

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Seher KAŞLI

DOKTORA TEZİ

2025-ANTALYA

**NEUMAN SİSTEMLER MODELİNE
TEMELLENDİRİLMİŞ PSİKOEĞİTİM PROGRAMININ
İMLANTE EDİLEBİLİR KARDİYOVERTER
DEFİBRİLATÖR UYGULANAN HASTALARIN STRESLE
BAŞA ÇIKMALARINA VE PSİKOLOJİK İYİ
OLUŞLARINA ETKİSİ**

Seher KAŞLI

DOKTORA TEZİ

2025-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

NEUMAN SİSTEMLER MODELİNE
TEMELLENDİRİLMİŞ PSİKOEĞİTİM PROGRAMININ
İMPLANTE EDİLEBİLİR KARDİYOVERTER
DEFİBRİLATÖR UYGULANAN HASTALARIN STRESLE
BAŞA ÇIKMALARINA VE PSİKOLOJİK İYİ
OLUŞLARINA ETKİSİ

Seher KAŞLI

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Kerime BADEMLİ

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2025-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne;

Bu alışma j¼rimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Programında doktora tezi olarak kabul edilmiştir. 23/05/2025

İmza

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Kerime BADEMLİ
(Akdeniz Üniversitesi)

.....

¼ye : Prof. Dr. Kadriye BULDUKOğLU
(Akdeniz Üniversitesi)

.....

¼ye : Prof. Dr. İlhan G¼NBAYI
(Akdeniz Üniversitesi)

.....

¼ye : Prof. Dr. Neslihan LÖK
(Selçuk Üniversitesi)

.....

¼ye : Doç. Dr. Ceyda BAşOğUL
(Adıyaman Üniversitesi)

.....

Bu tez, Enstit¼ Y¼netim Kurulunca belirlenen yukarıdaki j¼ri ¼yeleri tarafından uygun g¼r¼lm¼ř ve Enstit¼ Y¼netim Kurulu'nun/...../2025 tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Enstit¼ M¼d¼r¼

Prof. Dr. Melike CENGİZ

ETİK 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 çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Seher KAŞLI

İmza

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Kerime BADEMLİ

İmza

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim boyunca deneyimlerinden ve bilgisinden yararlandığım, desteğini ve ilgisini her zaman hissettiğim değerli danışmanım Doç. Dr. Kerime BADEMLİ'ye,

Değerli katkı ve görüşleriyle tezimin gelişiminde önemli role sahip olan sayın hocalarım Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU ve Prof. Dr. İlhan GÜNBAYI'ya,

Lisansüstü eğitimim süresince kendilerinden ders aldığım kişisel ve akademik gelişimimde payı olan tüm değerli hocalarıma,

Bana duyduğu güven ve desteği her zaman hissettiren, her daim beni yüreklendiren ve süreci yürütebilmemde hayatımı kolaylaştıran canım klinik sorumlum Elif Deniz ZORBAZ'a,

Kardiyoloji kliniğindeki uzun çalışma yıllarım boyunca desteğini hep hissettiğim başta Meral AKTAŞ olmak üzere eski ve mevcut tüm çalışma arkadaşlarıma,

Süreç boyunca yardım ve desteğini esirgemeyen, bilgilerini benimle açıklıkla paylaşan değerli arkadaşım Yeliz KARAÇAR'a, tökezlediğim yerlerde bana varlığını sunan, güzel sözleriyle cesaretimi ve motivasyonumu artıran canım arkadaşım Şükriye NİLÜFER'e

Lisansüstü eğitimim boyunca danıştığım her konuda nezaketle yardımcı olan Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün tüm çalışanlarına,

Tezimde yer alarak destek sağlayan katılımcılara,

Tüm öğrenim hayatım boyunca kahrımı çekip, iyiliğimi önceleyen canım annem Emine KAŞLI, canım babam Mümtaz KAŞLI ve geniş ailemin tüm üyelerine çok teşekkür ediyorum.

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı Neuman Sistemler Modeline temellendirilmiş psikoeğitim programının, İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör (İKD) uygulanan hastaların stresle başa çıkmalarına ve psikolojik iyi oluşlarına etkisini incelemek ve hastaların savunma hatlarını güçlendirmektir.

Yöntem: Araştırma çok safhalı karma yöntem deseninin alt türü olan nitel program geliştirme ve iç içe geçmiş karma yöntem araştırmasını birleştiren tekli karma yöntem araştırmasıdır. İlk aşamada program geliştirme yöntemi, ikinci aşamada teknik eylem araştırması yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde İKD uygulanan beş hasta oluşturmuştur. Araştırmanın eylem sürecinde katılımcılarla bireysel olarak psikoeğitim programı yürütülmüştür. Araştırmada nicel veriler eylem öncesi ve sonrası Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ), Psikolojik İyi Oluş Ölçeği ile toplanmıştır. Nitel veriler Eylem Sonrası Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu ile toplanmıştır. Nicel verilerde ölçek puan ortalamaları, nitel verilerde tematik ve betimsel analiz kullanılmıştır.

Bulgular: Psikoeğitim sonunda SBTÖ alt boyutlarından kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puanlarında artış olmuştur. Çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama alt boyut puan ortalamaları ise azalmıştır. Hastaların Psikolojik İyi Oluş Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları psikoeğitim sonrası artış göstermiştir. Nitel verilerden stresle başa çıkma yöntemleri, cihazla yaşamaya ilişkin tepkiler, psikoeğitimden yararlanma, cihaza ilişkin metaforlar şeklinde dört ana tema elde edilmiştir.

Sonuç: NSM ye temellendirilmiş psikoeğitim programı, İKD uygulanan hastaların psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkmalarına olumlu etkide bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Neuman Sistemler Modeli, psikoeğitim, implante edilebilir kardiyoverter, başa çıkma, iyi oluş

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to examine the effects of a psychoeducation program based on Neuman Systems Model on the coping with stress and psychological well-being of patients Implantable Cardioverter Defibrillator (ICD) and to strengthen the patients' defense lines.

Method: The research is a single mixed method research that combines qualitative program development and embedded mixed method research, which is a variation of multi-phase mixed method design. Program development method was conducted in the first stage, and technical action research was carried out in the second stage. The sample of the research consisted of five patients who underwent ICD in the Cardiology Clinic of Health Sciences University Antalya Training and Research Hospital. During the action process of the research, a psychoeducation program was carried out individually with the participants. Quantitative data in the research were collected with the Stress Coping Styles Scale (SBTO) and the Psychological Well-being Scale before and after the action. Qualitative data were collected with the Post-Action Semi-Structured Interview Form. Scale score averages were used for quantitative data, and thematic and descriptive analysis were used for qualitative data.

Results: At the end of psychoeducation, there was an increase in the mean scores of the self-confident approach and optimistic approach sub-dimensions of the SBTO. The mean scores of the helpless approach, submissive approach and seeking social support sub-dimensions decreased. The mean scores of the patients on the Psychological Well-Being Scale increased after psychoeducation. Four main themes were obtained from the qualitative data: methods of coping with stress, reactions to living with the device, benefiting from psychoeducation and metaphors related to the device.

Conclusion: The NSM-based psychoeducation program had a positive effect on psychological well-being and stress coping in ICD patients.

Key words: Neuman Systems Model, psychoeducation, implantable cardioverter defibrillator, coping, well-being

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör	3
2.2. İKD Cihazının Hasta Üzerine Etkileri	5
2.2.1. Fizyolojik Etkileri	5
2.2.2. Psikolojik Etkileri	7
2.2.3. Sosyokültürel Etkileri	8
2.2.4. Gelişimsel Etkileri	9
2.2.5. Spiritüel Etkileri	10
2.3. İKD Hastalarında Stresle Başa Çıkma	11
2.4. İKD Hastalarında Psikolojik İyi Oluş	12
2.5. İKD Hastalarına Yönelik Müdahaleler	13
2.5.1. Bilişsel Davranışçı Terapi Müdahaleleri	13
2.5.2. Telefon Danışmanlığı Müdahaleleri	14
2.5.3. Kardiyak Rehabilitasyon Programları	15
2.5.4. Web Tabanlı Müdahaleler	16
2.5.5. Psikoeğitim Müdahaleleri	17
2.6. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi	19
2.6.1. İnsan	21
2.6.2. Çevre	27
2.6.3. Sağlık	29
2.6.4. Hemşirelik	30

3. GEREÇ ve YÖNTEM	36
3.1. Araştırmanın Amacı ve Sayıtları	36
3.2. Araştırmanın Tipi	36
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	36
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	37
3.5. Araştırmanın Uygulama Basamakları	40
3.5.1. Eylem Öncesi Süreç	41
3.5.2. Eylem Süreci	51
3.5.3. Eylem Sonrası Süreç	54
3.6. Araştırma Verilerinin Analizi	54
3.7. Araştırmanın Geçerlilik ve Güvenilirliği	55
3.8. Araştırma Sürecinde Yaşanan Deneyimler	56
3.9. Araştırmacının Rolü	58
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	58
3.11. Araştırmanın Güçlü Yanları	58
4. BULGULAR	59
4.1. Psikoeğitimin Katılımcıların Stresle Başa Çıkma ve Psikolojik İyi Oluşlarına Etkisi	59
4.2. Psikoeğitimin Katılımcıların Deneyimlerine Etkisi	62
5. TARTIŞMA	74
5.1. Psikoeğitim Sonrası Katılımcıların Stresle Başa Çıkma Tarzları	74
5.2. Psikoeğitim Sonrası Katılımcıların Psikolojik İyi Oluşları	76
5.3. Psikoeğitim Sonrası Katılımcıların Deneyimleri	77
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	86
KAYNAKLAR	89

EKLER

EK-1. Aydınlatılmış Onam Formu

EK-2. Kişisel Bilgi Formu

EK-3. Eylem Sonrası Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

EK-4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

EK-5. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği

EK-6. Kullanılan Ölçekler İçin E-posta ile Alınan İzinler

EK-7. Etik Kurul Onayı

EK-8. Kurum İzin Yazısı

EK-9. Çalışmadan Çıkarılan Eylem Öncesi Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

EK-10. Araştırmacıya Ait Katılım Belgesi

EK-11. Araştırmacıya Ait Katılım Belgesi

EK-12. Araştırmacıya Ait Katılım Belgesi

EK-13. Araştırmacının Çalışmadaki Yetkinliği Tablosu

EK-14. Katılımcılara Ait Bireysel Eylem Öncesi-Sonrası Nicel-Nitel Veriler Tablosu

EK-15. Psikoeğitim Programı Örnek Oturum

ÖZGEÇMİŞ

132

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1.	Çalışmaya Dahil Edilen-Edilemeyen Hastalar ve Nedenleri	37
Tablo 3.2.	Katılımcılara Ait Tanıtıcı Özellikler	38
Tablo 3.3.	Eylem Araştırması Basamaklarına Göre Araştırma Akış Şeması	39
Tablo 3.4.	Araştırma Soruları	42
Tablo 3.5.	NSM'ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programına Gelen Uzman Önerileri ve Yapılan Değişiklikler	49
Tablo 3.6.	NSM'ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programının Uzman Uyum İstatistikleri	50
Tablo 3.7.	NSM'ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programının Uzman Uyum İstatistikleri	50
Tablo 3.8.	NSM'ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programının Oturumları Hedefler ve Değişkenler	52
Tablo 3.9.	Araştırmanın Geçerlilik ve Güvenilirliği	56
Tablo 4.1.	Katılımcıların Eylem Öncesi-Sonrası SBTÖ Alt Boyutlarına Ait Puan Ortalamaları	59
Tablo 4.2.	Katılımcıların Eylem Öncesi-Sonrası SBTÖ Alt Boyutlarına Ait Bireysel Puan Ortalamaları	60
Tablo 4.3.	Katılımcıların Eylem Öncesi-Sonrası Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamaları	61
Tablo 4.4.	Katılımcıların Eylem Öncesi-Sonrası Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Bireysel Puan Ortalamaları	62

Tablo 4.5.	Katılımcıların Eylem Sonrası Deneyimlerine Yönelik Ana Tema ve Alt Temalar	63
Tablo 4.6.	Stresle Başa Çıkma Yöntemleri Ana Teması-Alt Temaları	64
Tablo 4.7.	Cihazla Yaşamaya İlişkin Tepkiler Ana Teması-Alt Temaları	66
Tablo 4.8.	Cihaza İlişkin Metaforlar Ana Teması-Alt Temaları	72



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.	Neuman Sistemler Modeline Göre İKD Hastasında Hemşirelik Uygulamaları	34
Şekil 2.2.	Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısı	35



SİMGELER ve KISALTMALAR

İKD	: İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör
NSM	: Neuman Sistemler Modeli
SBTÖ	: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
SBÜ	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu



1.GİRİŞ

Ani kardiyak ölümün önlenmesinde uygulanan İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör (İKD), uzun vadeli sağkalım yararları kanıtlanmış dünya çapında tercih edilen bir tedavi yöntemidir (Friedman ve ark., 2006; Jackson ve ark., 2024; Maron ve ark., 2007; Nicmanis, 2025). İKD tedavisi, hastalar için stresli ve travmatik olabilmekte, potansiyel stresörlere karşı sağlıklı başa çıkma stratejileri gerektirmektedir (Ford ve ark., 2013; Sossong, 2007). Yapılan çalışmalarda hastalarda ölüm kaygısı, uyku problemleri, psikolojik sıkıntı, fiziksel ve psikolojik uyum sorunları görülebildiği bildirilmektedir (Cutitta ve ark., 2014; Kim ve ark., 2020; Magyar-Russell ve ark., 2011; Moss ve ark., 2004; Nicmanis, 2025). Hastaların özellikle erken dönemde psikolojik iyi oluşlarının düşük düzeyde olduğu (Carroll ve Hamilton, 2008; Hermann ve ark., 1997), stresle başa çıkmada problem yaşadıkları (Ingles ve ark., 2013; Thomas ve ark., 2006), implantasyondan bir ay sonra kalıcı depresif belirtiler gösterebildikleri (Pedersen ve ark., 2011a), değişen oranlarda anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) yaşayabildikleri belirtilmektedir (Blanch ve ark., 2018; Dunbar ve ark., 2012; Ingles ve ark., 2013; Pedersen ve ark., 2011a ; Pedersen ve ark., 2011b; Schulz ve ark., 2020; Sears ve Conti, 2002; van den Heuvel ve ark., 2021).

