

<b>BERNA AKAY</b>	<b>MARMARA ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.</b>	<b>DOKTORA TEZİ</b>	<b>İSTANBUL-2018</b>
-------------------	---	---------------------	----------------------



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İMLANTE EDİLEBİLİR KARDİOVERTER DEFİBRİLATÖR  
HASTALARINDA VERİLEN EĞİTİM, TELEFONLA İZLEMİN  
ÖZ ETKİLİLİK VE ŞOK ANKSİYETESİNE ETKİSİ**

BERNA AKAY

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK BİLİMLERİ DOKTORA PROGRAMI  
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. SIDIKA OĞUZ

2018- İSTANBUL



## TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Programın seviyesi : Doktora  
Anabilim Dalı : Hemşirelik Anabilim Dalı  
Tez Sahibi : Berna AKAY  
Tez Başlığı : İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör Hastalarında Verilen Eğitim, Telefonla İzlemin Öz Etkililik ve Şok Anksiyetesine Etkisi  
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Sınav Tarihi : 04/04/2018

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)	Kurumu	İmza
Doç. Dr. Sıdıka OĞUZ	Marmara Üniversitesi	
<b>Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)</b>		
Prof. Dr. Nuray ENÇ	Istanbul Üniversitesi	
Doç. Dr. Aysel GÜRKAN	Marmara Üniversitesi	
Prof. Dr. Nefise BAHÇEÇİK	Marmara Üniversitesi	
Doç. Dr. Vesile ÜNVER	Acıbadem Üniversitesi	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 12.../10.../2018 tarih ve 2... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

  
Prof. Dr. Göksel ŞENER  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

-Sınav evrakları 3 iş günü içinde ıslak imzalı tek kopya halinde Enstitüye teslim edilmelidir.

-Bu form bilgisayar ortamında doldurulacaktır.

## 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 olmadığını beyan ederim.



Berna AKAY

İmza

## TEŞEKKÜR

Doktora sürecimde deneyimleri ile akademik ve sosyal olarak bana daima ışık tutan çok değerli hocam Sayın Doç. Dr. Sıdıka OĞUZ'a,

Tez izleme jürimde bulunup araştırmamın her aşamasında destekleri ve ilgilerini esirgemeyen çok değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Nuray ENÇ ve Sayın Doç. Dr. Aysel GÜRKAN'a,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara,

Olumlu enerjileri ile daima motivasyonumu yükselten can dostlarım Doç. Dr. Diler AYDIN ve Öğr. Gör. Nurdan ŞAHİN'e,

Varlıkları ile yaşamıma anlam katan tüm aileme, annem Belgin SAĖIT, eşim Tamer AKAY ve canım oğlum Kemal'e

Sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Berna AKAY

# İÇİNDEKİLER

## Sayfa No

<b>TEŞEKKÜR</b>	i
<b>İÇİNDEKİLER</b>	ii
<b>KISALTMALAR</b>	v
<b>TABLolar LİSTESİ</b>	vi
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b>	vii
<b>TÜRKÇE ÖZET</b>	1
<b>İNGİLİZCE ÖZET</b>	2
<b>1. GİRİŞ ve AMAÇ</b>	3
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	6
2.1. İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatörlerin Gelişimi	6
2.2. İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatörlerin İmplant Yöntemi	7
2.3. İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatörlerin Komplikasyonları	7
2.4. Öz Etkililik	8
2.4.1. İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatörlü hastalarda öz etkililik	8
2.5. Şok Anksiyetesi	10
2.6. Ülkemizde ICD Hastalarıyla Yapılmış Hemşirelik Çalışmaları	12
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	14
3.1. Araştırmanın Yeri ve Tarihi	14
3.2. Araştırmanın Tipi	14
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	14
3.4. Araştırmanın Hipotezleri	15
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	16
3.6. Veri Toplama Araçları	16
3.6.1. Hasta tanıtım formu	16
3.6.2. ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçekleri	16

3.6.3. Florida şok anksiyete ölçeği	17
3.6.4. Telefon görüşmeleri için kontrol listesi	18
3.6.5. Eğitim kitapçığı	18
3.7. Veri Toplama Yöntemi	19
3.8. Verilerin Analizi	22
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	22
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	22
<b>4. BULGULAR</b>	23
4.1. Hastaların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerine yönelik tanıtıcı bulgular	24
4.2. Hastaların ölçek puanlarına yönelik bulgular	26
4.2.1. Öz etkililik, sonuç beklentisi ve şok anksiyetesi ölçek puanlarının dağılımları ve çalışmadaki Cronbach's alfa katsayıları	26
4.2.2. Hastaların öz etkililik ve sonuç beklentisi durumlarına yönelik bulgular	27
4.2.3. Hastaların şok anksiyetesi durumlarına yönelik bulgular	29
4.2.4. Tanıtıcı özelliklere göre ölçek puanlarına yönelik bulgular	30
4.3. Ölçek puanlarının ilişkisine yönelik bulgular	49
<b>5. TARTIŞMA VE SONUÇ</b>	54
5.1. Hastaların Öz Etkililik ve Sonuç Beklentilerine Yönelik Bulgularının Tartışılması	54
5.2. Hastaların Şok Anksiyetesine Yönelik Bulgularının Tartışılması	63
<b>KAYNAKLAR</b>	71
<b>EKLER</b>	84
Ek-1 Hasta Tanıtım Formu	84
Ek-2 ICD Implantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri Ölçekleri	85
Ek-3 Florida Şok Anksiyete Ölçeği	87
Ek-4 Telefon Görüşmeleri İçin Kontrol Listesi	88
Ek-5 Ölçek Kullanım İzinleri	89

Ek-7 Etik Kurul Onayı	90
Ek-8 Kurum İzni	91
Ek-9 Girişim Grubu İçin Bilgilendirme Formu	92
Ek-10 Kontrol Grubu İçin Bilgilendirme Formu	93
Ek-11 Gönüllü Onay Formu	94
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	95

## **KISALTMALAR**

**ACC:** Amerikan College of Cardiology

**AHA:** American Heart Association

**AKÖ:** Ani Kardiyak Ölüm

**FDA:** Food and Drug Administration

**FŞAÖ:** Florida Şok Anksiyete Ölçeği

**HRS:** The Heart Rhythm Society

**ICD:** İmplant Edilebilen Kardiyoverter Defibrilatör

**ÖE-ICD:** ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik

**SB-ICD:** ICD İmplantasyonundan Sonra Sonuç Beklentileri

**TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu

## TABLolar LİSTESİ

Sayfa No

<b>Tablo 1.</b> Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özelliklerinin Karşılaştırılması	24
<b>Tablo 2:</b> Öz Etkililik, Sonuç Beklentisi ve Şok Anksiyete Ölçek Puanlarının Dağılımları ve Cronbach's Alfa Katsayıları	26
<b>Tablo 3.</b> Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Öz Etkililik ve Sonuç Beklentisinin Karşılaştırılması	27
<b>Tablo 4.</b> Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Şok Anksiyetesinin Karşılaştırılması	29
<b>Tablo 5.</b> Gruplarda Yaşa, İzlem Zamanına Göre Öz Etkililik, Sonuç Beklentisi ve Şok Anksiyetesinin Karşılaştırılması	30
<b>Tablo 6.</b> Gruplarda Cinsiyete, İzlem Zamanına Göre Öz Etkililik, Sonuç Beklentisi ve Şok Anksiyetesinin Karşılaştırılması	32
<b>Tablo 7.</b> Gruplarda Medeni Duruma, İzlem Zamanına Göre Öz Etkililik, Sonuç Beklentisi ve Şok Anksiyetesinin Karşılaştırılması	34
<b>Tablo 8.</b> Gruplarda Eğitim Durumu, İzlem Zamanına Göre Öz Etkililik, Sonuç Beklentisi ve Şok Anksiyetesinin Karşılaştırılması	36
<b>Tablo 9.</b> Gruplarda Çalışma Durumu, İzlem Zamanına Göre Öz Etkililik, Sonuç Beklentisi ve Şok Anksiyetesinin Karşılaştırılması	38
<b>Tablo 10.</b> Gruplarda Yaşanılan Kişiyeye, İzlem Zamanına Göre Öz Etkililik, Sonuç Beklentisi ve Şok Anksiyetesinin Karşılaştırılması	41
<b>Tablo 11.</b> Gruplarda Kronik Hastalık Durumu, İzlem Zamanına Göre Öz Etkililik, Sonuç Beklentisi ve Şok Anksiyetesinin Karşılaştırılması	43
<b>Tablo 12.</b> Gruplarda Üçüncü Ay Şoklama Durumuna Göre Öz Etkililik, Sonuç Beklentisi ve Şok Anksiyetesinin Karşılaştırılması	45
<b>Tablo 13.</b> Gruplarda Altıncı Ay Şoklama Durumuna Göre Öz Etkililik, Sonuç Beklentisi ve Şok Anksiyetesinin Karşılaştırılması	46
<b>Tablo 14:</b> Şoklama Sayısı ile Öz Etkililik, Sonuç Beklentisi ve Şok Anksiyetesinin İlişkisi	47
<b>Tablo 15:</b> Öz Etkililik, Sonuç Beklentisi ve Şok Anksiyetesinin İlişkisi	49

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1: Araştırmanın akış şeması	21
Şekil 2: Gruplara göre öz etkililik puanlarının dağılımları	28
Şekil 3: Gruplara göre sonuç beklentisi puanlarının dağılımları	28
Şekil 4: Gruplara göre şok anksiyete puanlarının dağılımları	29
Şekil 5: Gruplara göre öz etkililik ve sonuç beklentisi puanlarının ilişkisi	50
Şekil 6: Gruplara göre öz etkililik ve şok anksiyetesi puanlarının ilişkisi	51
Şekil 7: Gruplara göre sonuç beklentisi ile şok anksiyetesi puanlarının ilişkisi	51

## **İmplant edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör Hastalarında Verilen Eğitim, Telefonla İzlemin Öz Etkililik ve Şok Anksiyetesine Etkisi**

**Öğrencinin Adı: Berna Akay**

**Danışmanı: Doç. Dr. Sıdıka Oğuz**

**Anabilim Dalı: İç Hastalıkları Hemşireliği**

### **ÖZET**

**Amaç:** İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatör implantasyonu hastalarında verilen eğitim, telefonla izlemin öz etkililik ve şok anksiyetesine etkisinin incelenmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Mart 2016- Mart 2017 tarihleri arasında İstanbul ilindeki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde 65 hasta rastgele yöntemle girişim (n=33) ve kontrol (n=32) gruplarına ayrıldı. Girişim grubuna ICD ile ilgili birebir eğitim yapılarak hazırlanmış eğitim kitapçığı verildi. Üç ay boyunca iki haftada bir, daha sonra ayda bir telefonla izlem yapıldı. Kontrol grubuna girişim uygulanmadı. Her iki gruba üçüncü ve altıncı aylardaki kontrollerinde ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri Ölçekleri, Florida Şok Anksiyete Ölçeği uygulandı.

**Bulgular:** Girişim ve kontrol grubu hastaların 3. ay (p=,32) öz etkililik puan ortalamaları arasında fark yoktur. Altıncı ay öz etkililik puanları girişim grubunda, kontrol grubuna göre yüksek bulundu (p=,03). Her iki grubun 6. ay öz etkililik puan ortalamaları 3. ay puan ortalamalarından yüksektir (p<,01). Gruplara göre 3. ay (p=,93) ve 6. ay (p=,53) sonuç beklentileri puanları arasında fark yoktur. Her iki grubun 6. ay sonuç beklentileri puan ortalamaları 3. ay puan ortalamalarından yüksektir (p<,01). Gruplara göre 3.ay (p=,58) ve 6.ay (p=,64) şok anksiyete puanları arasında fark bulunmadı. Her iki grubun 6. ay şok anksiyetesini puan ortalamaları 3. ay puan ortalamalarından düşüktür (p<,01). Şok anksiyetesini arttıkça öz etkililik ve sonuç beklentisinin azaldığı bulundu.

**Sonuç:** Girişimin öz etkililik ve sonuç beklentilerini artırdığı, şok anksiyetesine etkisi olmadığı görüldü.

**Anahtar Sözcükler:** İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatör, öz etkililik, anksiyete, telefon, eğitim.

## **Effect of Training and Follow-Up with Phone Calls on Self-Efficacy and Shock Anxiety in Patients with Implantable Cardioverter Defibrillator**

**Öğrencinin Adı: Berna Akay**

**Danışmanı: Doç. Dr. Sıdıka Oğuz**

**Anabilim Dalı: Internal Medicine Nursing**

### **ABSTRACT**

**Objective:** The objective of the study is to examine the effect of training and follow-up with phone calls on the self-efficacy and shock anxiety in patients with implantable cardioverter defibrillator implantation.

**Material and Method:** 65 patients were selected from cardiology clinics of Training and Research Hospital in Istanbul between March 2016 and March 2017, and divided into intervention (n=33) and control (n=32) groups by a random selection. A training manual was given to the intervention group, which was prepared by one-to-one training on ICD. Follow-up was performed by phone calls for every other week, then once a month, for three months. The control group was not received intervention. Both groups were applied Self-Efficacy and Outcome Expectation Scales After ICD Implantation, as well as Florida Shock Anxiety Scale during their third and sixth check procedures.

**Results:** There is no difference between the self-efficacy score averages of the patients in the intervention and control group in month 3<sup>rd</sup> (p=,32). Self-efficacy scores of month 6<sup>th</sup> in the intervention group are found higher than the control group (p=,03). Self-efficacy score averages of both groups in month 6<sup>th</sup> are higher than that of month 3<sup>rd</sup> (p<,01). There is no difference between the outcome expectation scores by the groups in month 3<sup>rd</sup> (p=,93) and 6<sup>th</sup> (p=,53). The outcome expectation score averages of both groups in month 6<sup>th</sup> are higher than the score averages in month 3<sup>rd</sup> (p<,01). There is not found any difference between the shock anxiety scores by the groups in month 3<sup>rd</sup> (p=,58) and 6<sup>th</sup> (p=,64). Shock anxiety score averages of both groups in month 6<sup>th</sup> are lower than the score averages in month 3<sup>rd</sup> (p<,01). It has been found that the self-efficacy and outcome expectation are decreased as the shock anxiety is increased.

**Conclusion:** It has been observed that the intervention increases the self-efficacy and outcome expectations, whereas it has no effect on the shock anxiety.

**Key Words:** Implantable cardioverter defibrillator, self-efficacy, anxiety, phone call, training.

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Ani kardiyak ölüm (AKÖ), ölümcül ventriküler aritmiler sonucu gelişen önemli bir kardiyovasküler ölüm nedenidir. Tüm kardiyovasküler ölümlerin yaklaşık %50'sini oluşturan AKÖ önemli bir halk sağlığı sorunudur (Al-Khatib ve ark., 2017). AKÖ genellikle, birincil olarak kardiyak bir olay sonucu, belirtilerin başlamasından itibaren bir saat içinde meydana gelen ani ve beklenmedik ölüm şeklinde tanımlanmaktadır (Fishman ve ark., 2010; Priori ve ark., 2015; Al-Khatib ve ark., 2017). Geçtiğimiz 20 yılda gelir düzeyi yüksek ülkelerde, koroner arter hastalığı ve kalp yetersizliğine yönelik yapılan önleyici girişimler sonucu kardiyovasküler ölüm oranları azalsa da hala, dünyada her yıl yaklaşık 17 milyon ölümün nedeni kardiyovasküler hastalıklardır ve bunların da yaklaşık % 25'i AKÖ'dür (Priori ve ark., 2015). Amerikan Kalp Birliği (AHA), Amerikan Kardiyoloji Koleji (ACC) ve Heart Rythm Topluluğu'nun (HRS) 2017 Ventriküler Aritmilerin Yönetimi ve Ani Kardiyak Ölümü Önleme Kılavuzunda yer alan epidemiyolojik verilere göre Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) AKÖ insidansı yılda yaklaşık 230.000-350.000 arasındadır (Al-Khatib ve ark., 2017). AHA'nın 2017 yılında güncellediği kardiyovasküler verilere göre hastane dışında yıllık toplam 356,500, buna ek olarak hastane içi 209,000 kardiyak arrest meydana gelmiştir (Benjamin ve ark., 2017). Ülkemiz için AKÖ insidansına ilişkin bir veri bulunmamaktadır. AKÖ nedenleri yaş gruplarına göre değişiklik göstermektedir. Gençlerde kanalopatiler, kardiyomiyopatiler, miyokardit ve maddenin kötüye kullanımı ağırlıktayken, yaşlı nüfusta koroner arter hastalığı, kalp kapak hastalıkları ve kalp yetersizliği gibi kronik dejeneratif hastalıklar ağırlıktadır (Priori ve ark., 2015).

İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatör (ICD)' ler 1980'lerden beri ani kalp durmalarını önlemek için kullanılmaktadır (Dougherty ve ark., 2004; Priori ve ark., 2015). ICD'ler ventriküler fibrilasyon ve ventriküler taşikardi gibi ölümcül ventriküler aritmileri otomatik olarak saptayarak gerekli tedaviyi uygulayan teknik cihazlardır. Özellikle gelişmiş ülkelerde hastane dışı erken defibrilasyonu sağlamak için ICD'ler sıklıkla kullanılmaktadır (Al-Khatib ve ark., 2017; Schulz ve ark., 2013; Berg ve ark., 2015). Aritmilerin tedavisinin ICD ile yapılmaya başlanmasından sonra kardiyovasküler nedenli ölüm oranlarında fark edilir bir azalma olmuştur (Berg ve ark., 2015; Dougherty ve ark., 2016).

İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatörlerin endikasyonları ventriküler aritmi yaşamış kişilere ikincil korunma olarak belirlenmişken, ventriküler aritmiler açısından risk altında olan ancak ani kalp durması yaşamamış kişilere yönelik birincil korunma olarak da genişletilmiştir (Carroll ve Hamilton, 2005; Hirst ve ark., 2009; Serber ve ark., 2016; Al-Khatib ve ark., 2017). ICD teknolojisindeki ilerlemeler ve sağ kalım oranlarına yönelik kanıtlanmış yararları AKÖ yaşamamış kişilerde de ICD implantasyonunu mantıklı bir tedavi seçeneği haline getirmiştir (Cook ve ark., 2013).

İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatör implantasyonu sonrası hastaların cihaz ile yaşamaya bağlı uyum dönemi başlamaktadır. Bu dönem kişiden kişiye değişiklikler gösterse de genellikle hastaneden taburcu olduktan sonraki 6 ile 12 ayı kapsamaktadır. Hastalar uyum dönemini çok zorlanmadan kendi başlarına geçirebildikleri takdirde normal aktivitelerine ya da normal bir yaşam şekline daha kolay devam edebilmektedirler. Sağlık çalışanlarının yardımı ve danışmanlığı olmadan çok az hasta AKÖ öncesi fonksiyonlarına geri dönebilmektedir (Dougherty ve ark., 2000; Dougherty ve ark., 2004).

Tüm yararlı etkilerine rağmen ICD ile yaşamının anksiyete, depresyon, fiziksel aktivitelerden kaçınma, sosyal rollerin değişmesi, beden imgesinde bozulma, sosyal izolasyon, ICD şoku sonrasında ölüm korkusu hatta travma sonrası stres bozukluğu gibi sorunlara neden olduğu pek çok araştırmada saptanmıştır (Smeulders ve ark., 2007; Cook ve ark., 2013; Berg ve ark., 2015; Humpreys ve ark., 2016; Abbasi ve ark., 2016). İmplant edilen bir cihazla yaşamını devam ettirmenin ve ICD şokunu yaşamının hasta bireye ve ailesine çeşitli zararlar verdiği bilinmektedir (Hirst ve ark., 2009). Ani bir şoka maruz kalma, cihazın düzgün çalışmaması ya da günlük yaşantıdaki herhangi bir aktivitenin şoka neden olabileceği endişesi nedeniyle ICD'li hastalar anksiyete bozukluklarına bağlı semptomlar ve depresif dönemler açısından risk altındadır (Maia ve ark., 2014). Farklı çalışmalarda klinik anksiyete ve depresyon düzeylerinin sırasıyla %24-87 ve %24-33 olduğu gösterilmiştir (Sears ve ark., 2005; Cook ve ark., 2013; Van Den Broek ve ark., 2013; Ansari ve Arbabi, 2014).

Hemşireler, olumsuz gelişmelerin ve komplikasyonların erken tanınması ve acil bakıma gereksinim başlamadan müdahale edilmesi konusunda kilit konumdadırlar (Dougherty ve ark., 2012). Ani kardiyak ölüm mağduru ve yakınlarına ICD

implantasyonu sonrası yaşamlarına devam etmeye yönelik yardım ve danışmanlık konusunda iki tip kanıta dayalı girişim mevcuttur. Biri eğitim yoluyla bilgi kazandırma diğeri destek grupları ve bireysel danışmanlık yoluyla psikolojik destek sağlamaktır (Dougherty vd., 2000; Dougherty vd., 2004).

Araştırmaların çoğu hastalara ICD'lerle yaşamaya yönelik eğitimlerin önemli olduğunu vurgulamıştır (James, 1997; Carlsson ve ark., 2002; Tagney, 2004). Bazı çalışmalar sağlık profesyonellerinin ICD ile ilgili eğitim yapmak için ileri düzey bir eğitime gereksinimi olduğundan bahsetmektedir (Fridlund ve ark., 2000; Sears ve ark., 2000). Pek çok araştırmada hemşirelerin ICD'li bireylere bakım ve eğitim konusunda bilgi ve yetkinliğinin olduğu varsayılmıştır (Tagney, 2004; Dougherty ve ark., 2005; Dunbar ve ark., 2009; Dunbar ve ark., 2012).

Telefonla izlem yöntemi ICD'li hastalar ve diğerkronik hastalığı olan bireylere ulaşmada sağladığı kolaylık ve maliyet etkinliği nedeniyle pek çok araştırmada kullanılmıştır (Sneed ve ark., 1997; Dougherty ve ark., 2004; Dunbar ve ark., 2009). Bu çalışmada da hastaneden genellikle uzakta oturan ve araç kullanma kısıtlılığı olan ICD'li hastaların izleminde telefonla izlem yöntemi tercih edildi.

Hastaların ICD implantasyonu sonrası yeni durumlarına uyum sağlayabilmeleri için davranış değişikliği geliştirmelerini gerektirmektedir. Öz etkililik ve sonuç beklentileri, davranış değişikliklerine uyumu sağlayan davranış geliştirmede önemli kavramlardır (Dougherty ve ark., 2007).

Bu çalışmada, eğitim ve telefonla izlem yönteminin ICD'li bireylerin uyum dönemlerinde öne çıkan öz etkililik ve sonuç beklentileri ile sık yaşanan bir sorun olan şok anksiyetesine yönelik etkisini incelemek amaçlandı.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatörlerin Gelişimi

İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatörler, ventriküler taşiaritmilerin otomatik olarak saptanması ve atım (pacing) ya da şok terapisi yoluyla kalbi sinus ritmine döndürerek ölümü önleyen, klavikulanın alt kısmında doku altına yerleştirilen cihazlardır (Schulz ve ark., 2013; Berg ve ark., 2015).

İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatörler 1960'ların sonunda Dr. Michel Mirowski tarafından çok yakın arkadaşı ve aynı zamanda akıl hocası olan Profesör Harry Heller'in tekrarlayan ventriküler aritmilerden dolayı ölmesi üzerine tasarlanmıştır (Glikson ve Friedman, 2001; Sola ve Bostwick, 2005). Yüksek riskli bireyler için tedavilerin kısıtlı kalması ve hüsrarla sonuçlanması Dr. Mirowski'de kalp ritmini sürekli izleyerek ventriküler taşiaritmiler oluştuğunda şok verecek bir cihaz fikrini ortaya çıkardı. 1970'lerde meslektaşı Morton Mower ile çeşitli deneysel modeller düzenleyip denemeler yaptıktan sonra 1980'de iki kez kardiyak arrest yaşamış bir hastaya ilk implantasyonu gerçekleştirmişlerdir. Birkaç yıl boyunca çok az merkezde bu tedavi ventriküler fibrilasyon nedeniyle kardiyak arrest yaşayan hastalara uygulanmış ve 1985'de Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) ticari olarak cihazın satışına izin vermiştir. Bu cihazların ölümcül ventriküler aritmileri tedavi etmede oldukça etkin olduğuna dair kanıtlar ve deneyimler artmıştır. 1991 yılına gelindiğinde ICD'lerin endikasyonlarının ilaç tedavisine uygun olmayan ventriküler fibrilasyon ve ventriküler taşikardiyi de içerecek şekilde genişletilmesi önerilmiştir (Glikson ve Friedman, 2001). Günümüzde de bu endikasyon henüz bir ölümcül ventriküler aritmi yaşamamış ancak yüksek risk altındaki bireyleri de kapsayacak şekilde genişletilmiştir (Carroll ve Hamilton, 2005; Hirst ve ark., 2009; Priori ve ark., 2015; Al-Khatib ve ark., 2017).

## **2.2. İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatörlerin İmplant Yöntemi**

ICD'lerin batarya ve elektrod olmak üzere iki bileşeni vardır (Glikson ve Friedman, 2001). Genellikle göğsün sol tarafına implante edilmektedirler. ICD'lerin bataryası bir adet, elektrodları ise hastanın altına yatan kardiyak durumuna göre bir ila üç adettir. Günümüzde ICD implantasyonu teknik olarak oldukça basit, bir kalp pili implantasyonundan biraz daha karmaşıktır. Asepsiye dikkat edilmesi gereklidir ve genellikle profilaktik olarak antibiyotikler kullanılmaktadır. Geçmişte genel anestezi altında yapılan implantasyon günümüzde pek çok merkez tarafından local anestezi ve intravenöz sedasyon kombinasyonu kullanılarak yapılmaktadır (Connelly, 2001). Elektrodlar subclavian arterden kalbin atriyum ya da ventrikülüne gönderilirken, batarya abdomen veya çoğunlukla subklavikuler bölgeden yapılan cerrahi bir insizyonla cilt altına açılan bir cebe yerleştirilir (James, 1997; Connelly, 2001).

Hastaların çoğu implantasyon sonrası 24-48 saat içinde taburcu edilirler. İmplanttan 4-6 hafta sonra, sonraki dönemde de 3-6 aylık aralarla kontrol edilmektedirler. Her kontrolde cihazın belleği incelenir, hız ve algılama testleri yapılır. Cihaz tarafından kaydedilmiş aritmiler ve hastanın semptomları değerlendirilir, gerekli durumlarda cihazın programı ve hastanın ilaçları değiştirilir (Connelly, 2001; Stevenson ve ark., 2004).

## **2.3. İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatörlerin Komplikasyonları**

Günümüz koşullarında ICD'lerin daha basit şekilde implante edilmesiyle birlikte komplikasyon oranları da düşmüştür. Bununla birlikte halen enfeksiyon, erozyon, elektrodda iletkenlik/yalıtım kusuru, elektrodun kırılması, aşırı ya da düşük algılama sorunları görülebilmektedir. Bu sorunların giderilmesi için genellikle ek operasyonlarla düzeltme işlemleri gerekmektedir. Ek olarak en sık örülen sorunlardan biri uygunsuz şoklamadır. Çoğunlukla atriyal fibrilasyon nadiren de sinus taşikardisine yönelik şoklamalar oluşabilmektedir. Bu tür komplikasyonlar genellikle ek antiaritmik ilaçlarla veya taşikardi saptama parametrelerinin daha ileri programlanmasıyla tedavi edilebilir veya engellenebilmektedir (Connelly, 2001).

## 2.4. Öz Etkililik

Öz etkililik, bir kişinin istenen bir sonuca ulaşmak için belirli bir görevi başarma konusundaki bireysel yargısını ifade eder (Gözüm ve Aksayan, 1999; Hacıhasanoğlu ve ark., 2012). Öz etkililik kavramı ilk kez 1977 yılında Amerikalı psikolog Albert Bandura tarafından sosyal bilişsel kuramın içerisinde kullanılmıştır. Davranışsal değişim ve sürdürme, bir davranışa girdikten sonra ortaya çıkan sonuçlarla ilgili beklentiler ve gerekli olan davranışları yürütebilme yeteneğine ilişkin beklentilerdir. Öz etkililik, genel bir kişilik özelliği değil, kişinin kendi yeteneklerine olan inancıdır. Öz etkililiği artırmaya yönelik girişimler, anksiyete ve stres gibi duygusal tepkileri azaltır (Dougherty ve ark., 2007). Öz etkililiğin güçlü olması, önerilen sağlık davranışlarını başlatma ve sürdürme olasılığını artırmaktadır (Hacıhasanoğlu ve ark., 2012).

