,29	8,25	34

Tablo 4-3'de görüldüğü gibi, hastaların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir. Gruplar karşılaştırıldıklarında, erkeklerin hasta kabullenme ($\bar{x}= 56,96$) ve öz etkililik ($\bar{x}= 65,48$) ölçeklerinde kadınlardan (sırasıyla $\bar{x}= 48,48$; $\bar{x}= 49,20$) daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir. sonuç beklentileri ölçeğinde kadın ve erkekler yaklaşık eşit puanlar alırken, kadınlar ise şok anksiyete ölçeğinde ($\bar{x}= 29,29$) erkeklerden ($\bar{x}= 24,50$) daha yüksek puan aldı. Ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki gözlenen bu farklılıkların istatistiksel bakımdan önemli olup olmadığını kontrol etmek amacıyla verilere tek yönlü MANOVA (One-way MANOVA) testi uygulandı. Tek yönlü MANOVA testi, erkek ve kadınların ölçek puanları arasında istatistiksel bakımdan önemli farklılıklar olduğunu ve puanlardaki değişiminin ,12'sinin cinsiyetten kaynaklandığını göstermektedir (Wilks $\lambda= ,88$; $F_{(4,$

$_{175}= 5,99; p= ,00; \eta^2= ,12$). Hangi ölçekler arasında cinsiyetten kaynaklanan farklılıklar olduğunu belirlemek amacıyla verilere tek yönlü çoklu ANOVA (Multiple Univariate Anova) izleme testi uygulandı, sonuçlar Tablo 4-4’de sunuldu.

Tablo 4-4: Cinsiyetlerine Göre Hastaların FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD ve FŞAÖ Puanlarının Çoklu Tek Yönlü ANOVA Sonuçları

Kaynak	Ölçekler	KT	sd	KO	F	p	η^2
Cinsiyet	FHKÖ	1984,57	1	1984,57	7,20	,008	,04
	ÖE-ICD	7311,17	1	7311,17	22,13	,000	,11
	SB-ICD	4,60	1	4,60	,54	,462	,00
	FŞAÖ	632,92	1	632,92	7,52	,007	,04
Hata	FHKÖ	49050,29	178	275,56			
	ÖE-ICD	58797,79	178	330,32			
	SB-ICD	1508,05	178	8,47			
	FŞAÖ	14973,65	178	84,12			
Toplam	FHKÖ	602708,33	180				
	ÖE-ICD	767106,92	180				
	SB-ICD	85461,31	180				
	FŞAÖ	131786,00	180				

Tablo 4-4’deki sonuçların önem düzeyleri incelenirken, I. tip hatanın (α) ,05’i aşmaması için Ardışık Bonferroni Düzeltmesi uygulandı. Buna göre, p değeri en düşük ICD Öz Etkililik için hata düzeyi dörde bölündü ($\alpha= ,05/4= ,0125$). Tablo 4-4’de görüldüğü gibi, ICD Öz etkililik için önem düzeyi $p= ,000$ ’dır. Bu değer, düzeltilen hata düzeyinden ($,0125$) daha küçük olduğundan, öz etkililik ölçeğindeki ,11’lik cinsiyet farkının istatistiksel bakımdan önemli olduğu kabul edildi. Öz etkililik ölçeğinde erkeklerin ortalaması 65,48; kadınların 49,20’dir. Bu durumda, erkeklerin öz etkililiği kadınlardan daha yüksektir. Bir sonraki değerlendirme için hata düzeyi üçe bölündü ($\alpha= ,05/3= ,017$). Florida şok anksiyete ölçeğinin önem düzeyi; ,017’lik hata payının altında kaldığından, bu ölçekte de cinsiyet farkı önemli kabul edildi; kadınların erkeklere göre daha fazla şok kaygısı yaşadıkları sonucuna varıldı. Daha sonra hata payı ikiye bölündü ($\alpha= ,05/2= ,025$), hasta kabullenme düzeyine ilişkin test sonucunun ($F_{(1, 178)}= 7,20, p= ,008$), bu değer altında kaldığı görüldü. Bu da, erkeklerde kabullenme düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğu şeklinde yorumlandı. Bununla birlikte, farklı cinsiyetler için ICD sonuç beklentileri puanlarında gözlenen puan farkı istatistiksel bakımdan önemli bulunmadı. Etki büyüklükleri (η^2) incelendiğinde, kadın ve erkekler

arasındaki puan farklılıklarının öz etkililikte büyük; şok anksiyete ve hasta kabullenmede orta düzeyde olduğu söylenebilir.

4.2.2. ICD Hastalarının Yaşlarına Göre Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeyleri

ICD hastalarının yaşları ile araştırma kapsamında uygulanan ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişkiyi açığa çıkarabilmek için tree analiz yoluyla yaşlarına göre hastalar “62’ye eşit ya da küçük” ve “62’den büyük” olmak üzere iki grupta sınıflandırıldı, bu gruplardaki kişi sayıları ile grupların kabullenme, şok anksiyete, öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçeklerinden aldıkları puanların $\bar{x}$ ve ss’leri Tablo 4-5’de verildi.

Tablo 4-5: Hastaların Yaş Gruplarına Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ’den Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri

Ölçekler	Yaş	$\bar{x}$	ss	n
FHKÖ	< = 62	55,57	20,03	87
	> 62	55,16	13,40	93
ÖE-ICD	< = 62	65,14	22,28	87
	> 62	59,85	15,52	93
SB-ICD	< = 62	21,76	3,18	87
	> 62	21,44	2,63	93
FŞAÖ	< = 62	27,25	9,37	87
	> 62	23,68	9,02	93

Tablo 4-5’de görüldüğü gibi, hastaların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları yaşlara göre farklılık göstermektedir. Gruplar karşılaştırıldıklarında, 62 yaşından küçüklerin Florida şok anksiyete ($\bar{x}$ = 27,25) ve öz etkililik ($\bar{x}$ = 65,14) ölçeklerinde 62 yaşından büyük olanlardan daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir. Hasta kabul ve ICD sonuç beklentileri ölçeklerinde ise farklı yaş gruplarının benzer puanlar aldıkları gözlemlenmektedir. Ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki gözlenen bu farklılıkların istatistiksel bakımdan önemli olup olmadığını kontrol etmek amacıyla verilere tek yönlü MANOVA testi uygulandı. Tek yönlü MANOVA testi, farklı yaş gruplarının ölçek puanları arasında istatistiksel bakımdan önemli farklılıklar olduğunu ve puanlardaki değişimin ,10’unun yaştan

kaynaklandığını göstermektedir (Pillai Trace= ,10; $F_{(4, 175)} = 4,80$; $p = ,00$; $\eta^2 = ,10$).

Hangi ölçekler arasında yaştan kaynaklanan farklılıklar olduğunu belirlemek amacıyla verilere çoklu tek yönlü ANOVA izleme testi uygulandı, sonuçlar Tablo 4-6’da sunuldu.

Tablo 4-6: Yaş Gruplarına Göre Hastaların FHKÖ, FHKÖ ve SB-ICD, FŞAÖ Puanlarının Çoklu Tek Yönlü ANOVA Sonuçları

Kaynak	Ölçekler	KT	sd	KO	F	P	η^2
Yaş	FHKÖ	7,68	1	7,68	,03	,870	,00
	FHKÖ	1261,19	1	1261,19	3,46	,064	,02
	SB-ICD	4,46	1	4,46	,53	,469	,00
	FŞAÖ	573,58	1	573,58	6,79	,010	,04
Hata	FHKÖ	51027,18	178	286,67			
	FHKÖ	64847,78	178	364,31			
	SB-ICD	1508,18	178	8,47			
	FŞAÖ	15033,00	178	84,46			
Toplam	FHKÖ	602708,33	180				
	FHKÖ	767106,92	180				
	SB-ICD	85461,31	180				
	FŞAÖ	131786,00	180				

Tablo 4-6’da görüldüğü gibi Florida şok anksiyete ölçeğinden alınan puanlar arasında yaş gruplarına bağlı olarak gözlenen farklar (α ,0125 düzeyinde) istatistiksel bakımdan önemlidir ($F_{(1, 178)} = 6,79$; $p = ,010$). Buna göre, 62 yaşından küçük hastalar ($\bar{x} = 27,25$), büyük olanlardan ($\bar{x} = 23,68$) daha fazla şok anksiyetesi yaşamaktadırlar.

Bununla birlikte, farklı yaş gruplarının hasta kabul, öz etkililik ve sonuç beklenti puanlarındaki gözlenen farklar istatistiksel bakımdan önemli bulunmadı. Etki büyüklükleri (η^2) incelendiğinde, şok anksiyetesinde yaş grupları arasındaki puan farklılıklarının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Diğer bir deyişle, şok anksiyetesi üzerinde yaştan etkisi orta düzeydedir.

4.2.3. ICD Hastalarının Öğrenim Düzeylerine Göre Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri Florida Şok Anksiyete Düzeyleri

ICD hastalarının öğrenim düzeylerine ile araştırma kapsamında uygulanan ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişkiyi açığa çıkarabilmek için öğrenim durumlarına göre hastalar “Öğrenim görmemiş”, “İlköğretim”, “Ortaöğretim” ve

“Yükseköğretim” olmak üzere dört grupta sınıflandırıldı, bu gruplardaki kişi sayıları ile grupların kabullenme, şok anksiyete, öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçeklerinden aldıkları puanların $\bar{x}$ ve ss’ları Tablo 4-7’de verildi.

Tablo 4-7: Hastaların Öğrenim Düzeylerine Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ’den Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri

Ölçekler	Öğrenim durumu	$\bar{x}$	Ss	N
FHKÖ	Öğrenim görmemiş	49,47	15,25	22
	İlköğretim	54,63	18,13	91
	Ortaöğretim	57,22	15,84	48
	Yükseköğretim	60,96	13,37	19
ÖE-ICD	Öğrenim görmemiş	51,40	17,66	22
	İlköğretim	60,91	22,22	91
	Ortaöğretim	68,48	13,21	48
	Yükseköğretim	66,99	10,18	19
SB-ICD	Öğrenim görmemiş	20,91	3,42	22
	İlköğretim	21,54	2,98	91
	Ortaöğretim	22,10	2,34	48
	Yükseköğretim	21,37	3,20	19
FŞAÖ	Öğrenim görmemiş	26,60	8,88	22
	İlköğretim	26,27	9,99	91
	Ortaöğretim	22,94	7,57	48
	Yükseköğretim	26,12	10,20	19

Tablo 4-7’de görüldüğü gibi, hastaların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları öğrenim düzeylerine göre farklılık göstermektedir. Gruplar karşılaştırıldıklarında, öğrenim düzeyi arttıkça hasta kabul ölçeğinden alınan puanların yükseldiği görülmektedir. Ayrıca ortaöğretim düzeyindekiler öz etkililik ($\bar{x}$ = 68,48) ve sonuç beklentileri ($\bar{x}$ = 22,10) ölçeklerinde diğer gruplardan yüksek; şok anksiyetesi ($\bar{x}$ = 22,94) ölçeğinde ise diğer gruplardan düşük puanlar aldı. Ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki gözlenen bu farklılıkların istatistiksel bakımdan önemli olup olmadığını kontrol etmek amacıyla verilere tek yönlü MANOVA testi uygulandı.

Tek yönlü MANOVA testi, farklı öğrenim düzeylerinin ölçek puanları arasında istatistiksel bakımdan önemli farklılıklar yaratmadığını ve puanlardaki değişimin sadece ,04’ünün öğrenimden kaynaklandığını göstermektedir (Pillai Trace= ,12; $F_{(12, 525)}= 1,77$; $p= ,05$; $\eta^2= ,04$). Bu sonuçlara göre, hasta kabullenme, öz etkililik, sonuç beklentileri ve şok anksiyete ölçeklerinde hastaların öğrenim durumlarına göre gözlenen

puan farklılıklarının istatistiksel bakımdan önemli olmadığı söylenebilir. Yani, öğrenim durumu hasta kabullenme, şok anksiyete düzeyine ya da öz etkililik ve sonuç beklentileri düzeyleri üzerinde önemli bir farklılığa yol açmamaktadır.

4.2.4. ICD Hastalarının Medeni Durumlarına Göre Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeyleri

ICD hastalarının medeni durumları ile araştırma kapsamında uygulanan ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişkileri açığa çıkarabilmek için medeni durumlarına göre hastalar “Bekar”, “Evli” ve “Dul” olmak üzere üç grupta sınıflandırıldı, bu gruplardaki kişi sayıları ile grupların kabullenme, şok anksiyete, öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçeklerinden aldıkları puanların $\bar{x}$ ve ss’leri Tablo 4-8’de verilmektedir.

Tablo 4-8: Hastaların Medeni Durumlarına Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ’den Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri

Ölçekler	Medeni durum	$\bar{x}$	ss	N
FHKÖ	Bekâr	60,91	16,20	11
	Evli	55,94	16,65	156
	Dul	43,72	16,61	13
ÖE-ICD	Bekâr	74,05	15,33	11
	Evli	62,49	19,08	156
	Dul	51,57	19,00	13
SB-ICD	Bekâr	22,64	2,58	11
	Evli	21,61	2,98	156
	Dul	20,54	1,94	13
FŞAÖ	Bekâr	24,49	4,54	11
	Evli	25,42	9,57	156
	Dul	26,03	9,99	13

Tablo 4-8’de görüldüğü gibi, hastaların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir. Gruplar karşılaştırıldıklarında, dulların diğer gruplara daha fazla şok anksiyete yaşadıkları ($\bar{x}$ = 26,03), daha zor kabullendikleri ($\bar{x}$ = 43,72), öz etkililiklerinin ($\bar{x}$ = 22,64) ve sonuç beklentilerinin ($\bar{x}$ = 20,54) düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca bekârların evlilere göre daha az şok anksiyete yaşadıkları ($\bar{x}$ = 24,49), cihazı daha fazla kabullendikleri ($\bar{x}$ = 60,91) öz etkililikleri ($\bar{x}$ = 62,49) ve sonuç beklentilerinin ($\bar{x}$ = 21,61) daha yüksek

olduğu gözlemlenmektedir. Ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki gözlenen bu farklılıkların istatistiksel bakımdan önemli olup olmadığını kontrol etme amacıyla verilere tek yönlü MANOVA test uygulandı. Tek yönlü MANOVA testi, ölçek puanları arasında gözlenen farklılıkların istatistiksel bakımdan önemli olmadığını ve puanlardaki değişimin sadece ,04'ünün medeni durumdan kaynaklandığını göstermektedir (Wilks $\lambda = ,92$; $F_{(8, 348)} = 1,80$; $p = ,08$; $\eta^2 = ,04$).

4.2.5. Hastalarının Meslek Gruplarına Göre Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeyleri

ICD hastalarının meslek grupları ile araştırma kapsamında uygulanan ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişkileri açığa çıkarabilmek için mesleklerine göre hastalar “Memur”, “İşçi”, “Serbest meslek”, “Emekli” ve “Ev hanımı” olmak üzere beş grupta sınıflandırıldı, bu gruplardaki kişi sayıları ile grupların kabullenme, şok anksiyete, öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçeklerinden aldıkları puanların $\bar{x}$ ve ss’leri Tablo 4-9’da verildi.

Tablo 4-9: Hastaların Mesleklerine Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ’den Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri

Ölçekler	Meslek	$\bar{x}$	ss	N
FHKÖ	Memur	53,33	15,81	5
	İşçi	53,33	18,94	6
	Serbest meslek	73,00	11,91	15
	Emekli	55,97	14,73	125
	Ev hanımı	45,19	20,07	27
ÖE-ICD	Memur	67,89	7,88	5
	İşçi	77,86	15,80	6
	Serbest meslek	82,75	11,08	15
	Emekli	63,51	16,27	125
	Ev hanımı	43,11	20,22	27
SB-ICD	Memur	19,80	3,70	5
	İşçi	23,33	1,97	6
	Serbest meslek	21,80	2,14	15
	Emekli	21,79	2,90	125
	Ev hanımı	20,85	3,02	27
FŞAÖ	Memur	28,40	9,84	5
	İşçi	24,83	6,21	6
	Serbest meslek	21,42	8,31	15
	Emekli	24,73	9,28	125
	Ev hanımı	29,45	9,03	27

Tablo 4-9’da görüldüğü gibi, hastaların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları, mesleklerine göre farklılık göstermektedir. Gruplar karşılaştırıldıklarında, serbest meslek sahiplerinin en az şok anksiyete yaşadıkları ($\bar{x}$ = 21,42), cihazı en çok kabul ettikleri ($\bar{x}$ = 73,00) görülmektedir. Ev hanımlarında ise bu durum tam tersidir (sırasıyla $\bar{x}$ = 29,45; $\bar{x}$ = 45,19). Ayrıca öz etkililikleri ($\bar{x}$ = 43,11) en düşük grup ev hanımları olurken; meslek gruplarının sonuç beklenti puanları birbirine benzer bulundu.

Ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki gözlenen bu farklılıkların istatistiksel bakımdan önemli olup olmadığını kontrol etmek amacıyla verilere tek yönlü MANOVA testi uygulandı. Tek yönlü MANOVA testi, ölçek puanları arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel bakımdan önemli olduğunu ve puanlardaki değişimin ,10’unun çalışma statüsünden kaynaklandığını göstermektedir (Wilks λ = ,65; $F_{(16, 520)}$ = 4,89; p = ,00; η^2 = ,10). Hangi ölçekler arasında meslek gruplarından kaynaklanan farklılıklar olduğunu belirlemek amacıyla verilere çoklu tek yönlü ANOVA izleme testi uygulandı, sonuçlar Tablo 4-10’da sunuldu.

Tablo 4-10: Mesleklerine Göre Hastaların FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ Puanlarının Çoklu Tek Yönlü ANOVA Sonuçları

Kaynak	Ölçekler	KT	sd	KO	F	p	η^2
Meslek	FHKÖ	7543,97	4	1885,99	7,74	,000	,15
	ÖE-ICD	17993,04	4	4498,26	16,67	,000	,28
	SB-ICD	53,95	4	13,49	1,64	,166	,04
	FŞAÖ	781,38	4	195,35	2,36	,056	,05
Hata	FHKÖ	42153,99	173	243,66			
	ÖE-ICD	46677,25	173	269,81			
	SB-ICD	1420,26	173	8,21			
	FŞAÖ	14348,85	173	82,94			
Toplam	FHKÖ	600130,56	178				
	ÖE-ICD	763232,92	178				
	SB-ICD	84844,31	178				
	FŞAÖ	128793,00	178				

Tablo 4-10’da görüldüğü gibi, Florida hasta kabullenme ve ICD öz etkililik ölçeklerinden alınan puanlar arasında meslek gruplarına bağlı gözlenen puan farkları (α ,0125 ve ,017 düzeylerinde) istatistiksel bakımdan önemlidir ($F_{(1, 173)}$ = 7,74 ve 16,67; p = ,000). Diğer ölçeklerden alınan puanlar arasındaki gözlenen farklılıklar ise istatistiksel

bakımdan önemsiz bulundu. Etki büyüklükleri (η^2) incelendiğinde, hem hasta kabullenme hem de öz etkililik puan farklılıklarında çalışma statüsü etkisinin büyük olduğu söylenebilir.

Hangi meslek gruplarının hasta kabul ve öz etkililik puanları arasında farklılıklar olduğunu belirlemek amacıyla verilere Tukey HSD test uygulandı, sonuçlar Tablo 4-11’de sunuldu.

Tablo 4-11: Mesleklerine Göre Hastaların FHKÖ ve ÖE-ICD Puanlarının Tukey HSD Sonuçları

Ölçekler	(I) Meslekler	(J) Meslekler	Ortalama	sh	P	Güven aralığı	
			Farkları (I-J)			Alt sınır	Üst sınır
FHKÖ	Memur	İşçi	,00	9,45	1,000	-30,58	30,58
		Serbest meslek	-19,67	8,06	,110	-45,75	6,42
		Emekli	-2,64	7,12	,996	-25,68	20,40
		Ev hanımı	8,15	7,60	,821	-16,44	32,74
		İşçi	-19,67	7,54	,073	-44,06	4,73
	İşçi	Serbest meslek	-2,64	6,52	,994	-23,75	18,47
		Emekli	8,15	7,05	,776	-14,65	30,94
		Ev hanımı	17,03	4,27	,001	3,23	30,83
		Serbest meslek	27,81	5,03	,000	11,55	44,08
		Emekli	10,79	3,31	,012	,07	21,51
ÖE-ICD	Memur	İşçi	-9,97	9,95	,854	-42,15	22,22
		Serbest meslek	-14,86	8,48	,405	-42,30	12,59
		Emekli	4,38	7,49	,977	-19,86	28,62
		Ev hanımı	24,79	8,00	,019	-1,09	50,66
		İşçi	-4,89	7,93	,972	-30,57	20,78
	İşçi	Serbest meslek	14,35	6,86	,229	-7,87	36,56
		Emekli	34,75	7,41	,000	10,76	58,74
		Ev hanımı	19,24	4,49	,000	4,72	33,76
		Serbest meslek	39,65	5,29	,000	22,53	56,76
		Emekli	20,41	3,49	,000	9,13	31,69

Tablo 4-11’de görüldüğü gibi, serbest meslek, işçi ve emekli gruplarının öz etkililikleri ($\alpha= ,0125$ düzeyinde) ev hanımlarından daha yüksektir. Ayrıca serbest meslek mensuplarının, emeklilerden daha yüksek öz etkililiğe sahip oldukları bulundu. Bundan başka, serbest meslek çalışanlarının emekli ve ev hanımlarından; emeklilerin de ev hanımlarından ($\alpha= ,0167$ düzeyinde) daha fazla cihazı kabul ettikleri saptandı.

4.2.6. Hastalarının Ekonomik Durumlarına Göre Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeyleri

ICD hastalarının ekonomik durumları ile araştırma kapsamında uygulanan ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişkileri açığa çıkarabilmek için sosyal güvence durumuna göre hastalar “Çok kötü”, “Kötü”, “Orta” ve “Düşük” olmak üzere dört grupta sınıflandırıldı, bu gruplardaki kişi sayıları ile grupların kabullenme, şok anksiyete, öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçeklerinden aldıkları puanların $\bar{x}$ ve ss’leri Tablo 4-12’de verildi.