İKD hastaları için stresörler; yapay bir cihazın bedende yaşam boyu kalacak olması, kontroller gereği sıklıkla hastaneye gitme düşüncesi, cihazın fonksiyonunun bozulabileceği, düzensiz kalp atışlarını kontrol edemeyeceği ve sürekli şok vereceği korkusu olarak belirtilmektedir (Magyar-Russell ve ark., 2011; Schulz ve ark., 2013). Neuman'ın Sistemler Modeli'ne (NSM) göre stresörlere maruz kalmak bireyin savunma sistemini etkileyerek temel yapıyı bozabilmektedir. Modele göre hemşirelik bakım uygulamaları ile hastaların savunma sistemleri güçlendirilerek temel yapının korunmasının sağlanabileceği belirtilmektedir (Hannood ve Dhamoon, 2021). Hemşire tarafından bilgi gereksinimi karşılanan ve desteklenen İKD hastalarının, belirsizlikle daha kolay başa çıkabildikleri, kabul sorunları yaşamadıkları, uyum sürecini daha rahat atlatabildikleri bildirilmektedir (Sossong, 2007). İKD hastalarında erken dönemde uygulanan yapılandırılmış psikoeğitim müdahale programlarının, İKD öncesi dönemdeki

normal yaşam süreçlerine dönüşü kolaylaştırdığı çalışmalarla gösterilmiştir (Azizi ve ark., 2019; Dougherty ve ark., 2004b; Dougherty ve ark., 2005; Sears ve ark., 2007).

Yapılan literatür incelemesinde İKD hastalarında NSM'ye temellendirilmiş müdahale çalışmasına ulaşılamamış, kalp hastaları ile NSM'nin kullanıldığı iki çalışmaya ulaşılabilmektedir. Diniz ve arkadaşlarının (2019) yürüttükleri çalışmada, NSM'ye dayalı eğitsel oyun müdahalesinin miyokardiyal revaskülarizasyon geçiren hastaların yaşadığı anksiyete ve stres düzeylerini önemli ölçüde azalttığı belirtilmektedir. Akhlaghi ve arkadaşlarının (2020), koroner arter bypass grefti olan hastalarda NSM'ye temellendirilmiş hemşirelik girişimlerini kullandıkları randomize kontrollü çalışmada hastaların stres düzeylerinin azaldığı bildirilmektedir.

Modele göre, İKD hastalarında başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi ve hastanın savunma hatlarının güçlendirilmesi temel yapının korunması açısından önemlidir. NSM'de bu amaçlara yönelik birincil koruma düzeyinde bireyin sağlık/iyilik halinin en yüksek düzeyde tutulması, ikincil ve üçüncül koruma düzeyinde bireylerde stresi azaltabilecek etkili başa çıkma tarzlarının geliştirilmesi yer almaktadır (Turner ve Kaylor, 2015). Kalp hastalıklarında yapılan NSM temelli müdahalelerde, modelin hastalarda savunma ve direnç hatlarını güçlendirdiği belirtilmektedir (Akhlaghi ve ark., 2020; Diniz ve ark., 2019). Kalp hastalarında stresörlerin savunma hatlarına etkisinin değerlendirilmesinde, stresörlere karşı yeniden denge ve uyumun sağlanabilmesinde NSM'ye temellendirilmiş müdahalelerin geliştirilmesi ve uygulanması önemlidir (Akhlaghi ve ark., 2020). Ulaşılabilen literatürde, İKD hastalarına yönelik yapılan NSM'ye temellendirilmiş herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmanın birinci aşamasında NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı geliştirilmiş, ikinci aşamasında teknik eylem araştırmasıyla yürütülmüştür. Bu çalışmanın amacı, NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim müdahalesinin İKD hastalarının stresle başa çıkmaları ve psikolojik iyi oluşları üzerine etkisini teknik eylem araştırmasıyla değerlendirmek ve hastaların savunma hatlarını güçlendirmektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör

Devamlı ventriküler taşikardi veya ventriküler fibrilasyona bağlı ani kardiyak ölümü önlemek için geliştirilmiş İKD tedavisi, deri altına kalıcı olarak yerleştirilen, pille çalışan, elektronik ve programlanabilir nitelikteki cihazdır (Amerikan Kalp Derneği, 2015; Friedman ve ark., 2006; Karataş ve Polat, 2015; Maron ve ark., 2007; Thomas ve ark., 2006). İKD cihazı kalbin elektriksel aktivitesini sürekli takip ederek taşikardi varlığını tespit eder (İngiliz Kalp Vakfı, 2017; Zanoğlu ve ark., 2019). İKD cihazının temel fonksiyonları taşikardik epizodları algılamak, ventriküler ritim bozukluklarını tespit etmek ve uygun tedavi ile normal sinüs ritmini sağlamaktır (Epstein, 2008; Zanoğlu ve ark., 2019). İKD tedavisinin geleneksel tedavi yöntemlerine göre uzun vadeli sağkalım yararlarının ortaya konulmasıyla beraber (Friedman ve ark., 2016; Glikson ve Friedman, 2001; Goldenberg ve ark., 2010; Jackson ve ark., 2024; Moss ve ark., 2004), implantasyon sayısı dünya çapında giderek önemli ölçüde artmıştır (Moss ve ark., 2004). Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda yaklaşık 150000 İKD implantasyonu gerçekleştiği bildirilmektedir (Friedman ve ark., 2016). Ülkemizde İKD uygulamasına ilişkin net verilere ulaşamamıştır.

Ani kardiyak ölümün önlenmesinde birincil ve ikincil koruma amacıyla İKD tedavisine başvurulmaktadır (Azizi ve ark., 2019; Berg ve ark., 2020; Borne ve ark., 2017; Friedman ve ark., 2016; Leong ve ark., 2024). İKD implantasyonu ventriküler taşikardilere bağlı ani kardiyak arrest nüksünü önlemede en etkili tedavidir (Yow ve ark., 2020). İKD tedavisi ile zarar verici ventriküler aritmiyi tanıyıp, tedavi etmek ve böylece ani kardiyak ölümü önlemek istenmektedir (Borne ve ark., 2017; Leong ve ark., 2024). Ani kardiyak ölümün birincil önlenmesi, sürekli ventriküler taşikardi, ventriküler fibrilasyon veya kardiyak arrest için risk altında olan ancak henüz bir epizod geçirmemiş kişilerde İKD cihazının kullanımını ifade etmektedir (Berg ve ark., 2020). İkincil önleme ise daha önce ani kardiyak arrest geçirmiş veya sürekli ventriküler taşikardi atlatan hastalarda mortalite riskinin azaltılması amacıyla İKD cihazı kullanımını ifade etmektedir (Berg ve ark., 2020; Leong ve ark., 2024; Yow ve ark., 2020).

İmplantasyon sonrası İKD komplikasyonları, cerrahi işlem, cihazın işlevi veya programlanan seçeneklere bağlı olarak gelişebilmektedir (Pavia ve Wilkoff, 2001; Rordorf ve ark., 2024). İKD komplikasyonları, implantasyon işlemi sırasında ve hemen sonrası 30 günlük süreçte meydana gelen erken dönem komplikasyonlar ve ilerleyen süreçte meydana gelen geç dönem komplikasyonlar olarak ele alınmaktadır (Pavia ve Wilkoff, 2001). Pnömotoraks, hemotoraks, perikard tamponadı, sağ ventrikül perforasyonu, hava embolisi, aritmiler, defibrilasyon testine bağlı gelişebilecek serebral iske mi veya miyokardiyal iske mi olası erken dönem komplikasyonları arasındadır (Wilkoff ve ark., 2016). Diğer erken dönem komplikasyonlarından bazıları, enfeksiyon, tromboz, lead/kablo kırılması, leadin yerinden oynaması (Baldauf ve ark., 2024; Blanch ve ark., 2018; Rordorf ve ark., 2024), cihazı yerleştirmek için açılan cebe ilişkin hematom ve deri bütünlüğünün bozulması riski şeklindedir (Albouani ve ark., 2009; Baldauf ve ark., 2024; Rordorf ve ark., 2024).

Erken dönemde meydana gelen komplikasyonlar, geç dönem komplikasyon ve mortalite riskini artırması nedeniyle dikkatli olunması gereken bir durumdur. Erken dönem komplikasyonlarının önlenmesi için hastaların dikkat edeceği noktaları tanınması ve bakıma yönelik bilgilendirilmesi önemlidir. Fransa’da üç yıllık takipte erken dönem komplikasyonlarına yönelik çok merkezli olarak yürütülen bir çalışmada, İKD implantasyonu gerçekleştirilen hastalarda %13.5 oranında erken dönemde komplikasyon meydana geldiği, komplikasyonların çoğunluğunun leadin/kablonun yerinden kayması ve hematom ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Ascoeta ve ark., 2016).

İsveç’te yürütülen 10 yıllık bir retrospektif çalışma sonuçlarına göre yılda %4.3 oranında cerrahi işlem gerektiren geç dönem komplikasyon görüldüğü bildirilmektedir. Aynı çalışma sonuçlarına göre meydana gelen 98 komplikasyondan en sık görülen komplikasyonun leadin yerinden çıkması olduğu, bunu lead disfonksiyonu, enfeksiyon kaynaklı pilin çıkarılması, konektör arızası, cihaz arızası, perikardiyal effüzyon ve pnömotoraksın izlediği belirtilmektedir (Mattsson ve Magnusson, 2020). Geç dönem komplikasyonlarına ilişkin risk faktörleri, implantasyon sırasında daha genç yaş, kadın cinsiyet ve siyah ırk olarak bildirilmektedir (Ranasinghe ve ark., 2016). İKD’nin en önemli geç dönem komplikasyonu cep enfeksiyonudur. Antibiyotik tedavisine rağmen

enfeksiyonun devam etmesi halinde cihazın çıkartılması gerekebilmektedir (Mattsson ve Magnusson, 2020). Geç dönemde meydana gelen lead komplikasyonlarında düşük veya aşırı algılama gibi yalıtım problemleriyle karşılaşılabilir. Elektromanyetik alanlar nedeniyle uygunsuz şoklama ya da cihazın inhibe olması da gelişebilecek diğer komplikasyonlar arasındadır (Mattsson ve Magnusson, 2020). Hastalarda herhangi bir komplikasyon gelişmemesi için erken dönemde hemşirelik uygulamaları; işlem öncesi standart cerrahi girişimlerde olduğu üzere cihazın implante edileceği yerin tıraşının ve hastanın açığının sağlanması şeklindedir (Knight ve ark., 1997). İşlem sonrası ise Elektrokardiyogram ile hastanın ritmi kontrol edilmeli, işlem bölgesi kanama, hematoma oluşumu ve enfeksiyon belirtileri açısından gözlemlenmelidir (Smeltzer ve ark. 2010).