Bireylerin öz etkililik inançları, engeller karşısında ne kadar çaba sarf edeceklerini de belirlemektedir (Dougherty ve ark., 2007). 1990'lı yıllarda sosyal bilişsel kuramın gelişmesi sonucu öz etkililik kavramına olan ilgi de artmıştır ve çok farklı alanlarda öz etkililiğin etkisinin olduğu saptanmıştır (Kara ve Mirici, 2002; Okçin ve Gerçeklioğlu, 2013).

### 2.4.1. İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatörlü hastalarda öz etkililik

Kardiyak hastalıklarda öz etkililik, özellikle miyokard infarktüsü geçirmiş ve bypass olmuş kişilerde fonksiyonel fiziksel yeteneklerle ilişkilendirilmiştir. Yorgunluk, anjina gibi fiziksel belirtileri olan ICD'li hastaların öz etkililiklerinin fiziksel belirtileri olmayan ICD'li hastalara göre daha düşük olduğu görüşü ileri sürülmüştür. Araştırmacılar ICD'li hastalardaki fiziksel bozuklukların işe gitme, hobilerini yapma, araba kullanma ve cinsel yaşamda kısıtlamalara neden olduğunu ve bu kısıtlanmaların düşük öz etkililiğe neden olduğunu belirtmektedirler (Schuster ve ark., 1998). ICD'li hastaların öz etkililik inançlarının anksiyete ile ters orantılı, fiziksel aktivite düzeyi, öz bakım ve diğer aktiviteler (araba kullanma, cinsel ilişki, çalışma) ile doğru orantılı olduğu belirtilmektedir (Dougherty ve ark., 2007).

Öz etkililik, ICD hastalarının implantasyon sonrası uyumlarında anahtar faktör olabilmektedir (Schuster ve ark., 1998). İmplantasyon sonrası öz etkililik inancı düşük olanlar, uyum dönemindeki zorlukları, yapabileceklerinin üzerinde görebilirler (Dougherty ve ark., 2004; Dougherty ve ark., 2007).

Dougherty ve ark. (2005) ICD implantasyonu sonrası telefonla eğitim ve hemşire çağrı desteğinden oluşan çalışmalarında, girişim yapılan grupta öz etkililik düzeyinin ve ICD ile ilgili bilgi düzeyinin arttığı, anksiyetenin azaldığı saptanmıştır.

Smeulders ve ark. (2007) bir hemşire ve kalp hastalığı olan bir hastanın liderliğinde ICD'li hastalardan gruplar oluşturarak altı seanslık hasta merkezli bir öz yönetim programı uygulamışlardır. Hastaların ve liderlerin bu çalışmayı çok yararlı bulduklarını, hastaların öz etkililik, kaygı, fiziksel, sosyal işlevsellik, rol kısıtlılığı, ağrı gibi birçok parametresinde iyileşme olduğunu tespit etmişlerdir.

Flemme ve ark. (2011) çalışmasında ICD'li hastaların baş etme yöntemlerini yeteri kadar kullanmadıkları, baş etme yöntemlerini kullanan hastaların, yöntemleri oldukça kullanışlı buldukları, iyimserliğin hastalar tarafından en kullanışlı ve en etkili yöntem olarak ifade edildiği belirlenmiştir. Anksiyete düzeyi yüksek olanların ve kadınların baş etme yöntemlerini daha fazla kullandığı görülmüştür.

Literatürde ICD hastalarının öz etkililik durumlarını inceleyen çalışmaların azlığı dikkat çekicidir. ICD hastalarının yakınları ile yapılan çalışma sonuçları incelendiğinde; Meischke ve ark. (2011) çalışmasında ICD hastalarının yakınlarına öz etkililiğe yönelik iki farklı eğitim yöntemi (yüz yüze ve video temelli) uygulanmıştır, girişim sonrası üçüncü ayda yapılan ölçümlerde yüz yüze eğitim grubundaki hasta yakınlarının öz etkililik inançlarının anlamlı derecede arttığı saptanmıştır.

Öz etkililik beklentileri, durumlara ve kişilere özgüdür. Dolayısıyla ölçüm araçlarının da her duruma ve gruba özgü geliştirilmesi gereklidir (Dougherty ve ark., 2007). ICD hastalarına özgü olarak öz etkililik ve sonuç beklentilerini ölçmek amacıyla Dougherty ve arkadaşları tarafından "ICD implantasyonundan Sonra Öz etkililik ve Sonuç Beklentileri Ölçekleri" geliştirilmiştir (Dougherty ve ark., 2007; Alkan, 2014). Türkçe geçerlik güvenilirliği Alkan ve Enç tarafından yapılmıştır (Alkan, 2014).

## 2.5. Şok Anksiyetesi

İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatörlerin birincil fonksiyonu kalp ritmini izlemek ve bir taşiaritmi saptadığında miyokarda yüksek enerjili şok tedavisi uygulamaktır (Ford ve ark., 2012). Bazı hastalar için şok, hem fiziksel hem de duygusal olarak son derece rahatsız edici bir olaydır. Genellikle cihazın elektriksel olarak deşarjı hastalar tarafından “göğse atılan tekme” şeklinde hissedilmektedir ve bu tarz bir şoka 0-10 arası ağır puanlamasında 6 puan verilmektedir (Ford ve ark., 2012; Maia ve ark., 2014). Şok anksiyetesi, olası şoklardan korkma ve şoku tetikleyebilecek aktivitelerden kaçınma olarak tanımlanmaktadır (Ford ve ark., 2012; Morken ve ark., 2013). Şok yaşamamış bireylerde dahi şok korkusu, anksiyeteyi artırarak bazı davranışlardan kaçınma, günlük yaşantıdaki faaliyetlerde kısıtlılık hissi oluşturabilmektedir (Kuhl ve ark., 2006). Anksiyete, ICD’li hastalarda önemli bir morbidite nedenidir. Anksiyetenin tanınması ve tedavisi morbiditenin önlenmesi açısından önemlidir (Quintar ve ark., 2015).

ICD’li hastaların anksiyete düzeyinin ölçülmesinde sıklıkla kullanılan ölçekler; Beck Anksiyete Ölçeği, Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, Spielberger Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği’dir. Florida Şok Anksiyete Ölçeği (FŞAÖ), ICD şokuna bağlı anksiyeteyi kandidatif olarak ölçmek için geliştirilmiştir (Kuhl ve ark., 2006). Kuhl ve arkadaşları tarafından geliştirilen FŞAÖ’nin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Alkan ve Enç tarafından yapılmıştır (Alkan, 2014).

Vazquez ve ark. (2008) ICD’li kadınlarda yaşa özgü değişiklikleri incelemişler ve daha genç olan hastaların şok, ölüm ve beden imajı ile ilgili anksiyetelerinin orta yaşlı ve yaşlı olanlara göre daha fazla olduğunu saptamışlardır.

Üç yıl süren longitudinal bir çalışmada ICD’li hastalar üç gruba ayrılarak, iki gruba girişim uygulanmış bir grup geleneksel bakım almıştır. Girişim uygulanan grupların her birine taburculuk günü cihaza ve semptom yönetimine yönelik eğitim verilerek, bir grup telefonla izlenmiş ve psikoeğitimsel girişim uygulanmış, diğer girişim grubuna ise aynı girişimler grup halinde uygulanmış ve bir yıl sonunda girişim

gruplarının ikisinde de kontrol grubuna göre depresyon belirtileri az görülürken anksiyete düzeyi de daha düşük bulunmuştur (Dunbar ve ark., 2009).

Morken ve ark. (2013), ICD'li hastaların sağlık profesyonellerinden aldıkları sosyal destek algıları, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtileri ile şok anksiyetesi ilişkisini inceledikleri çalışmalarında; hastaların %15'inde orta/şiddetli TSSB olduğu, TSSB semptomlarının şok kaygısı ile nispeten güçlü ilişkisi olduğu, %12'sinin sağlık profesyonellerinden yapıcı destek almadıkları ve yapıcı destek almamanın TSSB belirtileriyle direkt ilişkisi olduğunu saptamışlardır.

Cook ve ark. (2013) çalışmasında, konjenital kalp hastalığı olan ICD'li hastalarda şok anksiyetesi, depresyon ve cinsel fonksiyonun ilişkisine bakılmış ve yüksek şok anksiyetesi olanların cinsel fonksiyonlarının zayıf olduğu saptanmıştır.

Quintar ve ark. (2015) çalışmasında ICD implantasyonu sonrası yüksek anksiyete düzeyinde olan hastaları üç ay boyunca üç oturumluk bilişsel davranışçı terapi uygulamasına almışlardır. Bir yıl sonunda, şok yaşayan hastaların anksiyete düzeylerinin şok yaşamayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur.

## 2.6. Ülkemizde ICD Hastalarıyla Yapılmış Hemşirelik Çalışmaları

Ülkemizdeki ICD hastalarıyla yapılan hemşirelik araştırmaları az sayıda olmakla birlikte son yıllarda bu konuda yapılan yüksek lisans ve doktora tezlerinde artış olduğu gözlenmektedir.

Çınar ve ark. (2012) ICD hastalarını eğitim ve izlem programlarına aldıkları çalışmada 6 aylık izlem programında girişim grubu hastalar yüz yüze görüşmelerle eğitim ve danışmanlık almışlar ve bilgi düzeylerinde artış, depresyon ve anksiyete düzeylerinde azalma, yaşam kalitesinin birkaç alt boyunda gelişme saptanmıştır.

Mert ve ark. (2012) ICD'li hastalarla yapılmış niteliksel araştırmasında; günlük yaşam aktiviteleri düzenine ilişkin deneyimler, sosyal yaşama ilişkin deneyimler, aile ilişkileri, duygusal değişiklikler, ICD şoklamasına ilişkin deneyimler, sağlık personelinin alınan eğitim/danışmanlığa ilişkin deneyimler şeklinde altı ana tema belirlenmiştir. Araştırmada hastaların çeşitli fiziksel ve psikososyal sorunlar yaşadığı ve gereksinimi olan eğitimi alamadıkları sonucuna varılmıştır. İmplantasyon öncesi başlayıp implantasyon sonunda devam eden hastaların fiziksel ve psikososyal uyumlarına destek olacak eğitimlerin planlanması önerilmiştir.

Alkan, (2014) doktora tez çalışmasında Florida Şok Anksiyete Ölçeği, ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri Ölçekleri ile Florida Hasta Kabullenme Ölçeği'nin Türkçe'ye geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu metodolojik ve tanımlayıcı tipteki araştırmada ICD'li hastaların öz etkililik ve sonuç beklentileri, şok anksiyetesi ve cihazı kabullenme durumları incelenmiştir. Kadınların, gençlerin ve şok yaşayanların şok anksiyetesinin daha yüksek olduğu, erkeklerin cihazı kabullenme ve öz etkililik düzeylerinin kadınlardan daha iyi olduğu saptanmıştır.

Çelik, (2015) yüksek lisans tez çalışması ICD hastalarında algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeylerinin ilişkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışmadır. ICD'li hastalarının aileden algıladıkları sosyal desteğin artması ile uyumsuzluk düzeylerinin düştüğü bulunmuştur.

Yardımcı, (2015) doktora tez çalışmasında ICD'li hastalara uygulanan web tabanlı eğitimin şok anksiyetesi ve yaşam kalitesine etkisi incelenmiştir. Sosyal bilişsel

öğrenme kuramı temelinde hazırlanan eğitim bir web sitesi aracılığıyla hastalara verilmiştir. Girişim sonunda hastaların şok anksiyetesinde azalma, yaşam kalitesinin pek çok boyutunda iyileşme saptanmıştır.

Niteliksel bir çalışmada 12 ICD'li hastayla yapılan görüşmelerde elde edilen bulgular fiziksel semptomlar ve fiziksel kısıtlanmalar, psikososyal, sosyal ve cihaza bağlı faktörler olmak üzere dört başlık altında toplanmıştır. Hastaların eğitim ve taburculuk sonrası izlem gereksinimlerine vurgu yapılmıştır (Ünsar, 2016).

Kılıçlı ve Özdemir, (2017) ICD'si olan kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumlarını değerlendirdikleri çalışmalarında ICD'li hastaların psikososyal uyumlarının kötü olduğunu, kalp yetersizliği fonksiyonel sınıfı ve şoklama sayısının psikososyal uyumu olumsuz yönde etkilediğini saptamışlardır.

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Yeri ve Tarihi**

Araştırma Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda Mart 2016- Mart 2017 tarihleri arasında yürütüldü.

#### **3.2. Araştırmanın Tipi**

Araştırma ICD hastalarında verilen eğitim, telefonla izlemin öz etkililik ve şok anksiyetesine etkisini incelemek amacıyla yarı deneysel, zaman boyutuna göre prospektif olarak yapıldı.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Mart 2016- Mart 2017 tarihleri arasında ICD takılmak üzere yatmakta olan ve ICD takılmış olup taburcu olmayı bekleyen hastalar oluşturdu. Araştırmanın örnekleminin belirlenmesi için hastane istatistiklerinden evrenin ortalama sayısının 100 civarında olduğu öğrenildi.

Örneklem sayısını belirlemek amacıyla G\*Power (v3.1.7) programı kullanılarak güç analizi yapıldı. Çalışmanın gücü  $1-\beta$  ( $\beta =$  II. tip hata olasılığı) olarak ifade edilir ve genel olarak araştırmaların %80 güce sahip olmaları gerekmektedir. Cohen'in etki büyüklüğü katsayılarına göre; iki bağımsız grup arası yapılacak olan değerlendirmelerin büyük etki büyüklüğüne ( $d=0.80$ ) sahip olacağı varsayılarak yapılan hesaplama göre grupta en az 26 kişi olması gerektiğine ve çalışma sürecinde kayıplar olabileceği göz önünde bulundurularak gruptaki olgu sayının minimum 30 olarak alınmasına karar verildi.

**Alınma kriterleri;**

- ICD takılmak üzere olan/yeni takılmış olan
- Türkçe konuşup, okuyup, yazabilen,
- 18 yaşından büyük,
- Telefonla ulaşılabilecek olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar araştırma kapsamında tutuldu.

**Çıkarılma kriterleri;**

- İşitme ve mental sorunu olan,
- Kontrol altında olmayan yandaş hastalığı (diyabet, kanser, astım vs) olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar araştırma kapsamının dışında tutuldu.

Randomizasyonu sağlamak için hastalar yatırıldıkları tarihin tek veya çift olmasına göre girişim grubu 34, kontrol grubu 32 kişi olacak şekilde ayrıldı. Girişim grubuna alınan bir hasta izlemlerine başka bir hastanede devam edeceğini bildirdiği için araştırmadan çıkarıldı. Toplamda girişim grubu 33, kontrol grubu 32 kişi olmak üzere 65 hasta ile araştırma sonlandırıldı.

İki hasta mental retardasyon nedeniyle, bir hasta ek hastalıkları nedeniyle taburcu edilmediği için araştırmaya dâhil edilmedi.

**3.4. Araştırmanın Hipotezleri**

**H1:** Eğitim ve telefonla izlem açısından öz etkililik ve sonuç beklentileri düzeylerine göre gruplar arasında fark vardır.

**H2:** Eğitim ve telefonla izlem açısından şok anksiyetesi düzeylerine göre gruplar arasında fark vardır.

### **3.5. Araştırmanın Değişkenleri**

#### **3.5.1. Bağımlı değişkenler**

ICD takılı hastaların öz etkililik, sonuç beklentileri ve şok anksiyetesi düzeyleri.

#### **3.5.2. Bağımsız değişkenler**

ICD implantasyonu sonrası yapılan eğitim ve telefonla izlem.

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür ışığında (Dickerson ve ark., 2000; Dougherty ve ark., 2005; Dickerson ve ark., 2010) hazırlanan Hasta Tanıtım Formu (Ek-1), ICD İmplantasyonundan Sonra Öz Etkililik (ÖE-ICD) ve Sonuç Beklentileri Ölçekleri (SB-ICD) (Ek-2), Florida Şok Anksiyete Ölçeği (FŞAÖ) (Ek-3), hastalarla telefon görüşmelerinde kullanılmak üzere araştırmacı tarafından hazırlanan kontrol listesi (Ek-4) kullanıldı. Ölçeklerin yazarından kullanım izni alındı (Ek-5).

#### **3.6.1. Hasta tanıtım formu**

Araştırmacı tarafından hazırlanan formda hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni hali, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, kiminle yaşadığı, kronik bir hastalığı olup olmadığı, ICD takılma tarihi, iletişim için telefon numarası bilgileri yer almaktadır (Ek-1).

#### **3.6.2. ICD implantasyonundan sonra öz etkililik ve sonuç beklentileri ölçekleri**

Dougherty, Johnston 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 baş etmek 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 (Dougherty ve ark., 2007). Ölçeklerin Türk toplumuna geçerlik güvenirliği Alkan ve Enç tarafından 2014 yılında yapılmıştır. 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 çıkarılmıştır. Yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasından sonra ölçek toplam 15 maddeden oluşmuştur. Cronbach alfa katsayıları ,87 ve ,75 olarak bulunmuştur (Alkan, 2014) (Ek-2).

### **3.6.3. Florida şok anksiyete ölçeği**

Kuhl ve arkadaşları tarafından 2006 yılında ICD hastalarının şok anksiyetesi 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 maddeleridir. ICD şok verebilir diye üzülmiyorum 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 anksiyetesi düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Kuhl ve ark., 2006). Ölçeğin Türk toplumuna geçerlik güvenirliği Alkan ve Enç tarafından 2014 yılında yapılmıştır. Cronbach alfa katsayısı tetikleyiciler boyutu için ,57, sonuç boyutu için ,87 ve tüm ölçek için ,87 olarak bulunmuştur (Alkan, 2014) (Ek-3).

#### **3.6.4. Telefon görüşmeleri için kontrol listesi**

Girişim grubu hastalarla yapılan telefon görüşmelerinde kullanılması için literatür (Carlsson ve ark., 2002; Kamphuis ve ark., 2003; Dougherty ve ark., 2005;Kuhl ve ark., 2006) ışığında araştırmacı tarafından hazırlanan formda; telefonla yapılacak görüşmelerin yarı yapılandırılmış düzende olmasını sağlayacak şekilde, öz etkililik, sonuç beklentileri ve şok anksiyetesine yönelik ölçeklerden uyarlanan sorular yer almaktadır. Telefon görüşmeleri için kontrol listesinin içeriğinde, görüşmenin yapıldığı hastanın adı, kaçınıcı görüşme olduğu, görüşmenin süresi, ICD'nin şoklama yapıp yapmadığı, şokladıysa ne hissettirdiği, endişe ya da sıkıntı duyulan bir durum olup olmadığı (yürümek, koşmak, egzersiz yapmak, uyumak, ağrı, ilaçlar, cinsel ilişkiye girme, işe dönüş, kalp durması/ritm bozulması, ICD'nin şoklaması, ICD'nin şoklamaması) gibi sorular bulunmaktadır (Ek-4).

#### **3.6.5. Eğitim kitapçığı**

Girişim grubu hastalara yapılan eğitimin içeriğinden oluşan kitapçık araştırmacı tarafından örnek kitapçıklar incelenerek ve uzman görüşüne danışılarak (üç hemşirelik öğretim üyesi ve iki kardiyoloji hekimi) hazırlanmıştır. Bire bir eğitimden sonra hastalara verilmiştir. Eğitim kitapçığının içeriğinde normal kalp ritmi, anormal kalp ritmleri (ventriküler taşikardi ve fibrilasyon), ICD'ye kimlerin ihtiyacının olduğu, ICD nedir ve nasıl takılır, işlemten sonra klinikte yapılacaklar, kontroller, olası riskler ve ICD ile günlük yaşamda araba kullanma, fiziksel aktivite, cinsel yaşama ne zaman geçileceği, elektromanyetik etkileşimde dikkat edilecekler ve sıkça sorulan sorular bölümü yer almaktadır. Vücudumda ICD olduğunu fark edecek miyim, ICD şoklama yaptığında ne hissedeceğim, şoklamadan önce uyarı olacak mı, şoklama olduktan sonra ne yapmalıyım, yurt dışına seyahat edebilir miyim, ilaçlarımı içmeye devam edecek miyim, kalp pili ve ICD arasında ne fark var sorularının yanıtları sıkça sorulan sorular bölümünü oluşturmaktadır. A4 formatında 25 sayfalık bir kitapçıktır (Ek-6).

### 3.7. Veri Toplama Yöntemi

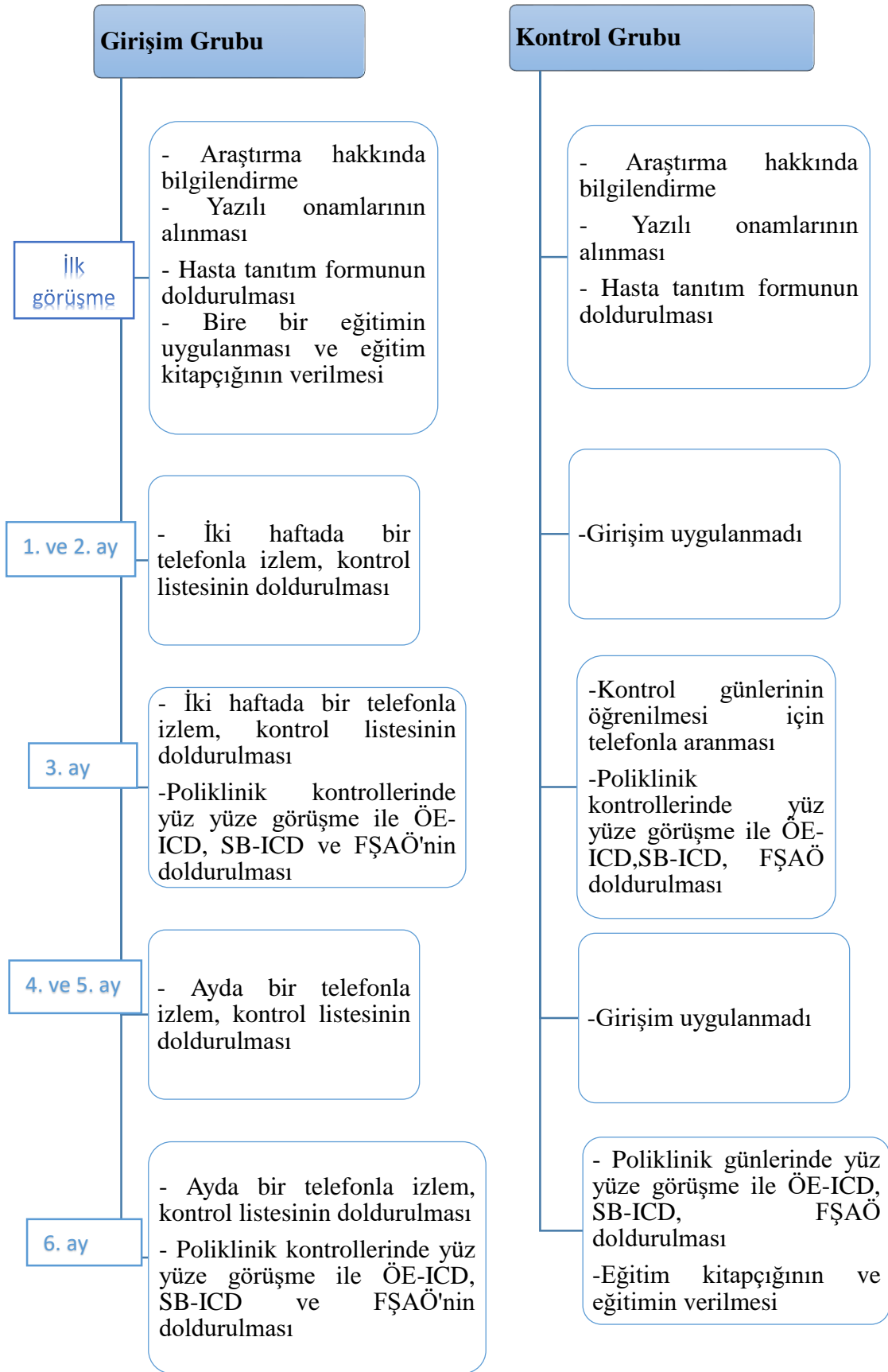
Girişim ve kontrol gruplarından veri toplama yöntemi Şekil 1’de gösterildi.

Hastalar yatış günleri tek sayıysa girişim grubuna, çift sayıysa kontrol grubuna alındı. İki gruba da araştırma hakkında kendi gruplarına özgü hazırlanmış bilgilendirme formu (Ek-8, Ek-9) okunarak araştırma ile ilgili kapsamlı bilgi verildi. İstedikleri an araştırmadan çekilebilecekleri ve bu durumun alacakları tıbbi tedavi ve bakıma etki etmeyeceği, kendilerinden herhangi bir ücret talep edilmediği ve kendilerine ücret ödenmeyeceği, kendilerine ait elde edilecek bilgilerin isimleri kullanılmadan sadece akademik amaçla kullanılacağı anlatıldı. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara Gönüllü Onay Formu (Ek-10) imzalatıldı ve araştırmacı tarafından imzalandı.

Girişim grubu hastalara Hasta Tanıtım Formu (Ek-1) yüz yüze doldurularak, araştırmacının telefon numarası hastalara verildi ve istedikleri zaman arayabilecekleri söylendi. Hastalar tanıtım formu doldurulduktan sonra eğitime alındı. Eğitime hastanın yanında bulunan bir veya iki yakını da dahil edildi. Hasta rahat oturur pozisyonda, odanın kapısı kapalı, yüz yüze etkileşimin olacağı şekilde eğitim yapıldı. Hasta ve yakınlarının eğitim sırasında sorular sormasına fırsat verildi. Eğitim, hastadan hastaya 35-60 dakika arasında değişen sürelerle yapıldı. Eğitimin sonunda hastalar için önceden hazırlanmış olan eğitim kitapçığı (Ek-6) teslim edildi. Taburculuk sonrası ilk üç ay iki haftada bir telefonla aranıp hastalara Telefon Görüşmeleri için Kontrol Listesinde (Ek-4) yer alan sorular soruldu ve hastaların soruları yanıtlandı. Telefon görüşmeleri ortalama 10-15 dakika sürdü. Üçüncü ay kontrol günlerinde kontrol bittikten sonra pil kontrol odasının yanında bulunan eğitim odasında yüz yüze görüşmeyle ÖE-ICD, SB-ICD (Ek-2) ve FŞAÖ (Ek-3) dolduruldu. Ölçekleri geliştiren araştırmacılar tarafından, ölçek maddelerinde yer alan ifadeleri hastaların yanıtlaması için ICD ile en az bir ay yaşamaları gerektiği önerildiği için (Dougherty ve ark., 2005; Kuhl ve ark., 2006) hastalarımıza uygun olan üçüncü ay kontrollerinde bu ölçekler uygulandı. Ölçeklerin ortalama doldurulma süresi 20-30 dakika sürdü. İzlemin geri kalan aylarında hastalar ayda bir telefonla aranarak Telefon Görüşmeleri için Kontrol Listesinde (Ek-4) yer alan sorular soruldu ve hastaların soruları yanıtlandı. Altıncı ay kontrol günlerinde pil kontrol odasında hastalarla kontrol bittikten sonra pil kontrol

odasının yanında bulunan eğitim odasında yüz yüze görüşmeyle ÖE-ICD, SB-ICD (Ek-2) ve FŞAÖ (Ek-3) dolduruldu.