Tablo 4-12: Hastaların Ekonomik Durumlarına Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ’den Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri

Ölçekler	Ekonomik durum	$\bar{x}$	Ss	N
FHKÖ	Çok kötü	47,50	21,91	8
	Kötü	51,39	16,16	18
	Orta	56,35	17,21	130
	İyi	55,63	13,38	24
ÖE-ICD	Çok kötü	58,98	27,69	8
	Kötü	56,67	21,21	18
	Orta	63,04	18,97	130
	İyi	64,41	15,92	24
SB-ICD	Çok kötü	19,25	6,09	8
	Kötü	21,72	2,08	18
	Orta	21,75	2,71	130
	İyi	21,46	2,81	24
FŞAÖ	Çok kötü	31,49	12,09	8
	Kötü	29,56	7,68	18
	Orta	24,71	9,21	130
	İyi	24,05	9,16	24

Tablo 4-12’de görüldüğü gibi, hastaların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları ekonomik durumlarına göre farklılık göstermektedir. Gruplar karşılaştırıldıklarında, ekonomik durumu orta ve iyi olanların, kötü ya da çok kötü olanlara göre daha az şok anksiyete yaşadıkları, daha fazla cihazı kabul ettikleri öz etkililiklerinin daha fazla olduğu görülmektedir. ICD sonuç beklenti puanlarının ise gruplar arasında benzer olduğu gözlemlenmektedir. Ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki gözlenen bu farklılıkların istatistiksel bakımdan önemli olup olmadığını kontrol etmek amacıyla verilere tek yönlü MANOVA testi uygulandı. Tek yönlü MANOVA testi, farklı ekonomik durum gruplarının ölçek puanları arasında istatistiksel

bakımdan önemli farklılıklar bulunmadığını ve puanlardaki değişimin sadece ,03'ünün ekonomik durumdan kaynaklandığını göstermektedir (Wilks $\lambda = ,92$; $F_{(12, 458)} = 1,26$; $p = ,24$; $\eta^2 = ,03$).

Ekonomik durum değişkeninde kötü ve çok kötü grupları ile orta ve iyi grupları birleştirilerek iki yeni grup oluşturulup analiz tekrarlandığında, sonuçların değişmediği görülmüş, bunun üzerine ekonomik durumun puan farklılıklarının önemli bir nedeni olmadığı sonucuna varıldı. (Wilks $\lambda = ,92$; $F_{(4, 175)} = 2,14$; $p = ,08$; $\eta^2 = ,05$).

4.2.7. Hastalarının Yalnız/Aile ile Yaşama Durumlarına Göre Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeyleri

ICD hastalarının kimle yaşadıkları ile araştırma kapsamında uygulanan ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişkileri açığa çıkarabilmek için kim ile yaşadıklarına göre hastalar “Yalnız” ve “Ailesiyle” olmak üzere iki grupta sınıflandırıldı, bu gruplardaki kişi sayıları ile grupların kabullenme, şok anksiyete, öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçeklerinden aldıkları puanların $\bar{x}$ ve ss'leri Tablo 4-13'de verildi.

Tablo 4-13: Hastaların Kim ile Yaşadıklarına Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ'den Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri

Ölçekler	Kiminle yaşıyor?	$\bar{x}$	ss	N
FHKÖ	Yalnız	49,39	18,55	11
	Ailesiyle	55,75	16,76	169
ÖE-ICD	Yalnız	64,38	25,46	11
	Ailesiyle	62,28	18,83	169
SB-ICD	Yalnız	22,00	2,53	11
	Ailesiyle	21,57	2,93	169
FŞAÖ	Yalnız	24,65	9,66	11
	Ailesiyle	25,45	9,34	169

Tablo 4-13'de görüldüğü gibi, hastaların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları kimle yaşadıklarına göre küçük de olsa farklılık göstermektedir. Gruplar karşılaştırıldıklarında, yalnız yaşayanların aileleri ile yaşayanlara göre öz etkililikleri ($\bar{x} = 64,38$) ve sonuç beklentileri ($\bar{x} = 22,00$) yüksek; şok anksiyete ($\bar{x} = 24,65$) ve cihazı kabul düzeylerinin ($\bar{x} = 49,39$) düşük olduğu görülmektedir. Ölçeklerin puan

ortalamaları arasındaki gözlenen bu farklılıkların istatistiksel bakımdan önemli olup olmadığını kontrol etmek amacıyla verilere tek yönlü MANOVA testi uygulandı.

Tek yönlü MANOVA testi, hastaların kimle yaşadıklarına bağlı olarak oluşturulan gruplarının ölçek puanları arasında istatistiksel bakımdan önemli farklılıklar bulunmadığını ve puanlardaki değişimin sadece ,02'sinin yalnız ya da aileyle yaşama ile açıklanabileceğini göstermektedir (Wilks $\lambda = ,98$; $F_{(4, 175)} = 1,07$; $p = ,38$; $\eta^2 = ,02$).

4.3. Hastalık ile İlgili Değişkenlere Göre Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeyleri

4.3.1. Hastalarının Önceden Kalp Krizi Geçirme Durumlarına Bağlı Olarak Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeyleri

ICD hastalarının önceden kalp krizi geçirmiş olmaları ile araştırma kapsamında uygulanan ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişkileri açığa çıkarabilmek için kriz yaşamış olup olmalarına göre hastalar “Kriz geçirmiş” ve “Kriz geçirmemiş” olmak üzere iki grupta sınıflandırıldı, bu gruplardaki kişi sayıları ile grupların kabullenme, şok anksiyete, öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçeklerinden aldıkları puanların $\bar{x}$ ve ss'leri Tablo 4-14'da verildi.

Tablo 4-14: Hastaların Kriz Yaşama Durumlarına Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ'den Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri

Ölçekler	Önceden Kriz yaşama	$\bar{x}$	Ss	n
FHKÖ	Kriz geçirmiş	56,99	16,11	93
	Kriz geçirmemiş	53,62	17,60	87
ÖE-ICD	Kriz geçirmiş	64,33	17,22	93
	Kriz geçirmemiş	60,35	21,06	87
SB-ICD	Kriz geçirmiş	21,67	2,86	93
	Kriz geçirmemiş	21,52	2,97	87
FŞAÖ	Kriz geçirmiş	25,19	9,65	93
	Kriz geçirmemiş	25,63	9,04	87

Tablo 4-14'de görüldüğü gibi, hastaların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları önceden kriz yaşamalarına göre farklılık göstermektedir. Gruplar

karşılaştırıldıklarında, kriz yaşayanların, yaşamayanlara göre öz etkililiklerinin ($\bar{x}=64,33$) ve hasta kabul düzeylerinin ($\bar{x}=56,99$) daha fazla olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, şok anksiyete ve sonuç beklentileri puanlarında grupların birbirlerine yakın puanlar aldıkları gözlemlenmektedir. Ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki gözlenen bu farklılıkların istatistiksel bakımdan önemli olup olmadığını kontrol etmek amacıyla verilere tek yönlü MANOVA testi uygulandı. Tek yönlü MANOVA testi, hastaların önceden kriz yaşayıp yaşamamalarına göre oluşturulan gruplarının ölçek puanları arasında istatistiksel bakımdan önemli farklılıklar bulunmadığını ve puanlardaki değişimin sadece .01'inin önceden kriz yaşamayla açıklanabileceğini göstermektedir (Wilks $\lambda=,98$; $F_{(4, 175)}=,69$; $p=,60$; $\eta^2=,01$).

4.3.2. Hastalarının Önceden Kalp Durması Yaşama Durumlarına Bağlı Olarak Florida Hasta Kabuldenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeyleri

ICD hastalarının önceden kalp durması yaşama (arrest) ile araştırma kapsamında uygulanan ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişkileri açığa çıkarabilmek için kalp durması durumlarına göre hastalar “Yaşamış” ve “Yaşamamış” olmak üzere iki grupta sınıflandırıldı, bu gruplardaki kişi sayıları ile grupların kabullenme, şok anksiyete, öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçeklerinden aldıkları puanların $\bar{x}$ ve ss'leri Tablo 4-15'de verildi.

Tablo 4-15: Hastaların Kalp Durması Yaşamalarına Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ'den Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri

Ölçekler	Önceden Kalp Durması	$\bar{x}$	Ss	n
FHKÖ	Yaşamış	54,52	15,81	63
	Yaşamamış	55,83	17,56	116
ÖE-ICD	Yaşamış	61,03	19,63	63
	Yaşamamış	63,23	19,10	116
SB-ICD	Yaşamış	21,51	3,20	63
	Yaşamamış	21,70	2,69	116
FŞAÖ	Yaşamış	27,64	8,83	63
	Yaşamamış	24,28	9,42	116

Tablo 4-15’de görüldüğü gibi, hastaların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları önceden kalp durması yaşamalarına göre küçük de olsa farklılık göstermektedir. Gruplar karşılaştırıldıklarında, kalp durması yaşayanların yaşamayanlara göre daha fazla şok anksiyetesi ($\bar{x}$ = 27,64), daha az hasta kabullendikleri ($\bar{x}$ = 54,52) ve öz etkililiklerinin düşük olduğu ($\bar{x}$ = 61,03) görülmektedir. Öte yandan, iki grubun sonuç beklenti puanları birbirine yakındır.

Ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki gözlenen bu farklılıkların istatistiksel bakımdan önemli olup olmadığını kontrol etmek amacıyla verilere tek yönlü MANOVA testi uygulandı. Tek yönlü MANOVA testi, hastaların kalp durması yaşayıp yaşamamalarına göre oluşturulan gruplarının ölçek puanları arasında istatistiksel bakımdan önemli farklılıklar bulunmadığını ve puanlardaki değişimin sadece ,03’ünün kalp durması yaşamayla açıklanabileceğini göstermektedir (Wilks λ = ,97; $F_{(4, 174)}= 1,56$; $p= ,19$; $\eta^2= ,03$).

4.3.3. ICD Hastalarının ICD Takılış Süresine Bağlı Olarak Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeyleri

ICD hastalarına ne zaman ICD takıldığı ile araştırma kapsamında uygulanan ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişkileri açığa çıkarabilmek için ICD takılma zamanlarına göre hastalar “1 yıldan az”, “1-2 yıl”, “2-3 yıl”, “3-4 yıl” ve “4-5 yıl” olmak üzere beş grupta sınıflandırıldı, bu gruplardaki kişi sayıları ile grupların kabullenme, şok anksiyete, öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçeklerinden aldıkları puanların $\bar{x}$ ve ss’ları Tablo 4-16’da verilmektedir.

Tablo 4-16: Hastaların ICD Takılma Zamanına Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ'den Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri

Ölçekler	ICD ne zaman takıldı?	$\bar{x}$	Ss	N
FHKÖ	1 yıldan az	53,05	21,45	29
	1-2 yıl	54,83	15,28	50
	2-3 yıl	54,37	17,92	29
	3-4 yıl	55,33	12,96	40
	4-5 yıl	59,22	18,41	32
ÖE-ICD	1 yıldan az	58,37	23,74	29
	1-2 yıl	64,81	16,70	50
	2-3 yıl	63,35	21,27	29
	3-4 yıl	61,36	15,73	40
	4-5 yıl	62,76	20,87	32
SB-ICD	1 yıldan az	20,91	3,35	29
	1-2 yıl	22,06	2,32	50
	2-3 yıl	20,72	3,08	29
	3-4 yıl	21,83	2,74	40
	4-5 yıl	22,00	3,22	32
FŞAÖ	1 yıldan az	24,89	9,71	29
	1-2 yıl	23,41	8,47	50
	2-3 yıl	26,93	9,89	29
	3-4 yıl	25,90	9,35	40
	4-5 yıl	26,99	9,73	32

Tablo 4-16'da görüldüğü gibi, hastaların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları, ICD'nin ne zaman takıldığına bağlı olarak farklılık göstermektedir. Gruplar karşılaştırıldıklarında, henüz 1 yılını doldurmayan hastaların diğerlerine göre hasta kabul ($\bar{x}= 53,05$) ve öz etkililik ($\bar{x}= 58,37$) puanlarının düşük olduğu görülmektedir. Diğerlerine göre şok anksiyetesini daha fazla yaşamalarına ($\bar{x}= 26,99$) karşın cihazı da kabullenenlerin ($\bar{x}= 59,22$) 4-5 yıldır ICD takılı olan hastalar oldukları anlaşılmaktadır. Ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki gözlenen bu farklılıkların istatistiksel bakımdan önemli olup olmadığını kontrol etmek amacıyla verilere tek yönlü MANOVA testi uygulandı. Tek yönlü MANOVA testi, ICD'nin ne zaman takıldığına bağlı oluşturulan gruplarının ölçek puanları arasında istatistiksel bakımdan önemli farklılıklar bulunmadığını ve puanlardaki değişimin sadece ,03'ünün ICD'nin ne zaman takıldığı ile açıklanabileceğini göstermektedir (Wilks $\lambda= ,89$; $F_{(16, 526)}= 1,28$; $p= ,21$; $\eta^2= ,03$).

4.3.4. ICD Hastalarının ICD Şokuna Maruz Kalma Durumlarına Bağlı Olarak Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeyleri

ICD hastalarının ICD şokuna maruz kalmaları ile araştırma kapsamında uygulanan ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişkileri açığa çıkarabilmek için “ICD şimdiye kadar şok verdi mi?” sorusuna verilen yanıtlara bağlı olarak hastalar “Evet” ve “Hayır” olmak üzere iki grupta sınıflandırıldı, bu gruplardaki kişi sayıları ile grupların kabullenme, şok anksiyete, öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçeklerinden aldıkları puanların $\bar{x}$ ve ss’leri Tablo 4-17’de verilmektedir.

Tablo 4-17: Hastaların ICD Şokuna Maruz Kalmalarına Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ’den Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri

Ölçekler	ICD şok verdi mi?	$\bar{x}$	ss	N
FHKÖ	Evet	53,75	17,53	89
	Hayır	56,94	16,17	91
ÖE-ICD	Evet	60,61	19,04	89
	Hayır	64,16	19,33	91
SB-ICD	Evet	21,56	3,15	89
	Hayır	21,63	2,67	91
FŞAÖ	Evet	28,81	9,12	89
	Hayır	22,08	8,33	91

Tablo 4-17’de görüldüğü gibi, hastaların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları, şimdiye kadar ICD şokuna maruz kalmalarına bağlı olarak farklılık göstermektedir. Gruplar karşılaştırıldıklarında, Şimdiye kadar şok alanların daha fazla şok anksiyetesi yaşadıkları ($\bar{x}$ = 28,81), öz etkililiklerinin ($\bar{x}$ = 60,61) ve hasta kabullenme ($\bar{x}$ = 53,75) düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Şimdiye kadar ICD şoku alan ve almayan hastaların sonuç beklentileri puanları ise birbirine yakın görünmektedir.

Ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki gözlenen bu farklılıkların istatistiksel bakımdan önemli olup olmadığını kontrol etmek amacıyla verilere tek yönlü MANOVA testi uygulandı. Tek yönlü MANOVA testi, ölçek puanları arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel bakımdan önemli olduğunu ve puanlardaki değişiminin ,15’inin şimdiye kadar ICD şoku almış olmadan kaynaklandığını göstermiştir (Wilks λ =

,85; $F_{(4, 175)} = 7,50$; $p = ,00$; $\eta^2 = ,15$). Hangi ölçekler arasında ICD şoku almaktan kaynaklanan farklılıklar olduğunu belirlemek amacıyla verilere çoklu tek yönlü ANOVA izleme testi uygulandı, sonuçlar Tablo 4-18’de sunulmaktadır.

Tablo 4-18: ICD Şokuna Maruz Kalmalarına Göre Hastaların FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ Puanlarının Çoklu Tek Yönlü ANOVA Sonuçları

Kaynak	Ölçekler	KT	sd	KO	F	p	η^2
ICD Şokuna Maruz Kalma	FHKÖ	459,61	1	459,61	1,62	,205	,01
	FŞAÖ	2036,70	1	2036,70	26,72	,000	,13
	ÖE-ICD	569,53	1	569,53	1,55	,215	,01
	SB-ICD	,20	1	,20	,02	,877	,00
Hata	FHKÖ	50575,25	178	284,13			
	FŞAÖ	13569,88	178	76,24			
	ÖE-ICD	65539,44	178	368,20			
	SB-ICD	1512,44	178	8,50			
Toplam	FHKÖ	602708,33	180				
	FŞAÖ	131786,00	180				
	ÖE-ICD	767106,92	180				
	SB-ICD	85461,31	180				

Tablo 4-18’de görüldüğü gibi, Florida şok anksiyetesi ölçeğinden alınan puanlar arasında ICD şokuna maruz kalmaya bağlı gözlenen puan farkı ($\alpha = ,0125$ düzeyinde) istatistiksel bakımdan önemli bulunmuştur ($F_{(1, 178)} = 26,72$; $p = ,000$). Diğer ölçeklerden alınan puanlar arasındaki gözlenen farklılıklar ise istatistiksel bakımdan önemsiz bulunmuştur. Buna göre, Florida şok anksiyetesi ölçeğinden ICD şokuna maruz kalanlar daha yüksek puan aldılar ve bu ölçekten alınan puanlardaki varyansın ,13’ü şimdiye kadar ICD şoku almış olma ile açıklanabilir.

4.3.5. ICD Hastalarının En Son ICD Şokuna Maruz Kalma Zamanlarına Bağlı Olarak Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Sonuç Düzeyleri

ICD hastalarının ICD şokuna en son maruz kalma zamanları ile araştırma kapsamında uygulanan ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişkileri açığa çıkarabilmek için ne zaman, en son ICD şoku aldıklarına bağlı olarak hastalar “Son 1 ay içinde”, “1 ay -1 yıl arası” ve “1 yıl – 5 yıl arası” olmak üzere üç grupta sınıflandırıldı, bu gruplardaki kişi sayıları ile grupların kabullenme, şok anksiyete, öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçeklerinden aldıkları puanların $\bar{x}$ ve ss’leri Tablo 4-19’da verilmektedir.

Tablo 4-19: Hastaların ICD Şokuna En Son Maruz Kalma Zamanlarına Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ'den Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri

Ölçekler	ICD ne zaman şok verdi?	$\bar{x}$	Ss	N
FHKÖ	Son 1 ay içinde	56,07	17,96	14
	1 ay - 1 yıl arası	51,37	17,29	51
	1-5 yıl arası	59,24	16,36	22
ÖE-ICD	Son 1 ay içinde	69,93	11,71	14
	1 ay - 1 yıl arası	57,69	19,50	51
	1-5 yıl arası	63,36	16,75	22
SB-ICD	Son 1 ay içinde	21,14	2,41	14
	1 ay - 1 yıl arası	21,61	3,29	51
	1-5 yıl arası	22,27	2,45	22
FŞAÖ	Son 1 ay içinde	31,79	7,54	14
	1 ay - 1 yıl arası	28,34	9,45	51
	1-5 yıl arası	26,58	8,04	22

Tablo 4-19'da görüldüğü gibi, hastaların (180 hastadan şok alan 87'si (% 48)) ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları, ICD şokuna en son maruz kalma zamanlarına bağlı olarak farklılık göstermektedir. Gruplar karşılaştırıldıklarında, Son bir ay içinde maruz kalanların diğer gruplara göre şok anksiyete düzeyleri ($\bar{x}$ = 31,79) ve öz etkililikleri ($\bar{x}$ = 69,93) daha yüksektir. ICD şokunu 1-5 yıl arasında yaşayanlarda şok anksiyetesi en düşük ($\bar{x}$ = 26,58) iken; hasta kabul de en üst düzeydedir ($\bar{x}$ = 59,24). Ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki gözlenen bu farklılıkların istatistiksel bakımdan önemli olup olmadığını kontrol etmek amacıyla verilere tek yönlü MANOVA testi uygulandı. Tek yönlü MANOVA testi, ölçek puanları arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel bakımdan önemli olmadığını ve puanlardaki değişimin ancak ,09'unun ICD şoku alma zamanıyla açıklanabileceğini göstermektedir (Wilks λ = ,83; $F_{(8, 162)} = 1,96$; $p = ,055$; $\eta^2 = ,09$).

4.3.6. ICD Hastalarının ICD Şokuna Maruz Kalma Sıklıklarına Bağlı Olarak Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeyleri

ICD hastalarının ICD şokuna maruz kalma sıklıkları ile araştırma kapsamında uygulanan ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişkileri açığa çıkarabilmek için ICD şoku sıklığına bağlı olarak hastalar “1 yılda 3'ten az” ve “1 yılda 3'ten fazla” olmak

üzere iki grupta sınıflandırıldı, bu gruplardaki kişi sayıları ile grupların kabullenme, şok anksiyete, öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçeklerinden aldıkları puanların $\bar{x}$ ve ss'leri Tablo 4-20'de verilmektedir.

Tablo 4-20: Hastaların ICD Şokuna Maruz Kalma Sıklığına Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ'den Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri

Ölçekler	ICD şok sıklığı	$\bar{x}$	ss	n
FHKÖ	1 yılda 3'ten fazla	44,78	19,22	23
	1 yılda 3'ten az	56,87	15,90	66
ÖE-ICD	1 yılda 3'ten fazla	51,61	23,15	23
	1 yılda 3'ten az	63,74	16,46	66
SB-ICD	1 yılda 3'ten fazla	20,39	3,87	23
	1 yılda 3'ten az	21,97	2,77	66
FŞAÖ	1 yılda 3'ten fazla	34,12	9,14	23
	1 yılda 3'ten az	26,96	8,42	66

Tablo 4-20'de görüldüğü gibi, hastaların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları, ICD şoku yaşama sıklığına bağlı olarak farklılık göstermektedir. Gruplar karşılaştırıldıklarında, daha az şok yaşayanların cihazı kabullenme düzeyleri ($\bar{x}= 56,87$) ve öz etkililikleri ($\bar{x}= 63,74$) daha yüksek; şok anksiyeteleri ($\bar{x}= 26,96$) daha düşüktür.

Ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki gözlenen bu farklılıkların istatistiksel bakımdan önemli olup olmadığını kontrol etmek amacıyla verilere tek yönlü MANOVA testi uygulandı. Tek yönlü MANOVA testi, ölçek puanları arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel bakımdan önemli olduğunu ve puanlardaki değişiminin ,16'sının ICD şokuna maruz kalma sıklığına açıklanabileceğini göstermektedir (Wilks $\lambda= ,84$; $F_{(4, 84)}= 3,92$; $p= ,00$; $\eta^2= ,16$). Hangi ölçekler arasında ICD şoku alma sıklığından kaynaklanan farklılıklar olduğunu belirlemek amacıyla verilere çoklu tek yönlü ANOVA izleme testi uygulandı, sonuçlar Tablo 4-21'de sunuldu.