2.2. İKD Cihazının Hasta Üzerine Etkileri

İKD implantasyonunun hastalar üzerinde çeşitli etkileri vardır. Bu etkiler çalışmada kullanılan model kapsamında, NSM'nin insanı tanımladığı şekilde birbiriyle etkileşim halindeki fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel ve spiritüel değişkenler olarak ele alınmıştır.

2.2.1. Fizyolojik Etkileri

İmplantasyon sonrası İKD hastalarında uyku bozukluğu, beden imajında bozulma, sağlıksız yaşam davranışları, cinselliğin olumsuz etkilenmesi gibi fizyolojik etkiler görülebilmektedir (Berg ve ark., 2020; Ingles ve ark., 2013). İKD hastaları için yapay bir cihazın bedende yaşam boyu kalacak olması bir stresördür (Magyar-Russell ve ark., 2011; Morken ve ark., 2012; Schulz ve ark., 2013; Nicmanis, 2025) ve hastaların beden imajını olumsuz etkileyebilmektedir (Pasyar ve ark., 2017a; Nicmanis, 2025). İKD hastalarında göğüs bölgesindeki yara izi ve şişlik, özellikle kadınlarda fiziksel çekiciliğe dair beden imajı ile ilgili kaygılara neden olabilmektedir (Nicmanis, 2025).

Moradi ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan çalışmada hastaların cihazı kendi vücutlarının bir parçası olarak kabul etmekte zorlandıkları belirtilmektedir. İKD hastaları %25-50 arasında değişen oranda beden imajına yönelik kaygılarını bildirmekte ve aynı zamanda bu kaygıları sağlık profesyonelleriyle konuşmaktan rahatsızlık duymaktadırlar (Walker ve ark., 2004). Yapılan çalışmalarda beden imajına yönelik kaygıları nedeniyle özellikle kadınların cihaz kabulünün daha düşük olduğu (Frydensberg ve ark., 2025;

Starrenburg ve ark., 2014), beden imajı olumsuz etkilenen hastaların diğer hastalara oranla daha yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon yaşadıkları belirtilmektedir (Frydensberg ve ark., 2025). Genç kadınların orta yaşlı ve yaşlı kadınlara göre daha fazla beden imajında bozulmaya yönelik kaygı yaşamaya eğilimli oldukları (Vazquez ve ark., 2008), yara izini ortaya çıkaran kıyafet giymek konusunda utanç duydukları bildirilmektedir (Flemme ve ark., 2011). İKD hastalarında implantasyon sonrası beden imajında yaşanan olumsuz algı nedeniyle etkilenen bir alan da cinsel yaşamdır (Ingles ve ark., 2013; Sears ve Conti, 2002; Steinke ve ark., 2005). Steinke ve arkadaşlarının (2005) yürüttükleri çalışmada implantasyon sonrası İKD hastalarının %29'unda ve partnerlerinin %39'unda cinsel ilgi azlığı meydana geldiği bildirilmektedir. Cinsel aktivitenin azalmasında beden imajına yönelik kaygıların (Steinke ve ark., 2005) ve cinsel aktivitenin ritim bozukluğunu tetikleyip şok almaya sebep olacağı korkusunun etkin olduğu belirtilmektedir (Dye ve ark., 2022).

Yaygın görülen fizyolojik etkilerden bir diğeri de uyku bozukluğudur. Özellikle hastalık sürecinden ruhsal olarak olumsuz etkilenen genç hastaların, İKD implantasyonu sonrasında uyku bozuklukları yaşayabildiği belirtilmektedir. Uyku bozuklukları kardiyovasküler sağlık açısından artan risk ile ilişkilendirilmektedir. Uyku sorunları yaşayan hastalar, fiziksel sağlık durumlarını olumsuz değerlendirmekte ve yaşam kalitelerinin bozulduğunu bildirmektedirler (Habibovic ve ark., 2018). Yapılan çalışmalar hastalarda %67'ye varan oranlarda klinik açıdan anlamlı uyku sorunları varlığını (Berg ve ark., 2012), uyku sorunları olan hastaların artan yorgunluk, azalan ruhsal iyilik hali ve daha zayıf cihaz kabulü bildirdiğini belirtmektedir (McCrae ve ark., 2016). İKD hastalarının uyku problemlerinin kronikleşmesinde kardiyoversiyon şoku alma kaygıları, kalp hastalığıyla başa çıkmada zorlanma ve yüksek düzeyde psikolojik sıkıntı yaşamaları etken olabilmektedir (Whang ve ark., 2005). İKD hastalarının maruz kaldıkları stresörlerle başa çıkamamaları, hastaların sağlıksız besin alımı, daha fazla sigara, uyuşturucu madde veya alkol tüketimi, daha az uyku şeklinde kalp hastalığının ilerlemesine neden olan sağlıksız davranışlara yönelmelerine neden olabilmektedir (Akt. Berg ve ark., 2020; Dejong, 2008).

2.2.2. Psikolojik Etkileri

İmplantasyon sonrası İKD hastalarında, cihazın işlevine yönelik kaygı ve korkular, ölüm kaygısı, psikolojik sıkıntı, psikolojik uyum sorunları (Cutitta ve ark., 2014; Kim ve ark., 2020; Magyar-Russell ve ark., 2011; Moss ve ark., 2004), değişen oranlarda anksiyete, depresyon ve İKD şoklarına bağlı TSSB gibi psikolojik etkiler görülebilmektedir (Blanch ve ark., 2018; Dunbar ve ark., 2012; Ghezzi ve ark., 2023; Ingles ve ark., 2013; Pedersen ve ark., 2011a ; Pedersen ve ark., 2011b; Schulz ve ark., 2020; Sears ve Conti, 2002; van den Heuvel ve ark., 2022). Kardiyoversiyon şoku, yaşamı tehdit eden aritmileri sonlandırarak hayat kurtarıcı olsa da ortaya çıktığında hastalar için ağırlı ve travmatik bir deneyime dönüşebilmektedir (Pyngottu ve ark., 2019; Schulz ve ark., 2020). Ghezzi ve arkadaşları (2023), İKD hastalarının psikolojik semptom yükünü değerlendirdikleri metaanaliz çalışmasında, özellikle kadın hastaların İKD implantasyonu sonrası yüksek anksiyete seviyelerine sahip olduğunu belirtmektedirler.

Şok yaşamış hastaların, şok yaşamayanlara kıyasla daha yüksek depresyon semptomlarına sahip oldukları, şok yaşayan hastaların klinik olarak anlamlı anksiyete ve depresyon yaşamış ya da yaşama olasılıklarının yüksek olduğu bildirilmektedir. Şok yaşamının hastalar açısından ek psikolojik destek ve bakım gereksinimine sebep olduğu belirtilmektedir. Şok yaşamamış hastaların bilinmeyene karşı korku duydukları, şok yaşamış olanların gelecekteki şoklara karşı artan korku yaşadıkları bildirilmektedir (Ghezzi ve ark., 2023; McDonough, 2009). Şok yaşayan hastalar arasında az sayıda hastanın cihazın etkili olduğuna dair rahatlama yaşadıkları ve güvende hissettikleri, çoğu hastanın cihaza bağımlı hissetmeleri nedeniyle hayal kırıklığı duydukları, toplum içinde şok yaşama kaygısı ile savunmasız ve endişeli hissettikleri (Morken ve ark., 2010), aynı zamanda yalnız kalmaktan korktukları bildirilmektedir (Flemme ve ark., 2011). İKD hastalarının implantasyondan bir ay sonra kalıcı depresif belirtiler gösterdikleri (Pedersen ve ark., 2011a), implantasyon sırasında anksiyete düzeyi yüksek olan hastaların yarısından fazlasında 12 ay sonra kronik anksiyetenin devam ettiği (Pedersen ve ark., 2011b), anksiyete düzeyi yüksek İKD hastalarının, anksiyetesi olmayanlara göre iki ila dört kat arası daha yüksek ölüm riskine sahip olduğu belirtilmektedir (Berg ve ark., 2014; Berg ve ark., 2019).

2.2.3. Sosyokültürel Etkileri

İmplantasyon sonrası İKD hastalarının sosyal yaşamlarında değişiklikler meydana gelebilmekte (Bolse ve ark., 2011), kaçınma davranışları, cinsel yaşamı sınırlama, sosyal izolasyon, hareketsiz yaşam tarzı gibi sosyokültürel etkiler görülebilmektedir (Ingles ve ark., 2013; Sears ve Conti, 2002). İKD hastalarında cihazla yaşamak sosyal rollerinde ve etkileşimlerinde değişikliğe neden olabilmektedir (Pasyar ve ark., 2017b). İKD hastaları cihazın işlevine yönelik endişelerin yanı sıra cihazdan kaynaklanan sınırlanma algısı yaşayabilmektedirler. Cihaz işleviyle ilgili yanlış algılamalar, gereksiz endişelere ve kişinin kendi kendine koyduğu sınırlamalara yol açarak daha kötü yaşam kalitesine neden olabilmektedir (Jackson ve ark., 2024; Miller ve ark., 2019). Yapılan çalışmalarda hastaların yaşam tarzlarında çok fazla değişiklik meydana geldiği (Rahman ve ark., 2012), fiziksel ve psikososyal değişikliklere uyum sağlamak zorunda kaldıkları (Flemme ve ark., 2001), araç kullanma kısıtlılığı ve zor işleri yapma yeteneğinde azalmadan yakındıkları (Pasyar ve ark., 2017), seks ve ev işleri gibi kalp atışını hızlandırdığına inandıkları aktivitelerden kaçındıkları (Morken ve ark., 2010), implantasyon sonrası aile yaşamlarının, sosyal aktivitelerinin ve iş yaşamlarının etkilendiği belirtilmektedir (Bolse ve ark., 2011).

Humphreys ve arkadaşlarının (2016) yürüttükleri çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun endişelerini ve korkularını ailelerinden gizledikleri, bu durumun hasta açısından artan sıkıntı ve sosyal izolasyona sebep olduğu belirtilmektedir. Hastaların duygularını gizleme sebeplerinin, kalp rahatsızlığını miras alabilecek aile üyelerinin duygusal refahını korumak, yakınlarının kendilerine karşı aşırı korumacı davranışlarını ve endişe duymalarını önlemek olduğu bildirilmektedir (Humphreys ve ark., 2016). İmplantasyon ve beraberinde sürecin yönetimi yalnızca hastayı değil aileyi de etkilemekte, özellikle İKD hastalarının eşlerinde psikolojik yardım gereksinimine sebep olduğu belirtilmektedir (Ghezzi ve ark., 2023). İKD hastalarının eşlerinde, hasta ile yakın düzeyde psikolojik sıkıntı görülebildiği bildirilmektedir. Eşlerdeki semptomların, aile içi rol değişimi, araç kullanma, cinsel aktivite, şokla ilgili belirsizliklerle birlikte artan bakım sorumluluklarına bağlı olduğu bildirilmektedir. İKD hastalarına yönelik psikolojik müdahalelere hastaların eşlerinin de dahil edilmesi önerilmektedir (Ghezzi ve ark., 2023).

2.2.4. Gelişimsel Etkileri

İmplantasyon sonrası İKD hastalarında, işle ilgili değişiklikler, erken emeklilik gibi gelişimsel etkiler görülebilmektedir (May ve ark., 1995). Yaşlanan bireylerin karşılaştığı yaygın fizyolojik ve gelişimsel stres faktörleri, görme, işitme, güç, denge, motor koordinasyonu, kemik yoğunluğu, cilt bütünlüğü, uyku düzenleri, iştah ve hafıza gibi yaşa bağlı değişikliklerdir. Yaşlanmanın yaygın psikolojik ve gelişimsel stres faktörleri arasında ruh hali ve bilişsel değişiklikler bulunmaktadır. Yaşlanmanın yaygın sosyokültürel ve gelişimsel stres faktörleri arasında aile üyeleri ve arkadaşlarla etkileşimlerdeki değişiklikler, rollerdeki değişiklikler ve bunlarla ilişkili sorumluluklar şeklindedir. Yaşlanan bireylerde tipik olarak işten emekli olma, bir eşin ölümü, mali durumdaki değişiklikler ve sosyal statüdeki değişiklikler sosyokültürel ve gelişimsel stres faktörlerindendir (Fawcett ve Foust, 2017).