Kontrol grubu hastalara Hasta Tanıtım Formu (Ek-1) yüz yüze doldurularak, kontrol günlerini öğrenmek için araştırmacı tarafından aranacağı söylendi. Üçüncü ay dolmadan hastalar telefonla aranarak kontrol günleri öğrenildi. Bu görüşmeler ortalama 2-3 dakika sürdü. Üçüncü ay kontrol günlerinde kontrol bittikten sonra pil kontrol odasının yanında bulunan eğitim odasında yüz yüze görüşmeyle ÖE-ICD, SB-ICD (Ek-2) ve FŞAÖ (Ek-3) dolduruldu. Ölçeklerin ortalama doldurulma süresi 20-30 dakika sürdü. Altıncı ay kontrol günleri telefonla öğrenilerek yüz yüze görüşmeyle ÖE-ICD, SB-ICD (Ek-2) ve FŞAÖ (Ek-3) dolduruldu. Araştırma tamamlandıktan sonra kontrol grubu hastalara eğitim yapılarak eğitim kitapçığı verildi (Ek-6).



Şekil 1. Araştırmanın akış şeması

### **3.8. Verilerin Analizi**

İstatistiksel analizler bir istatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Kruskal Wallis test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin grup içi karşılaştırmalarında ise Wilcoxon Signed Ranks test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare testi kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde de Spearman's Korelasyon Analizi kullanıldı. Anlamlılık  $p < ,05$  düzeyinde değerlendirildi.

### **3.9. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın yapılabilmesi için Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan 26/10/2015 tarihli 115 protokol numarası ile yazılı izin alındı (Ek-7).

Araştırmanın yürütüldüğü Eğitim ve Araştırma Hastanesinin bağlı bulunduğu Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı izin için alındı (Ek-8).

Araştırma kapsamına alınan hastalar araştırma hakkında bilgilendirme formu (Ek-9, Ek-10) ile bilgilendirilip gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra yazılı onamları alındı (Ek-11).

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın tek merkezde yürütülmesi sınırlılık oluşturmuştur.

## 4. BULGULAR

Çalışmaya katılan hastalardan elde edilen verilerin analizleri üç alt başlıkla incelenmiştir;

**4.1.** Hastaların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerine yönelik tanıtıcı bulgular

**4.2.** Hastaların ölçek puanlarına yönelik bulgular

4.2.1. Öz etkililik, sonuç beklentisi ve şok anksiyetesi ölçek puanlarının dağılımları ve çalışmadaki Cronbach alfa katsayıları

4.2.2. Hastaların öz etkililik ve sonuç beklentisi durumlarına yönelik bulgular

4.2.3. Hastaların şok anksiyetesi durumlarına yönelik bulgular

4.2.4. Tanıtıcı özelliklere göre ölçek puanlarına yönelik bulgular

4.2.4.1. Yaşa, izlem zamanına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

4.2.4.2. Cinsiyete göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

4.2.4.3. Medeni duruma göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

4.2.4.4. Eğitim durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

4.2.4.5. Çalışma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

4.2.4.6. Yaşadıkları kişiye göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

4.2.4.7. Kronik hastalık durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

4.2.4.8. Üçüncü ay şoklama durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

4.2.4.9. Altıncı ay şoklama durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

4.2.4.10. Şoklama sayısı ile ölçek puanlarının ilişkisi

**4.3.** Ölçek puanlarının ilişkisine yönelik bulgular

#### 4.1. Hastaların Sosyodemografik Ve Tıbbi Özelliklerine Yönelik Tanıtıcı Bulgular

Hastaların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerine yönelik bulgular Tablo 1’de verildi.

**Tablo 1.** Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler		Girişim grubu (n=33)	Kontrol grubu (n=32)	X <sup>2</sup> /t	p
<b>Yaş (yıl)</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	18-79 (58)	20-76 (58)	<b>0,041</b>	<sup>c</sup> <b>0,97</b>
	<i>Ort±Ss</i>	55,88±15,57	55,72±15,79		
<b>Cinsiyet; n (%)</b>	<b>Kadın</b>	8 (24,2)	7 (21,9)	<b>0,051</b>	<sup>d</sup> <b>0,82</b>
	<b>Erkek</b>	25 (75,8)	25 (78,1)		
<b>Medeni durum; n (%)</b>	<b>Evli</b>	25 (75,8)	22 (68,8)	<b>0,398</b>	<sup>d</sup> <b>0,53</b>
	<b>Bekâr</b>	8 (24,2)	10 (31,2)		
<b>Eğitim durumu; n (%)</b>	<b>Okuryazar</b>	3 (9,1)	3 (9,4)	<b>1,847</b>	<sup>d</sup> <b>0,17</b>
	<b>İlkokul</b>	18 (54,5)	12 (37,5)		
	<b>Ortaokul</b>	5 (15,2)	3 (9,4)		
	<b>Lise</b>	6 (18,2)	10 (31,2)		
	<b>Üniversite</b>	1 (3,0)	4 (12,5)		
	<b>İlkokul ve altı</b>	21 (63,6)	15 (46,9)		
	<b>Ortaokul ve üzeri</b>	12 (36,4)	17 (53,1)		
<b>Çalışma durumu; n (%)</b>	<b>Çalışıyor</b>	9 (27,3)	14 (43,7)	<b>2,226</b>	<sup>d</sup> <b>0,33</b>
	<b>Çalışmıyor</b>	10 (30,3)	6 (18,8)		
	<b>Emekli</b>	14 (42,4)	12 (37,5)		
<b>Ekonomik durum; n (%)</b>	<b>Geliri giderden az</b>	4 (12,1)	4 (12,5)	<b>0,002</b>	<b>0,96</b>
	<b>Geliri giderine denk/ fazla</b>	29 (87,9)	28 (87,5)		
<b>Yasadığı kişi; n (%)</b>	<b>Yalnız</b>	1 (3,0)	2 (6,3)	<b>0,807</b>	<sup>d</sup> <b>0,67</b>
	<b>Eş ile</b>	13 (39,4)	11 (34,4)		
	<b>Eş ve çocuk</b>	12 (36,4)	10 (31,2)		
	<b>Diğer</b>	7 (21,2)	9 (28,1)		
	<b>Eş ile</b>	13 (39,4)	11 (34,4)		
	<b>Eş ve çocuk</b>	12 (36,4)	10 (31,2)		
<b>Kronik hastalık; n (%)</b>	<b>Yok</b>	15 (45,5)	12 (37,5)	<b>0,423</b>	<sup>d</sup> <b>0,52</b>
	<b>Var</b>	18 (54,5)	20 (62,5)		
	<b>3.ay şoklama sayısı; n (%)</b>	<b>Yok</b>	17 (51,5)		
<b>Var</b>	16 (48,5)	13 (40,6)			
<b>6.ay şoklama sayısı; n (%)</b>	<b>Yok</b>	24 (72,7)	20 (62,5)	<b>0,777</b>	<sup>d</sup> <b>0,38</b>
	<b>Var</b>	9 (27,3)	12 (37,5)		

<sup>c</sup>Student-t test

<sup>d</sup>Pearson Chi-Square Test

Sosyodemografik ve tıbbi özellikleri açısından girişim ve kontrol grubu hastalar arasında fark olmadığı saptandı ( $p>.05$ ).

Grupların yaş ortalaması incelendiğinde girişim grubunun  $55,88\pm15,57$ , kontrol grubunun  $55,72\pm15,79$  olduğu, iki grupta da hastaların büyük çoğunluğunun erkek (%75,8, %78,1) ve evli ( %75,8, %68,8) olduğu, eğitim durumları incelendiğinde girişim grubunda büyük çoğunluğun %54,5 oranında ilkokul mezunu, kontrol grubunun %37,5'unun ilkokul, %31,2'sinin lise mezunu olduğu, girişim grubunun %42,4'ünün emekli, kontrol grubunun %43,7'sinin çalışıyor olduğu saptandı. Her iki grupta da yalnız yaşayan kişi sayısının oldukça az olduğu (%3, %6,3) büyük çoğunluğun eşi (%39,4, %34,4), eş ve çocukları (%36,4,%31,2) ya da sadece çocuklarıyla (%21,2, %28,1) yaşadığı saptandı. Girişim grubunun %54,5'inin, kontrol grubunun %62,2'sinin kronik hastalığı olduğu saptandı. ICD şoklamaları incelendiğinde; 3. ay girişim grubunun %48,5'inin, kontrol grubunun %40,6'sının, 6. ay girişim grubunun %27,3'ünün, kontrol grubunun %37,5'inin şok yaşadığı belirlendi.

## 4.2. Hastaların Ölçek Puanlarına Yönelik Bulgular

### 4.2.1. Öz etkililik, sonuç beklentisi ve şok anksiyetesi ölçek puanlarının dağılımları ve çalışmadaki Cronbach's alfa katsayıları

Öz etkililik, sonuç beklentisi ve şok anksiyetesi ölçek puanlarının dağılımları ve çalışmadaki Cronbach's alfa katsayılarının dağılımı Tablo 2'de verildi.

**Tablo 2: Öz Etkililik, Sonuç Beklentisi ve Şok Anksiyete Ölçek Puanlarının Dağılımları ve Cronbach's Alfa Katsayıları**

Ölçekler	Soru Sayısı	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss	Cronbach's Alfa	
Öz etkililik	3.ay	10	25-90 (54)	56,71±18,86	<b>0,96</b>
	6.ay		36-100 (72)	68,25±16,33	<b>0,94</b>
Sonuç beklentisi	3.ay	5	5-25 (21)	20,82±3,88	<b>0,94</b>
	6.ay		5-25 (25)	22,65±3,40	<b>0,98</b>
Şok anksiyetesi	3.ay	10	10-45 (23)	22,72±10,19	<b>0,96</b>
	6.ay		10-39 (18)	19,57±8,55	<b>0,95</b>
Tetikleyiciler	3.ay	3	3-11 (5)	5,43±2,32	<b>0,79</b>
	6.ay		3-9 (4)	4,71±1,88	<b>0,81</b>
Sonuç	3.ay	7	7-35 (17)	17,29±8,08	<b>0,96</b>
	6.ay		7-30 (14)	14,86±6,86	<b>0,95</b>

Öz etkililik ölçeği, 3.ay puanları 25 ile 90 arasında değişmekte olup, ortalama 56,71±18,86; 6.ay puanları 36 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalama 68,25±16,33'tür. Öz etkililik ölçeği Cronbach's Alfa katsayıları 3.ay için ,96, 6.ay için ,94 olduğu saptandı.

Sonuç beklentisi ölçeği, 3.ay puanları 5 ile 25 arasında değişmekte olup, ortalama 20,82±3,88; 6.ay puanları 5 ile 25 arasında değişmekte olup, ortalama 22,65±3,40'tır. Sonuç beklentisi ölçeği Cronbach's Alfa katsayıları 3.ay için ,94, 6.ay için ,98 olduğu saptandı.

Şok anksiyete ölçeği, 3.ay puanları 10 ile 45 arasında değişmekte olup, ortalama 22,72±10,19; 6.ay puanları 10 ile 39 arasında değişmekte olup, ortalama 19,57±8,55'tir. Şok anksiyete ölçeği Cronbach's Alfa katsayıları 3.ay için ,96, 6.ay için ,95 olduğu saptandı.

#### 4.2.2. Hastaların öz etkililik ve sonuç beklentisi durumlarına yönelik bulgular

Hastaların öz etkililik ve sonuç beklentisi durumlarına yönelik bulgular Tablo 3'te verildi.

**Tablo 3.** Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Öz Etkililik ve Sonuç Beklentisinin Karşılaştırılması

Ölçekler	İzlem zamanı		Girişim grubu (n=33)	Kontrol grubu (n=32)	Z	<sup>a</sup> p
Öz etkililik	3.ay	Min-Mak			<b>-0,992</b>	<b>0,32</b>
		(Medyan)	26-90 (60)	25-90 (54)		
		Ort±Ss	59,09±19,26	54,25±18,42		
	6.ay	Min-Mak		36-100	<b>-2,123</b>	<b>0,03*</b>
		(Medyan)	44-100 (75)	(61,5)		
		Ort±Ss	72,67±15,21	63,69±16,41		
		Z	<b>-4,886</b>	<b>-4,700</b>		
		<sup>b</sup> p	<b>0,00**</b>	<b>0,00**</b>		
Sonuç beklentisi	3.ay	Min-Mak			<b>-0,930</b>	<b>0,93</b>
		(Medyan)	15-25 (21)	5-25 (20,5)		
		Ort±Ss	21,00±3,23	20,63±4,51		
	6.ay	Min-Mak			<b>-0,624</b>	<b>0,53</b>
		(Medyan)	5-25 (23)	18-25 (25)		
		Ort±Ss	22,24±4,05	23,06±2,56		
		Z	<b>-2,889</b>	<b>-3,476</b>		
		<sup>b</sup> p	<b>0,00**</b>	<b>0,00**</b>		

<sup>a</sup>Mann Whitney U Test

<sup>b</sup>Wilcoxon Signed Ranks Test

\*p<,05

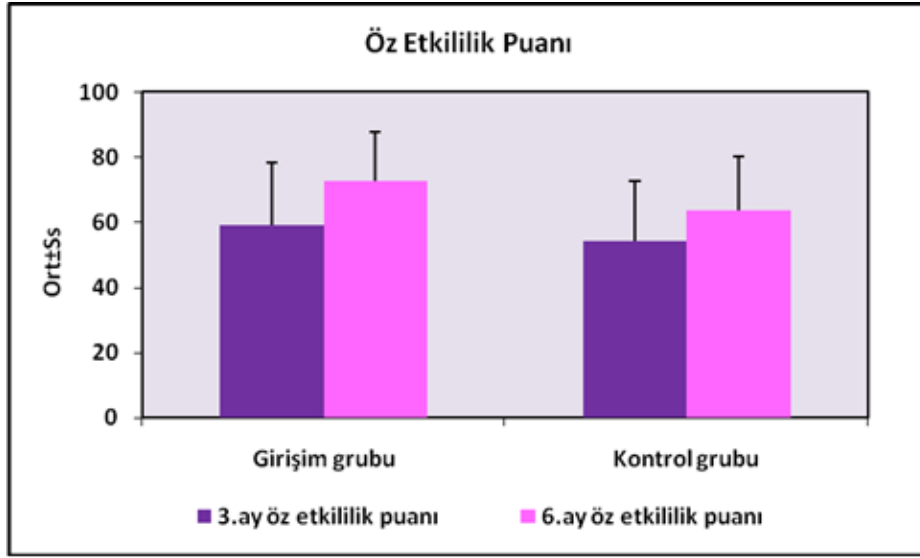
\*\*p<,01

Gruplara göre 3.ay öz etkililik puanları farklılık göstermezken (p=,32 p>,05); 6.ay öz etkililik puanları girişim grubunda, kontrol grubuna göre yüksek olduğu görüldü (p=,03).

Girişim grubunda; 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu bulundu (p=,00).

Kontrol grubunda; 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu bulundu (p=,00).

Gruplara göre öz etkililik puanlarının dağılımlarının grafiği Şekil 2’de verildi.



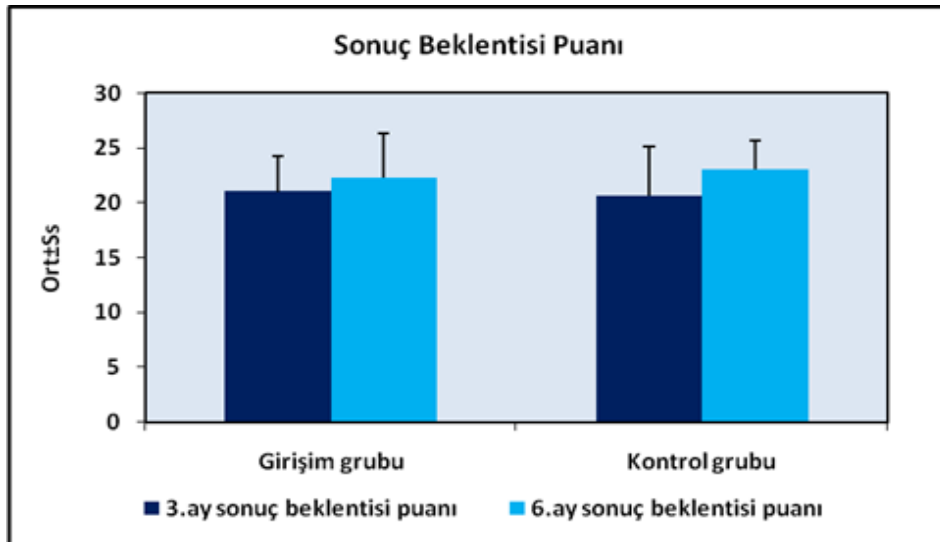
Şekil 2: Gruplara göre öz etkililik puanlarının dağılımları

Gruplara göre 3.ay ( $p=,93$ ) ve 6.ay ( $p=,53$ ) sonuç beklentisi puanları farklılık göstermemektedir.

Girişim grubunda; 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu belirlendi ( $p=,00$ ).

Kontrol grubunda; 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu bulundu ( $p=,00$ ).

Gruplara göre sonuç beklentisi puanlarının dağılımlarının grafiği Şekil 3’de verildi.



Şekil 3: Gruplara göre sonuç beklentisi puanlarının dağılımları

### 4.2.3. Hastaların şok anksiyetesi durumlarına yönelik bulgular

Hastaların şok anksiyetesi durumlarına yönelik bulgular Tablo 4'te verildi.

**Tablo 4.** Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Şok Anksiyetesinin Karşılaştırılması

		<b>Girişim grubu (n=33)</b>	<b>Kontrol grubu (n=32)</b>	<b>Z</b>	<b><sup>a</sup>p</b>
<b>Şok anksiyetesi</b>	<i>Min-Mak</i>				
	<b>3.ay</b> ( <i>Medyan</i> )	10-44 (23)	10-45 (21,5)	<b>-0,560</b>	<b>0,58</b>
	<i>Ort±Ss</i>	23,30±10,32	22,13±10,18		
	<i>Min-Mak</i>				
	<b>6.ay</b> ( <i>Medyan</i> )	10-37 (20)	10-39 (16,5)	<b>-0,466</b>	<b>0,64</b>
	<i>Ort±Ss</i>	19,33±8,75	19,81±8,47		
		<b>Z -4,347</b>	<b>-3,451</b>		
		<b><sup>b</sup>p 0,00**</b>	<b>0,00**</b>		

<sup>a</sup>Mann Whitney U Test

<sup>b</sup>Wilcoxon Signed Ranks Test

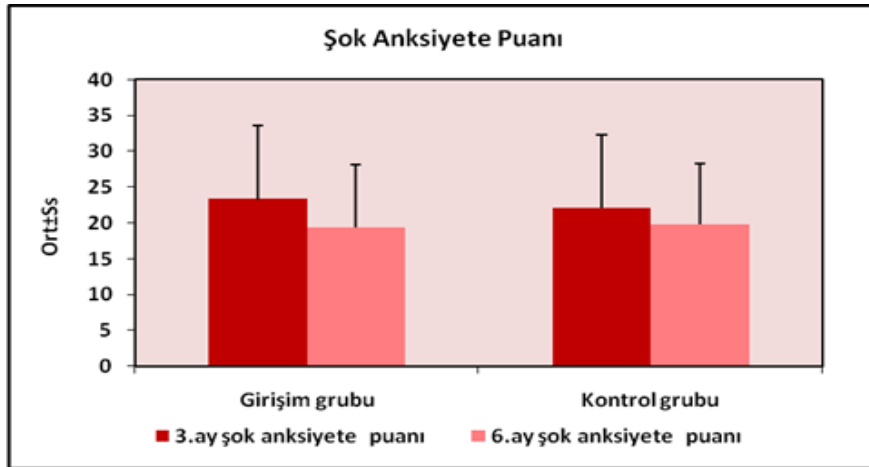
\*\*p<,01

Gruplara göre 3.ay (p=,58) ve 6.ay (p=,64) şok anksiyetesi puanları farklılık göstermemektedir (p>,05).

Girişim grubunda; 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu belirlendi (p=,00).

Kontrol grubunda; 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu bulundu (p=,00).

Gruplara göre şok anksiyetesi puanlarının dağılım grafiği Şekil 4'te verildi.



**Şekil 4:** Gruplara göre şok anksiyete puanlarının dağılımları

#### 4.2.4. Tanıtıcı Özelliklere Göre Ölçek Puanlarına Yönelik Bulgular

##### 4.2.4.1. Yaşa göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Girişim ve kontrol grubu hastaların yaşa göre öz etkililik ve sonuç beklentisi ile şok anksiyetesine yönelik aldıkları puanların karşılaştırması Tablo 5’de verildi. Hastaların yaş ortalaması iki grupta benzer şekilde 55 olduğu için 55 yaş altı ve 55 yaş üstü olarak gruplanarak analizler yapıldı.

**Tablo 5.** Gruplarda Yaşa, İzlem Zamanına Göre Öz Etkililik, Sonuç Beklentisi ve Şok Anksiyetesinin Karşılaştırılması

Ölçekler	Girişim grubu (n=33)			Kontrol grubu (n=32)		
	<55 yaş (n=12)	≥55 yaş (n=21)	Z	<55 yaş (n=13)	≥55 yaş (n=19)	Z
İzlem zamanı	Min-Mak	Min-Mak	<sup>a</sup> p	Min-Mak	Min-Mak	<sup>a</sup> p
	(Medyan)	(Medyan)		(Medyan)	(Medyan)	
	Ort±Ss	Ort±Ss		Ort±Ss	Ort±Ss	
<b>Öz etkililik</b>						
<b>3.ay</b>	26-78 (50)	38-90 (71,5)	<b>-3,120</b>	25-69 (43)	42-90 (63)	<b>-3,212</b>
	49,12±16,15	69,69±16,76	<b>0,00**</b>	43,63±13,92	64,88±16,33	<b>0,00**</b>
<b>6.ay</b>	44-87 (66)	50-100 (84)	<b>-3,228</b>	36-78 (53,5)	50-100 (72)	<b>-2,782</b>
	64,76±12,90	81,06±13,06	<b>0,00**</b>	55,50±13,46	71,88±15,24	<b>0,00**</b>
<b>Z</b>	<b>-3,626</b>	<b>-3,300</b>		<b>-3,526</b>	<b>-3,018</b>	
<b><sup>b</sup>p</b>	<b>0,00**</b>	<b>0,00**</b>		<b>0,00**</b>	<b>0,00**</b>	
<b>Sonuç beklentisi</b>						
<b>3.ay</b>	15-25 (20)	15-25 (23)	<b>-1,383</b>	13-25 (20)	5-25 (23)	<b>-1,770</b>
	20,29±3,02	21,75±3,38	<b>0,17</b>	19,75±3,80	21,50±5,09	<b>0,08</b>
<b>6.ay</b>	5-25 (21)	20-25 (25)	<b>-2,648</b>	18-25 (24)	19-25 (25)	<b>-1,364</b>
	20,71±4,93	23,88±1,89	<b>0,00**</b>	22,50±2,73	23,63±2,33	<b>0,17</b>
<b>Z</b>	<b>-1,753</b>	<b>-2,454</b>		<b>-3,077</b>	<b>-1,783</b>	
<b><sup>b</sup>p</b>	<b>0,08</b>	<b>0,01*</b>		<b>0,00**</b>	<b>0,08</b>	
<b>Şok anksiyetesi</b>						
<b>3.ay</b>	15-44 (30)	10-34 (14)	<b>-3,340</b>	10-45 (27,5)	10-29 (16,5)	<b>-2,653</b>
	29,06±8,17	17,19±8,86	<b>0,00**</b>	27,13±10,68	17,13±6,83	<b>0,00**</b>
<b>6.ay</b>	10-37 (25)	10-30 (10)	<b>-2,716</b>	10-39 (23,5)	10-28 (14)	<b>-2,315</b>
	23,53±7,65	14,88±7,73	<b>0,00**</b>	23,19±8,78	16,44±6,84	<b>0,02*</b>
<b>Z</b>	<b>-3,556</b>	<b>-2,497</b>		<b>-3,190</b>	<b>-1,195</b>	
<b><sup>b</sup>p</b>	<b>0,00**</b>	<b>0,01*</b>		<b>0,01**</b>	<b>0,23</b>	

<sup>a</sup>Mann Whitney U Test

<sup>b</sup>Wilcoxon Signed Ranks Test

\*p<,05

\*\*p<,01

Girişim grubu hastalarda öz etkililik puanları incelendiğinde; yaşı 55 ve üzeri olanların 3.ay ( $p=,00$ ) ve 6.ay ( $p=,00$ ) puanları, yaşı 55'ten küçük olanların puanlarından yüksek olduğu saptandı.

Yaşı 55'ten küçük olan ( $p=,00$ ) ve 55 ve üzeri olan ( $p=,00$ ) grupların ikisinde de 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu bulundu.

Girişim grubu hastalarda sonuç beklentisi puanları incelendiğinde; yaşa göre 3.ay puanları farklılık göstermezken ( $p=,17$ ); yaşı 55 ve üzeri olanların 6.ay puanlarının, yaşı 55'ten küçük olanların puanlarından yüksek olduğu görüldü ( $p=,00$ ).

Yaşı 55'ten küçük olan grupta 3.ay ve 6.ay puanları farklılık göstermezken ( $p=,08$ ), yaşı 55 ve üzeri olan grupta, 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu bulundu ( $p=,01$ ).

Girişim grubu hastalarda şok anksiyetesi puanları incelendiğinde; yaşı 55 ve üzeri olanların 3.ay ( $p=,00$ ) ve 6.ay ( $p=,00$ ) puanlarının, yaşı 55'ten küçük olanların puanlarından düşük olduğu belirlendi.

Yaşı 55'ten küçük olan ( $p=,00$ ) ve yaşı 55 ve üzeri olan ( $p=,01$ ) her iki grupta da 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu bulundu.

Kontrol grubu hastalarda öz etkililik puanları incelendiğinde; yaşı 55 ve üzeri olanların 3.ay ( $p=,00$ ) ve 6.ay ( $p=,00$ ) puanlarının, yaşı 55'ten küçük olanların puanlarından yüksek olduğu bulundu.

Yaşı 55'ten küçük olan ( $p=,00$ ) ve yaşı 55 ve üzeri olan ( $p=,00$ ) grupların ikisinde de 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu görüldü.

Kontrol grubu hastalarda sonuç beklentisi puanları incelendiğinde; yaşa göre 3.ay ( $p=,08$ ) ve 6.ay ( $p=,17$ ) puanları farklılık göstermedi.

Yaşı 55'ten küçük olan grupta, 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu görülürken ( $p=,00$ ), yaşı 55 ve üzeri olan grupta, 3.ay ve 6.ay puanları farklılık göstermedi ( $p=,08$ ).

Kontrol grubu hastalarda şok anksiyetesi puanları incelendiğinde; yaşı 55 ve üzeri olanların 3.ay (p=,00) ve 6.ay (p=,02) puanlarının, yaşı 55'ten küçük olanların puanlarından düşük olduğu bulundu.

Yaşı 55'ten küçük olan grupta, 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu bulunurken (p=,00), yaşı 55 ve üzeri olan grupta, 3.ay ve 6.ay puanları farklılık göstermedi (p=,23).

#### 4.2.4.2. Cinsiyete göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Girişim ve kontrol grubu hastaların cinsiyete göre öz etkililik ve sonuç beklentisi ile şok anksiyetesine yönelik aldıkları puanların karşılaştırması Tablo 6'da verildi.