Tablo 4-21: ICD Şokuna Maruz Kalma Sıklığına Göre Hastaların FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ Puanlarının Çoklu Tek Yönlü ANOVA Sonuçları

Kaynak	Ölçekler	KT	sd	KO	F	p	η^2
ICD Şokuna	FHKÖ	2491,45	1	2491,45	8,83	,004	,09
Maruz Kalma Sıklığı	ÖE-ICD	2511,14	1	2511,14	7,43	,008	,08
	SB-ICD	42,49	1	42,49	4,46	,038	,05
	FŞAÖ	874,30	1	874,30	11,79	,001	,12
Hata	FHKÖ	24560,11	87	282,30			
	ÖE-ICD	29402,10	87	337,96			
	SB-ICD	829,42	87	9,53			
	FŞAÖ	6450,78	87	74,15			
Toplam	FHKÖ	284133,33	89				
	ÖE-ICD	358826,00	89				
	SB-ICD	42249,00	89				
	FŞAÖ	81180,59	89				

Tablo 4-21’de, hata payı için ($\alpha = ,05$) ardışık Boferroni düzeltmesi uygulandığında, bir yıl içinde üçten fazla şok yaşayanların üçten az yaşayanlara göre daha yüksek şok anksiyetesi yaşadıkları ($F_{(1, 87)} = 11,79$; $p = ,001$); öz etkililik ($F_{(1, 87)} = 7,43$; $p = ,008$) ve hasta kabul düzeylerinin ($F_{(1, 87)} = 8,83$; $p = ,004$) daha düşük olduğu görülmektedir. Diğer karşılaştırmalarda, gruplar arasında önemli farklılıklara yol açmasa da, sonuç beklenti düzeyinin 3’ten az şok yaşayan grupta daha yüksek olduğu gözlenmektedir ($F_{(1, 87)} = 4,46$; $p = ,038$).

4.3.7. ICD Hastalarının ICD Takılma Nedenlerine Bağlı Olarak Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeyleri

ICD hastalarının ICD takılış endikasyonları ile araştırma kapsamında uygulanan ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişkileri açığa çıkarabilmek için ICD takılma nedenlerine bağlı olarak hastalar “birincil koruma” ve “ikincil koruma” olmak üzere iki grupta sınıflandırıldı, bu gruplardaki kişi sayıları ile grupların kabullenme, şok anksiyete, öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçeklerinden aldıkları puanların $\bar{x}$ ve ss’ları Tablo 4-22’de verilmektedir.

Tablo 4-22: Hastaların ICD Takılma Nedenlerine Göre Kişi Sayıları (n) ile FHKÖ, ÖE-ICD ve SB-ICD, FŞAÖ’nden Aldıkları Puanların $\bar{x}$ ve ss Değerleri

Ölçekler	ICD Takılma Nedeni	$\bar{x}$	Ss	N
FHKÖ	Birincil koruma	56,32	17,35	125
	İkincil koruma	53,18	15,72	55
ÖE-ICD	Birincil koruma	63,90	19,10	125
	İkincil koruma	59,01	19,22	55
SB-ICD	Birincil koruma	21,55	2,69	125
	İkincil koruma	21,69	3,37	55
FŞAÖ	Birincil koruma	24,61	9,40	125
	İkincil koruma	27,21	9,02	55

Tablo 4-22’de görüldüğü gibi, hastaların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları, ICD takılma nedenlerine bağlı olarak farklılık göstermektedir. Gruplar karşılaştırıldıklarında, birincil koruma amaçlı ICD takılanların, ikincil koruma amaçlı takılanlara göre cihazı daha fazla kabullendikleri ($\bar{x}= 56,32$), öz etkililiklerinin ($\bar{x}= 63,90$) daha yüksek olduğu; buna karşın şok anksiyete düzeylerinin ($\bar{x}= 24,61$) daha düşük olduğu görülmektedir. Ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki gözlenen bu farklılıkların istatistiksel bakımdan önemli olup olmadığını kontrol etmek amacıyla verilere tek yönlü MANOVA testi uygulandı. Tek yönlü MANOVA testi, ölçek puanları arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel bakımdan önemli olmadığını ve puanlardaki değişimin ,03’ünün ICD takılma nedenine bağlı açıklanabileceğini göstermektedir (Wilks $\lambda= ,97$; $F_{(4, 175)}= 3,92$; $p= ,31$; $\eta^2= ,03$).

5. TARTIŞMA

Araştırmadan elde edilen bulgular iki bölümde tartışıldı. Birinci bölümde Florida hasta kabullenme ölçeği, ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçekleri, Florida şok anksiyete ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik bulguları tartışıldı. Bu bölümde hastaların Florida hasta kabullenme, ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri, Florida şok anksiyete düzeyleri ve bu parametrelerin sosyo-demografik ve hastalık ile değişkenler ile ilişkisi tartışıldı.

5.1. Florida Hasta Kabullenme Ölçeği, ICD Implantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri Ölçekleri ile Florida Şok Anksiyete Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1.1. Dil ve Kapsam Geçerliği

Belirli bir kültürde ve dilde geliştirilen bir ölçek o kültüre özgü kavramlaştırma ve örnekleme özellikleri taşır. Aynı ölçeğin diğer kültür ve dillerde uygulanabilir olması için yapılan sistematik hazırlık çalışmaları ölçek uyarlaması olarak adlandırılır. Uyarlama çalışmasının ilk aşamasında dil eşdeğerliği değerlendirilerek kullanılması amaçlanan kitle tarafından anlaşılabilir bir dil yapısının kazandırılması sağlanır (Ebrinç 2000; Aksayan ve Gözüm 2002).

Bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi, o ölçeğin doğasını değiştirir. Bu kaçınılmaz değişim, kavramlaştırma ve anlatım farklılıklarından ileri gelir. Farklılıkların en aza indirilebilmesi için ölçek maddelerinin titizlikle incelenmesi, çevrilen dilde anlamlı olması için gereken dönüştürmelerin yapılması ve çevrilen dili kullanan bireylerin normlarına göre standardize edilmesi, uyarlama işleminin temelini oluşturur (Aksayan ve Gözüm 2002).

Araştırmada kullanılan ölçekler anadili Türkçe olan, biri dil bilimci, biri psikolog olmak üzere, yurt dışında eğitim görmüş/yaşamış toplam dört kişi tarafından Türkçe'ye çevrildi. Çeviriler karşılaştırılıp en iyi ifadeler seçilerek tek form haline getirildi. Türkçe ifadeler geri çeviri yöntemi ile yurt dışında eğitim görmüş ve halen yurt dışında yaşamakta olan iki kişi tarafından İngilizceye çevrildi. Orijinal ölçekteki ifadelerle, geri çeviri yöntemi ile elde edilen İngilizce ifadeler karşılaştırıldı. Şon şekli verilen Florida hasta kabullenme ölçeği kapsam geçerliği için 12 uzman görüşüne sunuldu (Ek 11). Uzmanlar her bir ölçek maddesinin uygunluğu ve anlaşılabilirliğini 1-4

puan arasında değerlendirdi. [1 puan: Uygun değil, 2 puan: Biraz uygun (maddenin/ifadenin revizyonu gerekli), 3 puan: Oldukça uygun (uygun ancak ufak değişiklikler gerekli), 4 puan: Çok uygun]. 3 puan ve altında puan verilen ifadeler tekrar gözden geçirilerek gerekli değişiklikler yapıldı. Florida hasta kabullenme ölçeğinin kapsam geçerlik indeksi ,94, ICD implantasyonu sonrası öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçeklerinin kapsam geçerlik indeksi ,98, Florida şok anksiyete ölçeğinin kapsam geçerlik indeksi ,97 bulundu.

Florida hasta kabullenme ölçeğinin Çin versiyonunda kapsam geçerlik indeksi ,80, Florida şok anksiyete ölçeğinin ise ,90 bulunmuştur (Chair ve ark.2011).

Sonuç olarak Florida hasta kabullenme ölçeğinin dil ve kapsam geçerliliğinin tatmin edici düzeyde olduğu belirlendi.

5.1.2. Yapı geçerliği

Tek boyutta tanımlanamayan bazı karmaşık psikolojik özellikler, belli bir kuramsal yaklaşımla ve kavramsal bir çerçevede birer yapı olarak tanımlanırlar. Bir ölçeğin yapı geçerliği, sonuçların ve sonuçların ne ile bağlantılı olduğunun açıklanmasına olanak sağlamaktadır. (Tavşancıl 2005).

Florida hasta kabullenme ölçeğinin yapı geçerliği doğrulayıcı faktör analizi ile incelendi. Standartlaştırılmış regresyon katsayıları (faktör yükü) ,43 - ,84 arasındadır. Kline (2005) ,10 civarındaki standart ağırlıkların düşük, ,30 civarındakilerin orta, ,50 ve üstündeki ağırlıkların ise yüksek olduklarını belirtmektedir. Buna göre, Florida hasta kabullenme ölçeğinde yer alan maddelerin, alt boyutların oldukça geçerli göstergeleri oldukları söylenebilir. Her bir alt boyutun açıkladıkları AVE, yaşama dönme için ,44; cihaza ilişkin stres için ,49; olumlu değerlendirme için ,43; ve bedensel kaygı için ,46'dır. AVE'nin tüm alt boyutlarda ,50'nin altında olması, alt boyutlardaki toplam varyansın yarısından fazlasının ölçüm hatalarıyla ilişkili olduğu anlamına gelmektedir. Bununla birlikte, alt boyutlar için yapı güvenirlik katsayıları (construct reliability) sırasıyla ,75 - ,75 - ,82 ve ,61'dir. Bulgular, ,70'ten küçük olan bedensel kaygı için güvenirliğin düşük olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlara göre, Florida hasta kabullenme ölçeği alt boyutları için benzeme geçerliğinin düşük düzeyde olduğu söylenebilir. Öte yandan, MSV ve ASV, AVE'lerden düşüktür. Bu da boyutların farklı ya da bağımsız özellikleri ölçtükleri, dolayısıyla Florida hasta kabullenme ölçeğinin ayırma geçerliğinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

Ölçüm modeline ilişkin genel uyum katsayıları $\chi^2_{84} = 157,75$; $p = ,00$; normed $\chi^2 = 1,88$; CFI= ,91; RMSEA= ,07 (GA: ,05 - ,09); SRMR= ,07'dir. Önerilen modelin veri setinden elde edilen varyans – kovaryans matrisini yeterince açıklayabildiğinden söz etmek için Hair ve arkadaşlarının (1998) madde sayısı 12 - 30; kişi sayısı < 250 olması durumunda χ^2 sonucu istatistiksel bakımdan önemli olsa bile CFI'nın ,95'ten büyük; SRMR ve RMSEA'nın ,08'den küçük olması gerektiğini belirtmektedirler (Hair ve ark. 1998). Normed χ^2 yanında kötülük indekslerinin (RMSEA ve SRMR) düşük olması modelin uyumuna; iyilik endeksi olan CFI'nın düşüklüğü ise bu uyumun yeterince yüksek olmadığına işaret etmektedir. Sonuç olarak, benzeme geçerlik ve genel uyum -uyumsuzluk katsayıları, Florida hasta kabullenme ölçeğinin alt ölçek toplam puanların ihtiyatlı kullanılması gerektiğini göstermektedir. Bu analizden ayrı olarak, Florida hasta kabullenme ölçeğininde yer alan maddeler arasındaki varyans ve kovaryansların tek boyutlu bir yapı tarafından (ölçeğin tek boyutlu olduğu düşünülürse) ne derece açıklandığı incelendiğinde, standartlaştırılmış regresyon ağırlıklarının ,17 ile ,81 arasında değiştiği; genel uyum katsayılarının ise $\chi^2_{90} = 407,45$; $p = ,00$; normed $\chi^2 = 4,53$; CFI= ,60; RMSEA= ,14 (GA: ,12 - ,15); SRMR= ,13 oldukları görülmektedir. Bulgular, Florida hasta kabullenme ölçeğinin tek boyuttan oluşmadığını, dört boyutlu bir yapının tek boyutlu olana göre veriyi daha iyi açıkladığını göstermektedir ($\Delta\chi^2_6 = 247,7$; $p = ,00$). Bu sonuca bir başka kanıt olarak, alt faktörler arasındaki korelasyonların ,22 - ,57 arasında olması verilebilir (Şekil 3-1). 6 korelasyon katsayısından sadece iki tanesinin ,30'dan büyük olması, alt ölçeklerin arasında yüksek bir ilişki olmadığı, boyutların birbirinden bağımsız özellikleri ölçtükleri anlamına gelmektedir.

Florida hasta kabullenme ölçeğinin, Burns ve ark. (2005) tarafından yapılan geçerlik çalışmasında temel bileşenler analizi yoluyla ölçeğin 4 alt boyuttan oluştuğu belirlenmiştir.

Pedersen ve arkadaşları (2008a) tarafından Danimarka'da Florida hasta kabullenme ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması yürütülmüştür. Varimax rotasyonu temel bileşenler analizi yapılarak ölçeğin 4 alt boyuttan oluştuğu ve bu boyutların varyansın %64'ünü açıkladığı ortaya konmuştur.

Versteeg ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ise açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizinde ölçeğin 3 faktörlü yapı gösterdiği belirlenmiştir. Bu çalışmada 4. Faktör (beden imajı kaygısı) varyansın sadece %7,4'ünü açıklamaktadır. Bu nedenle faktör yükü düşük olan 3 madde (1. Sevdiklerime sarılırken ya da öperken dikkat ediyorum 2. Başkalarının beni cihazım nedeni ile yetersiz gördüklerini düşünüyorum, 3. Cihaz yüzünden kendimi daha az çekici hissediyorum) ölçekten çıkarılarak tekrar faktör yapısı incelenmiş ve ölçeğin 3 faktörlü olarak varyansın %63,6'sını açıkladığı belirlenmiştir.

ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçeklerinin Türkçe formundan elde edilen veriler yapı geçerliği kapsamında, doğrulayıcı faktör analiziyle incelendi. ICD İmplantasyonundan sonra öz etkililik için standartlaştırılmış regresyon ağırlıkları ,06 – 77; sonuç beklentileri için ,33 - ,71 aralığındadır (Şekil 4-2). 10. maddenin standart ağırlığının ,06 olması, ICD implantasyonundan sonra öz etkililik faktörünün düşük düzeyde geçerli göstergesi olduğuna işaret etmektedir. Kuramsal modele ilişkin genel uyum katsayıları $\chi^2_{229} = 1078,88$; $p = ,00$; normed $\chi^2 = 4,71$; CFI= ,54; RMSEA= ,14 (GA: ,14 - ,15); SRMR= ,10'dur. Hair ve arkadaşlarının (1998) göre madde sayısı 12 – 30 arasında ve kişi sayısı 250'den küçük olduğunda önerilen modelin eldeki veriyi açıkladığından söz edebilmek için kikare testi önemli bulunsa bile, CFI'nın ,92'den büyük; SRMR'nin ,08'den ve RMSEA'nın ,07'den küçük olması gerektiğini belirtmektedirler. Buna göre, kuramsal modelin Türkçe formdan elde edilen veri setindeki varyans ve kovaryansları açıklayamadığı söylenebilir. Kuramsal modelin varyans – kovaryans matrisini açıklamakta yetersiz olması nedeniyle aynı veri seti üzerinde betimleyici faktör analizi (Exploratory Factor Analysis) yapılarak, alternatif modellerin söz konusu matrisi açıklayabilme düzeyleri araştırıldı.

Bu araştırma sırasında ICD implantasyonundan sonra öz etkililik faktöründeki Ö2 ve Ö10. maddelerin yaşantı eksikliği nedeniyle pek de iyi yanıtlanmadığı (puan dağılımlarındaki değişkenliğin az olması) görüldü. Ayrıca Ö6 ve Ö14. maddeler arasındaki korelasyon katsayısının ,89 olduğu gözlemlenmiştir. ,80'den büyük korelasyonlar çoklu bağlantıya (univariate collinearity) sebep olmaktadır (Tabachnick ve Fidell 2007). Farklı faktör sayısı, faktör çıkarma (extraction) ve döndürme (rotation) teknikleri kullanıldığında hem bu hem de bu maddelere ek olarak Ö7, Ö15, So1 ve So7 no'lu maddelerin elde edilen boyutlardan hiçbirine yük yüklemelikleri (ilişkili

olmadıkları) saptandı. Bu nedenle kuramsal olarak belirlenen ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri boyutlarıyla yeterince ilişkili olmayan maddeler (Ö2, Ö6, Ö7, Ö10, Ö14, Ö15, So1 ve So7) veri setinden çıkarıldı, maximum likelihood faktör çıkarma ve direct oblmin faktör döndürme yöntemi kullanılarak betimleyici faktör analizi son kez tekrarlandı. Analiz sonucunda I. boyutun açıkladığı varyans ,32; II. boyutun ,09 olmak üzere; II boyutlu yapının toplam varyansın yaklaşık ,42'sini açıkladığı bulundu.

Madde – faktör ilişkileri (faktör yükleri) ÖE-ICD boyutunda ,58 - ,72; SB-ICD boyutunda ,50 - ,75'dir (Tablo 3-1). Madde toplam korelasyon katsayıları I. boyut için ,51 - ,71, II. boyut için ,45 - ,58'dir. Hair ve arkadaşlarının (1998) uyarlama çalışmalarında betimleyici faktör analiz kullanılırken her faktörden 2 ya da daha az madde çıkarılması durumunda, testin benzer bir örnekleme yeniden uygulanmasına gerek olmadığını; 3 ya da daha fazla madde çıkarılması durumunda ise çapraz geçerlik (cross validation) çalışmasına gerek duyulduğunu belirtmektedirler. Bu gerekçeden hareketle, bu aşamada elde edilen sonuçların hipotez test etmekten çok hipotez yaratmak amacıyla kullanılabileceği, bu araştırmadan elde edilen sonuçların başka örneklemelerde de tekrarlanması gerektiği söylenebilir.

Orjinal ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçeklerinin yapı geçerliği kapsamında, iki boyuttaki maddeler birleştirilmiş ve tek bir analizde temel bileşenler analizi ve doğrulayıcı faktör analizi yapıldı. Bu analiz sonucunda ön görüldüğü gibi ölçeğin iki boyutlu olduğu ortaya konmuştur. İki boyutlu yapı, birincisi ,32, ikincisi ,14 olmak üzere toplam varyansın yaklaşık ,47'sini açıklamaktadır. İlk boyutta faktör yükleri ,36 - ,80; ikinci boyutta ,44 - ,68 arasındadır.

Florida şok anksiyete ölçeğinin yapı geçerliği kapsamında, ilk olarak ölçeğin Türkçe formundan elde edilen veriler kuramsal model göz önünde bulundurularak doğrulayıcı faktör analiziyle incelendi. Standartlaştırılmış regresyon katsayıları (faktör yükü) sonuç boyutu için ,43 - ,90; tetikleyiciler için ,48 - ,56 arasındadır (Şekil 4-3). Sonuç boyutunun açıkladığı AVE ,49; tetikleyiciler boyutunun ,34'tür. Yapı güvenirlik katsayıları ise sırasıyla ,86 ve ,60'tır. Sonuç boyutu için standart regresyon ağırlıklarının ,50'den, yapı güvenirlik katsayısının ,70'ten büyük olmaları ve AVE'nin ,50'ye yakın olması benzeme geçerliğinin sağlandığına işaret etmektedir. Tetikleyici boyutu için AVE'nin ,34'tür. Bu durum bu alt boyutta madde sayısının azlığına bağlanabilir.

Bununla birlikte, standart regresyon ağırlıkları ve güvenirlik katsayısı kabul edilebilir sınır değer olan ,50'den yüksektir. Dolayısıyla kısmen benzeme geçerliğinin sağlandığı ileri sürülebilir. Modele ilişkin $\chi^2_{34} = 81,48$; $p = ,00$; normed $\chi^2 = 2,44$; CFI= ,93; RMSEA= ,09 (GA: ,07 - ,11); SRMR= ,06'dır. Diğer yandan, sonuç ve tetikleyiciler boyutları arasındaki korelasyon ,86 olup oldukça yüksektir. Bu iki alt boyut arasındaki parametre (korelasyon)=1 yapılarak analiz tekrarlandığında $\chi^2_{35} = 91,47$; $p = ,00$ bulunmuştur. İki model arasındaki fark $\chi^2_{35} = 9,99$ olup, kıkare tablo değeri olan 3,84'ten büyüktür. Buna göre, iki faktörlü model, tek faktörlü modele göre veriye daha iyi uyumaktadır.

Orijinal Florida şok anksiyete ölçeği açıklayıcı faktör analiz ile incelenmiş ve 2 faktörlü yapı gösterdiği ortaya konmuştur. 1. faktör sonuç faktörü olarak, 2. faktör tetikleyici faktörler olarak gruplandırıldı. 1. faktörün faktör yükleri ,56 ile ,82 arasında, 2. faktörün faktör yükleri ,46- 1,02 arasında değişmişmiştir. ICD şok vereceği ile endişelenmiyorum ya da üzölmüyorum ifadesi ise faktör yükü anlamsızdır (2 faktöre de girmeyen maddelerin faktör yükü 0,40'nın altında). Bu 2 faktör varyansın % 66'sını açıklamaktadır (Kuhl ve ark.2006).

Florida şok anksiyete ölçeğinin Ford ve arkadaşları (2012) tarafından 443 hasta ile büyük ölçekli geçerlik ve güvenirlik çalışması yapıldı. Bu çalışmada doğrulayıcı faktör analizi ile ölçeğin tek faktörlü ve 2 faktörlü yapısı karşılaştırıldı ve 2 faktörlü modelin tek faktörlü modele göre veri için daha uygun olduğu belirlendi ($\chi^2_{34} = 75,34$; $p < ,05$; CFI= ,98; RMSEA= ,05).

Doğrulayıcı Faktör Analizinde Genel Uyum Katsayıları ne olmalıdır?

Araştırma kapsamında uyarlanan Florida hasta kabullenme ölçeği, Florida şok anksiyete ölçeği ve ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçeklerinin geçerlikleri incelenirken, Hair ve arkadaşlarının (1998) genel uyum katsayılarına ilişkin görüşleri ölçüt alınmaktadır. Bununla birlikte, son 25 yılda hangi uyum katsayılarının kullanılması ve bu katsayılarının büyüklüklerinin ne olması gerektiği konusunda görüş ayrılıklarının bulunduğu gözlemlenmektedir (Raykov ve Marcoulides 2006).

Browne ve Cudeck (1993) RMSEA katsayısının ,05'ten küçük olması gerektiğini; ,10'dan büyük değerlerin kötü uyumu gösterdiğini belirtmektedirler. MacCallum ve ark. (1996) ,05 - ,10 arasında elde edilecek bir değer modelin iyi olduğunu gösterdiğini, ,08-,10 aralığının orta düzeyde uyumu; RMSEA üst sınırının ,10'dan büyük olması durumunda modelin kötü uyuma sahip olduğunu ifade etmektedirler. Kabul edilebilir bir modelde RMSEA için yine, Hu ve Bentler (1999) ,06'ya yakın; Schumaker ve Lomax (2004) ,05; Brown (2006) ,06'dan küçük; Steiger (2007) ise ,07'den küçük olması gerektiğini, ,10'nun üstündeki değerlerin modelin iyi uyum göstermediğine işaret ettiğini dile getirmektedirler.