Yaşlanma kişinin yaşlanmanın doğal sürecine ilişkin algısını ifade eder ve kişi bunu olumlu veya olumsuz bir deneyim olarak değerlendirebilir (Fawcett ve Foust, 2017). Kalp rahatsızlığı gibi kronik ve öz yönetim becerisi gerektiren hastalıklarda kişinin yaşa dair özellikleri hastalıktan olumsuz etkilenebilmektedir (Koçak ve Arslan, 2021). Kronik kalp rahatsızlığına sahip hastaların çoğunlukla korku içinde yaşama, sosyal izolasyon ve kontrolü kaybetme duygusu yaşadıkları vurgulanmaktadır (Jeon ve ark., 2010). İKD hastalarında implantasyondan sonra bile aritmi nedeniyle erken emeklilik ve hastaneye yatışlar beklenmektedir (May ve ark., 1995). Palacios-Ceña ve arkadaşları (2011) İKD hastalarıyla yürüttükleri kalitatif çalışmada, implantasyon sonrası işten ayrılmak durumunda kalan hastaların değersiz hissettiklerini belirtmektedirler. Aynı çalışmada hastaların vurguladığı diğer noktalar ise hastalığın öğreticiliği ve kişiyi değiştirdiği noktasıdır.

Jakub (2018), İKD hastası erkeklerle yürüttüğü çalışmada, genç hastaların yaşlı gruba göre daha kaygılı olduğu ve aktivite olarak kendilerini daha fazla kısıtlama gereği hissettikleri belirtilmektedir. Aynı çalışmada kalp rahatsızlığı dışında farklı kronik hastalıklara sahip hastaların günlük bakım konusunda daha fazla aile desteği almalarına rağmen bağımsızlıklarını koruma çabasında oldukları belirtilmektedir. Çalışmanın bir

diğer vurgulanan sonucu ise yaşlı hastalardan bir kısmının cihazla yaşamaya yönelik güçlü bir kabule ve uzun yaşam beklentisine sahip olduklarıdır.

2.2.5. Spiritüel Etkileri

İmplantasyon sonrası İKD hastalarında yaşama ve ölüme dair yüklenen anlamda değişim gibi spiritüel etkiler görülebilmektedir (Palacios-Ceña, ve ark., 2011). Spiritüel değerler ve inançlar bir varlık ya da güce inancın çok ötesinde bir olgudur ve sağlık, hastalık, ölüm, günah, ölüm sonrası yaşam ve başkalarına karşı sorumluluk konularını da kapsamaktadır (Çetinkaya ve ark., 2007). Waldemar ve arkadaşlarının (2023) ani kalp durması yaşayan hastalar ve aileleriyle bu durumun yaşamları üzerindeki etkisini değerlendirmek amaçlı yürüttükleri kalitatif çalışmada elde edilen temalardan birinin yeniden yaşamayı öğrenmek olduğu belirtilmektedir. Bu temaya ait alt temalar, varoluşsal bir tehdidi anlamlandırmak, hayata daha fazla değer vermek, geleceğe olumlu bakmaktır. Aynı çalışmada hastaların, ölümün yakınlığı karşısında tehdit altında ve güçsüz hissettiklerini ifade ettikleri belirtilmektedir. İKD hastalarıyla yürütülen çalışmalarda, hastaların hayatın anlamı üzerine düşünmeye başladıkları, ölümlülükleri ile yüzleştikleri ve ölüme ilişkin çıkarımlarda bulundukları bildirilmektedir. Hastaların bir kısmının ölümden korktuğu, diğer bir kısmının ise ölümü kabullendikleri vurgulanmaktadır (Palacios-Ceña, ve ark., 2011; Sanders ve ark., 2024).

Rosi ve arkadaşlarının (2021) yaptıkları çalışmada, cihazla yaşamının İKD hastaları için hayata bağlanmayı ifade ettiği bildirilmektedir. Bu çalışmaya göre; hastaların cihazın onları koruduğuna yönelik güven duygusuyla birlikte ölümsüzlük duygusu hissettikleri, cihazın ölümcül komplikasyonları önleme yeteneğine büyük bir inanç duydukları, kalp rahatsızlıklarıyla bağlantılı ölüm riskini aştıklarına yönelik ifadelerde bulundukları belirtilmektedir. Eckert ve Jones (2002) tarafından yürütülen çalışmada, İKD ile yaşayan hastaların cihazı gelecek için umut verici bir şey olarak değerlendirdikleri, cihazla birlikte yaşama dair ikinci bir şans elde etmiş hissettikleri belirtilmektedir. Palacios-Ceña, ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında dini inancın cihazla yaşama sürecinde kendilerine yardımcı olduğunu ifade eden hastalar olduğu bildirilmektedir.

2.3. İKD Hastalarında Stresle Başa Çıkma

İKD tedavisi strese neden olan bir uygulama olmakla birlikte tüm hastalarda farklı düzeylerde stres görülebilmektedir. Hastaların stres düzeyi kullandıkları başa çıkma yöntemlerine göre değişebilmektedir (Flemme ve ark., 2012). Yapılan çalışmalarda İKD hastalarının karşılaştıkları stresörlerle başa çıkmada problemler yaşadıkları ve bunun sonucunda olumsuz psikolojik sonuçların ortaya çıkabildiği (Barisone ve ark., 2022; Ingles ve ark., 2013; Thomas ve ark., 2006), başa çıkma tarzının psikolojik iyilik halini etkilediği vurgulanmaktadır (La Grande ve ark., 2024). Sıkıntıya neden olan sorunu/durumu yönetmeye veya değiştirmeye yönelik başa çıkma davranışları uyumlu başa çıkmalardır. Uyumsuz başa çıkma, soruna verilen duygusal tepkiyi düzenlemeye veya sorundan kaçınmaya yöneliktir (Skinner ve ark., 2003). Farklı fiziksel hastalıklarla yapılan çalışmalarda, uyumsuz başa çıkmaları daha fazla kullanan kişilerde daha yüksek anksiyete, depresyon ve daha düşük yaşam kalitesi sonuçları görülürken, uyumlu başa çıkmaları fazla kullanan kişilerde olumlu psikolojik sonuçlara ulaşıldığı belirtilmektedir (Guan ve ark., 2020; Knowles ve ark., 2020).

Kuiper ve Nyamathi (1991) İKD implantasyonundan sonraki 4-14 aylık süreçte hastaların stresörlerle başa çıkma stratejilerini inceledikleri çalışmada, hastaların hem sorun odaklı hem de duygu odaklı başa çıkma yöntemleri kullandıklarını ve iyimser stratejilerin etkili bir başa çıkma olduğunu belirtmektedirler. Bir başka çalışmada implantasyon sonrası bir yıllık süreçte inkarın yüksek oranda kullanıldığı belirtilmektedir (Dougherty, 1994). Kaçınmacı veya duygu odaklı başa çıkma yöntemi kullanan hastaların, sorun odaklı başa çıkma yöntemi kullanan hastalara göre daha yüksek psikolojik sıkıntı yaşadığı, sorun odaklı başa çıkma davranışı kullanan hastaların daha iyi psikososyal sonuçlara sahip olduğu belirtilmiştir (Dunbar ve ark., 1999; Dunbar, 2005). İKD ve diğer kardiyak rahatsızlıklarda duygu odaklı başa çıkmanın etkili olmadığı, sorun odaklı başa çıkmayı geliştirecek müdahalelere ihtiyaç olduğu vurgulanmaktadır (Dunbar, 2005).

Jeon ve arkadaşlarının (2010) kronik kalp rahatsızlığı hastaları ile olan çalışmalarında en yaygın kullanılan iki başa çıkma stratejisinin, hastalık deneyimini başkalarıyla paylaşmak ve değişen koşullara esneklik olduğu belirlenmiştir. Pike ve arkadaşlarının (2020) İKD hastalarıyla yürüttükleri çalışmalarında, İKD ile geçen süre arttıkça cihaza yönelik

kaygıların azaldığı, etkili başa çıkmaların arttığı belirtilmektedir. Aynı çalışmada kullanılan etkili başa çıkma stratejileri arasında dikkat dağıtma, normal aktivitelere devam etme, dışarı çıkma, İKD'nin işlevi hakkında eğitim ve olumlu bir tutum benimsemenin yer aldığı belirtilmektedir.

Humphreys ve arkadaşları (2016), İKD hastalarının cihazla yaşamaya uyum sağlayabilmek için kaçınmacı/kısıtlayıcı davranışlar, korkuların gizlenmesi ve kabul olmak üzere üç başa çıkma davranışında bulunduklarını bildirmektedirler. Birçok hastanın cihazın şok vermesi ile ilişkili olabileceğini düşündükleri aktivitelerden kaçınarak ve kısıtlayarak şokların öngörülemezliğini kontrol etmeye çalıştığı belirtilmektedir. Hastalarda cihazla yaşamaya başladıktan sonraki ilk haftalarda seksten kaçınma davranışının yaygın olduğu, partnerleriyle fiziksel temasın azalması nedeniyle bazı hastaların kendilerini duygusal olarak kırılgan ve izole hissettikleri belirtilmektedir. Diğer bir başa çıkma davranışı olarak kabule başvuran hastaların ise ikiye ayrıldığı, bir kısmının başka bir seçenek olmadığı için boyun eğme ve depresif bir kabullenmeyi seçtiği diğer bir kısmının ise cihaz için minnettar bir duyguyla kabullenme yaşadığı vurgulanmaktadır (Humphreys ve ark., 2016).

2.4. İKD Hastalarında Psikolojik İyi Oluş

Depresyon ve olumsuz psikolojik faktörlerin kalp hastalıklarının seyrini olumsuz etkilediği bilinirken yaşam amacı, iyimserlik, mutluluk gibi psikolojik iyi oluşun kalp hastalıklarının gidişatında olumlu sağlık sonuçlarına sebep olduğu bildirilmektedir (Boehm ve Kubzansky, 2012). Psikolojik iyi oluş, bireylerin hayatlarını olumlu değerlendirmek için kullandıkları olumlu düşünce ve duyguları kapsamaktadır (Boehm ve Kubzansky, 2012). Psikolojik iyi oluş, bireyin kendini olumlu olarak algılamasını, kendisini gerçekçi olarak tanıyarak güçlü yanlarının ve sınırlılıklarının farkında olmasını, bununla birlikte bağımsız hareket edebilmesini, yaşamını anlamlı bulmasını ifade etmektedir (Keyes ve ark., 2002).

Yapılan araştırmalarda İKD hasta grubunda psikolojik iyi oluş kavramının incelendiği çok az sayıda çalışma olduğu, diğer kalp hastalıklarıyla yürütülen çalışmalarda psikolojik iyi oluşun kardiyovasküler sağlık durumunu olumlu yönde desteklediği belirtilmektedir (Boehm ve ark., 2017; Hernandez ve ark., 2015; Ryff ve ark., 2006). Yüksek düzeyde

psikolojik iyi oluŖa sahip olmak, stresin zararlı etkilerine karŖı koruyucu etki yaparak günlük yaŖamdaki stres ile etkili baŖa çıkabilmeyi desteklemektedir (Kubzansky ve ark., 2018). DuBois ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan meta analiz çalışmasında, psikolojik iyi oluŖun kalp hastaları için yeniden hastaneye yatıŖ ve ölüm oranları üzerinde koruyucu bir etkisi olduğu belirtilmektedir. Koroner arter hastalığı grubunun  KD hastalarıyla karŖılaŖtırıldıėı bir çalışmada,  KD hasta grubunun psikolojik iyilik halinin daha d Ŗ k seviyede olduğu bildirilmektedir (Hermann ve ark., 1997).  KD nin beraberinde komorbid bir hastalık varlığının (Hoogweght ve ark., 2013; van den Heuvel ve ark., 2022), cihazın Ŗok tedavisi uygulama sayısındaki artıŖın (Francis ve ark., 2006; Ingles ve ark., 2013), kadın cinsiyetin ve d Ŗ k eğitim düzeyinin (van den Heuvel ve ark., 2022) psikolojik iyi oluŖu olumsuz etkilediği belirtilmektedir.

2.5.  KD Hastalarına Yönelik Müdahaleler

 KD hastalarında implantasyon sonrası ruh sağlığı bozukluklarının görülme sıklığının, sağlıklı insanlara göre önemli ölçüde daha yüksek olduğu ve bunun yaŖam kalitesini önemli ölçüde etkilediği ve bu hastaların hayatta kalma oranını azalttığı belirtilmektedir.  KD'li hastalarda ruh sağlığı bozukluklarının ortaya çıkmasını ve Ŗiddetini azaltabilmek, normal hayata d n Ŗ  desteklemek için psikososyal müdahalelerin önemi vurgulanmaktadır (Li ve ark., 2022). Bu hasta grubuna yönelik uygulanan  eŖitli müdahaleler literatür taraması doğrultusunda aŖaėıda aktarılmaktadır.