**Tablo 6.** Gruplarda Cinsiyete, İzlem Zamanına Göre Öz Etkililik, Sonuç Beklentisi ve Şok Anksiyetesinin Karşılaştırılması

Ölçekler	Girişim grubu (n=33)			Kontrol grubu (n=32)		
	Kadın (n=8)	Erkek (n=25)	Z	Kadın (n=7)	Erkek (n=25)	Z
İzlem zamanı	Min-Mak (Medyan)	Min-Mak (Medyan)	<sup>a</sup> p	Min-Mak (Medyan)	Min-Mak (Medyan)	<sup>a</sup> p
	Ort±Ss	Ort±Ss		Ort±Ss	Ort±Ss	
<b>Öz etkililik</b>						
3.ay	26-81 (43)	26-90 (61)	<b>-1,662</b>	25-83 (74)	26-90 (54)	<b>-0,320</b>
	48,88±20,55	62,36±18,05	<b>0,10</b>	57,57±27,63	53,32±15,59	<b>0,75</b>
6.ay	44-90 (69,5)	47-100 (79)	<b>-1,598</b>	36-90 (78)	38-100 (60)	<b>-0,526</b>
	65,25±15,35	75,04±14,69	<b>0,11</b>	65,57±23,59	63,16±14,40	<b>0,60</b>
Z	<b>-2,521</b>	<b>-4,205</b>		<b>-2,197</b>	<b>-4,183</b>	
<sup>b</sup> p	<b>0,01*</b>	<b>0,00**</b>		<b>0,03*</b>	<b>0,00**</b>	
<b>Sonuç beklentisi</b>						
3.ay	15-25 (18,5)	15-25 (22)	<b>-1,316</b>	18-25 (23)	5-25 (20)	<b>-0,837</b>
	19,38±4,17	21,52±2,77	<b>0,19</b>	22,14±3,08	20,20±4,80	<b>0,40</b>
6.ay	5-25 (21,5)	15-25 (24)	<b>-1,111</b>	20-25 (20)	18-25 (25)	<b>-1,295</b>
	20,13±6,69	22,92±2,63	<b>0,27</b>	22,00±2,52	23,36±2,55	<b>0,20</b>
Z	<b>-1,187</b>	<b>-2,658</b>		<b>-0,368</b>	<b>-3,638</b>	
<sup>b</sup> p	<b>0,24</b>	<b>0,00**</b>		<b>0,71</b>	<b>0,00**</b>	
<b>Şok anksiyetesi</b>						
3.ay	10-44 (28,5)	10-39 (22)	<b>-1,158</b>	10-45 (19)	10-43 (23)	<b>-0,183</b>
	27,13±11,24	22,08±9,93	<b>0,25</b>	23,57±14,41	21,72±9,00	<b>0,86</b>
6.ay	10-31 (26,5)	10-37 (18)	<b>-1,250</b>	10-39 (16)	10-34 (17)	<b>-0,161</b>
	22,13±8,97	18,44±8,67	<b>0,21</b>	20,71±11,40	19,56±7,74	<b>0,87</b>
Z	<b>-2,375</b>	<b>-3,657</b>		<b>-1,753</b>	<b>-2,905</b>	
<sup>b</sup> p	<b>0,02*</b>	<b>0,00**</b>		<b>0,08</b>	<b>0,00**</b>	
<sup>a</sup> Mann Whitney U Test		<sup>b</sup> Wilcoxon Signed Ranks Test		*p<,05		**p<,01

Girişim grubu hastalarda öz etkililik puanları incelendiğinde; cinsiyete göre 3.ay (p=,10) ve 6.ay (p=,11) puanları farklılık göstermedi.

Kadınlarda(p=,01) ve erkeklerde (p=,00), 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu bulundu.

Girişim grubu hastalarda sonuç beklentisi puanları incelendiğinde; cinsiyete göre 3.ay (p=,19) ve 6.ay (p=,27) puanları farklılık göstermedi.

Kadınlarda, 3.ay ve 6.ay puanlarının farklılık göstermediği saptanırken (p=,24), erkeklerde 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu bulundu (p=,00).

Girişim grubu hastalarda şok anksiyetesi puanları incelendiğinde; cinsiyete göre 3.ay (p=,25) ve 6.ay (p=,21) puanları farklılık göstermedi.

Kadınlarda (p=,02) ve erkeklerde (p=,00) 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu bulundu.

Kontrol grubu hastalarda öz etkililik puanları incelendiğinde; cinsiyete göre 3.ay (p=,75) ve 6.ay (p=,60) puanlarının farklılık göstermediği bulundu.

Kadınlarda (p=,03) ve erkeklerde (p=,00), 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu bulundu.

Kontrol grubu hastalarda sonuç beklentisi puanları incelendiğinde; cinsiyete göre 3.ay (p=,40) ve 6.ay (p=,20) puanlarının farklılık göstermediği saptandı.

Kadınlarda, 3.ay ve 6.ay puanları farklılık göstermezken (p=,71), erkeklerde 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu bulundu (p=,00).

Kontrol grubu hastalarda şok anksiyetesi puanları incelendiğinde; cinsiyete göre 3.ay (p=,86) ve 6.ay (p=,87) puanlarının farklılık göstermediği bulundu.

Kadınlarda, 3.ay ve 6.ay puanları farklılık göstermezken (p=,08), erkeklerde 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu saptandı (p=,00).

#### 4.2.4.3. Medeni duruma göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Girişim ve kontrol grubu hastaların medeni durumlarına göre öz etkililik ve sonuç beklentisi ile şok anksiyetesine yönelik aldıkları puanların karşılaştırması Tablo 7’de verildi.

**Tablo 7.** Gruplarda Medeni Duruma, İzlem Zamanına Göre Öz Etkililik, Sonuç Beklentisi ve Şok Anksiyetesinin Karşılaştırılması

Ölçekler	Girişim grubu (n=33)			Kontrol grubu (n=32)		
	Evli (n=25)	Bekâr (n=8)	Z	Evli (n=22)	Bekâr (n=10)	Z
İzlem zamanı	Min-Mak (Medyan)	Min-Mak (Medyan)	<sup>a</sup> p	Min-Mak (Medyan)	Min-Mak (Medyan)	<sup>a</sup> p
	Ort±Ss	Ort±Ss		Ort±Ss	Ort±Ss	
<b>Öz etkililik</b>						
3.ay	26-90 (61)	28-89 (50)	-1,577	26-90 (54)	25-90 (49,5)	-0,265
	61,84±18,81	50,50±19,29	0,12	54,45±15,73	53,80±24,31	0,80
6.ay	47-100 (77)	44-90 (56)	-1,893	38-100 (61,5)	36-90 (66)	-0,204
	75,92±13,44	62,50±16,82	0,06	63,95±15,02	63,10±20,01	0,84
Z	-4,291	-2,366		-3,975	-2,549	
<sup>b</sup> p	0,00**	0,02*		0,00**	0,01*	
<b>Sonuç beklentisi</b>						
3.ay	15-25 (21)	17-25 (21,5)	-0,382	13-25 (21,5)	5-25 (20,5)	-0,602
	20,84±3,36	21,50±2,93	0,70	21,27±3,40	19,20±6,30	0,55
6.ay	5-25 (23)	15-25 (25)	-0,800	19-25 (25)	18-25 (24,5)	-0,498
	22,04±4,23	22,88±3,64	0,42	23,23±2,49	22,70±2,83	0,62
Z	-2,459	-1,511		-3,204	-1,689	
<sup>b</sup> p	0,01*	0,13		0,00**	0,10	
<b>Şok anksiyetesi</b>						
3.ay	10-44 (20)	10-38 (32)	-1,976	10-43 (21,5)	10-45 (18)	-0,450
	21,12±10,01	30,13±8,56	0,04*	22,50±9,15	21,30±12,66	0,65
6.ay	10-37 (13)	10-30 (26,5)	-1,918	10-34 (16,5)	10-39 (19)	-0,328
	17,56±8,76	24,88±6,38	0,06	19,68±7,52	20,10±10,72	0,74
Z	-3,661	-2,379		-3,247	-1,156	
<sup>b</sup> p	0,00**	0,02*		0,00**	0,25	

<sup>a</sup>Mann Whitney U Test

<sup>b</sup>Wilcoxon Signed Ranks Test

\*p<,05

\*\*p<,01

Girişim grubu hastalarda öz etkililik puanları incelendiğinde; medeni duruma göre, 3.ay (p=,12) ve 6.ay (p=,06) puanlarının farklılık göstermediği bulundu.

Evli (p=,00) ve bekâr (p=,02) grupların her ikisinde, 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu bulundu.

Girişim grubu hastalarda sonuç beklentisi puanları incelendiğinde; medeni duruma göre, 3.ay (p=,70) ve 6.ay (p=,42) puanları farklılık göstermedi.

Evli grupta, 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu saptanırken (p=,01), bekâr grupta, 3.ay puanlarına göre 6.ay puanları farklılık göstermedi (p=,13).

Girişim grubu hastalarda şok anksiyetesi puanları incelendiğinde; bekârların 3.ay (p=,04) puanlarının evlilerin puanlarından yüksek olduğu, 6.ay (p=,06) puanlarının farklı olmadığı görüldü.

Evli (p=,00) ve bekâr (p=,02) grupların her ikisinde, 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu bulundu.

Kontrol grubu hastalarda öz etkililik puanları incelendiğinde; medeni duruma göre, 3.ay (p=,80) ve 6.ay (p=,84) puanlarının farklılık göstermediği bulundu.

Evli (p=,00) ve bekâr (p=,01) grupların, 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu saptandı.

Kontrol grubu hastalarda sonuç beklentisi puanları incelendiğinde; medeni duruma göre, 3.ay (p=,55) ve 6.ay (p=,62) puanları farklılık göstermedi.

Evli grupta, 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu saptanırken (p=,00), bekâr grupta, 3.ay puanlarına göre 6.ay puanların farklılık göstermediği bulundu (p=,01).

Kontrol grubu hastalarda şok anksiyetesi puanları incelendiğinde; medeni duruma göre, 3.ay (p=,65) ve 6.ay (p=,74) puanlarının farklılık göstermediği bulundu.

Evli grupta, 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu (p=,00), bekâr grupta ise 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının farklılık göstermediği bulundu (p=,25).

#### 4.2.4.4. Eğitim durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Girişim ve kontrol grubu hastaların eğitim durumlarına göre öz etkililik ve sonuç beklentisi ile şok anksiyetesine yönelik aldıkları puanların karşılaştırması Tablo 8'de verildi.

**Tablo 8.** Gruplarda Eğitim Durumu, İzlem Zamanına Göre Öz Etkililik, Sonuç Beklentisi ve Şok Anksiyetesinin Karşılaştırılması

Ölçekler	Girişim grubu (n=33)			Kontrol grubu (n=32)		
	İlkokul ve altı (n=21)	Ortaokul ve üzeri (n=12)	Z	İlkokul ve altı (n=15)	Ortaokul ve üzeri (n=17)	Z
İzlem zamanı	Min-Mak (Medyan)	Min-Mak (Medyan)	<sup>a</sup> p	Min-Mak (Medyan)	Min-Mak (Medyan)	<sup>a</sup> p
	Ort±Ss	Ort±Ss		Ort±Ss	Ort±Ss	
<b>Öz etkililik</b>						
<b>3.ay</b>	26-90 (59)	26-90 (61,5)	<b>-0,637</b>	39-90 (63)	25-90 (45)	<b>-2,518</b>
	57,33±20,21	62,17±17,90	<b>0,52</b>	63,27±15,88	46,29±17,12	<b>0,01*</b>
<b>6.ay</b>	44-90 (76)	47-100 (73)	<b>-0,375</b>	50-90 (72)	36-100 (55)	<b>-2,313</b>
	71,67±15,35	74,42±15,48	<b>0,71</b>	70,60±13,97	57,59±16,32	<b>0,02*</b>
<b>Z</b>	<b>-3,825</b>	<b>-3,072</b>		<b>-3,022</b>	<b>-3,523</b>	
<b><sup>b</sup>p</b>	<b>0,00**</b>	<b>0,00**</b>		<b>0,00**</b>	<b>0,00**</b>	
<b>Sonuç beklentisi</b>						
<b>3.ay</b>	15-25 (20)	18-25 (23)	<b>-1,437</b>	5-25 (23)	13-25 (20)	<b>-0,887</b>
	20,33±3,43	22,17±2,59	<b>0,15</b>	21,07±5,11	20,24±4,02	<b>0,38</b>
<b>6.ay</b>	15-25 (23)	5-25 (23,5)	<b>-0,119</b>	19-25 (25)	18-25 (24)	<b>-1,073</b>
	22,62±2,92	21,58±5,62	<b>0,91</b>	23,53±2,39	22,65±2,71	<b>0,30</b>
<b>Z</b>	<b>-3,129</b>	<b>-0,677</b>		<b>-1,999</b>	<b>-2,943</b>	
<b><sup>b</sup>p</b>	<b>0,00**</b>	<b>0,50</b>		<b>0,04*</b>	<b>0,00**</b>	
<b>Şok anksiyetesini</b>						
<b>3.ay</b>	10-44 (23)	10-39 (21,5)	<b>-0,225</b>	10-29 (17)	10-45 (27)	<b>-2,582</b>
	23,76±11,09	22,50±9,23	<b>0,82</b>	17,07±6,28	26,59±10,99	<b>0,01*</b>
<b>6.ay</b>	10-31 (22)	10-37 (16,5)	<b>-0,576</b>	10-26 (15)	10-39 (25)	<b>-2,358</b>
	19,86±8,78	18,42±9,00	<b>0,57</b>	15,60±5,73	23,53±8,88	<b>0,02*</b>
<b>Z</b>	<b>-3,633</b>	<b>-2,447</b>		<b>-2,081</b>	<b>-2,674</b>	
<b><sup>b</sup>p</b>	<b>0,00**</b>	<b>0,01*</b>		<b>0,04*</b>	<b>0,00**</b>	

<sup>a</sup>Mann Whitney U Test

<sup>b</sup>Wilcoxon Signed Ranks Test

\*p<,05

\*\*p<,01

Girişim grubu hastalarda öz etkililik puanları incelendiğinde; eğitim durumuna göre, 3.ay (p=,52) ve 6.ay (p=,71) puanları farklılık göstermedi.

Eğitim durumu ilkokul ve altı olan (p=,00), ortaokul ve üzeri olan (p=,00) iki grupta da 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu bulundu.

Girişim grubu hastalarda sonuç beklentisi puanları incelendiğinde; eğitim durumuna göre, 3.ay (p=,15) ve 6.ay (p=,91) puanlarının farklılık göstermediği bulundu.

Eğitim durumu ilkokul ve altı olan grupta, 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu görülürken (p=,00), eğitim durumu ortaokul ve üzeri olan grupta, 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının farklılık göstermediği bulundu (p=,50).

Girişim grubu hastalarda şok anksiyetesi puanları incelendiğinde; eğitim durumuna göre, 3.ay (p=,82) ve 6.ay (p=,57) puanları farklılık göstermedi.

Eğitim durumu ilkokul ve altı olan (p=,00), ortaokul ve üzeri olan (p=,01) her iki grupta 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu bulundu.

Kontrol grubu hastalarda öz etkililik puanları incelendiğinde; eğitim durumu ilkokul ve altı olanların 3.ay (p=,01) ve 6.ay (p=,02) puanları, eğitim durumu ortaokul ve üzeri olanların puanlarından yüksekti.

Eğitim durumu ilkokul ve altı olan (p=,00), ortaokul ve üzeri olan (p=,00) her iki grupta, 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu bulundu.

Kontrol grubu hastalarda sonuç beklentisi puanları incelendiğinde; eğitim durumuna göre, 3.ay (p=,38) ve 6.ay (p=,30) puanlarının farklılık göstermediği bulundu.

Eğitim durumu ilkokul ve altı olan (p=,04), ortaokul ve üzeri olan (p=,00) her iki grupta, 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu bulundu.

Kontrol grubu hastalarda şok anksiyetesi puanları incelendiğinde; eğitim durumu ilkokul ve altı olanların 3.ay (p=,01) ve 6.ay (p=,02) puanlarının, eğitim durumu ortaokul ve üzeri olanların puanlarından düşük olduğu bulundu.

Eğitim durumu ilkokul ve altı olan (p=,04), ortaokul ve üzeri olan (p=,00) her iki grupta, 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu saptandı.

#### 4.2.4.5. Çalışma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Girişim ve kontrol grubu hastaların çalışma durumlarına göre öz etkililik ve sonuç beklentisi ile şok anksiyetesine yönelik aldıkları puanların karşılaştırması Tablo 9'da verildi.

**Tablo 9.** Gruplarda Çalışma Durumu, İzlem Zamanına Göre Öz Etkililik, Sonuç Beklentisi ve Şok Anksiyetesinin Karşılaştırılması

	Girişim grubu (n=33)			$X^2$	Kontrol grubu (n=32)			$X^2$
	Çalışıyor (n=9)	Çalışmıyor (n=10)	Emekli (n=14)		Çalışıyor (n=14)	Çalışmıyor (n=6)	Emekli (n=12)	
	Min-Mak (Medyan)	Min-Mak (Medyan)	Min-Mak (Medyan)	$\epsilon p$	Min-Mak (Medyan)	Min-Mak (Medyan)	Min-Mak (Medyan)	$\epsilon p$
	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	
<b>Öz etkililik</b>								
<b>3.ay</b>	28-74 (51)	26-81 (51,5)	26-90(71,5)	<b>5,796</b>	25-63 (43)	30-74 (49,5)	50-90(63,5)	<b>14,104</b>
	51,89±14,57	52,7±17,98	68,29±20,02	<b>0,06</b>	42,64±11,98	51,00±18,04	69,42±14,50	<b>0,00**</b>
<b>6.ay</b>	44-81 (66)	50-90 (71)	47-100 (84)	<b>7,363</b>	36-72 (53)	48-78 (66)	51-100 (73,5)	<b>11,009</b>
	63,56±12,64	70,70±13,59	79,93±15,05	<b>0,03*</b>	53,36±12,00	64,67±13,19	75,25±15,08	<b>0,00**</b>
<b>Z</b>	<b>-2,527</b>	<b>-2,807</b>	<b>-3,186</b>		<b>-3,301</b>	<b>-2,226</b>	<b>-2,352</b>	
<b><math>b_p</math></b>	<b>0,01*</b>	<b>0,00**</b>	<b>0,00**</b>		<b>0,00**</b>	<b>0,03*</b>	<b>0,02*</b>	
<b>Sonuç beklentisi</b>								
<b>3.ay</b>	17-24 (23)	15-25 (20)	15-25(21,5)	<b>1,016</b>	13-25 (20)	15-23 (19,5)	5-25 (25)	<b>9,037</b>
	21,44±2,30	19,90±4,01	21,50±3,16	<b>0,60</b>	20,00±3,37	18,67±3,14	22,33±5,79	<b>0,01*</b>
<b>6.ay</b>	5-25 (21)	18-25 (24)	20-25(24,5)	<b>1,891</b>	19-25 (24,5)	18-25 (20)	20-25 (25)	<b>4,102</b>
	19,89±6,47	22,90±2,64	23,29±2,13	<b>0,40</b>	22,93±2,62	21,33±2,94	24,08±1,93	<b>0,13</b>
<b>Z</b>	<b>-0,216</b>	<b>-2,555</b>	<b>-2,113</b>		<b>-3,077</b>	<b>-2,032</b>	<b>-0,730</b>	
<b><math>b_p</math></b>	<b>0,83</b>	<b>0,01*</b>	<b>0,03*</b>		<b>0,00**</b>	<b>0,04*</b>	<b>0,46</b>	
<b>Şok anksiyetesini</b>								
<b>3.ay</b>	14-38 (32)	10-44 (28,5)	10-39(15,5)	<b>3,090</b>	10-45 (26)	10-38 (23,5)	10-26 (12)	<b>7,479</b>
	26,11±9,66	26,10±10,37	19,50±10,16	<b>0,21</b>	26,71±10,19	24,17±10,61	15,75±6,66	<b>0,02*</b>
<b>6.ay</b>	10-30 (20)	10-31 (24,5)	10-37(11,5)	<b>1,753</b>	10-39 (24)	10-31 (20,5)	10-26(12,5)	<b>7,614</b>
	19,22±8,98	21,80±7,97	17,64±9,33	<b>0,42</b>	23,29±8,57	21,33±8,57	15,00±6,32	<b>0,02*</b>
<b>Z</b>	<b>-2,670</b>	<b>-2,680</b>	<b>-1,951</b>		<b>-2,586</b>	<b>-2,060</b>	<b>-1,089</b>	
<b><math>b_p</math></b>	<b>0,00**</b>	<b>0,00**</b>	<b>0,04*</b>		<b>0,01*</b>	<b>0,04*</b>	<b>0,27</b>	
<i><sup>b</sup>WilcoxonSignedRanks Test</i>			<i><sup>e</sup>Kruskall Wallis Test Test</i>			<i>*p&lt;,05</i>		<i>**p&lt;,01</i>

Girişim grubu hastalarda öz etkililik puanları incelendiğinde; çalışma durumuna göre, 3.ay puanları arasında farklılık saptanmazken (p=,06), 6.ay puanları arasında farklılık saptandı (p=,03). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; emekli grubun puanlarının, çalışan grubun

puanlarından yüksek olduğu görüldü ( $p=,01$ ). Diğer ikili karşılaştırmalarda ise farklılık saptanmadı.

Çalışan grupta ( $p=,01$ ), çalışmayan grupta ( $p=,00$ ) ve emekli grupta ( $p=,00$ ) öz etkililik 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu bulundu.

Girişim grubu hastalarda sonuç beklentisi puanları incelendiğinde; çalışma durumuna göre, 3.ay ( $p=,60$ ) ve 6.ay ( $p=,40$ ) puanlarının farklılık göstermediği bulundu.

Çalışan grupta ( $p=,83$ ) sonuç beklentisi 3.ay puanlarına göre 6.ay puanları farklılık göstermezken, çalışmayan grupta ( $p=,01$ ) ve emekli grupta ( $p=,03$ ) 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu görüldü.

Girişim grubu hastalarda şok anksiyetesi puanları incelendiğinde; çalışma durumuna göre, 3.ay ( $p=,21$ ) ve 6.ay ( $p=,42$ ) puanları farklılık göstermedi.

Çalışan grupta ( $p=,00$ ), çalışmayan grupta ( $p=,00$ ) ve emekli grupta ( $p=,04$ ) şok anksiyetesi 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu bulundu.

Kontrol grubu hastalarda öz etkililik puanları incelendiğinde; çalışma durumuna göre, 3.ay puanları arasında farklılık olduğu saptandı ( $p=,00$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; emekli grubun puanları, çalışan grubun puanlarından yüksek bulundu ( $p=,00$ ). Diğer ikili karşılaştırmalarda ise farklılık olmadığı saptandı.

Çalışma durumuna göre, 6.ay puanları arasında farklılık olduğu saptandı ( $p=,00$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; emekli grubun puanları, çalışan grubun puanlarından yüksek olduğu bulundu ( $p=,00$ ). Diğer ikili karşılaştırmalarda ise farklılık olmadığı saptandı.

Çalışan grupta ( $p=,00$ ), çalışmayan grupta ( $p=,03$ ) ve emekli grupta ( $p=,02$ ) öz etkililik 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu bulundu.

Kontrol grubu hastalarda sonuç beklentisi puanları incelendiğinde; çalışma durumuna göre, 3.ay puanları arasında farklılık olduğu saptandı ( $p=,01$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu;

emekli grubun puanları, çalışan ( $p=,01$ ) ve çalışmayan ( $p=,01$ ) grupların puanlarından yüksek olduğu bulundu. Çalışan ve çalışmayan grupların puanları arasında ise farklılık olmadığı saptandı.

Çalışma durumuna göre sonuç beklentisi 6.ay puanları arasında farklılık olmadığı saptandı ( $p=,13$ ).

Çalışan grupta ( $p=,00$ ) ve çalışmayan grupta ( $p=,04$ ) sonuç beklentisi 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu, emekli grupta ( $p=,46$ ) ise sonuç beklentisi 3.ay ve 6.ay puanlarının farklılık göstermediği saptandı.

Kontrol grubu hastalarda şok anksiyetesi puanları incelendiğinde; çalışma durumuna göre, 3.ay puanları arasında farklılık olduğu saptandı ( $p=,02$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; emekli grubun puanlarının, çalışan grubun puanlarından düşük olduğu bulundu ( $p=,00$ ). Diğer ikili karşılaştırmalarda ise farklılık olmadığı saptandı.

Çalışma durumuna göre, 6.ay puanları arasında farklılık olduğu saptandı ( $p=,02$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; emekli grubun puanlarının, çalışan grubun puanlarından düşük olduğu bulundu ( $p=,00$ ). Diğer ikili karşılaştırmalarda ise farklılık olmadığı saptandı.

Çalışan grupta ( $p=,01$ ) ve çalışmayan grupta ( $p=,04$ ) şok anksiyetesi 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu, emekli grupta ( $p=,27$ ) 3.ay ve 6.ay puanlarının farklılık göstermediği bulundu.

#### 4.2.4.6. Yaşadıkları kişiye göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Girişim ve kontrol grubu hastaların yaşadıkları kişiye göre öz etkililik ve sonuç beklentisi ile şok anksiyetesine yönelik aldıkları puanların karşılaştırması Tablo 10'da verildi.

**Tablo 10.** Gruplarda Yaşanılan Kişiyeye, İzlem Zamanına Göre Öz Etkililik, Sonuç Beklentisi ve Şok Anksiyetesinin Karşılaştırılması

	Girişim grubu (n=33)			$X^2$	Kontrol grubu (n=32)			$X^2$
	Eş ile (n=13)	Eş ve çocuk (n=12)	Diğer (n=8)		Eş ile (n=11)	Eş ve çocuk (n=10)	Diğer (n=11)	
	Min-Mak (Medyan)	Min-Mak (Medyan)	Min-Mak (Medyan)	<sup>e</sup> p	Min-Mak (Medyan)	Min-Mak (Medyan)	Min-Mak (Medyan)	<sup>e</sup> p
	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	
<b>Öz etkililik</b>								
<b>3.ay</b>	32-90 (64)	26-90 (60,5)	28-89 (50)	<b>1,014</b> <b>0,31</b>	26-74 (45)	39-90 (57,5)	25-90 (54)	<b>1,360</b> <b>0,24</b>
	65,31±18,20	58,08±19,51	50,50±19,29		48,73±14,16	58,10±14,87	56,27±24,48	
<b>6.ay</b>	50-93 (79)	47-100 (76)	44-90 (56)	<b>0,107</b> <b>0,74</b>	38-78 (60)	51-100 (61,5)	36-90 (72)	<b>0,846</b> <b>0,36</b>
	76,15±14,03	75,67±13,38	62,50±16,82		59,64±13,41	66,10±14,93	65,55±20,65	
<b>Z</b>	<b>-3,065</b>	<b>-3,061</b>	<b>-2,366</b>		<b>-2,941</b>	<b>-2,570</b>	<b>-2,705</b>	
<b><sup>b</sup>p</b>	<b>0,00**</b>	<b>0,00**</b>	<b>0,02*</b>		<b>0,00**</b>	<b>0,01*</b>	<b>0,00**</b>	
<b>Sonuç beklentisi</b>								
<b>3.ay</b>	15-25 (21)	15-25 (21)	17-25 (21,5)	<b>0,027</b> <b>0,87</b>	13-25 (20)	18-25 (23)	5-25 (21)	<b>1,690</b> <b>0,20</b>
	20,92±3,43	20,75±3,44	21,50±2,93		20,09±3,83	22,20±2,53	19,73±6,23	
<b>6.ay</b>	18-25 (25)	5-25 (23)	15-25 (25)	<b>0,390</b> <b>0,53</b>	19-25 (25)	19-25 (24,5)	18-25 (25)	<b>0,099</b> <b>0,75</b>
	22,77±2,71	21,25±5,45	22,88±3,64		23,09±2,66	23,20±2,49	22,91±2,77	
<b>Z</b>	<b>-2,056</b>	<b>-1,606</b>	<b>-1,511</b>		<b>-2,536</b>	<b>-2,041</b>	<b>-1,689</b>	
<b><sup>b</sup>p</b>	<b>0,04*</b>	<b>0,11</b>	<b>0,13</b>		<b>0,01*</b>	<b>0,04*</b>	<b>0,09</b>	
<b>Şok anksiyetesi</b>								
<b>3.ay</b>	10-35 (15)	10-44 (22,5)	10-38 (32)	<b>2,953</b> <b>0,09</b>	12-43 (25)	10-29 (21,5)	10-45 (12)	<b>0,840</b> <b>0,36</b>
	17,77±8,66	24,75±10,44	30,13±8,56		25,45±10,39	20,50±6,55	20,27±12,48	
<b>6.ay</b>	10-30 (10)	10-37 (19)	10-30 (26,5)	<b>2,445</b> <b>0,12</b>	12-34 (24)	10-26 (16,5)	10-39 (13)	<b>1,202</b> <b>0,27</b>
	15,31±8,02	20,00±9,19	24,88±6,38		22,27±8,25	17,80±5,81	19,18±10,62	
<b>Z</b>	<b>-2,582</b>	<b>-2,586</b>	<b>-2,379</b>		<b>-2,375</b>	<b>-2,249</b>	<b>-1,156</b>	
<b><sup>b</sup>p</b>	<b>0,01*</b>	<b>0,01*</b>	<b>0,02*</b>		<b>0,02*</b>	<b>0,02*</b>	<b>0,25</b>	

<sup>b</sup>WilcoxonSignedRanks Test

<sup>e</sup>Kruskall Wallis Test Test

\*p<,05

\*\*p<,01

Girişim grubu hastalarda öz etkililik puanları incelendiğinde; yaşanan kişiye göre, 3.ay (p=,31) ve 6.ay (p=,74) puanlarının farklılık göstermediği bulundu.