Byrne (1998) SRMR katsayısının ,05'ten küçük olmasını; Hu ve Bentler (1999) ,08'e kadar büyük katsayıların kabul edilebilir olduğunu söylemektedirler. İyi bir uyum için CFI'nın ,90 altında olmaması (Bentler, 1990; Kelloway, 1998); ,95 ve üstünde olması önerilmektedir (Brown, 2006; Hu ve Bentler, 1999; Kline, 2011; Raykov ve Marcoulides 2006).

Tabachnick ve Fidell (2007) CFI ve RMSEA'nın kullanılan tahmin yönteminden etkilendiğini; Kline (2011) parametre sayısı ve kişi sayısı fazla olduğunda SRMR'nin daha düşük bulunduğunu belirtmektedirler. Schumaker ve Lomax (2004); Brown (2006) ise n büyük, model kompleks olmadıkça RMSEA'nın güven aralığının büyük olacağını dile getirmektedirler. Buna göre, her bir uyum katsayısının örneklem büyüklüğü madde ve path sayısı gibi durumlara bağlı olarak değişkenlik gösterdiği söylenebilir.

Genel uyum katsayılarının kesme noktaları konusunda bir uzlaşma bulunmamakla birlikte, bir modelin uyumunun değerlendirilmesi konusunda genel uyum katsayılarının sadece kriterlerden biri olduğu, başka deyişle diğer kriterlerin de göz önünde bulundurulması gerektiği konusunda ortak bir düşünce söz konusudur (Brown, 2006; Hair ve ark. 1998; Harrington, 2009; Raykov ve Marcoulides, 2006; Schumaker ve Lomax, 2004; Stevens, 2009). Bunlar standart artıkların küçük (2) olması, parametre tahminlerinin yön ve büyüklüklerinin beklenen yönde ve istatistiksel bakımdan önemli olması, modelin çok az ya da aşırı fazla faktör içermesi (bu nedenle heywood case problemi), faktörlerin güvenilirlik katsayılarının yüksek olması, modelde ilişkili ya da ilişkisiz ölçüm hatalarını uygunsuz tanımlamış olmamasıdır.

Bu kriterler açısından bakıldığında analizler sırasında hemen her faktörün üçten fazla gösterge ile tanımlanmış olması, gösterge ağırlıklarının (faktör yük) yön ve

büyükliklerinin beklenen yönde ve istatistiksel bakımdan önemli olması, her bir faktörün ,50'den daha büyük güvenirlik katsayılarına sahip olması (Frery 2010), araştırma kapsamında uyarlanan ölçeklerin grupları karşılaştırmak amacıyla kullanılabileceklerini göstermektedir.

5.1.3. Ölçüt geçerliği

Ölçümlerin geçerliği için sadece faktör analitik yöntemlerin kullanılmasının yeterli olmadığı; kapsam, ölçütlere dayalı geçerlik ve görünüş geçerliği gibi farklı yöntemlerle geçerlik hakkında kanıtların toplanması gerektiği belirtilmektedir (Standards for educational and psychological testing, 1999). Bu düşünceden hareketle, araştırma kapsamında uyarlanan ölçeklerin diğer ölçme araçlarıyla olan korelasyonları ölçütlere dayalı geçerlik kapsamında incelendi.

Florida hasta kabullenme ölçeği, Florida şok anksiyete ölçeği ve ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçekleri ile, Genel öz yeterlilik ölçeği, Durumluk – Sürekli kaygı ve Beck anksiyete ölçeği Pearson Korelasyon katsayıları incelendi (Tablo 3-2).

Florida hasta kabullenme ölçeği, Genel öz yeterlilik ölçeği, Durumluk Kaygı ölçeği, Sürekli kaygı ölçeği, Beck anksiyete ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 3-2); Florida hasta kabullenme ölçeği ile, Durumluk kaygı ölçeği, Sürekli kaygı ölçeği, Benk anksiyete ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı beklenen negatif korelasyon; Genel öz yeterlilik ölçeği ile pozitif korelasyon bulunmuştur ($p<,01$). Bireylerin cihazı kabullenme puanı arttıkça sürekli / durumluk kaygı ve anksiyete puanları azalmakta; cihazı kabullenme düzeyi arttıkça bireyin genel yeterliliği de artmaktadır.

ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçekleri ile, Durumluk kaygı ölçeği, Sürekli kaygı ölçeği, Benk anksiyete ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı beklenen negatif korelasyon; Genel öz yeterlilik ölçeği ile pozitif korelasyon bulunmuştur ($p<,01$). Bireylerin ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri puanı arttıkça sürekli / durumluk kaygı ve anksiyete puanları azalmakta; bireyin genel yeterliliği de artmaktadır ($p<,01$).

Florida şok anksiyete ölçeği ile Durumluk kaygı ölçeği, Sürekli kaygı ölçeği, Beck aksiyete ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı beklenen pozitif korelasyon;

Genel öz yeterlilik ölçeği ile negatif korelasyon bulunmuştur ($p<.01$). Bireylerin ICD şok anksiyete puanı arttıkça sürekli / durumluk kaygı ve anksiyete puanları da artmakta; şok anksiyete puanları arttıkça bireyin genel yeterlilik puanı azalmaktadır ($p<.01$) (Tablo 3-2).

Burns ve arkadaşları'nın çalışmasında (2005) Florida hasta kabullenme ölçeği SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyutları ile anksiyete, depresyon ölçekleri ile anlamlı korelasyonlar göstermiştir. Pedersen ve arkadaşlarının (2008a) çalışmasında da Florida hasta kabullenme ölçeği ile anksiyete, depresyon ve ICD kaygı ölçeklerinin anlamlı korelasyon gösterdiği belirlenmiştir. Versteeg ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ise Florida hasta kabullenme ölçeği ile anksiyete, depresyon ve distres arasında korelasyon ortaya konmuştur.

Dougherty ve arkadaşları (2007) çalışmalarında ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçekleri ile genel - sosyal öz yeterlilik ölçekleri ve anksiyete ölçekleri arasında korelasyonları incelemişler ve ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ölçeği genel – sosyal öz yeterlilik ölçekleri ve anksiyete ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar ortaya konmuştur. ICD implantasyonundan sonra sonuç beklentileri ölçeği ile genel öz yeterlilik ölçeği ve anksiyete ölçeği arasında anlamlı ilişki belirlenirken sosyal öz yeterlilik ölçeği ile ilişkili bulunmamıştır. Aynı şekilde ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçekleri arasında ilişki belirlenmiştir.

Kuhl ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında orijinal Florida şok anksiyete ölçeği'nin ölüm korkusu ölçeği ile korelasyonları incelenmiş ve $-.65$ bulunmuştur. Ölüm korkusu ölçeğinin düşük skoru daha fazla ölüm korkusu geliştiğini göstermektedir.

Ford ve arkadaşları (2012) Florida şok anksiyete ölçeği ile emosyonel iyilik hali, güvenlik hissi, algılanan genel sağlık ve yaşam kalitesi ölçekleri ile negatif korelasyon göstermiştir. Udlis ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında ise hasta kabullenme düzeyi ile şok anksiyete ve şok anksiyete ile yaşam kalitesinin mental boyutu ilişkilidir. James ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında anksiyete ve depresyonu olanlarda hasta kabullenme puanı ilişkilidir. Wilson (2013) çalışmasında şok anksiyete düzeyi yüksek olan hastaların kabullenme düzeyi daha düşük bulunmuştur. Ayrıca depresif semptomları daha az olan hastaların kabullenme düzeyi de daha yüksek bulunmuştur.

Chair ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ise şok anksiyete puanı yüksek olanların hasta kabullenme düzeyi ve yaşam kalitesi de daha düşüktür.

5.1.4. Güvenirlik

Ölçme araçlarının güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş yöntemlere güvenirlilik analizi denilmektedir ve testlerin güvenilirliğini analiz etmek için güvenirlilik katsayıları hesaplanmaktadır.

Güvenirlilik katsayılarından sıklıkla kullanılanları Cronbach's alfa katsayısı ve Kuder-Richardson katsayılarıdır. Cronbach's alfa katsayısı istatistik temelleri tutarlı ve tüm soruları dikkate alarak hesaplandığından, genel güvenirlilik yapısını diğer katsayılara göre en iyi yansıtan katsayıdır.

Cronbach's alfa katsayısı, ölçekte yer alan soruların türdeş bir yapıyı açıklamak ya da sorgulamak üzere bir bütün oluşturup oluşturmadığını belirlemeyi sağlar. Alfa katsayısı 0-1 arasında değişir; değer 1'e yaklaştıkça güvenirlilik artar. Bulunan Cronbach's alfa katsayısı aşağıdaki gibi değerlendirilir:

< 0,40: ölçek güvenilir değildir.

0,40-0,60: ölçek düşük güvenirliliktir.

0,60-0,80: ölçek oldukça güvenilirdir.

$\geq 0,80$: ölçek yüksek derecede güvenilirdir (Özdamar 2002; Akgül 2003).

Ölçümlerin güvenirliliğinin düşük olması geçerliği de azaltmaktadır. Hem uyarlanan hem de uyarlanan ölçeklerin geçerliği ile bağlantılı olarak uygulanan diğer ölçeklerin güvenirlilik katsayıları 1'den küçüktür. Bu durum ölçümlere ölçüm hatalarının karıştığını göstermektedir. Ölçüm hataları için bir düzeltme yapılarak ve düzeltilmiş geçerlik katsayıları hesaplandı (Tablo 3-3).

Florida hasta kabullenme ölçeği Türkçe Formundan elde edilen ölçümlerin iç tutarlık katsayıları (Cronbach alfa) yaşama dönme için ,74, cihaza ilişkin stres için ,81, olumlu değerlendirme ,74 ve bedensel kaygı için ,56 bulunmuştur. Ölçeğin bütünü için güvenirlilik katsayısı ise ,81'dir.

Burns ve arkadaşları (Burns ve ark. 2005) tarafından Florida hasta kabullenme ölçeği'nün güvenirlilik çalışması da yapılmıştır. Bu çalışmada geçerlik araştırmasından elde edilen ölçümlerin alt boyutlar için iç tutarlık katsayılarının (Cronbach alfa) ,74 - ,89 arasında değiştiği; ölçeğin bütünü için güvenirliliğin ,83 olduğu saptanmıştır.

Perdersen ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa katsayısının ,73-,79 arasında değiştiği, ölçeğin bütünü için Cronbach alfa değeri ,85 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Çin versiyonunda ölçeğin alt boyutlarında Cronbach alfa katsayısı ,40-,82 arasında değiştiği, ölçeğin bütünü için Cronbach alfa değeri ,54 olarak bulunmuştur (Chair ve ark. 2011).

Mevcut araştırmada ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçeklerinin cronbach alfa katsayısı ,87 ve ,75 olarak bulundu ve ölçeklerin güvenilirlik olduğu ortaya kondu.

Orjinal ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ölçeğinin cronbach alfa değeri 0.93, ICD implantasyonundan sonra sonuç beklentileri ölçeği cronbach alfa değeri 0.81'dir (Dougherty ve ark. 2007). Madde toplam korelasyonları ÖE-ICD için ,40 - ,75; ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ölçeği için ,42 - ,64'tür.

Bu araştırmada Florida şok anksiyete ölçeğinin cronbach alfa değeri sonuç boyutu için ,87, tetikleyiciler boyutu için ,57, ölçeğin bütünü için güvenilirlik katsayısı ,87 olarak bulundu.

Kuhl ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında Florida şok anksiyete ölçeğinin cronbach alfa katsayısını ,91 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Çin versiyonunda sonuç alt boyutu için cronbach alfa değeri .46, tetikleyiciler için Cronbach alfa değeri ,79, ölçeğin bütünü için ,81 olarak bulunmuştur. Ford ve arkadaşlarının çalışmasında (2012) cronbach alfa değeri ,89 bulunmuştur.

Yapılan analizler sonrasında araştırmada kullanılan ölçeklerin ülkemizde ICD hastaları değerlendirmede kullanılabilecek geçerli ve güvenilir ölçekler olduğu belirlendi.

5.2. Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeyleri ve Bu Parametrelerin Sosyo-Demografik ve Hastalık ile İlgili Değişkenlerle İlişkisinin Tartışılması

ICD'ler hem birincil hem de ikincil olarak ölümcül disritmilerin önlenmesinde önemli rol almasına rağmen hastalarda önemli psikososyal sorunlara da neden olmaktadır.

Araştırmamızda ICD'si olan erkek hastaların cihazı kabullenme puanı 56,96 iken kadınların 48,48'dir. Toplam öz etkililik puanı erkeklerin 65,48, kadınların

49,20'dir. Sonuç beklentileri puanı erkek ve kadınlarda sırasıyla 21,67 ve 21,26'dır. Şok anksiyete puanı erkeklerde 24,50, kadınlarda 29,29'dur (Tablo 4-3).

Udlis ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında Florida Şok anksiyete puanı 16,5, hasta kabullenme düzeyi puanı 74,9 olarak belirlenmiştir. Carroll'un (2012) çalışmasında ICD implantasyonundan üç hafta sonra Florida hasta kabullenme skorunu 76,8 olarak bulmuştur. Wojcicka (2008) ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %84,4'ü ICD şok verdiğiğinde anksiyete yaşamıştır. %33-46'sı da şok korkusu yaşamıştır. Bazı hastaların hastalığı ve cihazı zor kabul ettikleri belirlenmiştir. Wilson (2013) çalışmasında hastaların Florida hasta kabullenme skoru 80,9 bulunmuştur. James ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında Florida hasta kabullenme puanı 76,7, Florida şok anksiyete düzeyi 22,9'dur. Ford ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında Florida hasta kabullenme puanı 71,32, Florida şok anksiyete puanı 13,92 bulunmuştur. Sowell ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında ICD hastalarının Florida şok anksiyete puanı 14,8 olarak bulunmuştur.

Mauro'nın (2008) çalışmasında ICD hastalarının psikososyal uyumları özellikle ilk 2 ayda oldukça düşük bulunmuştur. Flemme ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ICD hastalarının başetme stratejilerini yetersiz kullandıkları belirlenmiştir. Mert ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ise hastaların ölüm korkusu ve şok anksiyetesi yaşadığı belirlenmiştir.

Araştırmamızda elde edilen sonuçları diğer çalışmalarla karşılaştırdığımızda; araştırmaya katılan hastaların, hasta kabullenme puanlarının oldukça düşük, şok anksiyete puanlarının ise daha yüksek olduğunu görmekteyiz.

5.2.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda hastaların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir. Gruplar karşılaştırıldıklarında, erkeklerin hasta kabullenme ($\bar{x}$ = 56,96) ve öz etkililik ($\bar{x}$ = 65,48) ölçeklerinde kadınlardan (sırasıyla $\bar{x}$ = 48,48; $\bar{x}$ = 49,20) daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir. ICD sonuç beklentileri ölçeğinde kadın ve erkekler yaklaşık eşit puanlar almırken, Kadınlar ise şok anksiyete ölçeğinde ($\bar{x}$ = 29,29) erkeklerden ($\bar{x}$ = 24,50) daha yüksek puan aldı. Ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki gözlenen bu farklılıkların istatistiksel bakımdan

önemli olup olmadığı değerlendirildiğinde, erkek ve kadınların ölçek puanları arasında istatistiksel bakımdan önemli farklılıklar olduğunu ve puanlardaki değişimin ,12'sinin cinsiyetten kaynaklandığını göstermektedir. Hangi ölçekler arasında cinsiyetten kaynaklanan farklılıklar olduğunu değerlendirildiğinde ise erkeklerde hastalığı kabullenme düzeylerinin kadınlardan daha yüksek, erkeklerin ise öz etkililiği kadınlardan daha yüksek olduğu belirlendi. Kadınların erkeklere göre daha fazla şok anksiyete yaşadıkları sonucuna varılmıştır. Bununla birlikte, farklı cinsiyetler için ICD sonuç beklentileri puanlarında gözlenen puan farkı istatistiksel bakımdan önemli bulunmadı.

Yapılan bazı çalışmalarda cihazı kabullenme (Brinie ve ark. 2008; Spindler ve ark. 2009; James ve ark. 2012; Udlis 2013; Starrenburg ve ark. 2014), şok anksiyete (James ve ark. 2012), anksiye (Luyster ve ark. 2006; Smith ve ark. 2006; Crossmann ve ark. 2007; Newall ve ark. 2007; Jacq ve ark. 2009; Pedersen ve ark. 2011), depresyon (Smith ve ark. 2006; Crossmann ve ark. 2007; Newall ve ark. 2007; Johansen ve ark. 2008; Jacq ve ark. 2009; Spindler ve ark. 2009; James ve ark. 2012) yaşam kalitesi (Newall ve ark. 2007; Sossong ve ark. 2007; Udlis 2013; Starrenburg ve ark. 2014) ile cinsiyet arasında bir ilişki yoktur.

Buna karşı yapılan diğer çalışmalarda kadınlarda, kaygı (Spindler ve ark. 2009), anksiye (Bilge ve ark. 2006; Sowell ve ark. 2011; Johansen ve ark. 2008; Spindler ve ark. 2009; Starrenburg ve ark. 2014), şok anksiyete (Sowell ve ark. 2007; Udlis ve ark. 2013; Starrenburg ve ark. 2014) ölüm korkusu (Sowell ve 2007), distress (Sears ve ark. 2009) depresyon (Whang ve ark. 2005; Bilge ve ark. 2006; Luyster ve ark. 2006; Spindler ve ark. 2009) daha yüksek bulunmuştur. Marshall ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ICD implantasyonu uygulanan kadınların taburcu olurken anksiyete düzeyleri erkeklerden daha yüksek ancak, implantasyondan sonra dört, sekiz ve 12. aylarda hastaların anksiyete düzeylerinde daha iyi bir iyileşme kaydedilmiştir. Aynı şekilde kadınların emosyonel iyilik hali daha zayıf ancak 12. ayda iyileşme kaydedilmiş ve erkeklerle fark ortadan kalkmıştır. Kadınlar cihazın görüntüsünden erkeklerden daha fazla etkilenmiştir. Sadece bir çalışmada erkekler daha fazla belirsizlik (Mauro 2010) yaşamıştır.

Yapılan çalışmalardaki erkek ve kadın oranlarına baktığımızda; erkeklerin oranı daha fazladır ve kadınlar örneklemin çok küçük bir bölümünü temsil etmektedir. Bizim araştırmamızda da kadınlar örneklemin %18.9'unu oluşturmaktadır. Kadın ve erkek

sayılarının homojen olduğu örneklem gruplarında, cinsiyetin hastaların psikososyal durumlarına etkisinin daha iyi anlaşılacağı kanatındeyiz.

ICD hastalarının yaşları ile araştırma kapsamında uygulanan ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişkiyi açığa çıkarabilmek için tree analiz yoluyla yaşlarına göre hastalar “.62’ye eşit ya da küçük” ve “.62’den büyük” olmak üzere iki grupta sınıflandırıldı. Grupların hasta kabullenme, öz etkililik ve sonuç beklentileri, şok anksiyete ölçeklerinden aldıkları puanları yaşlara göre farklılık göstermektedir. Gruplar karşılaştırıldıklarında, 62 yaşından küçüklerin Florida şok anksiyete ($\bar{x}= 27,25$) ve öz etkililik ($\bar{x}= 65,14$) ölçeklerinde 62 yaşından büyük olanlardan daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir. Hasta kabul ve ICD sonuç beklentileri ölçeklerinde ise farklı yaş gruplarının benzer puanlar aldıkları gözlemlenmektedir. Ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki gözlenen bu farklılıkların istatistiksel bakımdan önemli olup olmadığını kontrol edildiğinde farklı yaş gruplarının ölçek puanları arasında istatistiksel bakımdan önemli farklılıklar olduğunu ve puanlardaki değişimin ,10’unun yaştan kaynaklandığını göstermiştir. Hangi ölçekler arasında yaştan kaynaklanan farklılıklar olduğunu incelendiğinde Florida şok anksiyete ölçeğinden alınan puanlar arasında yaş gruplarına bağlı olarak gözlenen farklar istatistiksel bakımdan önemlidir. Buna göre, 62 yaşından küçük hastalar, büyük olanlardan daha fazla şok anksiyetesi yaşamaktadırlar. Bununla birlikte, farklı yaş gruplarının hasta kabul, öz etkililik ve sonuç beklenti puanlarındaki gözlenen farklar istatistiksel bakımdan önemli bulunmadı.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde; ICD hastalarında hasta kabullenme düzeyi (Matchett ve ark. 2009; Udlis 2013), anksiyete (Bilge ve ark. 2006; Leosdottir ve ark. 2006; Crossman ve ark. 2007; Newall ve ark. 2007; Johansen ve ark. 2008; Jacq ve ark. 2009; Spindler ve ark. 2009; Pedersen ve ark. 2012), depresyon (Bilge ve ark. 2006; Newall ve ark. 2007; Johansen ve ark. 2008; Jacq ve ark. 2009; Spindler ve ark. 2009), ve yaşam kalitesi (Udlis 2013) yaş ile ilişkili bulunmamıştır.

Buna karşın diğer araştırmalarda da genç hastalarda cihaz kabullenme düzeyi (Brinie ve ark. 2009; Spindler ve ark. 2009; Vazquez ve ark. 2010; Chair ve ark. 2011; Carroll ve ark. 2012; James ve ark. 2012) ve uyumları (Mauro 2008) daha düşük, şok anksiyete (Vazquez ve ark. 2008; Vazquez ve ark. 2010; Chair ve ark. 2011; James ve ark. 2012), ölüm korkusu (Vazquez ve ark. 2008), anksiyete (Friedman ve ark. 2006; Smith ve ark. 2006; Opic ve ark. 2012) distress (Friedman ve ark. 2006; Sears ve ark.

2009), depresyon (Whang ve ark. 2005; Friedman ve ark. 2006), beden imajı kaygı düzeyi daha fazla (Vazquez ve ark. 2008), yaşam kalitesi (Friedman ve ark. 2006; Sossong 2007) daha kötüdür. Opic ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ayrıca genç hastaların yaşamdan memnuniyeti daha az ve başatma güçleri ise daha yetersiz bulunmuştur.

Yapılan bir çalışmada yaşlı bireylerde cihazı kabullenme düzeyi (Pedersen ve ark. 2008a), başka bir çalışmada ise kaygı düzeyi (Spindler ve ark. 2009) daha yüksek bulunmuştur.

Sonuçlar karşılaştırıldığında; araştırma bulgularımız literatürün geneli ile paralellik göstermektedir ve genç hastaların risk altında olduğu sonucuna varılabilir.