2.5.1. BiliŖsel DavranıŖcı Terapi Müdahaleleri

BiliŖsel DavranıŖcı Terapi (BDT), duygusal ve davranıŖsal sorunların, olayları algılama biçiminin çarpık veya iŖlevsiz olması sonucunda ortaya çıktığını, sosyal iliŖkiler ve davranıŖları etkilediğini  ne süren bir strateji ve tedavi yaklaŖımıdır. BDT, hastaların inançlarını ve davranıŖ kalıplarını anlamalarına, iŖlevsiz d Ŗ nceleri tanımlayıp deėiŖtirmelerine yardımcı olmak, böylece zihinsel sağlığı iyileŖtiren duygusal ve davranıŖsal deėiŖiklikler meydana getirmek istemektedir (Berg ve ark., 2020; Li ve ark., 2022; Maia ve ark., 2014). Mevcut araŖtırmalar, BDT'nin stres ve anksiyeteye bağlı belirtilerin yönetilmesinde, aynı zamanda  KD'li hastalarda depresif belirtilere bağlı en kötüyü d Ŗ nme halinin en aza indirilmesinde etkili bir araç olduğunu göstermektedir (Berg ve ark., 2020; Powell ve ark., 2008; Smith ve ark., 1998).  KD hastaları için BDT

ile müdahalenin amacı, kendine güveni artırmak, psikososyal durumlarını iyileştirmek için beceri kazandırmak ve yaşam kalitelerini iyileştirmektir. Stres ve anksiyete yönetiminde diyafragmatik solunum ve progresif kas gevşetme egzersizleri sıklıkla kullanılmaktadır (Maia ve ark., 2014).

İmplantasyon sonrası İKD hastalarında yüksek düzeyde TSSB semptomları geliştiren bir grupla yürütülen BDT müdahalesinde; deney grubuna eğitimli bir danışman tarafından sekiz telefon seansı gerçekleştirilmiş, hastalara eğitim kitabı ve stres yönetimi prosedürü sağlanmış kontrol grubu ise olağan bakım almıştır. Çalışma sonucuna göre olağan bakıma kıyasla uygulanan BDT müdahalesinin; yüksek travma semptomları üzerinde 12 aya kadar anlamlı düzeydeki iyileştirici etkisinin devam ettiği belirtilmektedir (Ford ve ark., 2016). İKD hastalarında anksiyete ve depresyonu azaltmak için yürütülen randomize kontrollü çalışmaların etkililiğinin değerlendirildiği bir metaanaliz çalışmasına göre; dahil edilen çalışmalarda temel olarak farkındalık temelli egzersizler, progresif kas gevşetme egzersizleri, otomatik olumsuz düşüncelerin yeniden yapılandırılması ve bakım stratejilerinin kullanıldığı bildirilmektedir. Metaanaliz çalışması sonucuna göre bu hasta grubunda anksiyete ve depresyon belirtilerini hafifletmede BDT'nin olağan bakımdan üstün olduğu, psikolojik bozukluklar için tamamlayıcı bir tedavi olarak faydalı olduğu belirtilmektedir (Li ve ark., 2022).

2.5.2. Telefon Danışmanlığı Müdahaleleri

Uzaktan hasta izlemine yönelik uygulamalar, kardiyovasküler hastalığı olan hastalara daha iyi bakım sağlamanın maliyet açısından etkili bir yolu olma potansiyeline sahiptir (Farabi ve ark., 2020; Whitelav ve ark., 2021). Günümüzde birçok ülkede İKD hastalarına yönelik uzaktan izleme çalışmaları tercih edilen bir prosedür halini almaktadır. Mevcut çalışmalar, uzaktan izlemenin geleneksel hasta takibinden daha etkili olduğunu ileri sürmektedir. İKD hastalarında uzaktan hasta takibinin maliyet açısından verimli olmasının yanı sıra hastane ziyaretlerinin ve uygunsuz şok sıklığının azaltılmasında olumlu bir etkiye sahip olduğu belirtilmektedir (Bertini ve ark., 2016).

Dougherty ve arkadaşları (2004) tarafından yürütülen çalışmada, deneyimli kardiyoloji hemşireleri hastalara telefonla müdahalede bulunmuştur. Bu çalışmada hastalara iyileşme sırasında karşılaşılabilecekleri durumları tanımlayan ve bu sorunlarla başa çıkmaya yönelik

davranışsal stratejiler için öneriler sunan bir kitapçık sağlanmış ve telefon desteği ile müdahalede bulunulmuştur. Çalışma implantasyon sonrası sekiz haftalık süreçte gerçekleştirilecek şekilde yapılandırılmıştır. Hemşirelik müdahalesinin içeriği fiziksel semptomları, aktivite ilerlemesi ve egzersizi, duygusal yanıtları, İKD şoklarını, partner ilişkilerini, sağlık hizmeti alımına ilişkin konuları, İKD'nin güvenliğini ve bakımını içermektedir. Çalışma sonuçlarına göre, İKD şoku sayısında fark görülmezken çalışma grubunda durumluluk kaygı azalmış, depresyon açısından iki grup arasında fark görülmemiş, İKD ile yaşamak konusunda bilgi ve becerilerin değerlendirmesinde çalışma grubunda anlamlı artış görülmüş, sağlık hizmeti alımında ise iki grup arasında anlamlı fark görülmemiştir (Doughtery ve ark., 2004). Türkiye’de gerçekleştirilen bir çalışmada, müdahale grubuna İKD konusunda bireysel eğitim sonrası eğitim kitapçığı verilmiş, ardından telefonla üç ay boyunca iki haftada bir, daha sonra ayda bir kez telefon danışmanlığına devam edilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre müdahalenin hastalarda öz yeterlilik düzeyini arttırdığı, şok kaygısı açısından fark yaratmadığı bildirilmiştir (Akay ve Oğuz, 2023).

2.5.3. Kardiyak Rehabilitasyon Programları

Kardiyak rehabilitasyon, kalp hastalığı olan kişilerin fiziksel ve duygusal durumlarını iyileştirmek için tasarlanmış egzersiz eğitimi, psikososyal yönetim ve davranış değiştirme programını içeren kapsamlı, karmaşık bir müdahaledir. Kardiyak rehabilitasyon, hastanın bireysel değerlendirilmesini, beslenme danışmanlığını, lipidler, kan basıncı, kilo, diyabet ve sigarayı bırakmaya yönelik risk faktörü yönetimini içerir (Piepoli, 2010). İKD hastaları için ne tür bir egzersiz programının yürütülmesi gerektiğine ilişkin net bir kılavuz bulunmamaktadır. Literatürde bu hasta grubuyla yürütülen fiziksel egezersize yönelik mevcut çalışmalarda farklı protokoller kullanıldığı görülmektedir (Isaksen, 2012). Diğer kalp rahatsızlıkları çalışmalarından elde edilen bulgular, İKD hastalarında yarar sağlayabilecek kardiyak rehabilitasyon programlarının yapılandırılmasında hem egzersiz eğitimi hem de psikoeğitim müdahalelerin birlikte kullanılmasını önermektedir. Kardiyak rehabilitasyon programlarının özellikle cihazın şok yönetimine ilişkin bilgi içermesi gerektiği belirtilmektedir (Nielsen ve ark., 2019). İmplantasyondan altı hafta sonra başlatılan aralıklı dayanıklılık antrenmanı (tekrarlanan kısa egzersiz dizileri ve dinlenme süresi), direnç eğitimi (haftada 1-2 seans, her biri 15-20 dakika süren); ve solunum kas

egzersizlerinin kullanıldığı kardiyak rehabilitasyon programı çalışmasında, katılan hastalarda sol ventriküler sistolik fonksiyonda, egzersiz kapasitesinde ve yaşam kalitesinde iyileşme ve depresif semptomlarda azalma gözlemlendiği bildirilmektedir (Smialek ve ark., 2013). Nielsen ve arkadaşlarının (2019) İKD hastalarında kardiyak rehabilitasyon programlarını inceledikleri metaanaliz çalışmasında, egzersizin hasta için yararlı olduğu, dahil edilen çalışmalarda egzersiz sırasında İKD şokunun yaşanmadığı bildirilmiştir.

2.5.4. Web Tabanlı Müdahaleler

Artan teknolojik gelişmeler, hastalara zaman ve mekandan bağımsız olarak web tabanlı psikolojik ve destekleyici müdahaleler sunulabilmesine olanak tanımaktadır. Çalışmalar web tabanlı çözümlerin kalp hastaları için faydalı olabileceğini ileri sürmektedir (Lundgren ve ark., 2018; Melholt ve ark., 2018). Schulz ve arkadaşlarının (2020) BDT'ye dayalı yürüttükleri çalışmada, kendi kendine yardım müdahaleleri, eğitilmiş bir klinik psikologla çevrimdışı görüşme ve akran iletişimine olanak verecek şekilde tasarlanmış web tabanlı uygulamanın sonucunda, İKD hastalarında öz-yönetim, başa çıkma ve psikososyal sıkıntıda olumlu etkilerin görüldüğü bildirilmiştir.

Web tabanlı uygulamaların müdahale başarısında hastaların katılımı, tedavi tercihleri, teknik becerilerinin yeterliliği göz önünde bulundurulması gereken konular olarak belirtilmektedir (Pedersen ve ark., 2009). İKD hastaları ile yürütülen 12 haftalık BDT tekniklerine temellendirilmiş web tabanlı bir müdahalede; hastalar için kaygı, depresyon, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, cihaz kabulü, şok kaygısı ve İKD ile ilgili kaygılar üzerinde anlamlı etkilerin gözlenmediği bildirilmiştir (Habibovic ve ark., 2014). Habibovic ve arkadaşlarının (2017) İKD hastaları ile yürüttükleri diğer bir web tabanlı çalışmada, yalnızca %24 lük kısmın çalışmayı tamamladığı, çalışmayı yarım bırakma sebeplerinin en sık olarak bilgisayarla ilgili teknik sorunlar, zaman kısıtlılığı, kendilerini iyi hissetmeleri ve ek desteğe ihtiyaç duymamaları olduğu bildirilmektedir. Hemşirelerin kalp hastaları ile web tabanlı görüşmeye yönelik görüşlerinin incelendiği nitel çalışmada, hemşirelerin hastaların sağlık durumlarını ve psikolojik sıkıntılarını değerlendirmek için web tabanlı girişimleri değerli buldukları ancak hastalarla yüz yüze iletişim kurmanın

kendilerini zor durumda kalmış hissettirdiğini ifade ettikleri bildirilmektedir (Helmark ve ark., 2023).

2.5.5. Psikoeğitim Müdahaleleri

Psikoeğitim psikoterapötik ve eğitsel müdahaleleri entegre eden bir tedavi yöntemi olarak hastalığı anlama ve sonuçlarıyla başa çıkmada hastayı güçlendirme felsefesine odaklanan bütüncül ve pratik bir yaklaşım sunmaktadır (Lukens ve McFarlane, 2006; Ong ve Karon, 2008). Psikoeğitim müdahalelerinde yetişkin eğitiminin temel ilkeleri kullanılmaktadır. Yetişkin eğitimi öğrenen merkezli aktif bir süreçtir. Psikoeğitim içeriği ve materyalleri öğrenen merkezli olmakta, bireye özgü ve bireyin gereksinimlerine yönelik yapılandırılmakta ve şimdiki zamana odaklanılmaktadır (Stuart ve Laraia, 2011). Psikoeğitim süreci karşılıklı iş birliğine temellenmektedir. Hasta/sağlıklı birey ve müdahaleyi yürüten kişi arasında kurulan iş birliğinin amacı, bilgi artışı sağlama yoluyla daha olumlu sağlık sonuçları elde etmektir (Lukens ve McFarlane, 2006; Stuart ve Laraia, 2011).

Yetersiz bilgi, hastaların İKD cihazının işlevini yanlış anlamalarına, faydalarını abartmalarına ve uyumsuz başa çıkma stratejileri kullanmalarına yol açabilmektedir (Lewis ve ark., 2014). Psikoeğitim ile olumsuz duygusal tepkinin erken tespiti ve yönetimi sağlanarak depresyon ve diğer olumsuz psikolojik sonuçların gelişmesi engellenebilmektedir. İKD hastalarında implantasyon sonrası erken dönemde hemşireler tarafından yürütülen yapılandırılmış psikoeğitim müdahale programlarının, İKD öncesi dönemdeki normal yaşam süreçlerine dönüşü kolaylaştırdığı yapılan çalışmalarda vurgulanmaktadır (Azizi ve ark., 2019; Dougherty ve ark., 2004b; Dougherty ve ark., 2005; Sears ve ark., 2007). İKD hastaları ile yürütülen egzersiz programıyla birleştirilmiş psikoeğitim programı sonucunda hastaların başa çıkmalarının güçlendiği belirtilmektedir (Morken ve Larsen, 2016). İbrahim ve arkadaşlarının (2024) kalp hastalarıyla yürüttükleri psikoeğitim müdahalesinde, psikoeğitimin hastaların başa çıkma becerilerinin güçlenmesinin yanı sıra öz yeterlilik algılarının gelişmesini sağladığı bildirilmektedir.