Eşyle yaşayan grupta (p=,00), eş ve çocukla yaşayan grupta (p=,00) ve diğer kişilerle yaşayan grupta (p=,02) öz etkililik 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu görüldü.

Girişim grubu hastalarda sonuç beklentisi puanları incelendiğinde; yaşanan kişiye göre, 3.ay (p=,87) ve 6.ay (p=,53) puanları farklılık göstermedi.

Eşyle yaşayan grupta sonuç beklentisi 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu (p=,04), eş ve çocukla yaşayan (p=,11), diğer kişilerle yaşayan grupta (p=,13) ise 3.ay ve 6.ay puanlarının farklılık göstermediği bulundu.

Girişim grubu hastalarda şok anksiyetesi puanları incelendiğinde; yaşanan kişiye göre, 3.ay (p=,09) ve 6.ay (p=0,12) puanlarının farklılık göstermediği bulundu.

Eşyle yaşayan grupta (p=,01), eş ve çocukla yaşayan grupta (p=,01) ve diğer kişilerle yaşayan grupta (p=,02) şok anksiyetesi 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu bulundu.

Kontrol grubu hastalarda öz etkililik puanları incelendiğinde; yaşanan kişiye göre, 3.ay (p=,24) ve 6.ay (p=,36) puanları farklılık göstermedi.

Eşyle yaşayan grupta (p=,00), eş ve çocukla yaşayan grupta (p=,01) ve diğer kişilerle yaşayan grupta (p=,00) öz etkililik 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu saptandı.

Kontrol grubu hastalarda sonuç beklentisi puanları incelendiğinde; yaşanan kişiye göre, 3.ay (p=,20) ve 6.ay (p=,75) puanlarının farklılık göstermediği bulundu.

Eşyle yaşayan grupta (p=,01) ve eş ve çocukla yaşayan grupta (p=,04) sonuç beklentisi 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu, diğer kişilerle yaşayan grupta ise 3.ay ve 6.ay puanlarının farklılık göstermediği bulundu (p=,09).

Kontrol grubu hastalarda şok anksiyetesi puanları incelendiğinde; yaşanan kişiye göre, 3.ay (p=,36) ve 6.ay (p=,27) puanları farklılık göstermedi.

Eşyle yaşayan grupta (p=,02), eş ve çocukla yaşayan grupta (p=,02) şok anksiyetesi 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu, diğer kişilerle yaşayan grupta ise 3.ay ve 6.ay puanlarının farklılık göstermediği saptandı (p=,25).

#### 4.2.4.7. Kronik hastalık durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Girişim ve kontrol grubu hastaların kronik hastalık durumuna göre öz etkililik ve ile şok anksiyetesine yönelik aldıkları puanların karşılaştırması Tablo 11’de verildi.

**Tablo 11.** Gruplarda Kronik Hastalık Durumu, İzlem Zamanına Göre Öz Etkililik, Sonuç Beklentisi ve Şok Anksiyetesinin Karşılaştırılması

	Girişim grubu (n=33)			Kontrol grubu (n=32)		
	Kronik hastalık (+) (n=15)	Kronik hastalık (-) (n=18)	Z	Kronik hastalık (+) (n=12)	Kronik hastalık (-) (n=20)	Z
	Min-Mak (Medyan)	Min-Mak (Medyan)	<sup>a</sup> p	Min-Mak (Medyan)	Min-Mak (Medyan)	<sup>a</sup> p
	Ort±Ss	Ort±Ss		Ort±Ss	Ort±Ss	
<b>Öz etkililik</b>						
<b>3.ay</b>	26-90 (63) 63,50±18,42	26-90 (50) 53,80±19,53	<b>-1,647</b> <b>0,10</b>	26-90 (54) 57,85±18,44	25-80 (45) 48,25±17,49	<b>-1,386</b> <b>0,17</b>
<b>6.ay</b>	47-93 (80) 76,44±13,95	44-100 (70) 68,13±15,89	<b>-1,756</b> <b>0,08</b>	38-100 (72) 66,80±16,46	36-86 (60) 58,50±15,61	<b>-1,251</b> <b>0,21</b>
<b>Z</b>	<b>-3,624</b>	<b>-3,300</b>		<b>-3,643</b>	<b>-2,987</b>	
<b><sup>b</sup>p</b>	<b>0,00**</b>	<b>0,00**</b>		<b>0,00**</b>	<b>0,00**</b>	
<b>Sonuç beklentisi</b>						
<b>3.ay</b>	17-25 (22,5) 21,94±2,51	15-25 (20) 19,87±3,70	<b>-1,607</b> <b>0,11</b>	5-25 (20,5) 20,75±4,95	15-25 (21,5) 20,42±3,85	<b>-0,596</b> <b>0,55</b>
<b>6.ay</b>	15-25 (23,5) 22,78±2,78	5-25 (23) 21,60±5,23	<b>-0,421</b> <b>0,67</b>	19-25 (25) 23,15±2,60	18-25 (24) 22,92±2,61	<b>-0,780</b> <b>0,43</b>
<b>Z</b>	<b>-1,693</b>	<b>-2,131</b>		<b>-2,814</b>	<b>-2,143</b>	
<b><sup>b</sup>p</b>	<b>0,09</b>	<b>0,03*</b>		<b>0,00**</b>	<b>0,03*</b>	
<b>Şok anksiyetesi</b>						
<b>3.ay</b>	10-39 (15,5) 19,83±10,09	10-44 (30) 27,47±9,26	<b>-1,957</b> <b>0,05</b>	10-43 (19,5) 20,20±9,73	10-45 (26) 25,33±10,51	<b>-1,487</b> <b>0,14</b>
<b>6.ay</b>	10-37 (10) 16,39±8,77	10-31 (25) 22,87±7,56	<b>-2,393</b> <b>0,02*</b>	10-34 (15) 18,05±8,26	10-39 (23,5) 22,75±8,32	<b>-1,490</b> <b>0,14</b>
<b>Z</b>	<b>-2,800</b>	<b>-3,305</b>		<b>-2,497</b>	<b>-2,354</b>	
<b><sup>b</sup>p</b>	<b>0,00**</b>	<b>0,00**</b>		<b>0,01*</b>	<b>0,02*</b>	

<sup>a</sup>Mann Whitney U Test

<sup>b</sup>Wilcoxon Signed Ranks Test

\*p<,05

\*\*p<,01

Girişim grubu hastalarda öz etkililik puanları incelendiğinde; kronik hastalık varlığına göre, 3.ay (p=,10) ve 6.ay (p=,08) puanlarının farklılık göstermediği bulundu.

Kronik hastalığı olan (p=,00) ve kronik hastalığı olmayan (p=,00) her iki grupta 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu belirlendi.

Girişim grubu hastalarda sonuç beklentisi puanları incelendiğinde; kronik hastalık varlığına göre, 3.ay (p=,11) ve 6.ay (p=,67) puanlarının farklılık göstermediği bulundu.

Kronik hastalığı olan grupta, 3.ay ve 6.ay puanları farklılık göstermezken (p=,09), kronik hastalığı olmayan grupta, 3.ay puanlarına göre 6.ay puanları yüksekti (p=,03).

Girişim grubu hastalarda şok anksiyetesi puanları incelendiğinde; kronik hastalığı olan grubun 3.ay (p=,04) ve 6.ay (p=,02) puanlarının kronik hastalığı olmayanlara göre düşük olduğu bulundu.

Kronik hastalığı olan (p=,00) ve kronik hastalığı olmayan (p=,00) iki grupta da 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu saptandı.

Kontrol grubu hastalarda öz etkililik puanları incelendiğinde; kronik hastalık varlığına göre, 3.ay (p=,17) ve 6.ay (p=,21) puanları farklılık göstermedi.

Kronik hastalığı olan (p=,00) ve kronik hastalığı olmayan (p=,00) her iki grupta, 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu belirlendi.

Kontrol grubu hastalarda sonuç beklentisi puanları incelendiğinde; kronik hastalık varlığına göre, 3.ay (p=,55) ve 6.ay (p=,43) puanlarının farklılık göstermediği saptandı.

Kronik hastalığı olan (p=,00) ve kronik hastalığı olmayan (p=,03) gruplarda 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu bulundu.

Kontrol grubu hastalarda şok anksiyetesi puanları incelendiğinde; kronik hastalık varlığına göre, 3.ay (p=0,14) ve 6.ay (p=0,14) puanları farklılık göstermedi.

Kronik hastalığı olan grupta (p=,01) ve kronik hastalığı olmayan grupta (p=,02) 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu görüldü.

#### 4.2.4.8. Üçüncü ay şoklama durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Girişim ve kontrol grubu hastaların üçüncü ay şoklama durumuna göre öz etkililik ve sonuç beklentisi ile şok anksiyetesine yönelik aldıkları puanların karşılaştırması Tablo 12’de verildi.

**Tablo 12.** Gruplarda Üçüncü Ay Şoklama Durumuna Göre Öz Etkililik, Sonuç Beklentisi ve Şok Anksiyetesinin Karşılaştırılması

3.ay ölçek puanları	Girişim grubu (n=33)			Kontrol grubu (n=32)		
	Şoklama (+)	Şoklama (-)	Z	Şoklama (+)	Şoklama (-)	Z
	(n=16)	(n=17)		(n=13)	(n=19)	
	Min-Mak (Medyan)	Min-Mak (Medyan)	<sup>a</sup> P	Min-Mak (Medyan)	Min-Mak (Medyan)	<sup>a</sup> P
Ort±Ss	Ort±Ss		Ort±Ss	Ort±Ss		
<b>Öz etkililik</b>	26-90 (53)	32-81 (61)	<b>-0,541</b>	26-90 (45)	25-90 (54)	<b>-0,212</b>
	57,25±24,31	60,82±13,48	<b>0,59</b>	53,62±19,21	54,68±18,38	<b>0,83</b>
<b>Sonuç beklentisi</b>	15-25 (20)	15-25 (23)	<b>-1,092</b>	13-25 (19)	5-25 (23)	<b>-1,684</b>
	20,38±3,38	21,59±3,06	<b>0,27</b>	19,38±4,21	21,47±4,61	<b>0,09</b>
<b>Şok anksiyetesi</b>	10-44(30,5)	10-35 (16)	<b>-1,679</b>	10-43 (26)	10-45 (17)	<b>-2,103</b>
	26,75±11,34	20,06±8,33	<b>0,09</b>	26,15±9,12	19,37±10,16	<b>0,03*</b>

<sup>a</sup>Mann Whitney U Test

\*p<,05

\*\*p<,01

Girişim grubu hastalarda şoklama durumuna göre; öz etkililik (p=,59), sonuç beklentisi (p=,27) ve şok anksiyetesi (p=,09) puanlarının farklılık göstermediği bulundu.

Kontrol grubu hastalarda şoklama durumuna göre; öz etkililik (p=,83) ve sonuç beklentisi (p=,09) puanlarının farklılık göstermediği, şok anksiyetesi puanlarının şok yaşayan grupta yüksek olduğu saptandı (p=,03).

#### 4.2.4.9. Altıncı ay şoklama durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Girişim ve kontrol grubu hastaların altıncı ay şoklama durumuna göre öz etkililik ve sonuç beklentisi ile şok anksiyetesine yönelik aldıkları puanların karşılaştırması Tablo 13’de verildi.

**Tablo 13.** Gruplarda Altıncı Ay Şoklama Durumuna Göre Öz Etkililik, Sonuç Beklentisi ve Şok Anksiyetesinin Karşılaştırılması

<i>6.ay ölçek puanları</i>	<b>Girişim grubu (n=33)</b>			<b>Kontrol grubu (n=32)</b>		
	<b>Şoklama (+)</b>	<b>Şoklama (-)</b>	<b>Z</b>	<b>Şoklama (+)</b>	<b>Şoklama (-)</b>	<b>Z</b>
	<b>(n=9)</b>	<b>(n=24)</b>		<b>(n=12)</b>	<b>(n=20)</b>	
	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	<i>a</i> <b>p</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	<i>a</i> <b>p</b>
<i>Ort±Ss</i>	<i>Ort±Ss</i>		<i>Ort±Ss</i>	<i>Ort±Ss</i>		
<b>Öz etkililik</b>	47-100 (60)	44-93 (78)	<b>-1,518</b>	38-100 (60)	36-90 (63)	<b>-0,489</b>
	66,22±17,45	75,08±13,92	<b>0,13</b>	66,25±18,64	62,15±15,22	<b>0,62</b>
<b>Sonuç beklentisi</b>	15-25 (23)	5-25 (25)	<b>-1,283</b>	18-25 (22)	20-25 (25)	<b>-1,691</b>
	21,67±3,24	22,46±4,36	<b>0,20</b>	22,08±2,94	23,65±2,18	<b>0,09</b>
<b>Şok anksiyetesi</b>	10-37 (28)	10-30 (12)	<b>-2,613</b>	10-34 (25,5)	10-39 (15)	<b>-1,705</b>
	26,22±7,43	16,75±7,86	<b>0,00**</b>	23,42±8,02	17,65±8,16	<b>0,09</b>

*a*Mann Whitney U Test

\**p*<,05

\*\**p*<,01

Girişim grubu hastalarda şoklama durumuna göre; öz etkililik (*p*=,13) ve sonuç beklentisi (*p*=,20) puanlarının farklılık göstermediği, şok anksiyetesi puanlarının ise şok yaşayan grupta yüksek olduğu bulundu (*p*=,00).

Kontrol grubu hastalarda şoklama durumuna göre; öz etkililik (*p*=,62), sonuç beklentisi (*p*=,09) ve şok anksiyetesi (*p*=,09) puanlarının farklılık göstermediği saptandı.

#### 4.2.4.10. Şoklama sayısı ile ölçek puanlarının ilişkisi

Girişim ve kontrol grubu hastaların şoklama sayısı ile öz etkililik ve sonuç beklentisi ile şok anksiyetesine yönelik aldıkları puanların ilişkisi Tablo 14’de verildi.

**Tablo 14:** Şoklama Sayısı ile Öz Etkililik, Sonuç Beklentisi ve Şok Anksiyetesinin İlişkisi

	Şoklama Sayısı			
	Girişim grubu (n=33)		Kontrol grubu (n=32)	
	r	p	r	p
<b>3.ay puanları - 3.ay şoklama sayısı</b>				
Öz etkililik	-0,229	0,20	-0,064	0,73
Sonuç beklentisi	-0,348	0,04*	-0,296	0,10
Şok anksiyetesi	0,441	0,01*	0,362	0,04*
<b>6.ay puanları - 6.ay şoklama sayısı</b>				
Öz etkililik	-0,270	0,13	0,053	0,77
Sonuç beklentisi	-0,253	0,15	-0,284	0,11
Şok anksiyetesi	0,472	0,00**	0,316	0,08

r: Spearman’ s Korelasyon Katsayısı                      \*p<,05                      \*\*p<,01

Girişim grubu hastalarda üçüncü ay şoklama sayısı ile ölçek puanlarının ilişkisi incelendiğinde;

Öz etkililik puanları ile şoklama sayısı arasında ilişki saptanmadı (r:-0,229; p=,20 p>,05).

Sonuç beklentisi puanları ile şoklama sayısı arasında negatif yönlü (şoklama sayısı arttıkça sonuç beklentisi puanı azalan) %34,8 düzeyinde ilişki saptandı (r:-0,348; p=,04; p<,05).

Şok anksiyetesi puanları ile şoklama sayısı arasında pozitif yönlü (şoklama sayısı arttıkça şok anksiyetesi puanı da artan) %44,1 düzeyinde ilişki saptandı (r:0,441; p=,01; p<,05).

Girişim grubu hastalarda altıncı ay şoklama sayısı ile ölçek puanlarının ilişkisi incelendiğinde;

Öz etkililik puanları ile şoklama sayısı arasında ilişki saptanmadı ( $r:-0,270$ ;  $p=,13$ ;  $p>,05$ ).

Sonuç beklentisi puanları ile şoklama sayısı arasında ilişki saptanmadı ( $r:-0,253$ ;  $p=,15$ ;  $p>,05$ ).

Şok anksiyetesi puanları ile şoklama sayısı arasında pozitif yönlü (şoklama sayısı arttıkça şok anksiyetesi puanı da artan) %47,2 düzeyinde ilişki saptandı ( $r:0,472$ ;  $p=,00$ ;  $p<,01$ ).

Kontrol grubu hastalarda üçüncü ay şoklama sayısı ile ölçek puanlarının ilişkisi incelendiğinde;

Öz etkililik puanları ile şoklama sayısı arasında ilişki saptanmadı ( $r:-0,064$ ;  $p=,73$ ;  $p>,05$ ).

Sonuç beklentisi puanları ile şoklama sayısı arasında ilişki saptanmadı ( $r:-0,296$ ;  $p=,10$ ;  $p>,05$ ).

Şok anksiyetesi puanları ile şoklama sayısı arasında pozitif yönlü (şoklama sayısı arttıkça şok anksiyetesi puanı da artan) %36,2 düzeyinde ilişki saptandı ( $r:0,362$ ;  $p=,04$ ;  $p<,05$ ).

Kontrol grubu hastalarda altıncı ay şoklama sayısı ile ölçek puanlarının ilişkisi incelendiğinde;

Öz etkililik puanları ile şoklama sayısı arasında ilişki saptanmadı ( $r:0,053$ ;  $p=,77$ ;  $p>,05$ ).

Sonuç beklentisi puanları ile şoklama sayısı arasında ilişki saptanmadı ( $r:-0,284$ ;  $p=,11$ ;  $p>,05$ ).

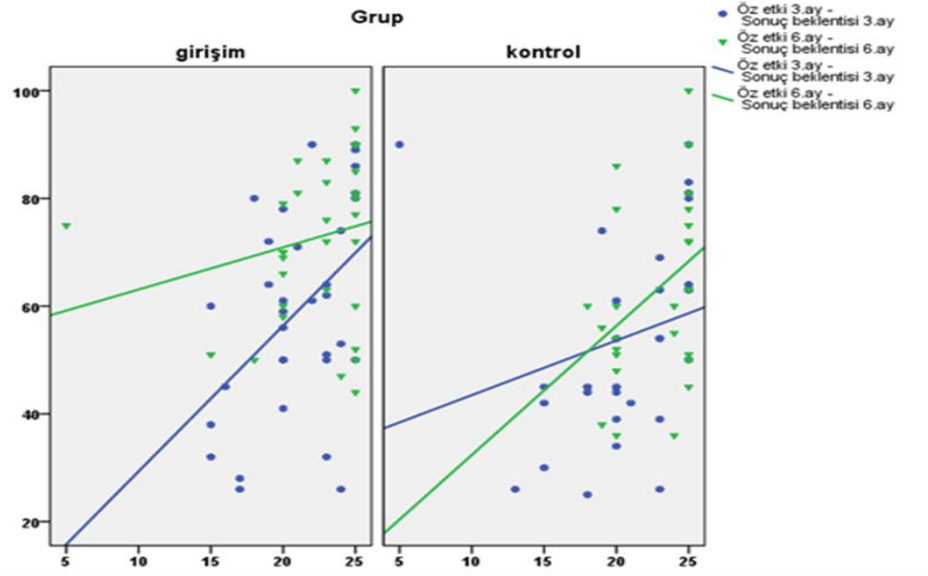
Şok anksiyetesi puanları ile şoklama sayısı arasında ilişki saptanmadı ( $r:0,316$ ;  $p=,08$ ;  $p>,05$ ).



Öz etkililik ile şok anksiyetesi puanları arasında negatif yönlü (şok anksiyetesi puanı arttıkça, öz etkililik puanı azalan) %69,0 düzeyinde ilişki saptandı (r: -0,690; p=,00; p<,01).

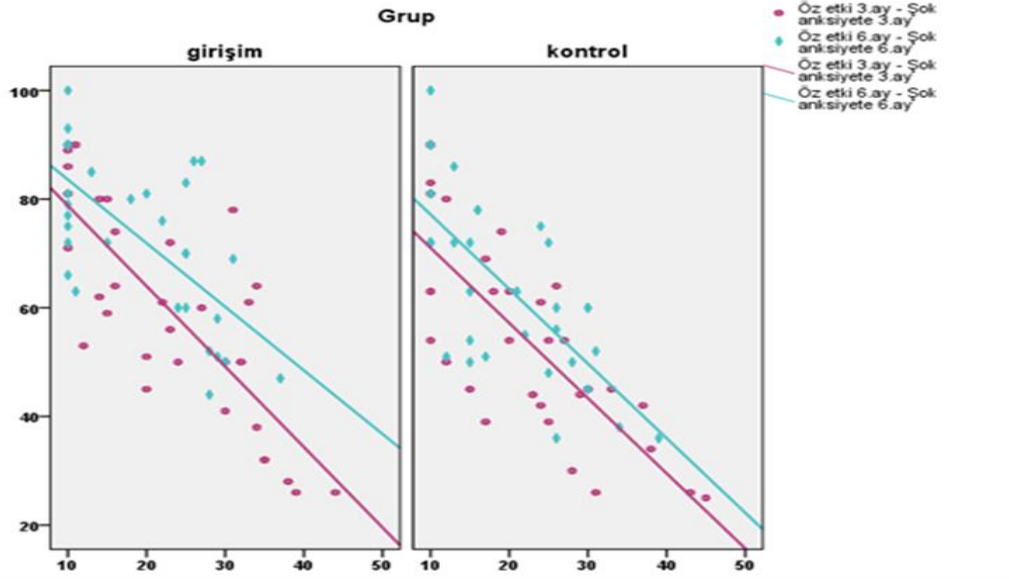
Sonuç beklentisi ile şok anksiyetesi puanları arasında negatif yönlü (şok anksiyetesi puanı arttıkça, sonuç beklentisi puanı azalan) %46,6 düzeyinde ilişki saptandı (r: -0,466; p=,00; p<,01).

Gruplara göre öz etkililik ve sonuç beklentisi puanlarının ilişki grafiği Şekil 4'te verildi.



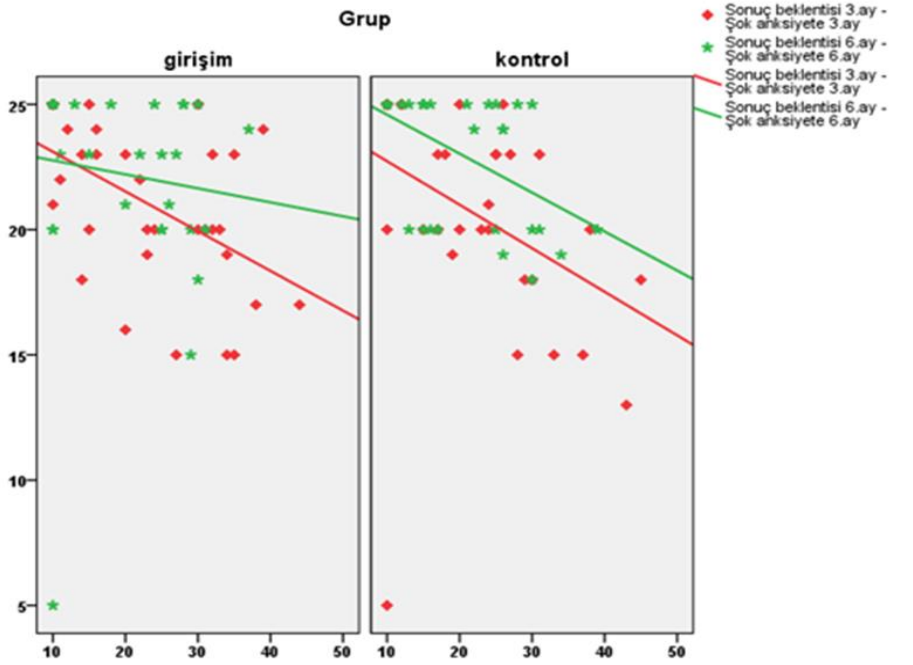
*Şekil 5: Gruplara göre öz etkililik ve sonuç beklentisi puanlarının ilişkisi*

Gruplara göre öz etkililik ve şok anksiyetesi puanlarının ilişki grafiği Şekil 5'te verildi.



Şekil 6: Gruplara göre öz etkililik ve şok anksiyetesi puanlarının ilişkisi

Gruplara göre sonuç beklentisi ve şok anksiyetesi puanlarının ilişki grafiği Şekil 6'da verildi.



Şekil 7: Gruplara göre sonuç beklentisi ile şok anksiyetesi puanlarının ilişkisi

Girişim grubu hastalarda; üçüncü ay ölçek puanları incelendiğinde;

Öz etkililik ile sonuç beklentisi puanları arasında pozitif yönlü (öz etkililik puanı arttıkça, sonuç beklentisi puanı da artan) %44,3 düzeyinde ilişki saptandı (r: 0,443; p=,01; p<,05).

Öz etkililik ile şok anksiyetesi puanları arasında negatif yönlü (şok anksiyetesi puanı arttıkça, öz etkililik puanı azalan) %79,2 düzeyinde ilişki saptandı (r: -0,792; p=,00; p<,01).

Sonuç beklentisi ile şok anksiyetesi puanları arasında negatif yönlü (şok anksiyetesi puanı arttıkça, sonuç beklentisi puanı azalan) %53,4 düzeyinde ilişki saptandı (r: -0,534; p=,00; p<,01).

Girişim grubu hastalarda; altıncı ay ölçek puanları incelendiğinde;

Öz etkililik ile sonuç beklentisi puanları arasında pozitif yönlü (öz etkililik puanı arttıkça, sonuç beklentisi puanı da artan) %36,8 düzeyinde ilişki saptandı (r: 0,368; p=,03; p<,05).

Öz etkililik ile şok anksiyetesi puanları arasında negatif yönlü (şok anksiyetesi puanı arttıkça, öz etkililik puanı azalan) %68,0 düzeyinde ilişki saptandı (r: -0,680; p=,00; p<,01).

Sonuç beklentisi ile şok anksiyetesi puanları arasında negatif yönlü (şok anksiyetesi puanı arttıkça, sonuç beklentisi puanı azalan) %36,2 düzeyinde ilişki saptandı (r: -0,362; p=,04; p<,05).

Kontrol grubu hastalarda; üçüncü ay ölçek puanları incelendiğinde;

Öz etkililik ile sonuç beklentisi puanları arasında pozitif yönlü (öz etkililik puanı arttıkça, sonuç beklentisi puanı da artan) %51,8 düzeyinde ilişki saptandı (r: 0,518; p=,00; p<,01).

Öz etkililik ile şok anksiyetesi puanları arasında negatif yönlü (şok anksiyetesi puanı arttıkça, öz etkililik puanı azalan) %75,0 düzeyinde ilişki saptandı (r: -0,750; p=,00; p<,01).

Sonuç beklentisi ile şok anksiyetesi puanları arasında negatif yönlü (şok anksiyetesi puanı arttıkça, sonuç beklentisi puanı azalan) %55,0 düzeyinde ilişki saptandı (r: -0,550; p=,00; p<,01).

Kontrol grubu hastalarda; altıncı ay ölçek puanları incelendiğinde;

Öz etkililik ile sonuç beklentisi puanları arasında pozitif yönlü (öz etkililik puanı arttıkça, sonuç beklentisi puanı da artan) %41,8 düzeyinde ilişki saptandı (r: 0,418; p=,012; p<,05).

Öz etkililik ile şok anksiyetesi puanları arasında negatif yönlü (şok anksiyetesi puanı arttıkça, öz etkililik puanı azalan) %69,2 düzeyinde ilişki saptandı (r: -0,692; p=,00; p<,01).

Sonuç beklentisi ile şok anksiyetesi puanları arasında negatif yönlü (şok anksiyetesi puanı arttıkça, sonuç beklentisi puanı azalan) %59,6 düzeyinde ilişki saptandı (r: -0,596; p=,00; p<,01).