ICD hastalarının öğrenim düzeylerine ile araştırma kapsamında uygulanan ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişkiyi açığa çıkarabilmek için öğrenim durumlarına göre hastalar “Öğrenim görmemiş”, “İlköğretim”, “Ortaöğretim” ve “Yükseköğretim” olmak üzere dört grupta sınıflandırılmış, bu gruptaki kişi sayıları ile grupların kabullenme, şok anksiyete, öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları öğrenim düzeylerine göre farklılık göstermektedir. Gruplar karşılaştırıldıklarında, öğrenim düzeyi arttıkça hasta kabul ölçeğinden alınan puanların yükseldiği görülmektedir. Ayrıca ortaöğretim düzeyindekiler öz etkililik ($\bar{x}=68,48$) ve sonuç beklentileri ($\bar{x}=22,10$) ölçeklerinde diğer gruplardan yüksek; şok anksiyetesi ($\bar{x}=22,94$) ölçeğinde ise diğer gruplardan düşük puanlar almışlardır (Tablo 4-7). Ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki gözlenen bu farklılıkların istatistiksel bakımdan önemli olup olmadığını kontrol etmek amacıyla verilere tek yönlü MANOVA testi uygulandı. Tek yönlü MANOVA testi, farklı öğrenim düzeylerinin ölçek puanları arasında istatistiksel bakımdan önemli farklılıklar yaratmadığını ve puanlardaki değişimin sadece .04’ünün öğrenimden kaynaklandığını göstermiştir. Buna göre öğrenim durumu hasta kabullenme, şok anksiyete düzeyine, öz etkililik ve sonuç beklentileri düzeyleri üzerinde önemli bir farklılığa yol açmamaktadır.

Bilge ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında öğrenim durumu ile anksiyete arasında ilişki yoktur, ancak öğrenim görmemiş kişilerin depresyon düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Pedersen ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ise anksiyete ile öğrenim durumu ilişkili değildir.

Araştırmamızda hastaların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir. Gruplar karşılaştırıldıklarında, dulların diğer gruplara hastalığı daha zor kabullendikleri ($\bar{x}$ = 43,72), öz etkililiklerinin ($\bar{x}$ = 22,64) ve sonuç beklentilerinin ($\bar{x}$ = 20,54) düşük olduğu, daha fazla şok anksiyete yaşadıkları ($\bar{x}$ = 26,03) görülmektedir. Ayrıca bekârların evlilere göre daha az şok anksiyete yaşadıkları ($\bar{x}$ = 24,49), cihazı daha fazla kabullendikleri ($\bar{x}$ = 60,91) öz etkililikleri ($\bar{x}$ = 62,49) ve sonuç beklentilerinin ($\bar{x}$ = 21,61) daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir (Tablo 4-8). Ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki gözlenen bu farklılıkların istatistiksel bakımdan önemli olmadığı ortaya kondu.

Bilge ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında medeni durum anksiyete ve depresyon ile Pedersen ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ise anksiyete ile ilişkili değildir. Luyster ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında evli olmayanların anksiyetesi daha yüksek bulunmuştur. Pedersen ve arkadaşlarının (2008a) çalışmasında evli olanların cihazı kabullenme düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların ölçeklerden aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmaması Bilge ve arkadaşlarının ile Pedersen ve arkadaşlarının sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Hastaların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları, mesleklerine göre farklılık göstermektedir. Gruplar karşılaştırıldıklarında, serbest meslek sahiplerinin en az şok anksiyete yaşadıkları ($\bar{x}$ = 21,42), cihazı en çok kabul ettikleri ($\bar{x}$ = 73,00) görülmektedir. Ev hanımlarında ise bu durum tam tersidir (sırasıyla $\bar{x}$ = 29,45; $\bar{x}$ = 45,19). Ayrıca öz etkililikleri ($\bar{x}$ = 43,11) en düşük grup ev hanımları olurken; meslek gruplarının sonuç beklentileri puanları birbirine benzer bulundu (Tablo 4-9). Florida hasta kabullenme ve ICD öz etkililik ölçeklerinden alınan puanlar arasında meslek gruplarına bağlı gözlenen puan farkları istatistiksel bakımdan önemlidir. Diğer ölçeklerden alınan puanlar arasındaki gözlenen farklılıklar ise istatistiksel bakımdan önemsiz bulundu. Serbest meslek, işçi ve emekli gruplarının öz etkililikleri ev hanımlarından daha yüksektir. Ayrıca serbest meslek mensuplarının, emeklilerden daha yüksek öz etkililiğe sahip oldukları bulundu. Bundan başka, serbest meslek

çalışanlarının emekli ve ev hanımlarından; emeklilerin de ev hanımlarından daha fazla cihazı kabul ettikleri saptandı.

Bilge ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında ise ev hanımların anksiyete ve depresyon puanları diğer meslek gruplarından daha düşük fakat fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Araştırmamızda ICD hastaların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları ekonomik durumlarına göre farklılık göstermektedir. Gruplar karşılaştırıldıklarında, ekonomik durumu orta ve iyi olanların, kötü ya da çok kötü olanlara göre daha az şok anksiyete yaşadıkları, daha fazla cihazı kabul ettikleri öz etkililiklerinin daha fazla olduğu görülmektedir. ICD sonuç beklentileri puanlarının ise gruplar arasında benzer olduğu gözlemlenmektedir (Tablo 4-12). Farklı ekonomik durum gruplarının ölçek puanları arasında istatistiksel bakımdan önemli farklılıklar bulunmadığını ortaya konmuştur.

Chair ve arkadaşlarının çalışmasında (2011) da ekonomik durum hasta kabullenme, şok anksiyete ve yaşam kalitesi ilişkili bulunmamıştır.

Hastaların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları yalnız yaşama ya da aile ile yaşama durumu durumuna göre küçük de olsa farklılık göstermektedir. Gruplar karşılaştırıldıklarında, yalnız yaşayanların aileleri ile yaşayanlara göre öz etkililikleri ($\bar{x}= 64,38$) ve sonuç beklentileri ($\bar{x}= 22,00$) yüksek; şok anksiyete ($\bar{x}= 24,65$) ve cihazı kabul düzeylerinin ($\bar{x}= 49,39$) düşük olduğu görülmektedir (Tablo 4-13). Ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki gözlenen bu farklılıkların istatistiksel bakımdan önemli olmadığı bulundu.

5.2.2. Hastaların Hastalık ile Değişkenlere Göre Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri, Florida Şok Anksiyete Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

ICD hastalarının daha önce kalp krizi geçirme durumu ile hasta kabullenme, öz etkililik ve sonuç beklentileri, şok anksiyete ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırıldıklarında, kriz yaşayanların, yaşamayanlara göre hasta kabul düzeylerinin ($\bar{x}= 56,99$) ve öz etkililiklerinin ($\bar{x}= 64,33$) daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4-14). Bununla birlikte, şok anksiyete ve sonuç beklentileri puanlarında grupların birbirlerine yakın puanlar aldıkları gözlemlenmektedir. Hastaların önceden kriz yaşayıp

yaşamamalarına göre oluşturulan gruplarının ölçek puanları arasında istatistiksel bakımdan önemli farklılıklar bulunmadığını belirlendi.

ICD hastalarının önceden kalp durması yaşama durumuna göre ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları önceden kalp durması yaşamalarına göre küçük de olsa farklılık göstermektedir. Gruplar karşılaştırıldıklarında, kalp durması yaşayanların yaşamayanlara göre daha fazla şok anksiyetesi ($\bar{x}$ = 27,64), daha az hasta kabullendikleri ($\bar{x}$ = 54,52) ve öz etkililiklerinin düşük olduğu ($\bar{x}$ = 61,03) görülmektedir. Diğer yandan, iki grubun sonuç beklenti puanları birbirine yakındır (Tablo 4-15). Hastaların kalp durması yaşayıp yaşamamalarına göre oluşturulan gruplarının ölçek puanları arasında istatistiksel bakımdan önemli farklılıklar bulunmadığını ortaya kondu.

Araştırma sonuçları hastaların daha önce kalp krizi ya da kalp durması geçirmiş olması psikososyal durumlarını etkilemediği göstermektedir.

ICD hastalarına ne zaman ICD takıldığı ile araştırma kapsamında uygulanan ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişkileri belirlemek için ICD takılma zamanlarına göre hastalar “1 yıldan az”, “1-2 yıl”, “2-3 yıl”, “3-4 yıl” ve “4-5 yıl” olmak üzere beş grupta sınıflandırıldı. Grupların kabullenme, şok anksiyete, öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçeklerinden aldıkları puanlar farklılık göstermektedir. Gruplar karşılaştırıldıklarında, henüz 1 yılını doldurmamayan hastaların diğerlerine göre hasta kabul ($\bar{x}$ = 53,05) ve öz etkililik ($\bar{x}$ = 58,37) puanlarının düşük olduğu görülmektedir, Diğerlerine göre şok anksiyetesini daha fazla yaşamalarına ($\bar{x}$ = 26,99) karşın cihazı daha fazla kabullenenlerin ($\bar{x}$ = 59,22) 4-5 yıldır ICD takılı olan hastalar oldukları anlaşılmaktadır (Tablo 4-16). Ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki gözlenen bu farklılıkların istatistiksel bakımdan önemli olup olmadığını kontrol edildiğinde gruplarının ölçek puanları arasında istatistiksel bakımdan önemli farklılıklar bulunmadığı belirlendi.

ICD’nin takılış zamanı ile psikososyal parametreleri karşılaştıran çalışmalara bakıldığında; Spindler ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında ICD’nin takılış süresi ile cihazı kabullenme, kaygı, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında bir ilişki belirlenmemiştir. Benzer şekilde Chair ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ICD’nin takılış süresi ile cihazı kabullenme, şok anksiyete ve yaşam kalitesi düzeyleri arasında bir ilişki belirlenmemiştir. Fritzsche ve ark (2007) çalışmasında da anksiyete ve depresyon ile ilişki yoktur. Bilge ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında 5 yıldır daha

uzun süredir ICD'si olan hastaların depresyonu daha yüksek bulunurken anksiyete ile arasında bir ilişki belirlenmemiştir. Friedman ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında daha uzun süredir ICD'si olan hastaların anksiyete ve depresyon oranları daha yüksek, yaşam kalitesi daha zayıf bulunmuştur. Luyster ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında da daha uzun süredir ICD'si olanların anksiyetesi daha yüksektir. James ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında hasta kabullenme düzeyi ile ilişkili bulunmamıştır ancak ICD takılış süresinin kısa olması şok anksiyete ve depresyon için prediktördür. Wallece ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında ise implantasyondan sonra geçen sürenin artması yaşam kalitesini olumsuz etkilemiştir. Newal ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında ise ICD takılış süresi ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki yoktur.

Araştırmamızda hastalara ICD takılış süresi 1 ile 5 yıl arasında değişmektedir; bu süre farkı hastaların ölçek puanlarını etkilemezken literatürde ICD'ın takılış süresinin hastaların psikososyal sonuçlarını nasıl etkilediğine ilişkin farklı sonuçlar bulunmaktadır.

ICD hastalarının ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları, şimdiye kadar ICD şokuna maruz kalmalarına bağlı olarak farklılık göstermektedir. Gruplar karşılaştırıldıklarında, şimdiye kadar şok alanların öz etkililiklerinin ($\bar{x}= 60,61$) ve hasta kabullenme ($\bar{x}= 53,75$) düzeylerinin düşük olduğu, daha fazla şok anksiyetesi yaşadıkları ($\bar{x}= 28,81$) görülmektedir. Şimdiye kadar ICD şoku alan ve almayan hastaların sonuç beklentileri puanları ise birbirine yakın görünmektedir (Tablo 4-17). Florida şok anksiyetesi ölçeğinden alınan puanlar arasında ICD şokuna maruz kalmaya bağlı gözlenen puan farkı istatistiksel bakımdan önemli bulundu. Diğer ölçeklerden alınan puanlar arasındaki gözlenen farklılıklar ise istatistiksel bakımdan önemsiz bulundu. 180 hastadan ICD şoku alan 87'sinin (% 48) ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları, ICD şokuna en son maruz kalma zamanlarına bağlı olarak farklılık göstermektedir. Gruplar karşılaştırıldıklarında, son bir ay içinde maruz kalanların diğer gruplara göre öz etkililikleri ($\bar{x}= 69,93$) ve şok anksiyete düzeyleri ($\bar{x}= 31,79$) daha yüksektir. ICD şokunu 1-5 yıl arasında yaşayanlarda şok anksiyetesi en düşük ($\bar{x}= 26,58$) iken; hasta kabullenme düzeyi de en üst düzeydedir ($\bar{x}= 59,24$) (Tablo 4-19). Ölçek puanları arasında gözlenen bu farklılıkların istatistiksel bakımdan önemli olmadığı belirlendi.

Yapılan çalışmalarda ICD hastalarının daha önce şok yaşama durumu ile hasta kabullenme (Birnie ve ark. 2007; Chair ve ark. 2011; James ve ark. 2012; Pedersen ve ark. 2008b; Udlis ve ark. 2013), şok anksiyete (Chair ve ark. 2011), anksiyete (Demosa ve ark. 2004; Leosdottir ve ark. 2006; Luyster ve ark. 2006; Newall 2007; Dougherty ve Hunziker 2009; Thomas ve ark. 2009; Pedersen ve ark. 2011; Çınar ve ark. 2013), depresyon (Demosa ve ark. 2004; Pedersen ve ark. 2005; Bilge ve ark. 2006; Leosdottir ve ark. 2006; Croosman ve ark. 2007; Newall 2007; Dougherty ve Hunziker 2009; Pedersen ve ark. 2008b; Spindler ve ark. 2009; ven den Broek 2009), yaşam kalitesi (Godemann ve ark. 2004; Newall 2007; Chair ve ark. 2011; Sears ve ark. 2011; Udlis ve ark. 2013) arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Diğer çalışmalarda ise daha önce ICD şoku deneyimleyen hastaların hasta kabullenme düzeyi (Costa ve ark. 2007) ve uyumu (Kamphuis ve ark. 2003; Mauro 2008;) daha düşük, şok anksiyete (James ve ark. 2012; Morken ve ark. 2012), anksiyete (Wallace 2002; Kamphuis ve ark. 2003; Pedersen ve ark. 2005; Bilge ve ark. 2006; Johansen ve ark. 2008; Pedersen ve ark. 2008b; Jacq ve ark. 2009; Spindler ve ark. 2009; ven den Broek 2009;), kaygı (Spindler ve ark. 2009) distress (Sears ve ark. 2009), depresyon (Whang ve ark. 2005; Luyster ve ark. 2006; Johansen ve ark. 2008; Jacq ve ark. 2009; Thomas ve ark. 2009; James ve ark. 2012) oranı daha yüksek, yaşam kalitesi (Wallace 2002; Costa ve ark. 2007; Passman ve ark. 2007; Pedersen ve ark. 2012) daha düşüktür. Piotrowicz ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında şok deneyimleyen hastaların yaşam kalitesinin fiziksel boyutu azalmış ancak mental boyutunda fark belirlenmemiştir.

ICD hastalarında anksiyete normal popülasyona göre daha fazla görülmektedir (Magyar-Russell ve ark. 2011). Hastaların şok deneyimleri ya da ICD'nin şok verme özelliğinin farkında olmaları gelecekte şok yaşabileceklerine ilişkin anksiyetenin artmasına neden olmaktadır.

Hastaların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları, ICD şoku yaşama sıklığına bağlı olarak farklılık göstermektedir. Gruplar karşılaştırıldıklarında, daha az şok yaşayanların cihazı kabullenme düzeyleri ($\bar{x}$ = 56,87) ve öz etkililikleri ($\bar{x}$ = 63,74) daha yüksek; şok anksiyeteleri ($\bar{x}$ = 26,96) daha düşüktür (Tablo 4-20). Ölçek puanları arasında gözlenen bu farklılıklar istatistiksel bakımdan önemli olduğu ve bir yıl içinde üçten fazla şok yaşayanların üçten az yaşayanlara göre öz etkililik ($F_{(1, 87)}= 7,43$; $p=$

,008) ve hasta kabul düzeylerinin daha düşük olduğu daha yüksek şok anksiyetesi yaşadıkları belirlendi.

ICD'nin şok verme sıklığı ile psikososyal parametreleri karşılaştıran çalışmalara bakıldığında; şok verme sıklığı ile hasta kabullenme (Groeneveld ve ark. 2007; Chair ve ark. 2011; Udlis ve ark. 2013), şok anksiyete (Chair ve ark. 2011), anksiyete (Newall ve ark. 2007), depresyon (Newall ve ark. 2007; Jacq ve ark. 2009;) ve yaşam kalitesi (Godemann ve ark. 2004; Chair ve ark. 2011; Udlis ve ark. 2013) arasında ilişki belirlenmemiştir. Buna karşın Costa ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında şok sıklığının artması cihaza uyumu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemiştir. Fritzsche ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında ICD'nin şok vermesi emosyonel distress ve yaşam kalitesi için önemli bir prediktördür. Passman ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında 5 şok ve üzerinde şok deneyimi hastaların yaşam kalitesinin emosyonel boyutunu olumsuz etkilemektedir. Bilge ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında ICD'si daha sık şok verenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleri de daha yüksek bulunmuştur. Ford ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında şok sayısı ile şok anksiyete ilişkili bulunmuş; şok sayısı arttıkça anksiyete düzeyi de artmıştır.

Hastaların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları, ICD takılma nedenlerine bağlı olarak farklılık göstermektedir. Gruplar karşılaştırıldıklarında, birincil koruma amaçlı ICD takılanların, ikincil koruma amaçlı takılanlara göre cihazı daha fazla kabullendikleri ($\bar{x}= 56,32$), öz etkililiklerinin ($\bar{x}= 63,90$) daha yüksek olduğu; buna karşın şok anksiyete düzeylerinin ($\bar{x}= 24,61$) daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 4-22). Gözlenen bu farklılıklar istatistiksel bakımdan önemli bulunmadı.

ICD takılış endikasyonu ile psikososyal parametreler karşılaştırıldığında; hasta kabullenme düzeyi (Groeneveld ve ark. 2007); anksiyete (Bilge ve ark. 2006; Pedersen ve ark. 2008b; van de Broek 2009); depresyon (Bilge ve ark. 2006; Pedersen ve ark. 2008b), yaşam kalitesi (Groeneveld ve ark. 2007; Pedersen ve ark. 2007) arasında bir ilişki belirlenmemiştir. Carroll ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ikincil koruma amaçlı ICD takılan grupta işlemten bir ay sonra belirsizlik oranları daha yüksek bulunurken, anksiyete ve iyimserlik düzeyinde fark bulunmamaktadır. DeMaso ve arkadaşlarının (2004) 9-19 yaş arası çocuklarla yaptıkları çalışmada kardiyak hastalık şiddetinin anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda elde edilen temel bulgular şunlardır:

- Florida hasta kabullenme ölçeği, ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçekleri ve Florida şok anksiyete ölçeği geçerli ve güvenilir ölçeklerdir.
- ICD implantasyonu uygulanan erkek hastalarda cihazı kabullenme düzeyi ve öz etkililiği kadınlardan daha yüksektir. Kadınlar ise erkeklere göre daha fazla şok anksiyete yaşamaktadır.
- Daha genç hastalar daha fazla şok anksiyete yaşamaktadır.
- Öğrenim durumu ve medeni durum hastaların kabullenme düzeyi, öz etkililik ve sonuç beklentileri ile şok anksiyete düzeyini etkilememektedir.
- Serbest meslek, işçi ve emekli gruplarının öz etkililikleri ev hanımlarından daha yüksektir. Serbest meslek mensuplarının, emeklilerden daha yüksek öz etkililiğe sahiptir. Serbest meslek çalışanlarının emekli ve ev hanımlarından; emeklilerin de ev hanımlarından daha fazla cihazı kabul etmektedir.
- Hastanın yalnız yaşaması veya aile ile birlikte yaşaması hastaların kabullenme düzeyi, öz etkililik ve sonuç beklentileri ile şok anksiyete düzeyini etkilememektedir.
- ICD implantasyonu uygulanan hastaların daha önce kalp krizi geçirmiş olması ve kardiyak arrest geçirmesi hastaların kabullenme düzeyi, öz etkililik ve sonuç beklentileri ile şok anksiyete düzeyini etkilememektedir. ICD'nin takılış süresi de bu parametreleri etkilememektedir.
- Daha önce ICD şokuna maruz kalan hastaların şok anksiyete düzeyi ICD şokuna maruz kalmayan hastalara göre daha yüksektir.
- Bir yıl içinde üçten fazla şok yaşayanların üçten az yaşayanlara göre öz etkililik ve hasta kabul düzeylerinin daha düşük, daha yüksek şok anksiyetesi yaşamaktadır.
- ICD şokuna en son ne zaman maruz kalındığı hastaların kabullenme düzeyi, öz etkililik ve sonuç beklentileri ile şok anksiyete düzeyini etkilememektedir.
- Hastalara birincil ya da ikincil amaçlı ICD implantasyonu uygulanması hastaların kabullenme düzeyi, öz etkililik ve sonuç beklentileri ile şok anksiyete düzeyini etkilememektedir.

- Hastaların cihazı kabullenme düzeyi ve öz etkililik düzeyi azaldıkça şok anksiyete düzeyi artmaktadır.