Erken dönemde İKD hastalarına verilen psikoeğitim ve bakımla, hastaların İKD'ye yönelik algısının olumlu yönde değiştirilebildiği bu nedenle özellikle işlem öncesi, işlem sonrası ve İKD şoku aldıkları dönemde hastalara eğitim verilmesi gerektiği

bildirilmektedir (Carroll ve Hamilton, 2005). Bu hasta grubunda, cihazla ilgili hastanın bilgilerini değerlendirmek, fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevselliğine yönelik yanlış algılamaları gidermek gerekmektedir. İKD hastalarına eğitim müdahalelerinde bulunurken hastaların bilgiye dayalı karar vermelerini güçlendirmek için sağlık okuryazarlıkları ve bilgi düzeyleri dikkate alınmalıdır (Miller ve ark., 2019). Dunbar ve arkadaşlarının (2009) yürüttükleri çalışmada olağan bakım ile psikoeğitim müdahalesi karşılaştırılmış olup psikoeğitim grubunda depresyon ve anksiyete düzeylerinin olağan bakım grubuna göre azaldığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada İKD hastalarının implantasyon sonrası erken dönemde desteğe ihtiyaç duydukları, bu nedenle hastaların erken dönemde başa çıkmalarının ve psikolojik durumlarının değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Dunbar ve ark., 2009). İKD hastaları için hastalık süreçleri, cihazın çalışma mekanizması ve neler yaşayacakları hakkında bilgi sahibi olmak bilinmeyene karşı korkularını azaltan önemli bir destektir (Sanders ve ark., 2024).

Psikoeğitim, İKD hastalarının hastalıklarıyla ilişkili durumları, tedavilerini ve bunları etkili bir şekilde nasıl yöneteceklerini daha iyi anlamaları için bilgi ve beceriler sağlayarak öz yeterliliklerini artırabilmektedir. İKD cihazının nasıl çalıştığı, olası riskleri ve gerekli yaşam tarzı düzenlemeleri hakkında bilgi edinerek, hastalar kendi sağlıklarını yönetme konusunda daha güçlü hissedebilmekte, hastalık süreçlerini daha iyi yönetebilmektedirler. Hemşireler psikoeğitim müdahaleleriyle hastaların ortaya çıkabilecek zorluklarla başa çıkmak için problem çözme becerilerini destekleyerek hastaların kendilerine güvenlerini artırabilir, kendi sağlıkları üzerinde kontrolü sürdürme algılarını güçlendirebilirler (İbrahim ve ark., 2024).

Literatürde NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim müdahalelerinin, hastaların bilgi gereksinimi karşılanarak hastalık yönetiminde etkin ve bağımsız olarak sürece katılmalarının sağlanmasında, stresörlere karşı dayanıklı hale gelebilmelerinde önemli olduğu belirtilmektedir (Şengün İnan ve Üstün, 2018). Yetişkin popülasyonda sağlıklı bireyler, hastalar ve bakım verenlerle yürütülen NSM'ye dayalı farklı koruma düzeylerindeki psikoeğitim müdahalelerinde, psikoeğitimin stres faktörlerine direnci geliştirdiği, esnek savunma hattını güçlendirdiği (Ali ve Khalil, 1989), etkili başa çıkma stratejilerini artırdığı (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2020; Viegas ve Rodrigues, 2022), direnç

hatlarını güçlendirdiği (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2020), anksiyete, depresyon, psikolojik sıkıntı, bakım yükü gibi istenmeyen olumsuz psikolojik sonuçları azalttığı belirtilmektedir (Şengün İnan ve Üstün, 2018; Viegas ve Rodrigues, 2022). Psikoeğitim müdahalesiyle bilgi düzeyinde artış sağlanan hastalar, hastalık ve tedavi süreçlerinde yaşayabilecekleri durumlara hazırlıklı olabilmektedirler. Hastaların maruz kaldığı yoğun stresörlere karşı başa çıkma becerileri geliştirilerek savunma hatları ve temel yapıları güçlendirilebilmektedir. Savunma hatları güçlenen hastalar için stresörlerin temel yapıya zarar verme ve temel yanıt oluşturma riski azaltılabilmektedir (Şengün İnan ve Üstün, 2018).

Çalışma planlanırken hastaların bilgi eksikliğinin giderilmesi ve hastalık yönetiminde yeterliliklerinin desteklenmesi dikkati çeken gereksinimler olarak gözlemlenmiş ve araştırmanın yapılandırılmasında yönlendirici olmuştur. NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim müdahalesiyle hastaların bilgi düzeylerinin artırılabilmesine, hastalık yönetiminde edinmeleri gereken başa çıkma becerilerinin kazandırılabilmesine, stresörlere karşı daha güçlü bir hasta sisteminin sağlanabilmesine, stresörlerin savunma hatlarında oluşturabileceği tepkilerin önlenebileceğine inanılmıştır.

2.6. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi

Hemşirelik araştırmalarında model kullanımı, teori ve uygulama arasında bağlantı kurmada, hemşirelik mesleğinin gelişiminde önemli bir role sahiptir. Model kullanımıyla birlikte uygulamada bilinçli karar verme, odak noktası belirleme, bireyin çevresindeki değişkenlerin bakıma etkilerini tahmin edebilme, uygulamanın sistematize edilmesi kolaylaşmaktadır (Fawcett ve DeSanto-Madeya, 2012; Velioğlu, 2012). NSM, stres ve strese verilen yanıt üzerine temellenmiştir. NSM, açık sistem özellikleri ile bireyi fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, spiritüel ve gelişimsel beş majör değişkenle ele alarak bütüncül bakış açısı sağlayan bir modeldir (Fawcett ve ark., 2025; Günüşen ve ark., 2009; Hannooder ve Dhamoon, 2021).

Model açık sistemler temeline dayanmaktadır. Sistem; bir birey, bir grup, birkaç grup anlamına gelebildiği gibi sosyal konular da sistemi oluşturabilir (Fawcett ve Foust, 2017; Hannooder ve Dhamoon, 2021; Montano, 2021). Modelde sistem çevreyle sürekli etkileşim halinde dinamik bir yapıdadır. Stresörler kişi içi, kişilerarası ve kişi dışı olarak

sınıflandırılmaktadır (Neuman ve Fawcett, 2011; Skalski ve ark., 2006). NSM bireyin iyileşmesinin, stresi azaltmaya odaklanan özel hemşirelik müdahaleleri yoluyla sağlanabileceğini önermektedir. Modele göre hemşireliğin temel hedefi, birey sisteminin dengesinin korunması ve sürdürülmesi yoluyla birey için optimal sağlığı sağlamaktır (Montano, 2021; Akt. Turner ve Kaylor, 2015; Neuman, 1995).

Yaşamı tehdit eden kalp hastalığı ve ardından İKD implantasyonu hasta için uyum gerektiren bir geçiş dönemidir (Sossong, 2007). İmplantasyon sonrası geçiş dönemini başa çıkma becerilerinin öğrenildiği ve yaşam tarzı değişikliklerinin düzenlendiği cihaza uyum dönemi izlemektedir (Dougherty, 1994; Vlay ve ark., 1989). İKD implantasyonu sonrası hastalara ihtiyaç duyulan bilgi ve desteğin sağlanmaması, hastaların uyum sürecini olumsuz etkileyebilmekte beraberinde kabul sorunları yaşanabilmekte ve istenmeyen psikolojik sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (Sossong, 2007). Uyum dönemini sağlık çalışanlarının yardım ve danışmanlığı olmadan atlatıp, implantasyon öncesi normal yaşam fonksiyonlarına geri dönebilen çok az hastanın olduğu bildirilmektedir (Dougherty ve ark., 2000; Dougherty ve ark., 2004a).

Yapılan literatür incelemesinde İKD hastalarında NSM'ye temellendirilmiş müdahale çalışmasına ulaşılamamış, kalp hastaları ile NSM'nin kullanıldığı iki çalışmaya ulaşılabilmektedir. Kalp hastalarında yapılan NSM'ye temellendirilmiş müdahale çalışmalarında hastaların stres düzeylerinin önemli ölçüde azaldığı bildirilmektedir (Akhlaghi ve ark., 2020; Diniz ve ark., 2019). Diniz ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada miyokard revaskülarizasyonu geçiren hastalara NSM'ye temellendirilmiş eğitsel bir oyun müdahalesi uygulanmış ve çalışma sonucunda hastaların stres ve kaygı düzeylerinde azalma olduğu, stres faktörleriyle başa çıkmalarının ve iyilik hallerinin desteklendiği belirtilmiştir. Akhlaghi ve arkadaşları (2020) tarafından koroner arter bypass grefti uygulanan hastalarla yürütülen çalışmada, hastalara NSM'ye temellendirilmiş üç önleme düzeyini kapsayan üç oturumdan oluşan hemşirelik müdahalesi uygulanmıştır. Çalışmada ilk oturumda tüm stresörler potansiyel olarak var kabul edilmiş ve birincil koruma düzeyinde stresörlerle karşılaşma olasılığı azaltılarak normal savunma hattı güçlendirilmiştir. İkinci oturumda hastaların algıladığı stresörler belirlenerek, stres faktörünün etkisini azaltmak için etkilenen normal ve esnek savunma

hatlarına yönelik ikincil koruma düzeyinde eğitim müdahalesinde bulunulmuştur. Üçüncü oturumda Benson gevşeme tekniği ile üçüncül koruma düzeyinde gevşeme müdahalesinde bulunulmuş ve çalışma sonucunda hastaların kaygı ve stres düzeylerinin azaldığı ortaya çıkmıştır.

İmplantasyon sonrası İKD hastalarında NSM'ye temellendirilmiş hemşirelik bakımıyla başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi ve hastaların savunma hatlarının güçlendirilmesi temel yapının korunması açısından önemlidir. Modelin kullanımı çalışmanın planlanmasında, uygun bir değerlendirme ve sistematizasyon sağlamış, psikoeğitim programının geliştirilmesinde rehber olmuştur. Her oturum için tanımlanan hemşirelik girişimleri, değişkenlerde gelişim sağlamayı, mevcut/olası stres etkenlerinin etkilerini azaltmayı, savunma hatlarını güçlendirmeyi amaçlamıştır. Psikoeğitim programıyla birlikte İKD hastalarının bilgi düzeylerini artırmak ve mevcut/olası stresörlere karşı başa çıkma becerilerini güçlendirmek amaçlanmıştır. Bu sayede hastalarda yeniden yapılanmanın desteklenmesi, optimal sağlığa ulaşılması ve dengenin sağlanması hedeflenmiştir.

Modelde insan, çevre, sağlık ve hemşirelik olmak üzere dört temel metaparadigma yer almaktadır. NSM'de yer alan kavramlar dört metaparadigma doğrultusunda açıklanmaktadır (Neuman ve Fawcett, 2011). Modelde tanımlanan kavramlar ve çalışmanın NSM'ye göre kavramsallaştırılması bu bölümde ayrıntılandırılmıştır.

2.6.1. İnsan

Model insanı çok boyutlu ve eşsiz bir sistem olarak ele almaktadır. İnsan fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, manevi ve gelişimsel olmak üzere birbiriyle etkileşim halinde olan beş değişkenden oluşan bir açık sistem olarak tanımlanmaktadır (Hannoodie ve Dhamoon, 2021; Idowu ve ark., 2022; Ume-Nwagbo ve ark., 2006). Modelde açık bir sistem olan insan, temel yapı, savunma hatları (esnek, normal, direnç), yeniden yapılanma kavramları ile açıklanmıştır. İnsan sistemi, değişkenlerin çevre ile etkileşiminin birleşimidir. Sistem, stres faktörleri karşısında dengeyi korumaya yönelik dinamik bir yapıdır (Hannoodie ve Dhamoon, 2021; Skalski ve ark., 2006; Velioğlu, 2012). Neuman'a (1995) göre, tüm etkileşimli değişkenler dengeli ve uyum içinde olduğunda optimal bir

iyilik hali ortaya çıkar (Akt. Turner ve Kaylor, 2015). Bu tez çalışmasında İKD hastası, insan kavramına karşılık gelmektedir.