## 5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Araştırmadan elde edilen bulgular iki bölümde tartışıldı.

- 5.1. Hastaların öz etkililik ve sonuç beklentilerine yönelik bulgularının tartışılması
- 5.2. Hastaların şok anksiyetesine yönelik bulgularının tartışılması

### 5.1. Hastaların Öz Etkililik ve Sonuç Beklentilerine Yönelik Bulgularının Tartışılması

Literatürde ICD hastalarının öz etkililik ve sonuç beklentilerine yönelik çalışmaların sınırlı olması nedeniyle ICD'li hastaların uyum dönemindeki öz etkililiğe etki edebilecek diğer çalışma sonuçlarına da tartışmada yer verildi.

Öz etkililik puan ortalamaları incelendiğinde; 3. ayda girişim grubunun  $59,09 \pm 19,26$ , kontrol grubunun  $54,25 \pm 18,42$ , 6. ayda girişim grubunun  $72,67 \pm 15,21$ , kontrol grubunun  $63,69 \pm 16,41$ 'dir. Her iki grupta da 6. ay puanlarının 3. ay puanlarına göre yükseldiği görüldü ( $p < ,01$ ). Gruplar arasındaki farklılıklar incelendiğinde 3. ay puanları arasında fark yokken ( $p = ,32$ ), girişim grubunun 6. ay puanlarının kontrol grubunun 6. ay puanlarından yüksek olduğu görüldü ( $p = ,03$ ) (Tablo 3). Bu sonuç, üçüncü aydan sonra, çalışma grubumuzdaki hastalarda öz etkililiğin gelişimi açısından girişimimizin etkili olduğunu düşündürmektedir.

Sonuç beklentisi puanları incelendiğinde; 3. ay girişim grubunun  $21,00 \pm 3,23$ , kontrol grubunun  $20,63 \pm 4,51$ , 6. ay girişim grubunun  $22,24 \pm 4,05$ , kontrol grubunun  $23,06 \pm 2,56$ 'dir. Gruplar arasında 3. ay ( $p = ,92$ ), 6. ay ( $p = ,53$ ) puanları farklılık göstermemektedir. Her iki grupta da 3. ay ve 6. ay puan ortalamalarının yükseldiği görüldü (Tablo 3). ICD'li bireylere eğitim ve telefonla izlem uygulayıp öz etkililiğe etkisini inceleyen literatürde tek araştırma bulunmaktadır. Dougherty ve arkadaşlarının (2005) çalışmalarında implantasyon sonrası eğitim ve hemşire telefon desteği girişimi uygulanan grubun ICD yönetimindeki öz etkililiklerinin kontrol grubuna göre arttığını bulmuşlardır. Bizim çalışma sonucumuzun Dougherty ve arkadaşlarının çalışmasıyla benzer olduğu görülmektedir.

ICD'li hastalara yapılan psikoeğitimsel girişimlerin yaşam kalitesine olan etkisi inceleyen bir meta analiz çalışmasında, psikoeğitimsel girişimlerin yaşam kalitesinin fiziksel boyutunu geliştirdiği, mental boyuta etki etmediği saptanmıştır (Kao ve ark., 2016).

Davranış değişikliği geliştirmede öz etkililik beklentilerinin yanı sıra sonuç beklentileri de oldukça önemlidir (Bandura, 1997). Sneed ve ark. (1997) ICD implantasyonu sonrası izlem grubunu dört ay boyunca haftada bir telefonla arayarak danışmanlık verdikleri çalışmada, izlem ve kontrol grubu arasında cihazla ilgili uyumda bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Cowan ve ark. (2001) girişim grubu hastalarına psikososyal eğitim programı uygulayıp, iki yıl boyunca her altı ayda bir telefonla izlem yaptıkları çalışmalarında girişimin, hastalarda kardiyovasküler nedenli ölümleri azalttığını, kalp hızı değişkenliği, kaygı, depresyon ve öfkeyi etkilemediğini saptamışlardır.

Smeulders ve ark. (2007) ICD'li hastalara gruplar halinde hasta merkezli öz yönetim programı uyguladıkları çalışmada hastaların öz etkililik düzeylerinin arttığını ve programdan memnuniyetin fazla olduğunu saptamışlardır.

Flemme ve ark. (2011) ICD'li bireylerin başa çıkma mekanizmalarını kullanma durumlarını inceledikleri çalışmada en fazla kullanılan başa çıkma yönteminin iyimserlik, öz güven ve kadercilik olduğunu saptamışlardır.

Yardımcı, (2015) web tabanlı eğitim uyguladığı ICD'li hastaların yaşam kalitesinin pek çok alt boyutunda gelişme olduğunu belirtmiştir.

Çeşitli girişimlerle ICD'li hastaların uyum dönemlerinde pek çok parametrede gelişmeler sağlamanın mümkün olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda da yapılan eğitim ve telefonla danışmanlığın öz etkililiği geliştirdiği görülmektedir.

Yaşa göre öz etkililik puanlarına bakıldığında; girişim grubunda 3. ay ( $p=,00$ ) ve 6. aylarda ( $p=,00$ ) 55 yaş ve üzeri hastaların 55 yaş altına göre öz etkililik puanlarının yüksek olduğu görüldü. Her iki yaş grubunda da 6. ay puanlarının 3. ay puanlarına göre yükseldiği bulundu. Kontrol grubunda da girişim grubuna benzer olarak yaşı 55 ve üzeri olanların 3.ay ( $p=,00$ ) ve 6.ay ( $p=,00$ ) öz etkililik puanları yaşı 55'ten küçük olanların puanlarından yüksektir. Her iki yaş grubunda da 6. ay puanlarının 3. ay

puanlarına göre yükseldiği bulundu. Girişim grubunda yaşa göre sonuç beklentileri 3.ay puanları farklılık göstermezken ( $p=,17$ ); yaşı 55 ve üstü olanların 6.ay puanlarının, yaşı 55'ten küçük olanların puanlarından yüksek olduğu bulundu ( $p=,00$ ). Yaşı 55 ve üzeri olan grubun 6. ay puanlarının 3. ay puanlarına göre yüksektir ( $p= ,01$ ), yaşı 55'ten küçük olan grubun 3. ve 6. ay puanları arasında fark yoktur ( $p=,08$ ). Kontrol grubunda ise yaşa göre 3. ay ( $p=,08$ ) ve 6. ay ( $p=,17$ ) puanlarının farklılık göstermediği bulundu (Tablo 5).

Alkan (2014), çalışmasında yaş gruplarına göre öz etkililik ve sonuç beklentileri puanlarının değişmediğini bulmuştur. Kılıçlı ve Özdemir (2017) çalışmalarında ICD'li hastaların yaşı ile implantasyon sonrası psikososyal uyumu arasında ilişki saptamamışlardır. ICD'ler yaşamı kurtarıcı etkileri olmasına rağmen bireylerin ICD ile yaşamaya uyum sağlamaları bireysel özelliklere ve yaşa göre farklılık göstermektedir (McDonough, 2009). Genç ICD'li bireylerle yapılan çalışmalar, genç bireylerin uyum döneminde yaşlılardan daha farklı sorunlar yaşadıklarını göstermektedir (Sears ve ark., 2001; Hamilton ve Carroll, 2004; Dunbar, 2005; Friedmann ve ark., 2006; McDonough, 2009). Beden imajıyla ilgili endişeler (Vazquez ve ark., 2008), aile içi rolleri yerine getirememesi (Pasyar ve ark., 2017), fiziksel aktiviteden kaçınma, finansal endişeler (McDonough, 2009) gibi sorunların gençlerde daha sık yaşandığı belirtilmiştir. Opic ve ark. (2012) bulgularına göre genç ICD'li bireylerin yaşam memnuniyetleri ve baş etme güçleri daha azdır. Vazquez ve ark. (2010) çalışmasında ICD'li 50 yaş altındaki kadınların daha yaşlı olanlara göre cihazı daha zor kabullendikleri saptanmıştır. Mauro, (2008) genç olanların psikososyal uyumlarının yaşlılara göre daha zor olduğunu bulmuştur. Thomas ve ark. (2006) ICD'li hastaların yaşam kalitesi ve psikososyal sorunlarına yönelik yapılan çalışmaları incelediklerinde, genç hastaların yaşlılara oranla daha düşük yaşam kalitesine sahip olduklarını ve daha fazla psikososyal sorun yaşadıklarını belirlemişlerdir. Çalışmamızda yaşı 55 altı olanların öz etkililik ve sonuç beklentilerinin daha düşük olması da bu sonuçlarla benzerdir ve hastaların psikososyal sorunlarına yönelik çalışmalarla desteklenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Cinsiyete göre öz etkililik puanları incelendiğinde; girişim grubunda 3.ay (p=,10) ve 6.ay (p=,11) puanları farklılık göstermezken, her iki cinsiyette de 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu bulundu (kadınlarda; p=,01, erkeklerde; p=,00). Kontrol grubu hastalarda da girişim grubuna benzer olarak 3.ay (p=,75) ve 6.ay (p=,60) öz etkililik puanlarının cinsiyete göre farklılık göstermediği, her iki cinsiyette de 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu bulundu (kadınlarda; p=,03, erkeklerde; p=,00). Cinsiyete göre sonuç beklentisi puanları incelendiğinde; girişim grubu hastalarda 3.ay (p=,20) ve 6.ay (p=,27), kontrol grubu hastalarda 3.ay (p=,40) ve 6.ay (p=,20) puanlarının farklılık göstermediği bulundu. Sonuç beklentilerinin 3. ve 6. ay değerleri karşılaştırıldığında; girişim grubu kadınlarda (p=,23) ve kontrol grubu kadınlarda (p=,71) fark saptanmadı, girişim grubu erkeklerde (p=,00) ve kontrol grubu erkeklerde (p=,00) 6. ay puanlarının yüksek olduğu görüldü (Tablo 6).

Alkan (2014) çalışmasında erkek hastaların öz etkililiklerinin kadınlardan daha yüksek olduğunu, ancak sonuç beklentileri açısından cinsiyetler arasında bir fark olmadığını belirlemiştir. Kılıçlı ve Özdemir (2017), psikososyal uyum açısından cinsiyetler arasında fark olmadığını bulmuştur. Sears ve Conti'nin (2002) çalışmasında kadınlar, psikolojik stres ve fonksiyonlarda azalma açısından daha riskli bulunmuştur. Smith ve ark. (2006) da benzer olarak kadınların daha fazla uyku sorunu yaşadığını, implant bölgesindeki ağrıyı daha fazla hissettikleri, fonksiyonel düzeylerinin daha düşük olduğunu saptamışlardır. Çinli hastalarla yapılan bir çalışmada ICD'si olan kadın hastaların daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları saptanmıştır (Wong ve ark., 2014). ICD'li hastalar içerisinde özellikle risk altında olan grupların kadınlar, 50 yaş altı olanlar ve şok hikâyesi olanlar olduğu belirtilmektedir (Deaton ve ark., 2003; Vazquez ve ark., 2010). Bu sonuçlara karşın Mauro ve arkadaşlarının çalışmasında erkek hastaların ICD ile yaşama konusunda kadınlara göre daha fazla belirsizlik, kararsızlık ve zorluk yaşadığı saptanmıştır. Bu sonuç çalışmadaki kadınların azlığına bağlandığı kadar erkeklerin araba kullanmadaki kısıtlamalardan daha fazla etkilenmelerine bağlanmıştır (Mauro, 2010). Bizim çalışmamızda öz etkililik açısından cinsiyetler arasında fark olmamasına rağmen sonuç beklentilerinin erkeklerde yükseldiği görülmektedir, bu sonuçlar Mauro'nun tersine literatürün geneliyle uyumludur.

Medeni duruma göre öz etkililik puanları incelendiğinde; girişim grubu hastalarda 3.ay (p=,12) ve 6.ay (p=,06) , kontrol grubu hastalarda da 3.ay (p=,80) ve 6.ay (p=,84) öz etkililik puanlarının farklılık göstermediği, hem girişim hem kontrol grubunda evli ve bekârların 3. ay puanlarına göre 6. ay öz etkililik puanlarının yüksek olduğu bulundu (p<,05) (Tablo 7).

Medeni duruma göre sonuç beklentisi puanları incelendiğinde; girişim grubu hastalarda; 3.ay (p=,70) ve 6.ay (p=,42), kontrol grubu hastalarda 3.ay (p=,55) ve 6.ay (p=,62) puanlarının farklılık göstermediği, her iki grupta da evli olan hastaların sonuç beklentileri puanlarında yükselme görülürken (p<,05), bekâr hastalarda 3.ay ve 6.ay puanlarının farklılık göstermediği bulundu (p>,05) (Tablo 7).

Alkan'ın çalışmasında ICD'li hastaların öz etkililik ve sonuç beklentilerinin medeni duruma göre farklılık göstermediği saptanmıştır (Alkan, 2014). Çelik, (2015) medeni duruma göre algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeyleri arasında fark olmadığını belirtmiştir. Çalışmalarda genel olarak evliliğin esnek bir faktör olduğu görülmektedir. Çünkü hastanın günlük yaşamındaki zorluklarla baş etmesinde eşler fiziksel, duygusal ve sosyal destek olabilmektedirler (Wong, 2017; Pasyar ve ark., 2017). Wong'un çalışmasında Çinli ICD'li hastalarda evli olmanın depresyon üzerine olumlu etkisi olduğu saptanmıştır (Wong, 2017).

Eğitim durumuna göre öz etkililik puanları incelendiğinde; girişim grubu hastalarda 3.ay (p=,52) ve 6.ay (p=,71) puanlarının farklılık göstermediği, kontrol grubu hastalarda eğitim durumu ilkökul ve altı olanların 3.ay (p=,01) ve 6.ay (p=,02) puanlarının, eğitim durumu ortaokul ve üzeri olanların puanlarından yüksek olduğu bulundu. Her iki grupta da ilkökul ve altı, ortaokul ve üzeri olan hastaların 3. ay puanlarına göre 6. ay puanlarının yüksek olduğu saptandı (p<,05) (Tablo 8).

Eğitim durumuna göre sonuç beklentisi puanları incelendiğinde girişim grubu hastalarda 3.ay (p=,15) ve 6.ay (p=,91), kontrol grubu hastalarda 3.ay (p=,38) ve 6.ay (p=,30) puanlarının farklılık göstermediği bulundu. Girişim grubundaki ilkökul ve altı olan grupta 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu (p=,00), eğitim durumu ortaokul ve üzeri olan grupta, 3.ay ve 6.ay puanlarının farklılık göstermediği bulundu (p>,05). Kontrol grubunun ilkökul ve altı (p=,04), ortaokul ve üzeri (p=,00) hastalarında 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu bulundu (Tablo 8).

Alkan'ın (2014) çalışmasında eğitim durumuna göre öz etkililik ve sonuç beklentileri puanları farklılık göstermemektedir. Kılıçlı ve Özdemir'in (2017) çalışmasında da benzer şekilde ICD'li hastaların psikososyal uyumlarının eğitim düzeyinden etkilenmediği saptanmıştır. Çelik'in (2015) çalışmasında ICD'li hastaların algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeyleri eğitim durumuna göre farklı değildir. Mauro'nun (2008) çalışmasında eğitim durumu düşük olanlar ve daha düşük fonksiyonel yetenekleri olan bireylerin daha fazla belirsizliğe sahip olduğu bulunmuştur. Kontrol grubumuzdaki eğitim düzeyine göre öz etkililik puanları incelendiğinde; eğitim düzeyi daha düşük olan hastaların daha yüksek öz etkililiğe sahip olduğu görülmektedir. ICD ile ilgili eğitim almayan hastaların genel olarak bilmemenin getirdiği bir rahatlık, veri toplama aşamasında hastalardan çok sık duyulan "Takdir-i İlahi" cümlesinin karşılığı kaderine razı olma tarzı bir tutum sergilemeleri nedeniyle implantasyon sonrası yaşamlarına kolay uyum sağladıkları düşünülmektedir. Flemme ve ark. (2011) çalışmasında da hastaların en sık kullandıkları baş etme yöntemlerinden birinin kadercilik olduğu bulunmuştur. Girişim grubundaki hastalarının ise ICD ile ilgili verilen eğitim ve telefonla izlemden olumlu etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışma durumuna göre öz etkililik puanları incelendiğinde; girişim grubu hastalarda, 3.ay ( $p=,06$ ) puanları arasında fark yokken, 6.ay ( $p=,03$ ) puanları arasında farklılık olduğu saptandı. Farklılığın emekli gruptan kaynaklandığı, çalışan ve çalışmayan grupların puanları arasında farklılık olmadığı saptandı ( $p>,05$ ). Kontrol grubunda 3.ay ( $p=,00$ ) ve 6.ay ( $p=,00$ ) puanları arasında farklılık olduğu ve farklılığın emekli gruptan kaynaklandığı saptandı. Grupların tamamında 3. ay puanlarına göre 6. ay puanlarının yüksek olduğu belirlendi (Tablo 9).

Çalışma durumuna göre sonuç beklentisi puanları incelendiğinde; girişim grubu hastalarda 3.ay ( $p=,60$ ) ve 6.ay ( $p=,40$ ) puanlarının farklılık göstermediği, kontrol grubunda 3.ay puanları arasında farklılık olduğu saptandı ( $p=,01$ ). Farklılığın emekli grubun puanlarından kaynaklandığı bulundu ( $p<0,05$ ). 6.ay puanları arasında farklılık olmadığı saptandı ( $p>,05$ ).

Alkan, (2014) serbest meslek, işçi ve emeklilerin öz etkililiklerinin ev hanımlarından daha yüksek olduğunu saptamıştır. Çelik, (2015) ICD'li bireylerin çalışma durumuna göre algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeyinin değişmediğini saptamıştır. Kılıçlı ve Özdemir (2017) ICD implantasyonu sonrası çalışmayı bırakanların psikososyal uyumun mesleki çevre alt boyutunda azalma olduğunu saptamıştır. Çalışan hastalar genellikle fiziksel aktivite gerektiren işlerde çalışmaktadır. ICD'li kişiler de çoğunlukla şoktan kaçınmak için fiziksel aktiviteyi azaltma eğilimindedirler (Morken ve ark., 2012). Çalışmayanlar ise hastalığı nedeniyle genellikle çalışmayı bırakmış ya da ev hanımıdır. Emekli olan kişiler çalışan çalışmayan kişilere göre daha yaşlı, ICD implantasyonu öncesi çalışanlardan ya da çalışmayan/ev hanımlarından ev işleri, aile içi rolleri, sorumlulukları daha az olduğu için öz etkililiklerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Yaşanılan kişiye göre öz etkililik puanları incelendiğinde; girişim grubu hastalarda 3.ay (p=,31) ve 6.ay (p=,74), kontrol grubu hastalarda, 3.ay (p=,24) ve 6.ay (p=,36) puanlarının farklılık göstermediği, her iki grubun eşiyle, eş ve çocuklarla ya da diğer kişilerle yaşayan gruplarında 3. ay puanlarına göre 6. ay öz etkililik puanlarının yüksek olduğu belirlendi (Tablo 10).

Yaşanılan kişiye göre, sonuç beklentisi puanları incelendiğinde; girişim grubu hastalarda; 3.ay (p=,87) ve 6.ay (p=,53), kontrol grubu hastalarda 3.ay (p=,20) ve 6.ay (p=,75) puanlarının farklılık göstermediği bulundu. İzlem zamanlarına göre puanlar karşılaştırıldığında; eşiyle yaşayan hastaların; girişim ve kontrol gruplarında 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu bulundu (p<,05). Eş ve çocukla yaşayan hastalarda girişim grubunda fark yokken (p>,05), kontrol grubunda 6. ay puanlarının yüksek olduğu (p<,05), diğer kişilerle yaşayan grupta girişim ve kontrol gruplarında farklılık olmadığı bulundu (p>,05) (Tablo 10).

Alkan'ın (2014) çalışmasında yaşanılan kişiye göre öz etkililik ve sonuç beklentileri puanları anlamlı farklılık göstermemiştir. Kılıçlı ve Özdemir (2017) sosyal desteği olan hastaların psikososyal uyumlarının daha iyi olduğunu, sosyal desteği olmayanların sağlık bakımına uyum, cinsel ilişki ve sosyal çevre etkileşimlerinin daha olumsuz etkilendiğini saptamışlardır. Çelik'in çalışmasında yaşanılan kişiye göre algılanan sosyal destek ve umutsuzluk puanları farklılık göstermemiştir (Çelik, 2015).

Türk toplumunun kültürel değerleri neticesinde ülkemizde yapılan çalışmalarda yalnız yaşayan hasta sayısı örneklerde az sayıda bulunmaktadır. Bulgularımız ülkemizde ICD'li hastalarla yapılan diğer çalışma sonuçlarıyla uyumludur.

Kronik hastalık varlığına göre öz etkililik puanları incelendiğinde; girişim grubu hastalarda 3.ay (p=,10) ve 6.ay (p=,08), kontrol grubu hastalarda 3.ay (p=,17) ve 6.ay (p=,21) puanlarının farklılık göstermediği, her iki grupta da kronik hastalığı olan ve olmayanların 3. ay puanlarına göre 6. ay öz etkililik puanlarının yüksek olduğu belirlendi (p<,01) (Tablo 11).

Kronik hastalık varlığına göre sonuç beklentisi puanları incelendiğinde; girişim grubu hastalarda 3.ay (p=,11) ve 6.ay (p=,67), kontrol grubu hastalarda 3.ay (p=,55) ve 6.ay (p=,43) puanlarının farklılık göstermediği bulundu. Girişim grubunda kronik hastalığı olan hastaların 3.ay ve 6.ay puanlarının farklılık göstermediği bulundu (p>,05). Kronik hastalığı olmayan grupta, 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu bulundu (p<,05). Kontrol grubunda kronik hastalığı olan (p=,00) ve olmayan (p=,03) hastaların tamamında 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının yüksek olduğu bulundu.

Yardımcı, (2015) çalışmasındaki ICD'li hastaların yaşam kalitelerinde mental iyileşme görülürken fiziksel olarak gelişme görülmemiştir. Bu sonuç kronik hastalıkların varlığına bağlanmıştır. Kılıçlı ve Özdemir (2017), ICD'si olan kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumunu değerlendirdikleri çalışmada, kalp yetersizliği fonksiyonel kapasitesi arttıkça psikososyal uyumun kötüleştiğini, diğer hastalıkların varlığının hastaların kullandıkları ilaç sayısının arttığını ve hastaların kullandığı ilaç sayısı arttıkça psikososyal uyumun kötüleştiğini belirlemişlerdir.

Şoklama durumuna göre öz etkililik ve sonuç beklentileri puanları incelendiğinde; girişim ve kontrol gruplarında 3. ay ve 6. ay puanları arasında farklılık olmadığı görülmektedir (Tablo 12; Tablo 13).

Üçüncü ay şoklama sayısı ile öz etkililik ve sonuç beklentileri puanlarının ilişkisi incelendiğinde; girişim grubu (r:-0,229; p=,20; p>,05) ve kontrol grubu (r:-0,064; p=,73; p>,05) hastalarda 3.ay öz etkililik puanları ile şoklama sayısı arasında ilişki olmadığı saptandı (Tablo 14).

Girişim grubunun sonuç beklentisi puanları ile şoklama sayısı arasında negatif yönlü (şoklama sayısı arttıkça sonuç beklentisi puanı azalan) %34,8 düzeyinde ilişki saptandı (r:-0,348; p=,04; p<,05). Kontrol grubunun sonuç beklentisi puanları ile şoklama sayısı arasında ilişki olmadığı saptandı (r:-0,296; p=,10; p>,05) (Tablo 14).

Altıncı ay şoklama sayısı ile öz etkililik ve sonuç beklentileri puanlarının ilişkisi incelendiğinde; girişim grubu (r:-0,270; p=,13; p>,05) ve kontrol grubu (r:0,053; p=,77; p>,05) hastalarda öz etkililik puanları ile şoklama sayısı arasında ilişki olmadığı bulundu (Tablo 14).

Girişim grubu (r:-0,253; p=,15; p>,05) ve kontrol grubu (r:-0,284; p=,11; p>,05) sonuç beklentisi puanları ile şoklama sayısı arasında ilişki olmadığı bulundu (Tablo 14).

Alkan, (2014) ICD şokuna maruz kalma ile öz etkililik ve sonuç beklentileri puanlarının arasında anlamlı ilişki saptamamıştır. Mauro, (2008) ICD şoku deneyimlemenin hastaların psikososyal uyumuyla ilişkisi olmadığını saptamıştır. Bazı çalışmalar yaşam kalitesinin düşüklüğünü şoklama sayısı ile ilişkilendirmiştir (Sears ve ark., 2005; Costa ve ark., 2007). Palacios- Cena ve ark. (2011) ICD'li hastaların hasta ve yakınlarının implantasyon sonrası ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik değişikliklerin ikisinin de günlük yaşantıdaki aktiviteleri ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini saptamışlardır. Hastalar ve yakınları tarafından en fazla bildirilen fiziksel değişiklikler rahatsızlık hissi, uyku sorunları ve yorgunluk olurken, psikolojik olanlar; şok korkusu, geleceğe yönelik belirsizlik duygusu, ICD'nin fonksiyonu hakkındaki endişeler olmuştur. Pedersen ve ark. (2012) implantasyon öncesi D tipi kişilik özelliğinde olmanın daha fazla şok yaşamaya ve daha düşük sağlık düzeyine neden olacağını belirtmektedir. Çelik, (2015) şok yaşayan ve yaşamayan hastaların umutsuzluk ve algıladıkları sosyal destek puanlarının farkı olmadığını belirtmiştir. Kılıçlı ve Özdemir (2017) şok yaşayan hastaların psikososyal uyumlarının daha kötü olduğunu, şok alma sayısı arttıkça psikososyal uyumun kötüleştiğini saptamıştır.

Çalışma sonuçlarının farklılıklar gösterdiği görülmektedir. Hastaların ICD sonrası dönemdeki öz etkililik, sonuç beklentileri, işe geri dönüş, cinsel yaşam, fiziksel kısıtlılıklarla baş etme gibi pek çok parametrede sorunlar yaşadıkları ve bu konularda yapılacak hemşirelik girişimlerine gereksinimleri olduğu bilinmektedir (Dougherty ve ark., 2005; Flemme ve ark., 2011; Chair ve ark., 2011).

## 5.2.Hastaların Şok Anksiyetesine Yönelik Bulgularının Tartışılması

Şok anksiyetesi puan ortalamaları incelendiğinde; 3. ayda girişim grubunun  $23,30 \pm 10,32$ , kontrol grubunun  $22,13 \pm 10,18$ , 6. ayda girişim grubunun  $19,33 \pm 8,75$ , kontrol grubunun  $19,81 \pm 8,47$  olduğu ve gruplara göre 3.ay ( $p=,58$ ) ve 6.ay ( $p=,64$ ) şok anksiyetesi puanlarının farklılık göstermediği bulundu. Her iki grupta da 6. ay puanlarının 3. ay puanlarına göre düşük olduğu görüldü ( $p<,01$ ) (Tablo 4).

Anksiyete, sempatik sinir sistemi aktivasyonunu ve tehlikeli aritmilerin görülme oranını artırarak kardiyovasküler morbidite ve mortalite üzerine önemli olumsuz etkiler yaratmaktadır (Salmoirago-Blotcher ve ark., 2013).

Literatürdeki çalışmalarda ICD'li hastaların psikolojik iyilik hallerini artırmaya ve şok anksiyetesini azaltmaya yönelik farklı girişimler yapıldığı görülmektedir.

Sears ve ark. (2007) altı haftalık ve dört saatlik psiko-eğitim çalışmayı düzeninde yapılan stres ve şok yönetim programının anksiyete, stres düzeyine etkisini inceledikleri çalışmada; hem altı haftalık oturumların hem de tek günlük çalıştayın ICD'li hastalardaki anksiyeteyi ve tükürükteki kortizol düzeyini azalttığı, altı haftalık programda anksiyete düzeyindeki azalmanın daha hızlı olduğu, her iki grupta da cihazı kabullenmede artış olduğu görülmüştür.