Bu bulgular doğrultusunda;

- ICD implantasyonu uygulanan hastaların cihazı kabullenme, öz etkililik ve şok anksiyete düzeyleri gibi psikososyal değerlendirmenin rutin olarak yapılması,
- ICD'yi kabullenme düzeyinin değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir ölçek olan Florida hasta kabullenme ölçeğinin kullanılması,
- ICD implantasyonu uygulanan hastaların öz etkililikleri ve sonuç beklentilerinin değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir ölçek olan ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçeklerinin kullanılması,
- ICD uygulanan hastaların şok anksiyete düzeylerinin belirlenmesinde Florida şok anksiyete ölçeklerinin kullanılması,
- Özellikle kadın, genç ve ev hanımı olan ICD hastaları ile ICD şokuna maruz kalanlar, ayrıca ICD şokuna daha sık maruz kalanlar risk altında oldukları için psikososyal açıdan daha dikkatli değerlendirilmeleri,
- ICD'yi kabullenme düzeyi ile öz etkililiği düşük olan ve şok anksiyetesi yüksek olan hastaların klinik anksiyete ve depresyon açısından değerlendirilmesi için liyezon psikiyatrisi ile işbirliği yapılması ve erken dönemde önlem alınmasının sağlanması,
- Kadınlarda ve genç hastalarda daha fazla şok anksiyete yaşanmasının nedenlerinin araştırılması,
- ICD hastalarının cihazı kabullenme, öz etkililik ve şok anksiyete düzeylerini istenen düzeye getirmek için hastane içi ve hastane dışı sosyal destek kaynakları ile işbirliği yapılması, hasta ve ailesinin bu kaynaklara yönlendirilmesi,
- Hastaya bakımda bütüncül yaklaşımın benimsenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Abisse, SS., Lampert, R., Burg, M., Soufer, R., Shusterman, V. (2011) Cardiac repolarization instability during psychological stress in patients with ventricular arrhythmias. *J Electrocardiol*, **44**, 678-83.
- Adalet, K. (2013). Takılabilen Kardiyoverter Defibrilatör (ICD). Adalet, K. (Ed.), *İçinde Klinik Kardiyoloji Tanı ve Tedavi*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi: 911-928.
- Akgül, A. ve Çevik, O. (2013). İstatistiksel Analiz Teknikleri: SPSS'te İşletme Yönetimi Uygulamaları. Ankara: Emek Ofset Ltd. Şti.
- Aksayan, S., Gözümlü, S. (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*, **4**, 9-14.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, and National Council on Measurement in Education. (1999). Standards for The treatment of validity in the newest edition of Standards for Educational and Psychological Testing Washington, D.C.: American Educational Research Association.
- Ançel, G. (2007). Cerrahi ve Dahili Hastalıklarda Anksiyete ve Hemşirelik yaklaşımı. *İçinde: Akbayrak, N., Erkal İlhan, S., Ançel, G., Albayrak, A. (Ed.): Hemşirelik Bakım Planları (Dahiliye-Cerrahi Hemşireliği ve Psikososyal Boyut)*, Ankara: Alter Yayıncılık:59-66.
- Aslanger, E. ve Şirinoğlu, I. (Çeviri ed.). (2008). Braunwald Kalp Hastalıkları a Textbook of Cardiovascular Medicine. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Baird, M.S., Keen, J.H. ve Swearingen, P.L. (2005). Manual of Critical Care Nursing Interventions and Collaborative Management. Missouri: Mosby.
- Beck ,A.T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. **56**, 893-7.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indices in structural models. *Psychological Bulletin*, **107**, 238–246.
- Bilge, A.K., Ozben, B., Demircan, S., Cinar, M., Yilmaz, E., Adalet, K. (2006). Depression and Anxiety Status of Patients with Implantable Cardioverter Defibrillator and Precipitating Factors. *Pacing Clin Electrophysiol*, **29**, 619-26.

- Birnie, D.H., Sears, S.F., Green, M.S., Lemery, R., Gollob, M.H., Amyotte, B. (2009). No long-term psychological morbidity living with an implantable cardioverter defibrillator under advisory: the Medtronic Marquis experience. *Europace*, **11**, 26-30.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*,,. New York: The Guilford Press.
- Burns, J.L, Serber, E.R., Keim, S., Sears, S.F. (2005). Measuring patient acceptance of implantable cardiac device therapy: initial psychometric investigation of the Florida Patient Acceptance Survey. *J Cardiovasc Electrophysiol*, **16**, 384-90.
- Burns, J.L., Sears, S.F., Sotile, R., Schwartzman, D.S., Hoyt, R.H., Alvarezö, R.H., et al. (2004) Do patients accept implantable atrial defibrillation therapy? Results from the patient atrial shock survey of acceptance and tolerance (PASSAT) study. *J Cardiovasc Electrophysiol*, **15**, 286-291.
- Byrne, B.M. (1998). *Structural Equation Modeling with LISREL, PRELIS and SIMPLIS: Basic Concepts, Applications and Programming*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Carroll, S.L., Arthur, H.M. (2010). A comparative study of uncertainty, optimism and anxiety in patients receiving their first implantable defibrillator for primary or secondary prevention of sudden cardiac death. *Int J Nurs Stud*, **47**, 836-45.
- Carroll, S.L., Markle-Reid, M., Ciliska, D., Connolly, S.J, Arthur, H.M. (2012) Age and mental health predict early device-specific quality of life in patients receiving prophylactic implantable defibrillators. *Can J Cardiol*, **28**, 502-7.
- Chair, S.Y., Lee, C.K., Choi, K.C., Sears, S.F. (2011). Quality of life outcomes in chinese patients with implantable cardioverter defibrillators. *Pacing Clin Electrophysiol*, **34**, 858-67.
- Cınar, F.I., Tosun, N., Kose, S. (2013). Evaluation of an education and follow-up programme for implantable cardioverter defibrillator-implanted patients. *J Clin Nurs*, **22**, 2474-86.
- Connolly, S.J., Hallstrom, A.P., Cappato, R., Schron, E.B., Kuck, K.H., Zipes, D.P., et al. (2000). Meta-analysis of the implantable cardioverter defibrillator secondary prevention trials. AVID, CASH and CIDS studies. Antiarrhythmics vs Implantable

Defibrillator study. Cardiac Arrest Study Hamburg . Canadian Implantable Defibrillator Study. *Eur Heart* , **21**, 2071-8.

Cook, S.C., Valente, A.M., Maul, T.M., Dew, MA, Hickey, J., Jennifer, Burger, P., et al. (2013). Shock-related anxiety and sexual function in adults with congenital heart disease and implantable cardioverter-defibrillators. *Heart Rhythm*, **10**, 805-10.

Costa, R., Silva, K.R., Mendonça, R.C., Nishioka, S.A., Siqueira Sde, F., Tamaki, W.T., et al. (2007). Incidence of shock and quality of life in young patients with implantable cardioverter-defibrillator. *Arq Bras Cardiol*, **88**, 258-64.

Cowan, M.J., Pike, K.C., Budzynski, H.K. (2001). Psychosocial Nursing Therapy Following Sudden Cardiac Arrest: Impact on Two-Year Survival. *Nurs Res*, **50**, 68-76.

Crossmann, A., Pauli, P., Dengler, W., Köhlkamp, V., Wiedemann, G. (2007). Stability and cause of anxiety in patients with an implantable cardioverter defibrillator: a longitudinal two-year follow-up. *Heart Lung*, **36**, 87-95.

D'Antono, B., Goldfarb, M., Solomon, C., Sturmer, M., Becker, G., Essebag, V., et al. (2013). Psychological impact of surveillance in patients with a defibrillator lead under advisory: a prospective evaluation. *Pacing Clin Electrophysiol*. **36**, 221-30.

DeMaso, D.R., Lauretti, A., Spieth, L., van der Feen, J.R., Jay, K.S., Gauvreau, K., et al.(2004) Psychosocial factors and quality of life in children and adolescents with implantable cardioverter-defibrillators. *Am J Cardiol*, **93**, 582-7.

Demir, S., Yüksel, S., Şahin, M. (2008). Kardiyovasküler cihaz taşıyan hastalarda manyetik rezonans görüntülemenin güvenliği. *Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol*, **36**, 485-496.

Donahue, R.G., Lampert, R., Dornelas, E., Clemow, L., Burg, M.M.; RISTA Investigators. Rationale and design of a randomized clinical trial comparing stress reduction treatment to usual cardiac care: the Reducing Vulnerability to Implantable Cardioverter Defibrillator Shock-Treated Ventricular Arrhythmias (RISTA) trial. *Psychosom Med*, **72**, 172-7.

Dougherty, C.M., Hunziker, J. (2009). Predictors of implantable cardioverter defibrillator shocks during the first year. *J Cardiovasc Nurs*, **24**, 21-28.

Dougherty, C.M., Johnston, S.K., Thompson E.A. (2007). Reliability and validity of the self-efficacy expectations and outcome expectations after implantable cardioverter defibrillator implantation scales. *Appl Nurs Res*, **20**, 116-24.

Dougherty, C.M., Thompson, E.A., Lewis, F.M. (2005). Long-term outcomes of a telephone intervention after an ICD. *Pacing Clin Electrophysiol*, **28**, 1157-1167.

Dunbar, S.B., Dougherty, C.M., Sears, S.F., Carroll, D.L., Goldstein, N.E., Mark, D.B., et al. (2012). American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Cardiovascular Disease in the Young. Educational and psychological interventions to improve outcomes for recipients of implantable cardioverter defibrillators and their families: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, **126**, 2146-72.

Dunbar, S.B., Kimble, L.P., Jenkins, L.S., Hawthorne, M., Dudley, W., Slemmons, M., et al. (1999). Association of mood disturbance and arrhythmia events in patients after cardioverter defibrillator implantation. *Depress Anxiety*, **9**, 163-8.

Dunbar, S.B., Langberg, J.J., Reilly, C.M., Viswanathan, B., McCarty, F., Culler, SD., et al. (2009). Effect of a psychoeducational intervention on depression, anxiety, and health resource use in implantable cardioverter defibrillator patients. *Pacing Clin Electrophysiol*, **10**, 1259-71.

Ebrinç S. (2000). Psikiyatrik derecelendirme ölçekleri ve klinik çalışmalarda kullanımı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, **10**, 109-16.

Epstein AE, DiMarco JP, Ellenbogen KA, Estes NA 3rd, Freedman RA, Gettes LS, et al. (2013). American College of Cardiology Foundation; American Heart Association Task Force on Practice Guidelines; Heart Rhythm Society 2012 ACCF/AHA/HRS Focused Update of the 2008 Guidelines for Device-Based Therapy of Cardiac Rhythm Abnormalities A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*, **61**, 6-75.

Fetzer, S.J. (2003). The patient with an implantable cardioverter defibrillator. *J Perianesth Nurs*, **18**, 398-413.

Flemme, I., Johansson, I., Strömberg, A. (2012). Living with life-saving technology - coping strategies in implantable cardioverter defibrillators recipients. *J Clin Nurs*. **21**, 311-21.

Ford, J., Finch, J.F., Woodrow, L.K., Cutitta, K.E., Shea, J., Fischer, A., et al. (2012). The Florida Shock Anxiety Scale (FSAS) for patients with implantable cardioverter defibrillators: testing factor structure, reliability, and validity of a previously established measure. *Pacing Clin Electrophysiol*, 35, 1146-53.

Ford, J., Sears, S., Ramza, B., Reynolds, D.W., Nguyen, P., Fedewa, M., et al. (2014). The Registry Evaluating Functional Outcomes of Resynchronization Management (REFORM): quality of life and psychological functioning in patients receiving cardiac resynchronization therapy. *J Cardiovasc Electrophysiol*, 25, 43-51.

Francis, J.L., Weinstein, A.A., Krantz, D.S., Haigney, M.C., Stein, P.K., Stone, P.H., et al. (2009). Association between symptoms of depression and anxiety with heart rate variability in patients with implantable cardioverter defibrillators. *Psychosom Med*, 71, 821-7.

Friedmann, E., Thomas, S.A., Inguito, P., Kao, C.W., Metcalf, M., Kelley, F.J., et al. (2006). Quality of life and psychological status of patients with implantable cardioverter defibrillators. *J Interv Card Electrophysiol*, 17, 65-72.

Fries, R., König, J., Schäfers, H.J., Böhm, M. (2002). Triggering effect of physical and mental stress on spontaneous ventricular tachyarrhythmias in patients with implantable cardioverter-defibrillators. *Clin Cardiol*, 25, 474-8.

Fritzsche, K., Forster, F., Schweickhardt, A., Kanwischer, H., Drinkmann, A., Rabung, S., et al. (2007). Depressive coping is a predictor for emotional distress and poor quality of life in a German–Austrian sample of cardioverter-defibrillator implant recipients at 3 months and 1 year after implantation. *Gen Hosp Psychiatry*, 29, 526-36.

Frizelle, D.J., Lewin, R.J., Kaye, G., Hargreaves, C., Hasney, K., Beaumon, N., et al. (2004). Cognitive-behavioural rehabilitation programme for patients with an implanted cardioverter defibrillator: A pilot study. *Br J Health Psychol*, 9, 381-92.

Godemann F, Butter C, Lampe F, Linden M, Werner S, Behrens S. (2004). Determinants of the quality of life (QoL) in patients with an implantable cardioverter/defibrillator (ICD). *Qual Life Res*, 13, 411-6.

Groeneveld, P.W., Matta, M.A., Suh, J.J., Yang, F., Shea J.A. (2007). Quality of life among implantable cardioverter-defibrillator recipients in the primary prevention therapeutic era. *Pacing Clin Electrophysiol*, 30, 463-71.

- Gulanick, M. ve Meyer, J.L. (2014). Nursing Care Plans Diagnoses, Intervention and Outcomes. Philadelphia: Elseiver.
- Gulanick, M., Myers, J.L., Klopp, A., Gradishar, D., Galanes, S. ve Puzas, M.K. (2003) Nursing Care Plans Nursing Diagnosis and Intervention. St Louis: Mosby.
- Gura, M.T. (2005). Implantable cardioverter defibrillator therapy. *J Cardiovasc Nurs*, **20**, 276-87.
- Hair, J.F., Jr. , Anderson, R.E., Tatham, R.L.,ve Black, W.C. (1998). Multivariate Data Analysis. Upper Saddle River NJ: Prentice Hall.
- Harrington, D. (2009). Confirmatory Factor Analysis. New York: Oxford University Press Inc.
- Hayes, D.L., Asirvatham, S.J. ve Friedman, P.A. (2013). Cardiac Pacing, Defibrillation and Resynchronization. A Clinical Approach. Singapore: Wiley-Blackwell.
- Hisli N. (1988) Beck Depresyon Envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, **22**, 118-126.
- Hisli N. (1989) Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği. *Psikoloji Dergisi*, **23**, 3-13.
- Hu, L.T., Bentler, P.M. (1999). Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives. *Structural Equation Modeling*, **6**, 1-55.
- Iaizzo, P.A. (Ed.). (2009). Handbook of Cardiac Anatomy, Physiology and Devices. New York: Springer.
- Jacob, S., Panaich, S.S., Zalawadiya, S.K., McKelvey, G., Abraham, G., Aravindhakshan, R., et al.. (2012). Phantom shocks unmasked: clinical data and proposed mechanism of memory reactivation of post traumatic shocks in patients with implantable cardioverter defibrillators. *J Interv Card Electrophysiol*. **4**, 205-13.
- Jacq, F., Foulldrin, G., Savouré ,A., Anselme, F., Baguelin-Pinaud A, Cribier A, et al. (2009). A comparison of anxiety, depression and quality of life between device shock and nonshock groups in implantable cardioverter defibrillator recipients. *Gen Hosp Psychiatry*, **31**, 266-73.

James, C.A., Tichnell, C., Murray, B., Daly, A., Sears S.F., Calkins, H. (2012). General and disease-specific psychosocial adjustment in patients with arrhythmogenic right ventricular dysplasia/cardiomyopathy with implantable cardioverter defibrillators: a large cohort study. *Circ Cardiovasc Genet*, **5**, 18-24.

Jeremias, A. ve Brown, D.L. (2010). Cardiac Intensive Care. New York: Saunder.

Johansen, J.B., Pedersen, S.S., Spindler, H., Andersen, K., Nielsen, J.C., Mortensen, P.T. (2008). Symptomatic heart failure is the most important clinical correlate of impaired quality of life, anxiety, and depression in implantable cardioverter-defibrillator patients: a single-centre, cross-sectional study in 610 patients. *Europace*, **10**, 545-51.

Kamphuis, H.C., de Leeuw, J.R., Derksen, R., Hauer, R.N., Winnubst JA. (2003). Implantable cardioverter defibrillator recipients: quality of life in recipients with and without ICD shock delivery: a prospective study. *Europace*, **5**, 381-9.

Kamphuis, H.C., Verhoeven ,N.W., Leeuw, R., Derksen, R., Hauer, R.N., Winnubst, J.A. (2004). ICD: a qualitative study of patient experience the first year after implantation. *J Clin Nurs*, **13**, 1008-16.

Kaplow, R. ve Hardin, S.R. (2007). Critical Care Nursing: Synergy for Optimal Outcomes. Boston; Jones and Bartlett Publishers.

Kelloway, E. K. (1998). Using lisrel for structural equation modeling, a resarch guide, London, Sage Publications.

Keren, A., Sears, S.F., Nery, P., Shaw, J., Green, M.S., Lemery, R., et al. (2011). Psychological adjustment in ICD patients living with advisory fidelis leads. *J Cardiovasc Electrophysiol*, **22**, 57-63.

Kline, R. (2005), Principles and practice of structural equation modeling, (2rd ed.), London: Guilford Press.

Kline, R. B. (2011). Principles and practice of structural equation modeling (3rd ed.). New York: Guilford Press.

Kochańska, A., Zarzycka, B., Świątecka, G., Majkowicz, M., Kozłowski, D., Raczak, G. (2008). Quality of life in patients with an implantable cardioverter defibrillator – the significance of clinical factors. *Arch Med Sci*, **4**, 409–416.

- Kuck, K.H., Cappato, R., Siebels, J., Ruppel, R. (2000) Randomized comparison of antiarrhythmic drug therapy with implantable defibrillators in patients resuscitated from cardiac arrest: the Cardiac Arrest Study Hamburg (CASH). *Circulation*, **102**, 748–54.
- Kuhl, E.A, Dixit, N.K., Walker, R.L., Conti, J.B., Sears, S.F. (2006). Measurement of patient fears about implantable cardioverter defibrillator shock: an initial evaluation of the Florida Shock Anxiety Scale. *Pacing Clin Electrophysiol*, **29**, 614-8.
- Kuhl, E.A., Sears, S.F., Vazquez, L.D., Conti, J.B. (2009). Patient-assisted computerized education for recipients of implantable cardioverter defibrillators: a randomized controlled trial of the PACER program. *J Cardiovasc Nurs*, **24**, 225-31.
- Kurtz, S.M., Ochoa, J.A., Lau, E., Shkolnikov, Y., Pavri, B.B., Frisch, D., et al. (2010). Implantation trends and patient profiles for pacemakers and implantable cardioverter defibrillators in the United States: 1993-2006. *Pacing Clin Electrophysiol*, **33**, 705-11.
- Lache, B., Meyer, T., Herrmann-Lingen, C. (2007). Social support predicts hemodynamic recovery from mental stress in patients with implanted defibrillators. *J Psychosom Res*, **63**, 515-23.
- Ladwig, K.H., Baumert, J., Marten-Mittag, B., Kolb, C., Zrenner, B., Schmitt, C. (2008). Posttraumatic stress symptoms and predicted mortality in patients with implantable cardioverter-defibrillators: results from the prospective living with an implanted cardioverter-defibrillator study. *Arch Gen Psychiatry*, **65**, 1324-30.
- Lampert, R., Shusterman, V., Burg, M., McPherson, C., Batsford, W., Goldberg, A., et al. (2009). Anger-induced T-wave alternans predicts future ventricular arrhythmias in patients with implantable cardioverter-defibrillators. *J Am Coll Cardiol*, **53**, 774-8.
- Lemon, J., Edelman, S. (2007). Psychological adaptation to ICDs and the influence of anxiety sensitivity. *Psychol Health Med*, **12**, 163-71.
- Lemon, J., Edelman, S., Kirkness, A. (2004). Avoidance behaviors in patients with implantable cardioverter defibrillators. *Heart Lung*, **33**, 176-182.
- Leosdottir, M., Sigurdsson, E., Reimarsdottir, G., Gottskalksson, G., Torfason, B., Vigfusdottir, M., et al. (2006). Health-related quality of life of patients with implantable cardioverter defibrillators compared with that of pacemaker recipients. *Europace*, **8**, 168-74.

- Lewin, R.J., Coulton, S., Frizelle, D.J., Kaye, G., Cox., H. (2009). A brief cognitive behavioural preimplantation and rehabilitation programme for patients receiving an implantable cardioverter-defibrillator improves physical health and reduces psychological morbidity and unplanned readmissions. *Heart*, **95**, 63-69.
- Lewis, S.L., Heitkemper, M.M., Dirksen, S.R., O'Brien, P.G. ve Bucher, L.B (2007). *Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems*. St,Louis, Mosby Elsevier.
- Libby, P., Bonow, R.O., Mann ,D.L. ve Zipes D.P. (2008). *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. Philedelphia: Saunders Elsevier.
- Luyster, F.S., Hughes, J.W., Gunstad, J. (2009). Depression and anxiety symptoms are associatedwith reduced dietary adherence in heart failure patients treated with an implantable cardioverter defibrillator. *J Cardiovasc Nurs*, **24**, 10-17.
- Luyster, F.S., Hughes, J.W., Waechter, D., Josephson, R. (2006). Resource loss predicts depression and anxiety among patients treated with an implantable cardioverter defibrillator. *Psychosom Med*, **68**, 794-800.
- Magyar-Russell ,G., Thombs, B.D., Cai, J.X., Baveja, T., Kuhl, E.A., Singh PP, et al. (2011). The prevalence of anxiety and depression in adults with implantable cardioverter defibrillators: a systematic review. *J Psychosom Res*. **71**, 223-31.
- Marshall, P., Ketchell, A., Maclean, J. (2012). Comparison of male and female psychological outcomes related to implantable cardioverter defibrillators (COMFORTID). *Eur J Cardiovasc Nurs*, **11**, 313-21.
- Mauro, A.M. (2008). Exploring uncertainty and psychosocial adjustment after cardioverter defibrillator implantation. *J Cardiovasc Nurs*, **23**, 527-35.
- Mauro, A.M. (2008). Uncertainty as a predictor of adjustment to an implantable cardioverter defibrillator. *Prog Cardiovasc Nurs*, **23**, 151-9.
- Mauro, A.M. (2010). Long-term follow-up study of uncertainty and psychosocial adjustment among implantable cardioverter defibrillator recipients. *Int J Nurs Stud*, **47**, 1080-8.

Matchett, M., Sears, S.F., Hazelton, G., Kirian, K., Wilson, E., Nekkanti, R. (2009). The implantable cardioverter defibrillator: its history, current psychological impact and future. *Expert Rev Med Devices*, **6**, 43-50.

McDonough A. (2009). The experiences and concerns of young adults (18-40 years) living with an implanted cardioverter defibrillator (ICD). *Eur J Cardiovasc Nurs*, **8**, 274-80.

Mert, H., Argon, G., Aslan, Ö. (2012). Experiences of patients with implantable cardioverter defibrillator in Turkey: A qualitative study. *International Journal of Caring Sciences*, **5**, 50-57.

Molloy, G.J., Randall, G., Wikman, A., Perkins-Porras, L., Messerli-Bürky, N., Steptoe, A. (2012). Type D personality, self-efficacy, and medication adherence following an acute coronary syndrome. *Psychosom Med*, **74**, 100-6.

Morken, I.M., Isaksen, K., Karlsen, B., Norekvål, T.M., Bru, E., et al. (2012). Shock anxiety among implantable cardioverter defibrillator recipients with recent tachyarrhythmia. *Pacing Clin Electrophysiol*, **35**, 1369-76.