Temel Yapı

Model, sistemi birkaç eş merkezli daire ile çevrili açık bir daire olarak gösterir. Merkezi daire, kan basıncı, sıcaklık, doğuştan gelen genetik özellikler ve sistem organlarının güçlü ve zayıf yönleri gibi tüm insanlarda ortak olan faktörlerden oluşan temel yapı olarak tanımlanır. Temel yapı, sistemi stres faktörlerine karşı korumak ve sağlıklı bir varoluşu sürdürmek işlevine sahip direnç hatlarını temsil eden dairelerle çevrilidir (Neuman ve Fawcett, 2011; Ume-Nwagbo ve ark., 2006). Direnç hatlarından sonra içten dışa doğru normal ve esnek savunma hatları herhangi bir tehlike durumuna karşı temel yapıyı koruyucu işleve sahiptir. Savunma hatlarının her biri fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel ve spiritüel değişkeni içerir. Sistem mevcut ya da olası stresörlere bu değişkenlerle sahip olduğu potansiyelle yanıt verir (Neuman ve Fawcett, 2011). Savunma hatları tarafından sistemi iyilik haline döndürmek ve temel yapıyı korumak için kullanılan başa çıkma stratejileri yetersiz kalırsa temel yanıt ortaya çıkmaktadır (Neuman ve Fawcett, 2011). NSM'ye göre İKD hastasının doğuştan gelen özellikleri temel yapıyı oluşturmaktadır.

Değişkenler

Fizyolojik değişken, vücudu korumaya ve dengesini sağlamaya yönelik vücut yapısı ve faaliyetleri ifade etmektedir (Turner ve Kaylor, 2015). İKD hastalarında vücut yapısı, fizyolojik kapasitesi, mevcut sağlık durumu fizyolojik değişkenle ilgilidir. İKD hastalarında yapay bir cihazın bedende yaşam boyu kalacak olması vücut imajını olumsuz etkileyebilmekte (Nicmanis, 2025), cinsellikle ilgili olumsuz değişiklikler yaşanabilmekte (Dye ve ark., 2022), hastalar sağlıklı besin alımı, daha fazla sigara, uyuşturucu madde veya alkol tüketimi, daha az uyku şeklinde kalp hastalığının ilerlemesini sağlayabilecek fizyolojik olarak risk oluşturan sağlıklı davranışlara yönelebilmektedirler (Akt. Berg ve ark., 2020; Dejon, 2008). İKD hastalarının fizyolojik değişken alanında gelişim sağlamak için psikoeğitim oturumları içerisinde ikinci, üçüncü, dördüncü, altıncı ve yedinci oturumlarda hemşirelik girişimlerinde bulunulmuştur. Bu çalışmada, İKD hastalarının fiziksel sağlık durumu fizyolojik değişkene karşılık gelmektedir.

Psikolojik değişken, çevre ile etkileşim halindeki zihinsel süreçleri ifade etmektedir (Başoğul ve Buldukoğlu, 2020; Turner ve Kaylor, 2015). Hastaların strese direnci ve stres karşısında verdiği duygusal tepkiler psikolojik değişkenle ilgilidir (Turner ve Kaylor, 2015). NSM’de direnç, güçlü bir esnek savunma hattına katkıda bulunur ve ayrıca diğer olumlu başa çıkma, dayanışma, öz-yeterlik, düşük kaygı gibi psikolojik özelliklerle bağlantılıdır. İKD hastalarının karşılaştıkları stresörlerle başa çıkmada problem yaşadıkları (Schulz ve ark., 2013), psikolojik iyilik halinin düşük olduğu (Hermann ve ark., 1997), başa çıkma davranışı olarak inkarın yüksek oranda kullanıldığı (Dougherty, 1994), uyumsuz başa çıkmaları kullanan kişilerde daha yüksek düzeyde anksiyete, depresyon gibi temel yanıt olarak kabul edilebilecek istenmeyen psikolojik sonuçların görüldüğü belirtilmektedir (Guan ve ark., 2020; Knowles ve ark., 2020). Bu hasta grubunda psikolojik iyi oluşa sahip olmak, stresin zararlı etkilerine karşı koruyucu etki yaparak strese etkili başa çıkabilmeyi desteklemektedir (Kubzansky ve ark., 2018). Psikolojik iyi oluş strese karşı uyumlu bir tepki olarak düşünölebilir. Savunma hatlarını güçlendirebilir, hastalık ve tedavi kaynaklı ortaya çıkan stres faktörlerine karşı bir tampon görevi görebilir. Psikolojik iyi oluş, İKD hastasının stres yanıtını önlemek, yönetmek ve azaltmak için koruyucu bir faktör olarak değerlendirilmiştir. Başa çıkma becerileri, tüm savunma ve direnç hatlarının yapısında yer alır, temel yapıyı korur. Başa çıkma stratejileri etkiliyse, temel yanıtın gelişimi önlenir (Başoğul ve Buldukoğlu, 2020). Bu çalışmada, İKD hastalarının stresle başa çıkmaları ve psikolojik iyi oluşları psikolojik değişkene karşılık gelmektedir. Hastaların stresle başa çıkmalarını ve psikolojik iyi oluşlarını geliştirerek psikolojik değişkeni güçlendirmek için psikoeğitim müdahalesinde uygun hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Psikoeğitim müdahalesi ile hastaların direnç ve savunma hatlarının güçlendirilmesi amaçlanmıştır. Direnç ve savunma hatlarının daha güçlü olması temel yapının korunmasını sağlar (Neuman ve Fawcett, 2011). İKD hastalarının direnç ve savunma hatlarını güçlendirmek sistemin dengeye ulaşmasını destekler, temel yanıtın gelişimi önlenir.

Sosyoköltürel değişken, sosyal, költürel koşullar ve etkilerinin bileşimini ifade etmektedir (Turner ve Kaylor, 2015). İKD hastalarının sosyal ilişkileri, aile dinamikleri, bakım sürecinde sosyal destek kaynakları, iş yaşamındaki değişimler bu hastalar için sosyoköltürel değişkenle ilgilidir. İKD hastalarının implantasyon sonrası aile

yaşamlarının, sosyal aktivitelerinin ve iş yaşamlarının olumsuz etkilendiği (Bolse ve ark., 2011; Pasyar ve ark., 2017b), hastalık sürecinin yalnızca hastayı değil aileyi özellikle eşleri etkilediği belirtilmektedir (Ghezzi ve ark., 2023). İKD hastalarında cihazın işlevine yönelik endişe duymaları hastaların kendine koyduğu sınırlamalara ve daha kötü bir yaşam kalitesine (Jackson ve ark., 2024; Miller ve ark., 2019), sosyal geri çekilme yaşamlarına, hareketsiz bir yaşam tarzı geliştirmelerine (Ingles ve ark., 2013; Sears ve Conti, 2002) neden olabilmektedir. Bu çalışmada, İKD hastalarının hastalık sürecinde sosyoekonomik ve sosyokültürel durumları, sosyal ilişkileri, sosyal destek kullanımı sosyokültürel değişken içinde yer almaktadır. İKD hastalarının sosyokültürel değişken alanında gelişim sağlamak için psikoeğitim oturumları içerisinde birinci, ikinci, beşinci ve altıncı oturumlarda hemşirelik girişimlerinde bulunulmuştur. Bu girişimlerle esnek ve normal savunma hattının güçlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gelişimsel değişken, yaş, olgunluk düzeyi, eğitim düzeyi, stres yaratan olayların geçmişini içerebilen yaşam gelişim süreçleri, gelişimsel süreç ve faaliyetleri ifade etmektedir (Turner ve Kaylor, 2015). İKD gibi öz yönetim becerisi gerektiren hastalıklarda kişinin yaşa dair özellikleri hastalıktan olumsuz etkilenebilmektedir (Koçak ve Arslan, 2021). İKD hastalarında implantasyondan sonra bile aritmi nedeniyle erken emeklilik ve hastaneye yatışlar beklenmektedir (May ve ark., 1995). İKD hastasının yaşı, eğitim düzeyi, farklı fiziksel rahatsızlıkları, gelişimsel rol ve sorumlulukları gelişimsel değişkenle ilgilidir.

Spiritüel değişken, manevi inançlar ve etkilerini ifade etmektedir (Turner ve Kaylor, 2015). İKD hastasının hastalığı algılama şekli, başa çıkma konusunda manevi yaklaşımı, hayata ve ölüme dair çıkarımları spiritüel değişkenle ilgilidir. İKD hastalarının ölümün yakınlığı karşısında tehdit altında ve güçsüz hissettikleri belirtilmektedir (Waldemar ve ark., 2023). İKD hastalarından bir kısmının cihazı gelecek için umut verici bir şey olarak değerlendirdikleri, cihazla birlikte yaşama dair ikinci bir şans elde etmiş hissettikleri (Eckert ve Jones, 2002), cihazla yaşama sürecinde dini inancın kendilerine yardımcı olduğunu ifade eden hastalar olduğu bildirilmektedir (Palacios-Ceña, ve ark., 2011). İKD hastalarının spiritüel değişken alanında gelişim sağlamak için psikoeğitim oturumları içerisinde birinci, üçüncü, beşinci, altıncı, yedinci ve sekizinci oturumlarda hemşirelik

girişimlerinde bulunulmuştur. Bu girişimlerle İKD hastalarının beklenmeyen duruma karşı algısı, hastalığa, yaşama, ölüme yüklediği anlam, başa çıkmada kullandığı manevi yaklaşımları değerlendirilerek spiritüel değişken alanını geliştirmek istenmiştir. Bu alanda gelişim sağlayarak esnek ve normal savunma hatlarının güçlendirilmesi hedeflenmiştir.

Savunma Hatları

Modelde insan, savunma hatlarıyla çevrili temel yapı şeklinde tasvir edilmektedir. Bütün hatlar birbiri ile işlevsel olarak etkileşim halindedir. Her bir hat kendisi ile ilgili sistem parçalarını koruyan beş değişkeni (fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, spiritüel, gelişimsel) içerir. Savunma hatlarının her biri, kendinden sonra gelen (dıştan içe) hattı koruyarak temel yapıya ulaşmasını ve zarar görmesini önlemektedir. Savunmanın esnek halkası, normal halkası ve direnç halkaları; temel yapının bütünlüğünü koruyan mekanizmalar olarak işlev görür (Neuman ve Fawcett, 2011; Skalski ve ark., 2006).

Esnek savunma hattı, olağan sağlık durumunu korumaktadır. Normal savunma hattını ve esenliği koruyan esnek savunma hattı en dış halkadır, sistemin ilk koruma mekanizmasıdır. Esnek savunma hattı, bireyin normal durumu için dinamik bir “koruyucu tampon” olarak tanımlanır ve stres faktörlerinin normal savunma hattını işgal etmesini önler. Esnek savunma hattı genişlediğinde stresör saldırısına karşı daha iyi kısa süreli koruma sağlar (Neuman ve Fawcett, 2011). Esnek savunma hattı normal savunma hattından uzaklaştıkça daha fazla koruma sağlanır; yakınlığında daha az koruma söz konusudur (Idowu ve ark., 2022). Yorgunluk, yetersiz beslenme ve günlük stres gibi koşullar, tamponlama gücü tehlikeye girdiğinden esnek savunma hattının normal savunma hattına yaklaşmasına neden olabilir. Eğer esnek savunma hattı güçlü değilse ya da stresörler çok güçlü ise, normal savunma hattına giriş olmaktadır. Bu nedenle, olası bir stres tepkisini önlemek için esnek savunma hattını güçlendirmek önemlidir (Hannooder ve Dhamoon, 2021; Idowu ve ark., 2022; Turner ve Kaylor, 2015). Esnek savunma hattının gücü, sistemin anlık yaşam koşullarına göre değişir. Örneğin, esnek savunma hattı egzersizden, besleyici öğünlerden ve yeterli uykudan sonra güçlü olabilir (Fawcett ve Foust, 2017). Bu tür savunma örnekleri arasında sosyal destek, dayanıklılık, manevi refah, yaş ve bazı fizyolojik önlemler sayılabilir (Hannooder ve Dhamoon, 2021; Günüşen ve ark., 2009; Turner ve Kaylor, 2015; Ume-Nwagbo ve ark., 2006).

Normal savunma hattı, bireyin olağan sağlık durumu olarak hizmet eder ve çevresel stres faktörlerine nasıl uyum sağladığının bir sonucudur. Normal savunma hattı, sistemin olağan sağlık davranışları ve sosyal destekler gibi olağan yaşam koşullarıdır (Fawcett ve Foust, 2017). Esnek savunma hattı tarafından korunan normal savunma hattı, sistemin olağan sağlık düzeyini temsil eder. Çevrede var olan stres faktörleri esnek savunma hattı tarafından yeterince tamponlanmazsa normal savunma hattını istila edebilir (Hannood ve Dhamoon, 2021; Idowu ve ark., 2022; Ume-Nwagbo ve ark., 2006). Normal savunma hattı zamanla gelişir ve başa çıkma yöntemleri, yaşam tarzı faktörleri, gelişimsel, psikolojik ve kültürel etkiler gibi sistem değişkenlerinden etkilenir (Ume-Nwagbo ve ark., 2006). Normal savunma hattı çevresel bir stres faktörü tarafından ihlal edilirse, bu hastalık semptomlarının ortaya çıkmasına neden olur (Günüşen ve ark., 2009). Bu durum gerçekleştiğinde, bireyi stabilize etmeye ve iyiliğe geri dönmesini desteklemeye çalışan direnç hatları aktive olur; bu sürece "yeniden yapılanma" denir (Turner ve Kaylor, 2015).