Çınar ve ark. (2012) çalışmasında planlı eğitim ve takip programı uygulanan ICD'li hastalarda kaygı durumunda anlamlı düzeyde azalmanın olduğu, girişim ve kontrol grupları karşılaştırıldığında ise iki grup arasında anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır.

Salmoirago-Blotcher ve ark. (2013) çalışmasında ICD'li hastalar telefon aracılığıyla nefes alış verişleri, günlük yaşantıda genelde farkında olunmayan sesler, görsel nesnelere, yeme- içme, duygular, düşünceler gibi aktivitelere yönelik farkındalık meditasyonu eğitimi almışlardır. Çalışmanın sonunda girişim grubu hastaların kontrol grubuna göre farkındalık düzeylerinin ve anksiyete düzeylerinin daha olumlu olduğu görülmüştür.

Toise ve ark. (2014) sekiz haftalık yoga programı uyguladıkları ICD'li hastaların şok anksiyete düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede azaldığını saptamışlardır.

Yardımcı (2015) web tabanlı sosyal bilişsel öğrenme teorisine dayalı eğitim uyguladığı çalışmada, girişim grubunun şok anksiyetesinde anlamlı azalma saptamıştır.

Şok anksiyetesini ICD takılma süreleriyle karşılaştıran araştırmalar incelendiğinde; Friedmann ve ark. (2006) çalışmasında bir yıldan uzun süredir ICD'si olan hastaların bir yıldan kısa süredir olanlara göre daha depresyona yatkın, daha kötü yaşam kalitesine sahip olduğu ancak anksiyete açısından iki grup arasında fark olmadığı bulunmuştur. Bilge ve ark. (2006) beş yıldan fazla süredir ICD'si olan hastaların daha depresif olduğunu ancak anksiyete açısından diğer gruplardan farklı olmadığını saptamışlardır. Luyster ve ark. (2006) ise daha uzun süredir ICD'si olanların depresyon ve anksiyete açısından daha kötü durumda olduklarını saptamıştır. Morken ve ark. (2013) ICD'li hastalarda sağlık profesyonellerinden algılanan destek ile şok anksiyetesinin ilişkisini inceledikleri çalışmalarında, sağlık profesyonellerinden alınan desteğinin azalması ile şok anksiyetesinin arttığını ve ICD implantasyon süresi kısaltıldıkça TSSB belirtilerinin arttığını saptamıştır. Alkan, (2014) ICD takılış süresinin şok anksiyetesini etkilemediğini belirtmiştir.

Çalışmamızın sonucunda şok anksiyetesini açısından gruplar arasında anlamlı farkın olmamasını girişimin yararlı olmadığı şeklinde yorumlamamak gerekmektedir. Şok anksiyetesinin azalması, şoklama sırasında yapması gerekenler konusunda bilgi almış olan, telefonla danışmanlık alan girişim grubunda beklenen bir sonuç iken, kontrol grubumuzun da şok anksiyetesinin azalmasının, hastaların genellikle kadereci tutum sergilemelerinin sonucu olduğu düşünülmektedir.

Yaşa göre şok anksiyetesini puanları incelendiğinde; her iki grupta da yaşı 55 ve üstü olanların puanları yaşı 55'ten küçük olanların puanlarından düşük olduğu bulundu. Girişim grubunda yaşı 55'ten küçük olan ( $p=,00$ ), 55 ve üzeri olan ( $p=,01$ ) grupların ikisinde de 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu bulundu. Kontrol grubu hastalarda yaşı 55'ten küçük olan ( $p=,00$ ) olan grupta 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu bulunurken, yaşı 55 ve üzeri olan grupta, 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının farklılık göstermediği bulundu ( $p>,05$ ) (Tablo 5). Bulgularımız incelendiğinde yaşı 55 ve üzeri olan grubun şok anksiyete puanlarının 3. aydan itibaren zaten düşük seyrettiği dikkat çekmektedir.

Friedmann ve ark. (2006) genç hastalardaki depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesinin daha kötü durumda olduğunu saptamışlardır. Vazquez ve ark. (2010) ICD'si olan kadın hastalarla yaptıkları çalışmada yaşı genç olanların, orta yaş ve daha yaşlı olanlardan daha fazla şok anksiyetesi yaşadığını ve yapılan eğitim girişimi sonrası tüm yaş gruplarında şok anksiyetesinde azalma olduğunu belirtmişlerdir. Morken ve ark. (2013) genç yaşta olmanın ICD sonrası TSSB belirtileri ile ilişkisi olduğunu belirtmişlerdir. Alkan, (2014) çalışmasında yaşı daha küçük olanların şok anksiyetesinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Thylén ve arka. (2014) depresyon ve anksiyetenin daha genç yaşlardaki ICD'li hastalarda daha fazla bulunduğunu saptamışlardır. Richards ve ark. (2016) çalışmasında yaşı en genç olanların en fazla şok anksiyetesi yaşadığı yönünde benzer bir sonuç çıkmıştır. Çalışmamızdaki bulgunun diğer çalışma bulgularının çoğuyla uyumlu olduğu görülmektedir ancak literatürde farklı sonuçlar da mevcuttur.

Bilge ve ark. (2006) çalışmasında yaş ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki bulunmamıştır. Pedersen ve ark. (2011) yaş ile anksiyete arasında ilişki saptamamıştır. Wong, (2017) çalışmasında yaş ile anksiyete arasında bir ilişki saptanmamıştır, yaşlı olanların daha depresif olduğu bulunmuştur.

Cinsiyete göre şok anksiyetesi puanları incelendiğinde; girişim grubu hastalarda 3.ay ve 6.ay puanlarının farklılık göstermediği ( $p>,05$ ), kadınlarda ( $p=,02$ ) ve erkeklerde ( $p=,00$ ) 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu bulundu. Kontrol grubu hastalarda 3. ve 6.ay puanlarının cinsiyete göre farklılık göstermediği bulundu ( $p>,05$ ). Kadınlarda, 3.ay ve 6.ay puanlarının farklılık göstermediği ( $p>,05$ ), erkeklerde 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu bulundu ( $p<,01$ ) (Tablo 6).

Literatürde ICD'li hastalardaki psikososyal sorunların cinsiyetlere göre değişimleri çok açık değildir. Çalışmalardaki kadın katılımcı sayılarının az oluşu cinsiyet karşılaştırmalarını zorlaştırmaktadır (Miller ve ark., 2016). Bilge ve ark. (2006) anksiyete ve depresyonun kadınlarda daha fazla olduğunu, Chair ve ark. (2011) ve Alkan (2014) kadınlarda şok anksiyetesinin daha fazla olduğunu saptamışlardır. Thylén ve ark. (2014) kadınların anksiyete düzeyini daha yüksek bulmuştur. Miller ve ark. (2016) kadınların anksiyete ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu,

depresyon açısından cinsiyetler arasında fark olmadığını belirtmişlerdir. Pedersen ve ark. (2011) cinsiyetin anksiyeteyi etkilemediği bulmuştur. Bizim çalışmamızda şok anksiyetesi açısından cinsiyetler arası fark çıkmamasına rağmen, kontrol grubundaki erkeklerde şok anksiyetesi azalma eğilimi gösterirken kadınların şok anksiyete düzeyinin değişmediği dikkati çekmektedir. Girişim grubunda ise kadınların da şok anksiyetesinin azaldığı görülmektedir. Bu sonuç eğitim ve telefonla izlemin şok anksiyetesini azaltmaya yönelik yararlı olduğunu düşündürmektedir.

Medeni duruma göre şok anksiyetesi puanları incelendiğinde; girişim grubu hastalarda bekârların 3.ay ve 6.ay puanları, evlilerin puanlarından yüksek olduğu bulundu ( $p<,05$ ). Evli grupta ( $p<,01$ ) ve bekâr grupta ( $p<,05$ ) 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu bulundu. Kontrol grubu hastalarda medeni duruma göre, 3.ay ve 6.ay şok anksiyetesi puanlarının farklılık göstermediği ( $p>,05$ ), evli grupta, 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu ( $p<,01$ ), bekâr grupta, 3.ay ve 6.ay puanlarının farklılık göstermediği bulundu ( $p>,05$ ) (Tablo 7).

Bilge ve ark. (2006) çalışmasında evli olanların anksiyete puanları diğerlerinden düşük olmasına rağmen istatistiksel olarak medeni durum anksiyete ve depresyon ile ilişkili bulunmamıştır. Alkan'ın (2014) çalışmasında medeni duruma göre şok anksiyetesi düzeyinin farklılık göstermediği, Wong'un (2017) çalışmasında evli olanların anksiyete düzeyleri bekârlara göre değişmediği ancak depresyon eğilimlerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Pedersen ve ark. (2010) çalışmasında D tipi kişilik özelliğinde olan ICD'li hastaların çoğunlukla bekâr olduğu ve psikotropik ilaç kullanma oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastaların demografik ve klinik özellikleri kadar ruhsal durumlarının duygusal stresi etkilediği bilinmektedir. Ancak bununla ilgili araştırmalar az sayıdadır. Eşlerin/partnerlerin kişilik özelliklerinin hastaların anksiyete düzeylerini etkileyebileceği de bazı çalışmalarda incelenmiştir. Van Den Broek ve ark. (2011) çalışmasında eşleri D tipi kişilik özelliğinde olan hastaların anksiyete ve depresyona daha yatkın oldukları bulunmuştur. Bazı çalışmalarda anksiyete düzeyleri yüksek olan eşlerin, hastalara karşı aşırı koruyucu davranış sergilemeleri nedeniyle hastalarda sedanter yaşamın arttığı ve yaşam kalitesinin bozulduğu gösterilmiştir (Dougherty ve Thompson, 2009;

Hazelton ve ark., 2009). Çalışmamızdaki hasta grubunun eşlerinden aldığı desteğin şok anksiyetesini olumlu etkilediği görülmektedir.

Eğitim durumuna göre şok anksiyetesi puanları incelendiğinde; girişim grubu hastalarda 3.ay ve 6.ay puanlarının farklılık göstermediği ( $p>,05$ ), eğitim durumu ilkokul ve altı olan grupta ( $p<,01$ ), ortaokul ve üzeri olan grupta ( $p<,05$ ) 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu bulundu. Kontrol grubu hastalarda eğitim durumu ilkokul ve altı olanların 3.ay ve 6.ay puanlarının, ortaokul ve üzeri olanların puanlarından düşük olduğu ( $p<,05$ ), hem ilkokul ve altı ( $p<,05$ ), hem de ortaokul ve üzeri olan grupta ( $p<,01$ ) 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu bulundu (Tablo 8).

Bilge ve ark. (2006) çalışmasında eğitim düzeyi ile anksiyete arasında ilişki bulunmazken eğitim düzeyi en düşük olan hastaların daha depresif olduğu bulunmuştur. Pedersen ve ark. (2011) çalışmasında eğitim düzeyinin anksiyete ile ilişkisi bulunmamıştır.

Çalışma durumuna göre şok anksiyetesi puanları incelendiğinde; girişim grubu hastalarda 3.ay ve 6.ay puanlarının farklılık göstermediği bulundu ( $p>,05$ ). Çalışan grupta ( $p<,01$ ), çalışmayan grupta ( $p<,01$ ) ve emekli grupta ( $p<,05$ ) 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu bulundu. Kontrol grubu hastalarda, çalışma durumuna göre, 3.ay puanları arasında farklılık saptandı ( $p<,05$ ). Emekli grubun puanlarının, çalışan grubun puanlarından düşük olduğu bulundu ( $p<,01$ ). Diğer ikili karşılaştırmalarda ise farklılık saptanmadı ( $p>,05$ ). Benzer şekilde 6.ay puanları arasında da farklılık olduğu saptandı ( $p<,05$ ). Emekli grubun puanlarının, çalışan grubun puanlarından düşük olduğu bulundu ( $p<,01$ ). Diğer ikili karşılaştırmalarda ise farklılık saptanmadı ( $p>,05$ ). Çalışan ve çalışmayan grupların 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu bulundu ( $p<,05$ ). Emekli grupta ise 3.ay ve 6.ay puanları farklılık göstermedi ( $p>,05$ ) (Tablo 9).

Bilge ve ark. (2006) ev hanımlarının anksiyete ve depresyon puanlarının daha yüksek olduğunu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirtmişlerdir. Alkan'ın (2014) çalışmasında da şok anksiyetesi ile çalışma durumu arasında ilişki saptanmamıştır.

Yaşanılan kişiye göre, şok anksiyetesi puanları incelendiğinde; girişim grubu hastalarda 3.ay ve 6.ay puanlarının farklılık göstermediği ( $p>,05$ ), tüm gruplarda 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu bulundu ( $p<,05$ ). Kontrol grubu hastalarda da şok anksiyetesi puanlarının yaşanılan kişiye göre, 3.ay ve 6.ay anlamlı farklılık göstermediği bulundu ( $p>,05$ ). Eşiyle yaşayan, eş ve çocukla yaşayan grupta ( $p<,05$ ) 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu, diğer kişilerle yaşayan grupta farklılığın olmadığı bulundu ( $p>,05$ ).

Thylén ve ark. (2014) çalışmasında depresyon ve anksiyete açısından yalnız yaşayanların daha fazla risk altında bulunduğu belirtilmiştir. Alkan, (2014) hastaların kiminle yaşadığının şok anksiyetesine etki etmediğini bulmuştur. Sosyal desteğin hastaların stres yönetimi ve rehabilitasyonlarında önemi büyüktür ancak bu doğru bir destek türü olmalıdır (Bostwick ve Sola, 2007). Çelik'in (2015) çalışmasında hastaların algıladıkları sosyal destek ile şoku hissetme, şok yaşama arasında ilişki olmadığı bulunmuştur. Çalışmamızdaki hastalarda da yaşanılan kişi şok anksiyetesine etki etmediği görülmektedir.

Kronik hastalık varlığına göre şok anksiyetesi puanları incelendiğinde; girişim grubu hastalarda kronik hastalığı olan grubun, kronik hastalığı olmayan gruba göre 3.ay ve 6.ay puanlarının düşük olduğu ( $p<,05$ ), kronik hastalığı olan ve olmayan hastaların tümünde 6.ay puanlarının düşük olduğu bulundu ( $p<,01$ ). Kontrol grubu hastalarda kronik hastalık varlığına göre, 3.ay ve 6.ay puanlarının farklılık göstermediği ( $p>,05$ ), kronik hastalığı olan ve olmayan hastaların tümünde 3.ay puanlarına göre 6.ay puanlarının düşük olduğu bulundu ( $p<,01$ ) (Tablo 11).

Pedersen ve ark. (2011) ICD'li hastalarda diyabetin kronik anksiyetenin prediktörü olduğunu saptamışlardır. ICD'li hastaların çoğu sahip olduğu kronik hastalıklar nedeniyle depresyona eğilimlidir. Bunun yanında hayati tehdit edici aritmiler ve ani kardiyak ölüm riski nedeniyle bir cihaza sahip olmak panik bozukluklar ve anksiyete belirtilerini ağırlaştırabilmektedir (Bilge ve ark., 2006).

Şoklama durumuna göre şok anksiyetesi puanları incelendiğinde; girişim grubu hastalarda 3. ay ( $p=,09$ ) puanlarının farklılık göstermediği, 6. ay ( $p=,00$ ) puanlarının şok yaşayan grupta yüksek olduğu bulundu. Kontrol grubu hastalarda ise şoklama

durumuna göre 3. ay ( $p=,03$ ) puanlarının şok yaşayan grupta yüksek olduğu, 6. ay ( $p=,09$ ) puanlarının şoklama durumuna göre farklılık göstermediği bulundu (Tablo 12; Tablo 13).

Üçüncü ay şoklama sayısı ile şok anksiyetesi puanlarının ilişkisi incelendiğinde; girişim grubu hastalarda, %44,1 düzeyinde ( $r:0,441$ ;  $p=,01$ ;  $p<,05$ ), kontrol grubu hastalarda %36,2 düzeyinde ( $r:0,362$ ;  $p=,04$ ;  $p<,05$ ) pozitif yönlü (şoklama sayısı arttıkça şok anksiyetesi puanı da artan) ilişki saptandı (Tablo 14).

Altıncı ay şoklama sayısı ile şok anksiyetesi puanlarının ilişkisi incelendiğinde; girişim grubu hastalarda %47,2 düzeyinde ( $r:0,472$ ;  $p=,00$ ;  $p<,01$ ) pozitif yönlü (şoklama sayısı arttıkça şok anksiyetesi puanı da artan) ilişki saptanırken, kontrol grubu hastalarda şok anksiyetesi puanları ile şoklama sayısı arasında ilişki olmadığı saptandı ( $r:0,316$ ;  $p=0,08$ ;  $p>,05$ ) (Tablo 14).

Saxon ve ark. (2010) çalışmalarında ICD implantasyonu sonrası ilk yıl hastaların %14'ünün şok yaşadığını, beş yıl içinde ise şok yaşama oranının %33'e ulaştığını belirtmişlerdir. Dougherty (1995) şoklama yaşayan hastalar ve yakınlarının anksiyete, depresyon, öfke ve stres düzeylerinin şoklama yaşamayanlara göre daha yüksek olduğunu saptamıştır. Luyster ve ark. (2006) çalışmasında ICD şoku yaşayan hastaların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu, anksiyete düzeyinin ise şok yaşama ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir. Bilge ve ark.(2006) şok sayısı arttıkça anksiyete ve depresyonun arttığını belirtmiştir. Pedersen ve ark. (2011) 12 ay izlem yaptıkları hastalarda ICD şoklamasının anksiyeteyi etkilemediğini saptamışlardır. Alkan ise şok yaşayan grubun şok anksiyetesinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir (Alkan, 2014). Ford ve ark. (2012) şok sayısı arttıkça anksiyetenin arttığını belirtmiştir. Çınar ve ark. (2012) eğitim ve takip programı yaptıkları hastalarda şok yaşayanlardaki anksiyetenin değişmediği, şok yaşamayan hastalardaki anksiyete düzeyinin azaldığı bulunmuştur. Kontrol grubunda ise şok yaşayan ve yaşamayan hastaların anksiyete düzeyinin değişmediği görülmüştür.

Şoklama ile ilgili endişeler ICD'li hastalarda sık görülmektedir (Pedersen ve ark., 2010; Çınar ve ark., 2012; Kılıçlı ve Özdemir, 2017). Şoklamanın nerede ve ne zaman olacağını bilememek, şoklama sırasında yapılması gerekenler konusundaki bilgi eksiklikleri ICD hastalarındaki endişe nedenleridir. Çeşitli nitel ve nicel araştırmalarla farklı şekillerde yapılan eğitimin ve taburculuk sonrası izlemin hastalardaki belirsizliği

azalttığı ve anksiyeteyi azaltarak yaşam kalitesini arttırdığı kabul edilmektedir (Mauro, 2008; Mert ve ark., 2012; Çınar ve ark., 2012; Salmoirago-Blotcher ve ark., 2013; Kao ve ark., 2016; ).

İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatör hastalarında verilen eğitim, telefonla izlemin öz etkililik ve şok anksiyetesine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen veriler değerlendirildiğinde aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı.

- Girişim ve kontrol grubu hastaların 3. ay öz etkililik puan ortalamaları arasında fark yoktur.
- Girişim grubu hastaların 6. ay öz etkililik puan ortalamaları kontrol grubu hastaların puan ortalamalarından yüksektir.
- Her iki grubun 6. ay öz etkililik puan ortalamaları 3. ay puan ortalamalarından yüksektir.
- Girişim ve kontrol grubu hastaların 3. ay ve 6. ay sonuç beklentileri puan ortalamaları arasında fark yoktur.
- Her iki grubun 6. ay sonuç beklentileri puan ortalamaları 3. ay puan ortalamalarından yüksektir.
- Girişim ve kontrol grubu hastaların 3. ay ve 6. ay şok anksiyetesi puan ortalamaları arasında fark yoktur.
- Her iki grubun 6. ay şok anksiyetesi puan ortalamaları 3. ay puan ortalamalarından düşüktür.
- Şok anksiyetesi arttıkça öz etkililik ve sonuç beklentisi azalmaktadır.

İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatör hastalarında verilen eğitim, telefonla izlemin öz etkililik ve şok anksiyetesine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda;

- ICD'li hastaların öz etkililik ve şok anksiyetelerinin belirlenmesi,
- ICD'li hastaların taburculuk sonrası telefonla izlenmeleri,
- ICD ile yaşam konusunda yapılan eğitimlerin artırılması,
- Öz etkililiğin geliştirilmesi, şok anksiyetesinin azalmasına yönelik girişimler uygulanması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Abbasi M, Negarandeh R, Norouzadeh R, Mogadam ARS. The challenges of living with an implantable cardioverter defibrillator: a qualitative study. *Iran Red Crescent Med J.* 2016; 18(10):1-6.
2. Alkan H. İmplant Edilebilen Kardiyoverter Defibrilatör Hastalarında Psikososyal Faktörlerin İncelenmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Nuray Enç).
3. Al-Khatib SM, Stevenson WG, Ackerman MJ, Bryant WJ, Callans DJ, Curtis AB, ve ark. 2017 AHA/ACC/HRS Guideline for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death, *JACC*, 2017;1-182. doi: 10.1016/j.jacc.2017.10.054.
4. Ansari S, Arbabi M. Cognitive behavioral therapy (CBT) in a patient with implantable cardioverter defibrillator (ICD) and posttraumatic stress disorder (PTSD). *Iran J Psychiatry.* 2014;9(3):181-183.
5. Bandura A. Self-efficacy the exercise of control. New York: W. H. Freeman; 1997. p. 36-113.
6. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R. Heart disease and stroke statistics—2017 update: a report from the American Heart Association. *Circulation.* 2017; 135:e146-e603.
7. Berg SK, Støier L, Moons P, Zwisler AD, Winkel P, Pedersen PU. Emotions and health findings from a randomized clinical trial on psychoeducational nursing to patients with implantable cardioverter defibrillator. *J Cardiovasc Nurs.* 2015;30(3):197-204.
8. Bilge AK, Özben B, Demircan S, Çınar M, Yılmaz M, Adalet K. Depression and anxiety status of patients with implantable cardioverter defibrillator and precipitating factors. *PACE.* 2006; 29(6):619-626.

9. Bostwick JM, Sola CL. An updated review of implantable cardioverter/defibrillators, induced anxiety, and quality of life. *Psychiatr Clin N Am.* 2007;30:677–688.
10. Carlsson E, Olsson SB, Hertervig E. The role of the nurse in enhancing quality of life in patients with n implantable cardioverter defibrillator: a Swedish experience. *PCVN.* 2002;17:18-25.
11. Carroll DL, Hamilton GA. Quality of life in implanted cardioverter defibrillator recipients: The impact of a device shock. *Heart Lung.* 2005;34:169-78.
12. Chair YS, Lee CK, Choi KC, Sears SF. Quality of life outcomes in chinese patients with implantable cardioverter defibrillators. *PACE.* 2011; 34,858-867.
13. Connelly DT. Electrophysiology implantable cardioverter-defibrillators. *Heart.* 2001;86:221–226.
14. Cook SC, Valente AM, Maul TM, Dew MA, Hickey J, Burger J, et al. Shock-related anxiety and sexual function in adults with congenital heart disease and implantable cardioverter- defibrillators. *Heart Rhythm* 2013;10: 805-810.
15. Costa R, Silva KR, Mendonça RC, Nishioka SA, Siqueira Sde F, Tamaki WT, et al. Incidence of shock and quality of life in young patients with implantable cardioverter-defibrillator. *Arq Bras Cardiol.* 2007;88:258-264.
16. Cowan MJ, Pike KC, Budynski HK. Psychosocial nursing therapy following sudden cardiac arrest. impact on two-year survival. *Nurs Res.* 2001;50(2):68-76.

17. Çelik M. İmplant Edilebilen Kardiyoverter Defibrilatör (ICD) Hastalarında Algılanan Sosyal Destek Ve Umutsuzluk Düzeyleri. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Nuray Enç).
18. Çınar FI, Tosun N, Köse S. Evaluation of an education and follow-up programme for implantable cardioverter defibrillator-implanted patients. *J Clin Nurs.* 2013;22:2474–86.
19. Deaton C, Dunbar SB, Moloney M, Sears SF, Ujhelyi MR. Patient experiences with atrial fibrillation and treatment with implantable atrial defibrillation therapy. *Heart Lung.* 2003;32:291-299.
20. Dickerson SS, Posluszny M, Kennedy MC. Help seeking in a support group for recipients of implantable cardioverter defibrillators and their support person. *Heart Lung.* 2000;29:87-96.
21. Dickerson SS, Kennedy M, Wu YWB, Underhill M, Othman A. Factors related to quality-of-life pattern changes in recipients of implantable defibrillators. *Heart Lung.* 2010;39:466-476.
22. Dougherty CM. Psychological reactions and family adjustment in shock versus no shock groups after implantation of internal cardioverter defibrillator. *Heart Lung.* 1995;24:281-291.
23. Dougherty CM, Benoliel JQ, Bellin C. Domains of nursing intervention after sudden cardiac arrest and automatic internal cardioverter defibrillator implantation. *Heart Lung.* 2000;29:79-86.
24. Dougherty CM, Pyper GP, and Frasz HA. Description of Nursing intervention program after an ICD National Institutes of Health, National Institute for Nursing Research. *Heart Lung.* 2004;33:183-190.

25. Dougherty CM, Thompson EA, Lewis FM. Long-term outcomes of a telephone intervention after an ICD. *PACE*. 2005;28:1157-1167.
26. Dougherty, CM, Johnston, SK, Thompson EA. Reliability and validity of the self-efficacy expectations and outcome expectations after implantable cardioverter defibrillator implantation scales. *Appl Nurs Res*. 2007;20: 116-124.
27. Dougherty CM, Thompson EA. Intimate partner physical and mental health after sudden cardiac arrest and receipt of an implantable cardioverter defibrillator. *Res Nurs Health*. 2009; 32:432–442.
28. Dougherty CM, Thompson EA, Kudenchuk PJ. Development and testing of an intervention to improve outcomes for partners following receipt of an implantable cardioverter defibrillator in the patient. *ANS Adv Nurs Sci*. 2012;35(4):359-377.
29. Dougherty CM, Luttrell MN, Burr RL, Kim M, Haskell WL. Adherence to an aerobic exercise intervention after an implantable cardioverter defibrillator (ICD). *PACE*. 2016;39:128-139.
30. Dunbar SB. Psychosocial issues of patients with implantable cardioverter defibrillators. *Am J Crit Care*. 2005;14:294-303.
31. Dunbar SB, Langberg JJ, Reilly CM, Viswanathan B, McCarty F, Culler SD, et al. Effect of a psychoeducational intervention on depression, anxiety, and health resource use in implantable cardioverter defibrillator patients. *PACE*. 2009;10:1259-1271.
32. Dunbar SB, Dougherty CM, Sears SF, Carroll DL, Goldstein NE, Mark DB, et al. 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*. 2012;126:2146–72.

33. Fishman GI, Chugh SS, DiMarco JP, Albert CM, Anderson ME, Bonow RO, et al. Sudden Cardiac Death Prediction and Prevention Report From a National Heart, Lung, and Blood Institute and Heart Rhythm Society Workshop. *Circulation*. 2010;122(22): 2335–2348.
34. Flemme I, Johanson I, Strömberg A. Living with life-saving technology – coping strategies in implantable cardioverter defibrillators recipients. *J Clin Nurs*. 2011;21:311-321.
35. Fridlund B, Lindgren E, Ivarsson A, Jinhage B, Bolse K, Flemme I, Sandstedt B, Martensson J. Patients with implantable cardioverter-defibrillators and their conceptions of the life situation: A qualitative analysis. *J Clin Nurs*. 2000;9:37–45.
36. Friedmann E, Thomas SA, Inguito P, Kao CW, Metcalf M, Kelley FJ. et al. Quality of life and psychological status of patients with implantable cardioverter defibrillators. *J Interv Card Electrophysiol*. 2006;17:65-72.
37. Ford J, Finch JF, Woodrow LK, Cutitta KE, Shea J, Fischer A, et al. The Florida Shock Anxiety Scale (FSAS) for patients with implantable cardioverter defibrillators: testing factor structure, reliability, and validity of a previously established measure. *PACE*. 2012;35:1146-1153.
38. Glikson M, Friedman PA. The implantable cardioverter defibrillator. *Lancet*. 2001;357:1107-1117.
39. Gözüm S, Aksayan S. Öz Etkililik Yeterlik Ölçeği'nin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *J Anatol Nurs* 1999;2: 21-34.
40. Hacıhasanoğlu R, Gözüm S, Çapık C. Validity of the Turkish version of the medication adherence self-efficacy scale-short form in hypertensive patients. *Anadolu Kardiyol Derg* 2012; 12: 241-248.