Morken, I.M., Norekvål, T.M., Isaksen, K., Munk, P.S., Karlsen, B., Larsen, A.I. (2013). Increased confidence to engage in physical exertion: older ICD recipients' experiences of participating in an exercise training programme. *Eur J Cardiovasc Nurs*, **12**, 261-8.

Morton, P.G., Fontaine, D.K., Hudak, C.M. ve Gallo, B.M. (2005). *Critical Care Nursing a Holistic Approach*. Philadelphia: Lippincott Williams-Wilkins.

Moser, D.K., Riegel, B. (2008). *Cardiac Nursing A Companion to Braunwald's Heart Disease*. St. Lois Missouri: Saunders Elseiver.

Newall, E.G., Lever, N.A., Prasad, S., Hornabrook, C., Larsen, P.D. (2007). Psychological implications of ICD implantation in a New Zealand population. *Europace*, **9**, 20-24..

Onat A (Ed). (2013). *TEKHARF 2013 Halkımız Sağlığa Işık, Tıbbı Çığır Açabilecek Katkı*, İstanbul: Logos Yayıncılık.

Öner, N. ve Le Compte, A. (1985). *Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.

Opić, P., Utens, E.M., Moons, P., Theuns, D.A., van Dijk, A.P., Hoendermis, E.S., et al. (2012). Psychosocial impact of implantable cardioverter defibrillators (ICD) in young adults with Tetralogy of Fallot. *Clin Res Cardiol*, **101**, 509-19.

Oto A., Aytemir K., Çeliker A., Köse S. ve Özin B. (Eds.). (2006). Kalıcı Kalp Pilleri ve İmplant Edilebilir Defibrilatörler. Ankara: Erkem Tıbbi Yayıncılık.

Özdamar, K. (2002). Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi 1. Eskişehir: Kaan Kitabevi.

Passman, R., Subacius, H., Ruo, B., Schaechter, A., Howard, A., Sears, S.F., et al. (2007). Implantable cardioverter defibrillators and quality of life: results from the defibrillators in nonischemic cardiomyopathy treatment evaluation study. *Arch Intern Med*, **167**, 2226-32.

Pedersen, S.S., Spindler, H., Johansen, J.B., Mortensen, P.T., Sears, S.F. (2008). Correlates of patient acceptance of the cardioverter defibrillator: cross-validation of the Florida Patient Acceptance Survey in Danish patients. *Pacing Clin Electrophysiol*, **31**, 1168-77.

Pedersen, S.S., Tekle, F.B., Hoogwegt ,M.T., Jordaens, L., Theuns, D.A. (2012). Shock and patient preimplantation type D personality are associated with poor health status in patients with implantable cardioverter-defibrillator. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. **5**, 373-80.

Pedersen, S.S., Theuns, D.A., Erdman, R.A., Jordaens, L. (2008). Clustering of device-related concerns and type D personality predicts increased distress in ICD patients independent of shocks. *Pacing Clin Electrophysiol*, **31**, 20-27.

Pedersen, S.S., Van den Berg, M., Erdman, R.A., VAN Son, J., Jordaens, L., Theuns, D.A. (2009). Increased Anxiety in Partners of Patients with a Cardioverter-Defibrillator: The Role of Indication for ICD Therapy, Shocks, and Personality. *Pacing Clin Electrophysiol*, **32**, 184-92.

Pedersen, S.S., van den Broek ,K.C., Theuns, D.A., Erdman, R.A., Alings, M., Meijer, A., et al. (2011). Risk of chronic anxiety in implantable defibrillator patients: a multi-center study. *Int J Cardiol*, **147**, 420-3.

Pedersen, S.S., van den Broek, K.C., Sears, S.F. (2007). Psychological intervention following implantation of an implantable defibrillator: a review and future recommendations. *Pacing Clin Electrophysiol*, **30**, 1546-54.

Pedersen, S.S., van Domburg, R.T., Theuns, D.A., Jordaens, L., Erdman, R.A. (2005). Concerns about the implantable cardioverter defibrillator: a determinant of anxiety and depressive symptoms independent of experienced shocks. *Am Heart J*, **149**, 664-9.

Pinski, S.L. ve Chen, P.S. (2005). İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatörler. İçinde: Topol, J.E. Textbook of Cardiovascular Medicine. Çeviri: Dursun, A.N. İstanbul: And yayıncılık. 1597-1608.

Piotrowicz, K., Noyes, K., Lyness, J.M., McNitt, S., Andrews, M.L., Dick, A., et al. (2007). Physical functioning and mental well-being in association with health outcome in patients enrolled in the Multicenter Automatic Defibrillator Implantation Trial II. *Eur Heart J*, **28**, 601-7.

Poortaghi, S., Baghernia, A., Golzari, S.E., Safayian, A., Atri, S.B. (2013). The effect of home-based cardiac rehabilitation program on self efficacy of patients referred to cardiac rehabilitation center. *BMC Res Notes*, **26**, 287.

Proehl, J.A. (2009). Emergency Nursing Procedures. Missouri: Saunders Elsevier.

Roger, V.L., Go, A.S., Lloyd-Jones, D.M., Benjamin, E.J., Berry, J.D., Borden, W.B., et al. (2012). American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics-2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. **125**, 2-220.

Sears, S.F. Jr, Shea, J.B., Conti, J.B. (2005). How to Respond to an Implantable Cardioverter- Defibrillator Shock. *Circulation*, **111**, 380-2.

Sears, S.F., Matchett, M., Conti, J.B. (2009). Effective Management of ICD Patient Psychosocial Issues and Patient Critical Events. *J Cardiovasc Electrophysiol*. **20**, 1297-304.

Sears, S.F., Hazelton, A.G., St Amant, J., Matchett, M., Kovacs, A., Vazquez, L.D., et al. (2011). Quality of life in pediatric patients with implantable cardioverter defibrillators. *Am J Cardiol*, **107**, 1023-7.

- Sears, S.F., Lewis, T.S., Kuhl, E.A., Conti, J.B. (2005). Predictors of quality of life in patients with implantable cardioverter defibrillators. *Psychosomatics*, **46**, 451-7.
- Sears, S.F., Serber, E.R., Lewis, T.S., Walker, R.L., Conners, N., Lee, J.T., et al. (2004) Do positive health expectations and optimism relate to quality-of-life outcomes for the patient with an implantable cardioverter defibrillator? *J Cardiopulm Rehabil*, **24**, 324-31.
- Sears, S.F., Sowell, L.D, Kuhl, E.A., Kovacs, A.H., Serber. E.R., Handberg, E., et al. (2007). The ICD Shock and Stress Management Program: A Randomized Trial of Psychosocial Treatment to Optimize Quality of Life in ICD Patients. *Pacing Clin Electrophysiol*, **30**, 858-64.
- Sears, S.F., Todaro, J.F., Urizar, G., Lewis, T.S., Sirois, B., Wallace, R., et al. (2000). Assessing the Psychosocial Impact of the ICD: A National Survey of Implantable Cardioverter Defibrillator Health Care Providers. *Pacing Clin Electrophysiol*, **23**, 939-45.
- Shaffer, R.S. (2002). ICD therapy: the patient's perspective. *Am J Nurs*, **102**, 46-9.
- Shea, J.B. (2004). Quality of life issues in patients with implantable cardioverter defibrillators: driving, occupation, and recreation. *AACN Clin Issues*, **15**, 478-89.
- Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B. (1982). The Self- Efficacy Scale: construction and validation. *Psychol Rep*, **51**, 663-671.
- Shiyovich, A., Ben Zion, I.Z., Plakht, Y., Amit, G., Grosbard, A., Katz, A. (2007). Sexual dysfunction, depression and quality of life in male implantable cardioverter defibrillator (ICD) recipients with and without shock delivery *Harefuah*. **146**, 594-8.
- Smeulders, E.S., van Haastregt, J.C., Dijkman-Domanska, B.K., van Hoef, E.F., van Eijk, J.T., Kempen, G.I.(2007). Nurse- and peer-led self-management programme for patients with an implantable cardioverter defibrillator; a feasibility study. *BMC Nurs*, **19**, 6:6.
- Smith G, Dunbar SB, Valderrama AL, Viswanathan, B. (2006). Gender differences in implantable cardioverter –defibrillator patients at the time of insertion. *Prog Cardiovasc Nurs*, **21**, 76-82.

Sears, S.F., Lewis, T.S., Kuhl, E.A., Conti, J.B. (2005). Predictors of quality of life in patients with implantable cardioverter defibrillators. *Psychosomatics*, **46**, 451-7.

Sears, S.F., Serber, E.R., Lewis, T.S., Walker, R.L., Conners, N., Lee, J.T., et al. Do positive health expectations and optimism relate to quality-of-life outcomes for the patient with an implantable cardioverter defibrillator? *J Cardiopulm Rehabil*, **24**, 324-31.

Sears, S.F., Sowell, L.D, Kuhl, E.A., Kovacs, A.H., Serber. E.R., Handberg, E., et al. (2007). The ICD Shock and Stress Management Program: A Randomized Trial of Psychosocial Treatment to Optimize Quality of Life in ICD Patients. *Pacing Clin Electrophysiol*, **30**, 858-64.

Sears, S.F., Todaro, J.F., Urizar, G., Lewis, T.S., Sirois, B., Wallace, R., et al. (2000). Assessing the Psychosocial Impact of the ICD: A National Survey of Implantable Cardioverter Defibrillator Health Care Providers. *Pacing Clin Electrophysiol*, **23**, 939-45.

Shaffer, R.S. (2002). ICD therapy: the patient's perspective. *Am J Nurs*, **102**, 46-9.

Shea, J.B. (2004). Quality of life issues in patients with implantable cardioverter defibrillators: driving, occupation, and recreation. *AACN Clin Issues*, **15**, 478-89.

Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B. (1982). The Self- Efficacy Scale: construction and validation. *Psychol Rep*, **51**, 663-671.

Shiyovich, A., Ben Zion, I.Z., Plakht, Y., Amit, G., Grosbard, A., Katz, A. (2007). Sexual dysfunction, depression and quality of life in male implantable cardioverter defibrillator (ICD) recipients with and without shock delivery *Harefuah*. **146**, 594-8.

Smeulders, E.S., van Haastregt, J.C., Dijkman-Domanska, B.K., van Hoef, E.F., van Eijk, J.T., Kempen, G.I.(2007). Nurse- and peer-led self-management programme for patients with an implantable cardioverter defibrillator; a feasibility study. *BMC Nurs*, **19**, 6:6.

Smith G, Dunbar SB, Valderrama AL, Viswanathan, B. (2006). Gender differences in implantable cardioverter –defibrillator patients at the time of insertion. *Prog Cardiovasc Nurs*, **21**, 76-82.

- Sol, B.G., van der Graaf, Y., van Petersen, R., Visseren, F.L. (2011). The effect of self-efficacy on cardiovascular lifestyle. *Eur J Cardiovasc Nurs*.**10**, 180-6.
- Sossong, A. (2007). Living with an implantable cardioverter defibrillator: patient outcomes and the nurse's role. *Cardiovasc Nurs*, **22**, 99-104.
- Sowell, L.V., Sears, S.F. Jr, Walker, R.L., Kuhl, E.A., Conti, J.B. (2007). Anxiety and marital adjustment in patients with implantable cardioverter defibrillator and their spouses. *J Cardiopulm Rehabil Prev*, **27**, 46-9.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, P.R., Vagg, P.R. ve Jacobs, A.G. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spindler, H., Johansen, J.B., Andersen, K., Mortensen, P., Pedersen, S.S. (2009). Gender differences in anxiety and concerns about the cardioverter defibrillator. *Pacing Clin Electrophysiol*, **32**, 614-21.
- Starrenburg, A., Pedersen, 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 Clin Electrophysiol*. 2014 Feb 15. doi: 10.1111/pace.12357.
- Steiger, J.H. (2007). Understanding the limitations of global fit assessment in structural equation modeling. *Personality and Individual Differences*. **42**, 893-98.
- Steinberg, J.S., Joshi, S., Schron, E.B., Powell, J., Hallstrom, A., McBurnie, M. AVID Investigators. (2008). Psychosocial status predicts mortality in patients with life-threatening ventricular arrhythmias. *Heart Rhythm*, **5**, 361-5.
- Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2007). Using multivariate statistics. Boston: Allyn and Bacon.
- Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2007). Using multivariate statistics, Boston: Pearson Education inc.
- Tavşancıgil, E. (2005). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

- Thomas, S.A., Friedmann, E., Gottlieb, S.S., Liu, F., Morton, P.G., Chapa D.W., et al. (2009). Changes in psychosocial distress outpatients with heart failure with implantable cardioverter defibrillators. *Heart Lung*, **38**, 109-20.
- Tsiperfal, A., Ottoboni, L.K., Beheiry, S., Ahmad, A.A., Natale, A. ve Wang, P.J. (2011). *Cardiac Arrhythmia Management A Pratical Guide for Nurses and allied* Malaysia: Professionals. Wiley-Blackwell.
- Udlis, K.A. (2013). The Impact of Technology Dependency on Device Acceptance and Quality of Life in Persons With Implantable Cardioverter Defibrillators. *J Cardiovasc Nurs*. **28**, 65-73.
- Ulusoy, M., Sahin, N.H., Erkmen, H. (1998). Turkish version of the Beck anxiety inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother*, **12**, 163-72.
- Urdan, L.D., Stacy, K.M. ve Lough, M.E. (2002). *Thelan's Critical Care Nursing Diagnosis and Management*. St Louis: Mosby-Year Book.
- van den Broek, K.C., Nyklicek, I., van der Voort, P.H., Alings, M., Meijer, A., Denollet, J. (2009). Risk of ventricular arrhythmia after implantable defibrillator treatment in anxious type D patients. *J Am Coll Cardiol*, **54**, 531-7.
- van Ittersum, M., de Greef, M., van Gelder, I., Coster J., Brügemann, J., van der Schans, C. (2003). Fear of exercise and health-related quality of life in patients with an implantable cardioverter defibrillator. *Int J Rehabil Res*, **26**, 117-22.
- Vazquez, L.D., Conti, J.B., Sears, S.F. (2010). Female-specific education, management, and lifestyle enhancement for implantable cardioverter defibrillator patients: the FEMALE-ICD study. *Pacing Clin Electrophysiol*, **33**, 1131-40.
- Vazquez, L.D., Kuhl, E.A., Shea, J.B., Kirkness, A., Lemon, J., Whalley, D., et al. (2008). Age-specific differences in women with implantable cardioverter defibrillators: an international multi center study. *Pacing Clin Electrophysiol*, **31**, 1528-34.
- Versteeg, H., Starrenburg, A., Denollet, J., Palen, Jv, Sears, S.F., Pedersen, S.S. (2012). Monitoring device acceptance in implantable cardioverter defibrillator patients using the Florida Patient Acceptance Survey. *Pacing Clin Electrophysiol*, **35**, 283-93.

- Vural, A. ve Acar, E. (2013). İmplant edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör Uygulama Endikasyonları. Kozan Ö. (Ed.) Temel Kardiyoloji El Kitabı. İstanbul; Güneş Tıp Kitabevleri. 95-103.
- Vural, M., Bafalar, E. (2007). Anksiyete bozukluğunun ani ölüm yapma potansiyeli. *Anadolu Kardiyol Derg.* **7**, 179-83.
- Wallace, R.L., Sears, S.F. Jr, Lewis, T.S., Griffis, J.T., Curtis, A., Conti, J.B. (2002). Predictors of quality of life in long-term recipients of implantable cardioverter defibrillators. *J Cardiopulm Rehabil*, **22**, 278-81.
- Wever, E.F., Hauer, R.N., van Capelle, F.L., Tijssen, J.G., Crijns, H.J., Algra, A., et al. (1995). Randomized study of implantable defibrillator as first-choice therapy versus conventional strategy in postinfarct sudden death survivors. *Circulation*, **91**, 2195–203.
- Whang, W., Albert, C.M., Sears, S.F. Jr., Lampert, R., Conti, J.B., Wang, P.J, et al. (2005). Depression as a predictor for appropriate shocks among patients with implantable cardioverter-defibrillators: results from the Triggers of Ventricular Arrhythmias (TOVA) study. *J Am Coll Cardiol*, **45**, 1090-5.
- White, E. (2000). Patients with Implantable Cardioverter Defibrillators: Transition to Home. *J Cardiovasc Nurs*, **14**, 42-52.
- White, M.M. (2002). Psychosocial impact of the implantable cardioverter defibrillator: Nursing implications. *J Cardiovasc Nurs*, **16**, 53–61.
- Wilson, M.H., Engelke, M.K, Sears, S.F., Swanson, M., Neil, J.A. (2013). Disease-specific quality of life-patient acceptance: racial and gender differences in patients with implantable cardioverter defibrillators. *J Cardiovasc Nurs*, **28**, 285-93.
- Wójcicka, M., Lewandowski, M., Smolis-Bak, E., Szwed, H. (2008). Psychological and clinical problems in young adults with implantable cardioverter-defibrillators. *Kardiol Pol*, **66**, 1050-8.
- Wolbrette, D.L., Naccarelli, G.V. (2001). Management of implantable cardioverter defibrillator patients: role of pre-discharge electrophysiologic testing and proper patient instruction before hospital discharge. *Curr Opin Cardiol*, **16**, 72-5.
- Woodgate, J., Brawley, L.R. (2008). Self-efficacy for exercise in cardiac rehabilitation: review and recommendations. *J Health Psychol*, **13**, 366-87.

- Woods, S.L., Froelicher, E.S., Hatzer, S.A. ve Bridges E.J. (2005). Cardiac Nursing. Philadelphia, Lippincot Williams&Wilkins.
- Yazıcı, K., Ertekin Yazıcı, A. (2003). Kardiyovasküler hastalıklarda psikososyal risk etkenleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **4**, 106-112.
- Yehle, K.S., Plake, K.S. (2010). Self-efficacy and educational interventions in heart failure: a review of the literature. *J Cardiovasc Nurs*, **25**, 175-88.
- Yeo, T.P., Berg, N.C. (2004). Counseling patients with implanted cardiac devices. *Nurse Pract*, **29**, 58-65.
- Yıldırım, F., İlhan, İ.Ö. (2010). Genel Öz yeterlilik Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **21**, 301-8.
- Yusuf, S., Cairns, J.A., Camm, A.J., Fallen, E.L. ve Gersh, B.J. (2010). Evidence-Based Cardiology. Singapore: Wiley Blackwell.
- Zeigler, V.L., Decker-Walters, B. (2010). Determining psychosocial research priorities for adolescents with implantable cardioverter defibrillators using Delphi methodology. *J Cardiovasc Nurs*, **25**, 398-404.
- Zickofoose, P.C. (2006). Medical Surgical Nursing Critical Thinking for Collaborative Care. 5St Louis, Missouri: Elseiver, 743-747.

FORMLAR

Ek 1. Genel Bilgi Formu

1. Yaş:
2. Cinsiyet: 1. Erkek 2. Kadın
3. Öğrenim durumu: 1. Öğrenim görmemiş 2. İlköğrenim 3. Orta öğrenim
4. Yüksek öğrenim
4. Medeni durumu: 1. Bekar 2. Evli 3. Dul
5. Mesleği: 1. Memur 2. İşçi 3. Serbest meslek 4. Emekli
5. Ev hanımı
6. Sosyal güvencesi: 1. Var 2. Yok
7. Ekonomik durumu: 1. Çok kötü 2. Kötü 3. Orta 4. İyi
8. Kiminle birlikte yaşadığı: 1. Yalnız 2. Aileyle
9. İhtiyacı olduğu durumlarda yardımına başvurduğu kimseler var mı?
1. Evet 2. Hayır
10. Daha önce kalp krizi geçirdi mi?
1. Evet 2. Hayır
11. Daha önce kardiyak arrest (kalp durması) geçirdiniz mi?
1. Evet 2. Hayır
12. Kronik hastalığı var mı?
1. Evet 2. Hayır
13. Kronik hastalığı varsa hangi hastalık/hastalıklar?
1. Hipertansiyon 2. Diabetüs Mellitüs
3. Koroner kalp hastalığı 4. Kronik kalp yetersizliği
5. Diğer
14. ICD ne zaman takıldı?
15. ICD şimdiye kadar hiç şok verdi mi?
1. Evet 2. Hayır
16. ICD şok verdi ise en son ne zaman şok verdi?
1. Son 24 saat içinde 2. Son 1 hafta içinde
3. Son 1 ay içinde 4. Son 1 yıl içinde
5. 1-5 yıl arası

17. ICD şok verdi ise ne kadar sıklıkla şok verdi?

1. Hafta 1 kezden fazla
2. Haftada 1 kez
3. Ayda 1 kez
4. 3 ayda 1 kez
5. 1 yılda 3'den daha az

18. Altta yatan kardiyovasküler hastalık nedir?

1. İskemik kalp hastalığı
2. Dilate kardiyomiyopati
3. Hipertrofik kardiyomiyopati
4. Kapak hastalığı
5. Uzun QT sendromu
6. Brugada sendromu
7. İdiyopatik VT/VF
8. Aritmojenik sağ ventrikül displazisi

19. ICD takılış endikasyonu nedir?

1. Birincil koruma
2. İkincil koruma

Ek 2 . Florida Hasta Kabullenme Ölçeği

Kesinlikle Katılmıyorum	1
Çoğunlukla Katılmıyorum	2
Kararsızım	3
Çoğunlukla Katılıyorum	4
Kesinlikle Katılıyorum	5

1. Cihazı düşünmek beni mutsuz hissettiriyor.	1	2	3	4	5
2. Cihaz aklıma geldiği zaman hoşlandığım şeyleri yapmaktan kaçınıyorum.	1	2	3	4	5
3. Cihaz beni fiziksel olarak sınırladığı için her zamanki aktivitelerimi yapmaktan kaçınıyorum.	1	2	3	4	5
4. Cihazımı düşünmeden yapmam gerekenleri yapmak bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
5. Cihazım benim en iyi tedavi seçeneğimdi.	1	2	3	4	5
6. Eğer istersem işe geri dönebileceğim konusunda kendime güveniyorum.	1	2	3	4	5
7. Cihazım sayesinde hastalığımın neden olduğu tehlikelere karşı kendimi güvende hissediyorum.	1	2	3	4	5
8. Cihazımın olumlu yanları olumsuz yönlerinden daha fazla.	1	2	3	4	5
9. Normal cinsel yaşamıma devam ediyorum.	1	2	3	4	5
10. Gerekirse tekrar bu cihazı kabul ederim.	1	2	3	4	5
11. Cihazım hakkında yeterli bilgiye sahibim.	1	2	3	4	5
12. Sevdiklerime sarılırken ya da öperken dikkat ediyorum.	1	2	3	4	5
13. Normal hayatıma tam olarak geri döndüm.	1	2	3	4	5
14. Başkalarının cihazım nedeni ile beni yetersiz gördüklerini hissediyorum.	1	2	3	4	5
15. Cihazım yüzünden kendimi daha az çekici hissediyorum.	1	2	3	4	5
16. Cihazın nasıl çalıştığı ve ne işe yaradığı konusunda bilgi sahibiyim.	1	2	3	4	5
17. Eskiden ailem için yapabildiklerimi şimdi yapamıyorum.	1	2	3	4	5
18. Günlük fiziksel aktivitelerime geri dönmek konusunda endişeliyim.	1	2	3	4	5