41. Hamilton GA, Carroll DL. The effects of age on quality of life in implantable cardioverter defibrillator recipients. *J Clin Nurs*. 2004;13:194-200.
42. Hazelton AG, Sears SF, Kirian K, Matchett M, Shea J. Cardiology patient page. Coping with my partner's ICD and cardiac disease. *Circulation* 2009; 120:e73–e76.
43. Hirsh AT, Sears SF, Conti JB. Cognitive and behavioral treatments for anxiety and depression in a patient with an implantable cardioverter defibrillator (ICD): A case report and clinical discussion. *J Clin Psychol Med Settings*. 2009;16:270–279.
44. Humphreys NK, Lowe R, Rance J, Bennet PD. Living with an implantable cardioverter defibrillator: The patients' experience. *Heart Lung*. 2016;45:34-40.
45. James J. The psychological and emotional impact of living with an automatic internal cardioverter defibrillator (AICD): How can nurses help? *Intensive and Critical Care Nursing*. 1997;13: 316–323.
46. Kamphuis HC, Leeuw R, Derksen R, Hauer RNW, Winnubst JAM. Implantable cardioverter defibrillator recipients: quality of life in recipients with and without ICD shock delivery A prospective study. *Europace*. 2003;5,381-389.
47. Kara M, Mirici A. Koah Öz-Etkililik Ölçeği Türkçe formu'nun geçerlilik ve güvenilirliği. *AÜTD* 2002;34: 61-66.
48. Kao CW, Chen MY, Chen TY, Lin PH. Effect of psycho-educational interventions on quality of life in patients with implantable cardioverter defibrillators: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Health Qual Life Outcomes*. 2016;14:138.

49. Kılıçlı AB, Özdemir L. Psychosocial adjustment in heart failure patients with cardioverter defibrillator implantation. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2017;20:41-47.
50. Kuhl EA, Dixit NK, Walker RL, Conti JB, Sears SF. Measurement of patient fears about implantable cardioverter defibrillator shock: An initial evaluation of the Florida Shock Anxiety Scale. *PACE*. 2006;29: 614-618.
51. Luyster FS, Hughes JW, Waechter D, Josephson R. Resource loss predicts depression and anxiety among patients treated with an implantable cardioverter defibrillator. *Psychosomatic Medicine*. 2006;68:794-800.
52. Maia ACCO, Braga AA, Soares Filho G, Pereira V, Nardi AE, Silva AC. Efficacy of cognitive behavioral therapy in reducing psychiatric symptoms in patients with implantable cardioverter defibrillator: an integrative review. *Braz J Med Biol Res*. 2014;47:265-272.
53. Mauro AMP. Exploring uncertainty and psychosocial adjustment after cardioverter defibrillator implantation. *J Cardiovasc Nurs*. 2008;23(6):527-535.
54. Mauro AMP. Long-term follow-up study of uncertainty and psychosocial adjustment among implantable cardioverter defibrillator recipients. *Int J Nurs Stud*. 2010;47:1080-1088.
55. McDonough A. The experiences and concerns of young adults (18-40 years) living with an implanted cardioverter defibrillator (ICD). *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2009;8:274-80.
56. Meischke H, Diehr P, Phelps R, Damon S, Rea T. Psychologic effects of automated external defibrillator training: A randomized trial. *Heart Lung*. 2011;40:502-510.

57. Mert H, Argon G, Aslan Ö. Experiences of patients with implantable cardioverter defibrillator in Turkey: A qualitative study. *IJCS*. 2012;5(1):50-55.
58. Miller JL, Thylén I, Moser DK. Gender disparities in symptoms of anxiety, depression, and quality of life in defibrillator recipients. *PACE*. 2016;39:149-159.
59. Morken IM, Isaksen K, Karlsen B, Norekval TM, Bru E, Larsen AI. Shock anxiety among implantable cardioverter defibrillator recipients with recent tachyarrhythmia. *PACE*. 2012;35(11):1369-1376.
60. Morken IM, Bru E, Norekval TM, Larsen AI, Idsoe T, Karlsen B. Perceived support from healthcare professionals, shock anxiety and post-traumatic stress in implantable cardioverter defibrillator recipients. *J Clin Nurs*. 2013;23:450-460.
61. Okçin FA, Gerçeklioğlu G. Öğrencilerin öz-etkililik-yeterlilik algıları ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. *GÜSBD* 2013;2:40-51.
62. Opic' P, Utens EMWJ, Moons P, Theuns DAMJ, van Dijk APJ, Hoendermis ES, et al. Psychosocial impact of implantable cardioverter defibrillators (ICD) in young adults with tetralogy of fallot. *Clin Res Cardiol*. 2012;101:509-519.
63. Palacios-Cena D, Losa- Iglesias ME, de-las-Pen ñas CS, Salvadores-Fuentes P. Living with life insurance: a qualitative analysis of the experience of male implantable defibrillator recipients in Spain. *J Clin Nurs*. 2011;20:2003-2013.
64. Pasyar N, Sharif F, Rakhshan M, Nikoo MH, Navab E. Changes in Daily Life of Iranian Patients with implantable Cardioverter Defibrillator: A Qualitative Study. *IJCBNM*. 2017;5(2): 134-143.

65. Pedersen SS, Theuns DA, Jordaens L, Kupper N. Course of anxiety and device-related concerns in implantable cardioverter defibrillator patients the first year post implantation. *Europace*.2010;12:1119-1126.
66. Pedersen SS, den Broek KC, Theuns DA, Erdman RA, Alings M, Meijer A, Jordaens L, et al. Risk of chronic anxiety in implantable defibrillator patients: A multi-center study. *Int J Cardiol*. 2011;147:420-423.
67. Pedersen SS, Tekle FB, Hoogwegt MT, Jordaens L, Theuns DA. Shock and patient preimplantation type D personality are associated with poor health status in patients with implantable cardioverter-defibrillator. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2012;5:373-80.
68. Priori SG, Blomström-Lundqvist C, Mazzanti A, Blom N, Borggrefe M, Camm J, et al. 2015 ESC guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. *Eur Heart J*. 2015;36:2793-2867.
69. Quintar M, George JJ, Panko M, Bea S, Broer KA, St. John J, et al. A prospective study of anxiety in ICD patients with a pilot randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for patients with moderate to severe anxiety. *Interv Card Electrophysiol*. 2015;43:65-75.
70. Richards K, Freeman LK, Sears SF. The influence of social media use, online information seeking, and acceptance on implantable cardioverter defibrillator patient shock anxiety. *Journal Of Consumer Health On The Internet*. 2016;20(4):156-166.
71. Salmoirago-Blotcher E, Crawford SL, Carmody J, Rosenthal L, Yeh G, Stanley M, et al. Phone-delivered mindfulness training for patients with implantable cardioverter defibrillators: results of a pilot randomized controlled trial. *Ann. Behav. Med*. 2013;46:243–250.

72. Saxon, L, Hayes, D, Gilliam, F, Heidenreich, P, Day, J, Seth, M, et al. Long-Term Outcome After ICD and CRT Implantation and Influence of Remote Device Follow-Up: The ALTITUDE Survival Study. *Circulation*. 2010;122(23):2359-2367.
73. Schulz SM, Massa C, Grzbiela A, Dengler W, Wiedemann G, Pauli P. Implantable cardioverter defibrillator shocks are prospective predictors of anxiety. *Heart Lung*. 2013;42:105-111.
74. Schuster PM, Phillips S, Dillon DL, Tomich PL. The psychosocial and physiological experiences of patients with an implantable cardioverter defibrillator. *Rehabilitation Nursing*. 1998;23:30-37.
75. Sears SF, Todaro J, Urizar G, Lewis T, Sirois B, Wallace R, Sotile W, Curtis A, Conti J. Assessing the psychosocial impact of the ICD: A national survey of implantable cardioverter defibrillator health care providers. *PACE*. 2000;23:939–945.
76. Sears SF, Burns JL, Handberg E, Sotile WM, Conti JB. Young at heart: understanding the unique psychosocial adjustment of young implantable cardioverter defibrillator recipients. *PACE*. 2001;24:1113-1117.
77. Sears SF, Conti JB. Quality of life and psychological functioning of implantable cardioverter defibrillator patients. *Heart*. 2002;87:488-493.
78. Sears SF, Lewis TS, Kuhl EA, Conti JB. Predictors of quality of life in patients with implantable cardioverter defibrillators. *Psychosomatics*. 2005;46:451–457.
79. Sears SF, Vazquez Sowell LD, Kuhl EA, Kovacs AH, Serber ER, Handberg E, et al. The ICD shock and stress management program: a randomized trial of psychosocial treatment to optimize quality of life in ICD patients. *PACE*. 2007;30:858-864.

80. Serber ER, Fava JL, Christon LM, Buxton AE, Goldberger JJ, Gold MR, et al. Positive psychotherapy to improve autonomic function and mood in ICD patients (PAM-ICD): Rationale and design of an rct currently underway. *PACE*. 2016;39(5): 458-470.
81. Smeulders ESTF, van Haastregt JCM, Dijkman-Domanska BK, van Hoef EFM, van Eijk J, Kempen G. Nurse- and peer-led self-management programme for patients with an implantable cardioverter defibrillator; a feasibility study. *BMC Nursing*. 2007;6:1-8.
82. Smith G, Dunbar SB, Valderrama AL, Viswanathan B. Gender differences in implantable cardioverter –defibrillator patients at the time of insertion. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2006;21:76-82.
83. Sneed N, Finch N, Michel Y. The effect of psychosocial nursing intervention on the mood state of patients with implantable cardioverter defibrillators and their caregivers. *Progress in Cardiovascular Nursing*. 1997;12:4-14.
84. Sola CL ve Bostwick JM. Implantable cardioverter-defibrillators, induced anxiety, and quality of life. *Mayo Clin Proc*. 2005; 80:232-237.
85. Stevenson WG, Chaitman BR, Ellenbogen KA, Epstein AE, Gross WL, Hayes DL, et al. Clinical assessment and management of patients with implanted cardioverter - defibrillators presenting to nonelectrophysiologists. *Circulation*. 2004;110:3866-3869.
86. Tagney J. Can nurses in cardiology areas prepare patients for implantable cardioverter defibrillator implant and life at home?. *Nurs Crit Care*. 2004;9:104-114.
87. Thylén I, Dekker RL, Jaarsma T, Strömberg A, Moser DK. Characteristics associated with anxiety, depressive symptoms, and quality-of-life in a large

- cohort of implantable cardioverter defibrillator recipients. *J Psychosom Res.* 2014;77:122-127.
88. Thomas SA, Friedmann E, Kao CW, Inguito P, Metcalf M, Kelley FJ, et al. Quality of life and psychological status of patients with implantable cardioverter defibrillators. *AJCC.* 2006;15:389-398.
89. Toise SCF, Sears SF, Schoenfeld MH, Blitzer ML, Marieb MA, Drury JH, Slade MD, Donohue TJ. Psychosocial and cardiac outcomes of yoga for ICD patients: A randomized clinical control trial. *PACE.* 2014;37:48-62.
90. Ünsar S. ICD'si Olan Kalp Yetersizliği Hastalarının Deneyimleri: Kalitatif Bir Araştırma. *Turkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics.* 2016;2(3):46-51.
91. Van Den Broek KC, Versteeg H, Erdman RAM, Pedersen SS. The distressed (Type D) personality in both patients and partners enhances the risk of emotional distress in patients with an implantable cardioverter defibrillator. *J Affect Disord.* 2011; 130:447–453.
92. Van Den Broek KC, Heijmans N, Van Assen M. Anxiety and depression in patients with an implantable cardioverter defibrillator and their partners: a longitudinal study. *PACE.* 2013; 36:362–371.
93. Vazquez LD, Kuhl EA, Shea JB, Kirkness A, Lemon J, Whalley D, et al. Age-specific differences in women with implantable cardioverter defibrillators: an international multi center study. *PACE.* 2008;31:1528-1534.
94. Vazquez LD, Conti JB ve Sears SF. Female-specific education, management, and lifestyle enhancement for implantable cardioverter defibrillator patients: The female-ICD study. *PACE.* 2010;33:1131-1140.
95. Wong FMF, Sit JWH, Wong GEML, Choi KC. Factors associated with health-related quality of life among patients with implantable cardioverter

defibrillator: identification of foci for nursing intervention. *J Adv Nurs.* 2014;70(12):2821-2834.

96. Wong FMF. Factors associated with anxiety and depression among patients with implantable cardioverter defibrillator. *J Clin Nurs.* 2017;26:1328-1337.

97. Yardımcı T. İmplant Edilebilen Kardiyoverter Defibrilatörlü (ICD) Hastalara Uygulanan Web Tabanlı Eğitimin Şok Anksiyete Düzeyine ve Yaşam Kalitesine Etkisi. DEÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2015, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Hatice Mert).

## EKLER

**Ek-1**

### HASTA TANITIM FORMU

**Adı Soyadı:**

**Adres:**

**Tel:**

1. Denek no:

2. Cinsiyet

1. Kadın

2. Erkek

3. Yaşınız ....

4. Medeni durumunuz

1. Evli

2. Bekar

5. Öğrenim durumunuz nedir?

1. Okur yazar

2. İlkokul

3. Ortaokul/dengi okul

4. Lise/dengi okul

5. Fakülte/ yüksekokul

6. Kiminle yaşıyorsunuz?

1. Yalnız

2. Eşimle

3. Eşim ve çocuklarımla

4. Diğer

7. Çalışma durumunuz nedir

1. Çalışıyor

2. Çalışmıyor

3. Emekli

4. Diğer ....

8. Ekonomik durumunuz nedir?

1. Gelir giderden az

2. Gelir gidere denk

3. Gelir giderden fazla

9. Kronik bir hastalığınız var mı?

10. ICD takılma tarihi:

Ek-2

**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

<b>1. ICD'nin takılmasından kaynaklanan fiziksel değişikliklerle başedebilirim.</b>
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>2. Kalp durması-ICD'nin şok vermesi sonrası sınırlarımı kontrol edebilirim.</b>
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>3. Er geç evde ve işteki normal aktivitelere geri dönebileceğim konusunda kendime güveniyorum.</b>
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>4. Kalp durması ve ICD'nin şok vermesinin yakın ilişkilerimde neden olduğu sıkıntılarla baş edebilirim</b>
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>5. ICD şok verdiğinde bununla baş edebilirim..</b>
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

‘Sizi en iyi tanımlayan sayıyı işaretleyiniz’

Hiç

Tamamen

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>6. ICD'nizin takılmasının yol açtığı fiziksel değişimler ile baş edebildiniz.</b>										
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10										
<b>7. ICD takıldıktan sonra sınırlarınıza hakim olabildiniz</b>										
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10										
<b>8. Normal ev ve iş aktivitelerine geri döndünüz.</b>										
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10										
<b>9. ICD takıldıktan sonra yakın çevrenizdeki baskılarla baş edebildiniz</b>										
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10										
<b>10. ICD şok verdiğinde başarılı bir şekilde üstesinden geldiniz</b>										
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10										

**Ek-2'nin devamı**

**Sonuç Beklentileri –ICD**

**‘ Aynı fikirde olma derecenizi skorlayın’**

**Kesinlikle doğru**

**Kesinlikle doğru değil**

<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	
1. Eğer kalp durması-ICD'nin şok vermesi ile ilgili duygusal tepkilerimi dile getirirsem bunlar beni daha az rahatsız eder.	5	4	3	2	1
2. ICD'mi düzenli kontrol ettirirsem, çalışması ile ilgili sorunlar daha kolay tanımlanabilir.	5	4	3	2	1
3. Eğer ICD şokları ve kalp hastalığım ile ilgili şikayetleri bildirirsem sağlık ekibim beni daha etkin tedavi edebilir.	5	4	3	2	1
4. 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
5. Sağlık ekibim tarafından bana önerilen güvenli aktivite önlemlerine uyarsam ICD ile ilgili şikayetlerim azalır.	5	4	3	2	1

### Ek-3

#### 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 şok 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-4****TELEFON GÖRÜŞMELERİ İÇİN KONTROL LİSTESİ**

Denek no:

Görüşme no:

Görüşmenin yapıldığı tarih:

Görüşmenin süresi:

ICD'niz şoklama yaptı mı?	Evet	Hayır
Şokladıysa ne hissettiniz?		
<b>Endişe Duyulan/Sıkıntı Yaşanan Konular</b>	<b>Var</b>	<b>Yok</b>
Yürümek		
Koşmak		
Egzersiz yapma		
Uyumak		
Ağrı		
Araba kullanma		
Alışverişe çıkma		
Yakın/arkadaşlarla görüşme		
Cinsel ilişkiye girme		
Fiziksel görüntü		
İşe dönüş		
Sinirlenmek		
İlaçlar		
Kalp durması /ritm bozulması		
ICD'nin şoklaması		
ICD şoklamaması		
Konuşmak istediğiniz başka bir konu var mı?	Evet	Hayır

## Ek-5

Berna Hanım merhaba, Florida şok anksiyete,ICD Implantasyonundan Sonra Öz Etkililik ve Sonuç Beklentileri Ölçekleri'ni araştırmanızda kullanmanız bizi mutlu eder. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Araş.Görv.Dr. Havva ÖZ ALKAN

İstanbul Üniversitesi  
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

İç Hastalıkları Hemşireliği AD

Abide-i Hürriyet Cd. 34381 Şişli-İstanbul/ Türkiye

Phone: +90 212 440 0000 (27028)

Fax : +90 212 224 49 90

[havvaoz@hotmail.com](mailto:havvaoz@hotmail.com)

[halkan@istanbul.edu.tr](mailto:halkan@istanbul.edu.tr)




T.C.  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Etik Kurulu

**PROJENİN ADI:** İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör Hastalarında Verilen Eğitim, Telefonla İzlemin Öz Etkililik ve Şok Anksiyetesine Etkisi  
**PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ:** Doç.Dr. Sıdika OĞUZ  
**PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR:** Berna AKAY  
**ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI:** 26.10.2015-3

Sayın Doç.Dr. Sıdika OĞUZ

115 protokol nolu "İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör Hastalarında Verilen Eğitim, Telefonla İzlemin Öz Etkililik ve Şok Anksiyetesine Etkisi" isimli projenin Enstitümüz Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

  
Prof. Dr. Gökse ŞENER  
Komisyon Başkanı

  
Yrd.Doç.Dr. Pınar MEGA TİBER

  
Prof. Dr. Serap AKYÜZ

Prof. Dr. Hülya AŞÇI

Prof. Dr. Ufuk YURDALAN

Prof. Dr. Dilşad SAVE

Doç. Dr. Neşe BAHÇECİK

Doç. Dr. Tolga GÜVEN

Doç. Dr. Hakkı ARIKAN

Yrd. Doç.Dr. Ümit UĞURLU

Yrd. Doç. Dr. Betül OKUYAN

Ek-8

Evrak Tarih ve Sayısı: 01/03/2016-2998



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 35778018-770  
Konu : Araştırma İzinleri Hk.  
(Berna AKAY)

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE**  
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı  
(Göztepe Yerleşkesi 34722 Kadıköy)

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi Berna AKAY'ın "İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör Hastalarında Verilen Eğitimin, Telefonla İzlemin Öz Etkililik ve Şok Anksiyetesine Etkisi" konulu araştırmasını, Genel Sekreterliğimize bağlı Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulama talebi, Bilimsel Araştırma ve Değerlendirme Komisyonumuzca incelenmiş olup, 26/02/2016 tarihli komisyon toplantısında alınan kararlar çalışmanın anılan hastanede yapılması uygun görülmüştür. Söz konusu çalışmanın onay tarihinden itibaren 1 (bir) yılda tamamlanması, çalışmanın bitiminde bir nüshasının tarafımıza gönderilmesi hususunda;

Bilgilerinizi, ilgiliye tebliğ ile gereğini arz ederim.

Kadir İŞİK  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı V.

İSTANBUL İLİ ANADOLU GÜNEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ  
GENEL SEKRETERLİĞİ  
İDARİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI  
Ebriy ORAK NIKSARLI  
Uzman  
Güvenli Elektronik İmza ile Ayrıştırıldı  
01 Mart 2016

29.02.2016 Hemşire: Emine DENİZ EĞİLLİ  
29.02.2016 Uzman: Gülşen ÜZEL  
29.02.2016 Koordinatör Uzman: Mustafa Çoşkun AYAN

Evrak Doğrulamak İçin : [http://ebys.iagb.gov.tr:8028/enVision/Validate\\_doc.aspx?V=BENU402TB](http://ebys.iagb.gov.tr:8028/enVision/Validate_doc.aspx?V=BENU402TB)

Adres:Başbüyük Mah. Atatürk Cad.No:1 Maltepe/İSTANBUL  
Telefon:0216 421 26 26 Faks:0216 421 00 05  
e-Posta:eminecegilli@gmail.com Elektronik AĞ:www.iagb.gov.tr

Ayrıntılı Bilgi için İrtibat: Emine DENİZ  
EĞİLLİ  
Unvanı: Hemşire

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.  
Evrak Doğrulaması [http://ebys.iagb.gov.tr:8028/enVision/Validate\\_doc.aspx?V=BENU402TB](http://ebys.iagb.gov.tr:8028/enVision/Validate_doc.aspx?V=BENU402TB) adresinden yapılabilir. (PIN:23997)

## Ek-9

### GİRİŞİM GRUBU İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

**Çalışmanın amacı:** İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatör (ICD) implantasyonu hastalarında verilen eğitim, telefonla izlemin öz etkililik ve şok anksiyetesine etkisinin incelenmesidir.

**Çalışmanın yöntemi:** Araştırmayı katılmayı kabul ederseniz, araştırmacı sizin tıbbi bilgilerinizi toplayacak, size ICD ile ilgili eğitim verecek ve taburcu olduktan sonra sizi belirli aralıklarla telefonla arayacaktır. Telefon görüşmelerinde size günlük yaşantınıza alışma durumunuz, ICD'nizin şoklama durumuyla ilgili sorular soracaktır. Taburcu olduktan sonraki 3. Ay ve 6. Aylarda hastanedeki kontrol günlerinizde yüzyüze görüşerek size bazı formlar doldurtacaktır. Bu formlar öz etkililik ve kaygı düzeyinizi belirlemek için gerekli olan formlardır. Formlardan biri 15, diğeri 10 sorudan oluşmaktadır. Altı ay boyunca araştırmacıyı 05306126241 numaralı telefondan arayabilirsiniz.

**Çalışmaya katılma ve çalışmadan çıkma:** Bu araştırmaya ancak siz gönüllü olursanız dahil edileceksiniz. Bu araştırmaya katılmayı kabul etmiş ya da etmemiş olmanız sizi ve sizin tedavinizi hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Eğer bu araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isterseniz, istediğiniz zaman araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durumun size ve sizin tedavinize hiçbir etkisi olmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size ek bir ücret ödenmeyecektir.

**Gizlilik ve mahremiyet:** Bu araştırma aracılığı ile sizden alınan bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonucu ancak sizin bilgilerinizin saklı kalması koşuluyla yayınlanabilir. İmzaladığınız "Gönüllü Onay Formu" nu sizin ve araştırmacının dışında bu kurumda çalışmakta olan bir tanık daha imzalayacaktır. Bu araştırma ile ilgili merak ettiklerinizi araştırmacılarla iletişime geçerek öğrenebilirsiniz.

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları

Hemşireliği Anabilim Dalı,

Tez Danışmanı: Öğretim Üyesi. Doç. Dr. Sıdıka OĞUZ

Doktora Öğrencisi: Berna AKAY

Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

Tel: 0266 7186400/107

Mobil: 05306126241

## Ek-10

### KONTROL GRUBU İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

**Çalışmanın amacı:** İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatör (ICD) implantasyonu hastalarında verilen eğitim, telefonla izlemin öz etkililik ve şok anksiyetesine etkisinin incelenmesidir.

**Çalışmanın yöntemi:** Araştırmayı katılmayı kabul ederseniz, araştırmacı sizin tıbbi bilgilerinizi toplayacak, Taburcu olduktan sonraki 3. Ay ve 6. Aylarda hastanedeki kontrol günlerinizde yüzyüze görüşerek size bazı formlar doldurtacaktır. Bu formlar öz etkililik ve kaygı düzeyinizi belirlemek için gerekli olan formlardır. Formlardan biri 15, diğeri 10 sorudan oluşmaktadır. Altı ay boyunca araştırmacıyı 05306126241 numaralı telefonda arayabilirsiniz.

**Çalışmaya katılma ve çalışmadan çıkma:** Bu araştırmaya ancak siz gönüllü olursanız dahil edileceksiniz. Bu araştırmaya katılmayı kabul etmiş ya da etmemiş olmanız sizi ve sizin tedavinizi hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Eğer bu araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isterseniz, istediğiniz zaman araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durumun size ve sizin tedavinize hiçbir etkisi olmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size ek bir ücret ödenmeyecektir.

**Gizlilik ve mahremiyet:** Bu araştırma aracılığı ile sizden alınan bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonucu ancak sizin bilgilerinizin saklı kalması koşuluyla yayınlanabilir. İmzaladığınız “Gönüllü Onay Formu” nu sizin ve araştırmacının dışında bu kurumda çalışmakta olan bir tanık daha imzalayacaktır. Bu araştırma ile ilgili merak ettiklerinizi araştırmacılarla iletişime geçerek öğrenebilirsiniz.

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları

Hemşireliği Anabilim Dalı,

Tez Danışmanı: Öğretim Üyesi. Doç. Dr. Sıdıka OĞUZ

Doktora Öğrencisi: Berna AKAY

Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

Tel: 0266 7186400/107

Mobil:

05306126241

**Ek-11**

## **GÖNÜLLÜ ONAY FORMU**

Bilgilendirme formu ile bilgilendirildim ve katılmam istenen çalışma konusunu, amacını anladım. Bu çalışmamı istediğim zaman bırakabileceğimi ve bu çalışma ile tedavimin hiçbir şekilde olumsuz etkilenmeyeceğini anladım. Bu koşullar altında “İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör Hastalarında Verilen Eğitim, Telefonla İzlemin Öz Etkililik ve Şok Anksiyetesine Etkisi” adlı çalışmaya katılmayı kendi rızamla kabul ediyorum.

Gönüllünün adı soyadı:

İmzası:

Telefon numarası:

Tarih:

Tanığın adı soyadı:

İmzası:

Tarih:

Araştırmacının adı soyadı:

İmzası:

Tarih:

## ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	Berna	<b>Soyadı</b>	AKAY
<b>Doğum Yeri</b>	İzmir	<b>Doğum Tarihi</b>	25/09/1982
<b>Uyruğu</b>	TC	<b>Tel</b>	05306126241
<b>E-mail</b>	bernasagit@yahoo.com		

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Doktora/Uzmanlık</b>		
<b>Yüksek Lisans</b>	Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği	2010
<b>Lisans</b>	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2004
<b>Lise</b>	Selma Yiğitalp Lisesi	2000

### İş Deneyimi

	<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl - Yıl)</b>
	Hemşire	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji AD	2004-2012
	Öğretim Görevlisi	Balıkesir Üniversitesi Bandırma Sağlık Yüksekokulu	2012-2015
	Öğretim Görevlisi	Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2015-devam ediyor

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Okuduğunu Anlama*</b>	<b>Konuşma*</b>	<b>Yazma*</b>
İngilizce	İyi	Orta	Orta

<b>Yabancı Dil Sınav Notu #</b>								
YDS	ÜDS (2009)	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	67,5							

	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit Ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
<b>ALES Puanı (2012)</b>	72,39110	71,02301	63,52124
<b>(Diğer) Puanı</b>			

### **Bilgisayar Bilgisi**

<b>Program</b>	<b>Kullanma becerisi</b>
Microsoft Office (word, excel, power point)	Iyi