Ek 3. ICD Implantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri Ölçekleri

Öz Etkililik-ICD

‘Kendinizi nasıl hissettiğinizi derecelendiriniz’

Hiç Emin Değilim	Çok Eminim								
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
1. ICD’nin takılmasından kaynaklanan fiziksel değişikliklerle baş edebilirim.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
2. Kalp durması ve ICD’nin şok vermesinden sonra araba kullanma ile ilgili kısıtlamalarının üstesinden başarılı bir şekilde gelebilirim.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
3. Kalp durması – ICD’nin şok vermesi sonrası sinirlerimi kontrol edebilirim.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
4. Er geç evde ve işteki normal aktivitelerime geri dönebileceğim konusunda kendime güveniyorum.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
5. Kalp durması ve ICD’nin şok vermesinin yakın ilişkilerimde neden olduğu sıkıntılarla baş edebilirim.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
6. Doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarıyla iletişim kurabilirim.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
7. ICD’nin bozulmasına yol açabilecek çevresel tehlikelerden uzak durabilirim									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
8. ICD şok verdiğinde bununla baş edebilirim.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10

‘Sizi en iyi tanımlayan sayıyı işaretleyiniz’

Hiç	Tamamen								
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
9. ICD’nizin takılmasının yol açtığı fiziksel değişimler ile baş edebildiniz.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
10. Araba kullanma kısıtlamalarına ile baş edebildiniz.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
11. ICD takıldıktan sonra sinirlerinize hakim olabildiniz.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
12. Normal ev ve iş aktivitelerinize geri döndünüz.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
13. ICD takıldıktan sonra yakın çevrenizdeki baskılarla baş edebildiniz.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
14. Doktorlarla ve hemşirelerle başarılı bir iletişim kurdunuz.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
15. ICD’nize karşı olabilecek çevresel tehlikelerden kaçındınız.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
16. ICD şok verdiğinde başarılı bir şekilde üstesinden geldiniz									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10

Sonuç Beklentileri -ICD**‘Aynı fikirde olma derecenizi skorlayın’****Kesinlikle doğru****Kesinlikle doğru değil**

5	4	3	2	1	
1. ICD şoklarının üstesinden gelmek için uygun bir planım varsa, o zaman kendimi daha güvende hissederim.	5	4	3	2	1
2. Eğer kalp durması – ICD’nin şok vermesi ile ilgili duygusal tepkilerimi dile getirirsem bunlar beni daha az rahatsız eder.	5	4	3	2	1
3. ICD’mi düzenli kontrol ettirirsem, çalışması ile ilgili sorunlar daha kolay tanımlanabilir.	5	4	3	2	1
4. Eğer ICD şokları ve kalp hastalığım ile ilgili şikayetleri bildirirsem sağlık ekibim beni daha etkin tedavi edebilir	5	4	3	2	1
5. Eşim/ailem ve ben, kalp durması ve ICD’im ile ilgili deneyimlerimiz konusunda birbirimize açık olursak bu durumla birlikte baş edebiliriz.	5	4	3	2	1
6. Sağlık ekibim tarafından bana önerilen güvenli aktivite önlemlerine uyarsam ICD ile ilgili şikayetlerim azalır.	5	4	3	2	1
7. ICD’nin şok vermesi sonrası fiziksel olarak daha aktif olursam iyileşmem daha hızlı olur.	5	4	3	2	1

Ek 4. Florida Şok Anksiyete Ölçeği

Hiç	1
Nadiren	2
Bazen	3
Çoğunlukla	4
Her zaman	5

1. Egzersiz yapmaktan korkuyorum, çünkü kalp atışımı hızlandıracağından ve cihazımın şok vereceğinden korkuyorum.	1	2	3	4	5
2. ICD şok verdiği zaman yalnız olmaktan ve yardıma ihtiyaç duymaktan korkuyorum.	1	2	3	4	5
3. ICD'nin şok vermesine neden olabileceğinden, kızmıyorum ve sinirlenmiyorum.	1	2	3	4	5
4. ICD'nin ne zaman şok vereceğini bilmemek beni rahatsız ediyor.	1	2	3	4	5
5. ICD'nin şok vermesi gerektiği zamanlarda sok vermeme olasılığı beni endişelendiriyor.	1	2	3	4	5
6. Diğer kişilere dokunmaktan korkuyorum, çünkü ICD şok verirse onların da bundan etkilenebileceğinden korkuyorum.	1	2	3	4	5
7. ICD'nin şok vermesi ve bunun çevreye karşı çok dikkat çekici olmasından korkuyorum.	1	2	3	4	5
8. Kalbimin hızla çarptığını fark ettiğimde ICD'nin şok vermesinden korkuyorum.	1	2	3	4	5
9. ICD'nin şok vermesiyle ilgili korkularım var.	1	2	3	4	5
10. ICD'nin şok vermesine neden olacağı korkusuyla cinsel aktivitede bulunmuyorum.	1	2	3	4	5

Ek 5. Genel öz yeterlilik ölçeği

Aşağıda çeşitli konulardaki düşüncelerinizi öğrenmek üzere cümleler verilmiştir. Cümlede geçen ifadenin sizi ne kadar tanımladığını, lütfen, size uygun olan bölmeye işaretleyiniz.

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç		Çok İyi		
	1	2	3	4	5
1. Planlar yaparken, onları hayata geçirebileceğimden eminimdir.	1	2	3	4	5
2. Sorunlarımdan biri, bir işe zamanında başlayamamamdır.	1	2	3	4	5
3. Eğer bir işi ilk denemede yapamazsam, başarana kadar uğraşırım.	1	2	3	4	5
4. Belirlediğim önemli hedeflere ulaşmada, pek başarılı olamam.	1	2	3	4	5
5. Her şeyi yarım bırakırım.	1	2	3	4	5
6. Zorluklarla yüz yüze gelmekten kaçınırım.	1	2	3	4	5
7. Eğer bir iş çok karmaşık görünüyorsa onu denemeye bile girişmem.	1	2	3	4	5
8. Hoşuma gitmeyen bir şey yapmak zorunda kaldığımda onu bitirinceye kadar kendimi zorlarım.	1	2	3	4	5
9. Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen işe girişirim.	1	2	3	4	5
10. Yeni bir şey denerken başlangıçta başarılı olamazsam çabucak vazgeçerim.	1	2	3	4	5
11. Beklenmedik sorunlarla karşılaştığımda kolayca onların üstesinden gelemem.	1	2	3	4	5
12. Bana zor görünen yeni şeyleri öğrenmeye çalışmaktan kaçınırım.	1	2	3	4	5
13. Başarısızlık benim azmimi arttırır.	1	2	3	4	5
14. Yeteneklerime her zaman çok güvenmem.	1	2	3	4	5
15. Kendine güvenen biriyim	1	2	3	4	5
16. Kolayca pes ederim.	1	2	3	4	5
17. Hayatta karşıma çıkacak sorunların çoğuyla başedebileceğimi sanmıyorum.	1	2	3	4	5

Ek 6. STAI Form TX-I (Durumluk Kaygı Ölçeği)

Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

Hiç 1
 Biraz 2
 Çok 3
 Tamamiyle 4

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

Ek 7. STAI FORM TX – 2 (Sürekli Kaygı Ölçeği)

Hemen hemen hiçbir zaman 1

Bazen 2

Çok zaman 3

Hemen her zaman 4

21.	Genellikle keyfim yerindedir	1	2	3	4
22.	Genellikle çabuk yorulurum	1	2	3	4
23.	Genellikle kolay ağlarım	1	2	3	4
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	1	2	3	4
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	1	2	3	4
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	1	2	3	4
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	1	2	3	4
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	1	2	3	4
30.	Genellikle mutluyum	1	2	3	4
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	1	2	3	4
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	1	2	3	4
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	1	2	3	4
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	1	2	3	4
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	1	2	3	4
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	1	2	3	4
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	1	2	3	4
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	1	2	3	4
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	1	2	3	4
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	1	2	3	4

Ek 8. Beck Anksiyete Ölçeği

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Ek 9. ICD İmplantasyonundan sonra Öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçeklerinin kullanım izni

Re: Self Efficacy Expectations and Outcome Expectations After ICD Implantation Scales

Cynthia Dougherty (cindy@u.washington.edu)

9/23/09

To: havva

From: **Cynthia Dougherty** (cindy@u.washington.edu)

Sent: Wed 9/23/09 3:03 PM

To: havva (havva@hotmai.com)

Please do, and make sure to share the data with us.

Will the scales be administered in English?

Cynthia M. Dougherty ARNP, PhD. (206) 221-7927

begin_of_the_skype_highlighting (206) 221-7927 ÜCRETSİZ

end_of_the_skype_highlighting phone

Box 357266, Room T615A (206) 543-4771

begin_of_the_skype_highlighting (206) 543-4771 ÜCRETSİZ

end_of_the_skype_highlighting FAX

Biobehavioral Nursing & Health Systems (206) 570-2527

begin_of_the_skype_highlighting (206) 570-2527 ÜCRETSİZ

end_of_the_skype_highlighting pager

University of Washington

Seattle, WA 98195-7266

cindy@u.washington.edu

On Wed, 23 Sep 2009, havva wrote:

- > I am a PhD student in medical nursing at Istanbul University, college of Nursing in
- > Istanbul, Turkey. My thesis's subject Psychosocial factors in Implantable Cardioverter
- > Defibrillator (ICD) recipients?. I want to use Self Efficacy Expectations and Outcome
- > Expectations After ICD Implantation Scales which you developed. I am planning to
- > study it's
- > validity and reliability in Turkish ICD patients. I will be glad if you give permission
- > to
- > use Self Efficacy Expectations and Outcome Expectations After ICD Implantation
- > Scales in my
- > study. Thank you very much for your cooperation and collaboration
- > Yours Sincerely
- > MScN Havva ALKAN

Ek 9. ICD İmplantasyonundan sonra Öz-etkililik ve sonuç seklentileri ölçeklerinin kullanım izni

Re: Self Efficacy Expectations and Outcome Expectations After ICD Implantation Scales

Cynthia Dougherty (cindy@u.washington.edu)

9/23/09

To: havva

From: **Cynthia Dougherty** (cindy@u.washington.edu)

Sent: Wed 9/23/09 3:03 PM

To: havva (havva@hotmai.com)

Please do, and make sure to share the data with us.

Will the scales be administered in English?

Cynthia M. Dougherty ARNP, PhD. (206) 221-7927

begin_of_the_skype_highlighting (206) 221-7927 ÜCRETSİZ

end_of_the_skype_highlighting phone

Box 357266, Room T615A (206) 543-4771

begin_of_the_skype_highlighting (206) 543-4771 ÜCRETSİZ

end_of_the_skype_highlighting FAX

Biobehavioral Nursing & Health Systems (206) 570-2527

begin_of_the_skype_highlighting (206) 570-2527 ÜCRETSİZ

end_of_the_skype_highlighting pager

University of Washington

Seattle, WA 98195-7266

cindy@u.washington.edu

On Wed, 23 Sep 2009, havva wrote:

- > I am a PhD student in medical nursing at Istanbul University, college of Nursing in
- > Istanbul, Turkey. My thesis's subject Psychosocial factors in Implantable Cardioverter
- > Defibrillator (ICD) recipients?. I want to use Self Efficacy Expectations and Outcome
- > Expectations After ICD Implantation Scales which you developed. I am planning to
- > study it's
- > validity and reliability in Turkish ICD patients. I will be glad if you give permission
- > to use Self Efficacy Expectations and Outcome Expectations After ICD Implantation
- > Scales in my study. Thank you very much for your cooperation and collaboration
- > Yours Sincerely
- > MScN Havva ALKAN

Ek 10. Florida Hasta Kabullenme ve Florida Hasta Kabullenme Ölçeklerinin Kullanım izni

RE: Florida Shock Anxiety Scale

Sears, Samuel (SEARSS@ecu.edu)

3/26/10

[Documents](#)

To: havva öz

From:

Sent:

To: havva öz (havvaöz@hotmail.com)

8 attachments | [Download all as zip](#) (567.4 KB)

[fpas in polish study.pdf](#) (91.8 KB) [View online](#), [fsas instructions.doc](#) (24.6 KB) [View online](#), [Florida Shock Anxiety Scale.doc](#) (21.6 KB) [View online](#), [FSAS scoring for clinic.doc](#) (27.2 KB) [View online](#), [PHE in Spanish.pdf](#) (12.1 KB) [View online](#), [fsas in pace 2006.pdf](#) (150.7 KB) [View online](#), [FPAS scoring for clinic.doc](#) (149.3 KB) [View online](#), [fpas 2006.pdf](#) (90.1 KB) [View online](#)

Parts of this message have been blocked for your safety.

[Show content](#) | [I trust SEARSS@ecu.edu. Always show content.](#)

Havva,

Thank you for your notes. I just got back from Europe so I apologize for my delay in responding. I welcome you using the FSAS and FPAS. It is getting a great deal of international validation. I have attached multiple relevant documents to help you. I would ask that you send me a copy of the translated version. I would also welcome collaborating on the write up of your data but that is entirely up to you. Thanks for making contact and I wish you luck with your work.

Sam

Samuel F. Sears, Ph.D.

Professor

Director of Health Psychology Program

East Carolina University

Department of Psychology

Department of Cardiovascular Sciences

Ek 11. Florida Hasta Kabullenme, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri Ölçekleri ile Florida Şok Anksiyete Ölçekleri için görüşü alınan uzmanlar

Unvanı - Adı ve Soyadı	Kurumu
Prof.Dr. Nuray ENÇ	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof.Dr. Sevim BUZLU	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof.Dr. Ahmet Kaya BİLGE	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı
Prof.Dr. Sebahattin UMMAN	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı
Prof.Dr. Taner GÖREN	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı
Prof.Dr. İlhan YARGIÇ	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı
Doç.Dr. Yasemin KUTLU	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri AD
Doç.Dr. Nazmiye KOCAMAN	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı
Doç.Dr. Papatya DEMİRCİ KARAKURT	Erzincan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü
Doç.Dr. Derya TANRIVERDİ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Yard.Doç.Dr. Hilal UYSAL	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları AD
Dr. Nurhan EREN	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

ETİK KURUL KARARI



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
ETİK DEĞERLENDİRME KOMİSYONU



Toplantı Tarihi : 09/06/2010

Toplantı Yeri : Behçet Kütüphanesi Etik Değerlendirme Komisyonu Toplantı Salonu

Toplantı Sayısı : 01

Sorumlu araştırmacılığını Üniversitemiz Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Nuray ENÇ'in üstlendiği ve Uzman Hemşire Havva ALKAN'ın yürüteceği 2010/199-6 dosya numaralı "Implante Edilebilen Kardiyoverter Defibrilatör (ICD) Hastalarında Anksiyete ve Depresyon" başlıklı doktora tez çalışması komisyonumuzca incelendi.
Etik yönden bir sakınca taşımadığı görüldü, uygulamaya konulabileceğine karar verildi.

Prof.Dr. A. Yağız ÜRESİN
İ.Ü. Farmakoloji ve Klinik Far. A.D.
Etik Değerlendirme Komisyon Başkanı

Prof.Dr. Berrin UMMAN
İ.Ü. Kardiyoloji A.D. (Bşk. Yardımcısı)

Prof.Dr. Ahmet GÜL
İ.Ü. İç Hastalıkları A. D.

Prof.Dr. Oğuzhan ÇOBAN
İ.Ü. Nöroloji A. D.

Prof.Dr. Pınar SAİP
İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü

Prof.Dr. Rukiye Eker ÖMEROĞLU
İ.Ü. Çocuk Sağ. ve Hast. A. D.

Uzm.Dr. Ahmet Rıza URAS
Vakıf Gureba E. ve Araş. Hst. Biyokimya

Doç.Dr. H. Hanzade DOĞAN
İ.Ü. Cerrahpaşa T.F. Deontoloji

Prof.Dr. Ayşen BULUT
Halk Sağlığı (Emekli)

Doç.Dr. Tufan TÜKEK
Vakıf Gureba E. ve Araş. Hst. İç Hast.

Prof.Dr. Ünal KUZGUN (T. Katılmadı)
Şişli Etfal Eğitim ve Araş. Hst. Ortopedi

Prof.Dr. Ahmet O. ARAMAN (T. Katılmadı)
İ.Ü. Eczacılık Fakültesi Eczacı

Prof.Dr. Demir TIRYAKI
Biyofizik (Emekli)

Av. Dilek TEMİZ ÖZBEK
İstanbul Üniversitesi

M. Kerim AKMAN
İİBF İktisat Bölümü (Özel)

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Havva	Soyadı	ALKAN
Doğ.Yeri	Balıkesir	Doğ.Tar.	30.09.1979
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	28495178004
Email	havvaaz@hotmail.com	Tel	0212 4400000-27028

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	
Yük.Lis.	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2006
Lisans	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2001

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araştırma Görevlisi	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	2010- Devam
2.	Süpervisör Hemşire	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü	2009- 2010
3.	Yoğun Bakım Hemşiresi	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Koroner Yoğun Bakım Ünitesi / Aritmi Yoğun Bakım Ünitesi	2002- 2009
4.	Servis Hemşiresi	Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Genel Pediatri Servisi	2001- 2002

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜD S Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta	60	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	72.602	76.428	79.475
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsot Office	Çok iyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Pınar, R, Öz, H. (2011). Validity and reliability of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale among Turkish elderly people. *Qual Life Res*, **20**, 9-18.

Enç, N., Öz Alkan, H. (2013). Assessment for the Use of Turkish Society of Cardiology Nursing Care Guidelines in Heart Failure, Acute Coronary Syndromes, Hypertension, Percutaneous Coronary and Valvular Interventions. *J Am Coll Cardiol*. **62**, C50-C50.

Enç, N, Can, G., Özcan, Ş., Tülek, Z., Uysal, H., Öz Alkan, H. (2012). İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Öğrenci Eğitim Modülü. İçinde: Enç, N., Can, G. (ed). İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Öğrenci Eğitim Modülü. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

Enç, N., Uysal, H., Öz Alkan, H. (2012). Kardiyovasküler Uygulama Öğrenci Eğitim Modülü. İçinde: Enç, N., Can, G. (ed). İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Öğrenci Eğitim Modülü. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

Enç, N., Özcan, Ş., Öz Alkan, H. (2012) Endokrinoloji Uygulama Öğrenci Eğitim Modülü. İçinde: Enç, N., Can, G. (ed). İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Öğrenci Eğitim Modülü. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

Enç, N, Öz Alkan, H. (2014). Üriner Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Enç N, Uysal H. (ed). İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi 50. Yıl Yayınları. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

Enç, N, Öz Alkan, H. (2014). Endokrin Sistem ve Metabolizma Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Enç N, Uysal H. (ed). İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul

Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi 50. Yıl Yayınları. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

Enç, N, Öz Alkan, H. (2014). Yatağa Bağımlı Hastanın Bakımı. İçinde: Enç N, Uysal H. (ed). İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi 50. Yıl Yayınları. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

Öz Alkan, H. (2010). İmplant Edilebilen Kardiyoverter Defibrilatör (ICD) Hastalarında Psikososyal Faktörler ve Hemşirelik Bakımı. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi- Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, **1**, 41-47.

Öz Alkan, H. (2012). İntraaortik Balon Pompası ve Hemşirelik Bakımı. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi- Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, **3**, 9-18.

Enç, N., Öz Alkan, H. (2012). Kronik Kalp Yetersizliği Hastalarının Hastane İçi Hemşirelik Bakımı. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi- Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, **3**, 2-16.

Enç, N., Öz Alkan, H. (2012). Kronik Kalp Yetersizliğinde İlaçların Güvenli Kullanımı. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi- Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, **3**, 17-26.

Öz Alkan, H., Enç, N. (2013). Kadınlarda Kardiyovasküler Hastalıkların Önlenmesinde Hemşirenin Rolü. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi- Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, **4**, 14-30.

Enç, N., Öz Alkan, H. (2013). TKD Kalp Yetersizliği, Akut Koroner Sendromlar, Hipertansiyon, Perkütan Koroner ve Valvüler Girişimlerde Hemşirelik Bakım Kılavuzlarının Kullanımına Yönelik Değerlendirme. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi- Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, **4**, 21-32.

Öz Alkan, H. (2014). Kalp Yetersizliğinde Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. **5**, 32-40.

Öz, H. Pınar, R. Philedelphia Geriatri Merkezi Moral Ölçeği'nin Türk Yaşlılarında Güvenirlilik ve Geçerliğinin Sınanması. 5. Ulusal Geriatri Kongresi bildiri kitabı, 6-10 Eylül 2006, Kemer/Antalya.

Öz, H. Pınar, R. Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Umut, Moral ve Algılanan Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesine Etkisi. 8. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi bildiri kitabı, 14-17 Eylül 2006, Belek/Antalya.

Enç, N., Öz Alkan, H. TKD Kalp Yetersizliği, Akut Koroner Sendromlar, Hipertansiyon, Perkütan Koroner ve Valvüler Girişimlerde Hemşirelik Bakım Kılavuzlarının Kullanımına Yönelik Değerlendirme. 29. Uluslar arası Katılımlı Türk Kardiyoloji Kongresi bildiri kitabı. 26-29 Ekim 2013, Antalya.

Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikası (T.C.Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, İstanbul Üniversitesi İstanbul Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü ve İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, 06 Kasım- 31 Aralık 2006).

Türk Kardiyoloji Derneği 14. İleri Kardiyak Yaşam Desteği Kursu, 22-23 Mayıs 2008, Erzurum.

Türk Kardiyoloji Derneği 4. İleri Kardiyak Yaşam Desteği Eğitici Kursu, 20-21 Haziran 2008, İstanbul.

Bilimsel Araştırma İkincilik Ödülü (Yayın: Öz, H. Pınar R. Philedelphia Geriatri Merkezi Moral Ölçeği'nin Türk Yaşlılarında Güvenirlik ve Geçerliğinin Sınanması.

Tübitak yayın teşvik ödülü (Yayın: Pınar, R, Oz, H. Validity and reliability of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale among Turkish elderly people. Qual Life Res. 2011; 20 (1):9-18.

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Sinema, tiyatro, trekking.