Direnç hatları, insan sisteminin dengesini sağlamak için çalışan koruyucu bir mekanizmadır. Direnç hatları, stresörlerin temel yapıya girme yeteneğini etkileyen genetik ve diğer faktörlerdir (Fawcett ve Foust, 2017). Direnç hatları normal savunma hattı ile temel yapı arasında yer alır. Her biri bireylerin bütünlüğünü koruyan iç ve dış kaynaklardan oluşur. Normal savunma hattına çevresel stres faktörleri tarafından nüfuz edildiğinde, temel yapıyı korumak için direnç hatları aktive olur (Idowu ve ark., 2022; Günüşen ve ark., 2009; Ume-Nwagbo ve ark., 2006). Direnç hatları, insanın temel yapısını ve normal savunma hattını destekleyen bilinen ve bilinmeyen iç ve dış kaynak faktörlerini içermektedir ve böylece sistem bütünlüğünü korumaktadır. Her insan sistemi içinde örtülü/saklı, direnç hatları olarak bilinen iç direnç faktörleri vardır (Neuman ve Fawcett, 2011). Normal savunma hattına giriş olduğunda direnç hatları aktive olur ve temel yanıt önlemeye çalışır (Neuman ve Fawcett, 2011; Günüşen ve ark., 2009). Direnç hatları aktive olduğunda, zamanla elde edilen fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel ve spiritüel nitelikteki çeşitli başa çıkma stratejileri stres tepkisinde kullanılır (Günüşen ve ark., 2009; Idowu ve ark., 2022). Direnç hatları, iç ve dış kaynakları etkin bir şekilde harekete geçirdiği zaman, insan sisteminin iyilik halini/enerji korunumunu yeniden dengelemektedir (Neuman ve Fawcett, 2011). Başa çıkma stratejileri etkiliyse temel yanıt önlenir. Stres faktörleri çok güçlüyse veya başa çıkma stratejileri çok zayıfsa, sonunda

direnç hatları etkisiz kalabilir, enerji tükenmesi ve sonuçta temel yanıt meydana gelebilmektedir (Günüşen ve ark., 2009; Idowu ve ark., 2022; Neuman ve Fawcett, 2011).

Temel Yanıt

Savunma hatları tarafından sistemi iyilik haline döndürmek ve temel yapıyı korumak için kullanılan başa çıkma stratejileri yetersiz kalırsa ortaya çıkan durumdur. Neuman (2002) temel yanıtı vücut sıcaklığı, doğuştan gelen yanıtlar, vücut organlarının gücü veya zayıflığı gibi fizyolojik yanıt/değişkene işaret eder şekilde tanımlamış olsa da NSM'nin kullanıldığı çalışmalarda tükenmişlik (Günüşen ve ark., 2009) ve depresyon temel yanıt olarak değerlendirilmiştir (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2020). Bu çalışmada, İKD hastalarının psikolojik iyi oluşlarındaki azalma temel yanıt olarak değerlendirilmiştir.

2.6.2. Çevre

Modelde sistem/birey çevreyle sürekli etkileşim halinde ve bu etkileşimden değişen dinamik bir yapı olarak tanımlanır. Neuman'a göre çevre, bireyi etkileyebilir ve bireyden etkilenebilmektedir (Turner ve Kaylor, 2015; Velioğlu, 2012). Çevre bireyin gereksinimleri, hedefleri ve algılarına göre değişmektedir. Neuman çevreyi, iç çevre, dış çevre ve yaratılan çevre olarak değerlendirmiştir (McDowell ve ark., 2023). Bireye ait faktörlerin ya da stresörlerin oluşturduğu *iç çevre*, içsel stresörler de dahil olmak üzere, sistemin sınırları içindeki tüm güçler veya etkileşimli faktörlerden oluşur. *Dış çevre*, kişilerarası ve kişi dışı stres faktörleri de dahil olmak üzere, sistemin dışındaki tüm güçlerden veya etkileşimli faktörlerden oluşur (McDowell ve ark., 2023; Akt. Verberk ve Fawcett, 2017; Neuman ve Fawcett, 2011).

Yaratılan çevre ise; iç ve dış çevre ile enerji alışverişi yapan açık bir sistemi temsil eder. Sistem/birey tarafından farkında olmadan geliştirilir (McDowell ve ark., 2023). İşlevi, sistem için koruyucu bir kalkan veya güvenli bir alan sunmaktır. En azından bir dereceye kadar büyük ve küçük tüm sistemlere nüfuz eder; özel bir ihtiyaç koşulunun gerektirdiği şekilde kendiliğinden yaratılır, artırılır veya azaltılır (Idowu ve ark., 2022; Verberk ve Fawcett, 2017). NSM'ye göre oluşturulmuş/yaratılan çevre, insan sisteminin gerçeklik yapısı olarak yorumlanmıştır. Bu yapı, insan sisteminin stresörlere yönelik algısını ve tepkisini etkilemektedir (Verberk ve Fawcett, 2017).

Çevre, sistemi etkileyen ve sistem tarafından etkilenen etkenlerin tümü olarak kabul edilmekte, iç, dış stresörler ile direnç faktörlerini içermektedir. Çevre ile etkileşime girerek normal savunma hattına zarar verebilecek tüm stresörlere önem verilmektedir (Verberk ve Fawcett, 2017). Stresörler, bireyin iç ve dış çevresinde bulunan, rahatsızlığa neden olan her türlü uyandır. Stresörler bireyde olumlu ya da olumsuz etki oluşturabilmektedir (Ume-Nwagbo ve ark., 2006).

Stresörler

Stresörler, “sistemin iç ve dış çevresel sınırları içinde meydana gelen gerilim üreten uyarılar veya kuvvetler” olarak tanımlanmaktadır. Stresörler, sistemi bozabilir, bazen fiziksel hastalığa, duygusal ve sosyal krizlere neden olabilir. Bu durum bireyin algılarına ve stresörlerin etkileriyle başa çıkma becerilerine bağlıdır (Montano, 2021; Ume-Nwagbo ve ark., 2006). Stresörlerin etkilerine, stresörlerle karşılaşma biçimine, stresörlerin sayısına, stresörlerin gücüne, sistem/bireyin stresörlerle ilgili algılarına göre karar verilir (Idowu ve ark., 2022; Ume-Nwagbo ve ark., 2006). Stresörler, kişinin uyumunda bir bozulma veya dengesizlik yaratma potansiyeline sahiptir ve bir cevap gerektirir (Ume-Nwagbo ve ark., 2006).

Stresörler, NSM'nin beş etkileşimli değişkeninden bir veya daha fazlasında kendini gösterir. Birçok stresör genellikle tüm beş değişkeni aynı anda veya sistemin geçmiş veya şimdiki durumuna, deneyimine bağlı olarak farklı zamanlarda etkiler (Fawcett ve ark., 2025). Savunma hatları stresörlerin sisteme girmesini ve bir tepkiyi tetiklemesini engellemek için yeterince güçlü olmadığında stresör etkisi ortaya çıkar. Sistem/birey stresörleri faydalı olarak algıladığında, temel yapının kararlılığı artar tam tersi durumda sistem/birey stresörleri zararlı olarak algıladığında, temel yapının kararlılığı tehlikeye girer (Fawcett ve Foust, 2017).

Modelde çevresel stresörler; kişi içi, kişilerarası ve kişi dışı stresörler olarak sınıflandırılmaktadır (Fawcett ve ark., 2025; Fawcett ve Foust, 2017; Montano, 2021; Turner ve Kaylor, 2015). *Kişi içi stresörler*, bireyin sisteminin sınırları içerisinde ortaya çıkan iç çevresel kuvvetlerdir (Fawcett ve Foust, 2017; Montano, 2021). İKD hastalarında stresle başa çıkmada yetersiz kalma, hastalık ve tedavi ile ilgili kaygıları, yaşam boyu yapay bir cihazın bedende kalacak olması, İKD fonksiyonunun bozulabileceği korkusu,

cihazın disritimleri kontrol edememesi korkusu, İKD cihazının şok vereceği korkusu, hastanın sağlık durumu kişi içi stresörleri arasındadır (Magyar-Russell ve ark., 2011; Schulz ve ark., 2013). Bu stresörler İKD hastasının savunma ve direnç hatlarına zarar vererek temel yanıtın oluşumuna sebep olabilir. Bu çalışmada bireyin hastalık tanısı, hastalık sürecine yönelik bilgi eksikliği, sürecin belirsizliğine yönelik yaşadığı kaygı ve korkular fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkileyen kişi içi stresörler olarak değerlendirilebilir.

Kişilerarası stresörler, bireyin sisteminin dışında ancak etkileşimde olduğu yakın çevresinde ortaya çıkan dış çevresel etkileşim kuvvetleridir (Fawcett ve Foust, 2017; Montano, 2021). Sağlık bakım sürecinde sağlık profesyonelleri ve diğer sağlık bakımı alan kişilerle kurulan ilişkiler, aile içi ilişkiler kişilerarası stresörler arasında değerlendirilebilir (Magyar-Russell ve ark., 2011; Schulz ve ark., 2013). Bu çalışmada aile içi ilişki süreçleri, iş yaşamındaki ilişki süreçleri, sağlık profesyonelleri ile ilişki süreçleri hastaların kişilerarası stresörleri olarak değerlendirilebilir.

Kişi dışı stresörler, bireyin sisteminin sınırları dışında uzak çevresinde ortaya çıkan dış çevresel etkileşim kuvvetleridir (Fawcett ve Foust, 2017; Montano, 2021). İKD hastasının yaşadığı ekonomik güçlükler, sağlık sistemine ilişkin durumlar, tedavi süreci ve prosedürler kişi dışı stresörler olarak değerlendirilebilir. İKD hastalarında olası ekonomik problemler, sağlık alımına ilişkin yaşayabileceği zorluklar, tedavi süreçlerinin kontrol ve devamlılık gerektiren yapıda oluşu hastalar için önemli kişi dışı stresörlerdir. Hastaların bu stresörlerle başa çıkabilmeleri için güçlü savunma hatlarına, etkili başa çıkma stratejilerine gereksinimleri vardır. Savunma hatlarının olumsuz etkilenmesi ve hastaların başa çıkmada yetersiz kalmaları temel yanıtın oluşmasına sebep olabilir. Hastaların stresörlerle başa çıkabilmelerinde etkin hale getirilmeleri önemlidir.

2.6.3. Sağlık

Sağlık; genetik faktörler, geçmiş deneyimler ve şimdiki algılar gibi iç, dış ve yaratılan çevre güçleriyle ilişkilidir. Sağlık kavramı süreklilik ve optimal iyilik hâli olarak tanımlanmaktadır. İyilik hali (wellness) mümkün olan en iyi sağlık durumu olarak tanımlanmaktadır. En iyi sağlık durumu (optimal wellness), tüm sistem ihtiyaçları karşılandığında ortaya çıkar. Süreklilik, sistem ve çevre arasında stresörler ile başa

çıkabilmek için enerji alışverişi gerektiren bir denge veya uyum durumunu ifade etmektedir. Stresörlerden etkilenen savunma hatları normal dengesine geri dönebilmek için enerji harcar. Hastalık, optimal iyilik hali ve sürekliliğin olmayışıdır. Hastalık halinde sistem dengede değildir, enerji tükenmesi söz konusu olur ve bireyin iyilik halinde sapmalar olur. Sistem harcadığından çok enerji ürettiğinde optimal sağlık hâline doğru ilerleme görülürken, ürettiğinden daha fazla enerji harcaması gerektiğinde hastalık ve muhtemel ölüme doğru ilerlemektedir (Neuman ve Fawcett, 2011).

2.6.4. Hemşirelik

Neuman hemşireliği, hasta sisteminin karşılaştığı stresörlere verdiği tepkileri ve bunları etkileyen değişkenleri saptamaya çalışan, kişiyi bütüncül ele alan bir meslek olarak tanımlamıştır (Neuman ve Fawcett, 2011). Hemşireliğin alanını, çevre ile etkileşime giren birey oluşturmaktadır (Hannood ve Dhamoon, 2021). Hemşireliğin temel hedefi, bireyin stabilitesinin korunması ve sürdürülmesi yoluyla birey için optimal sağlığı sağlamaktır (Akt. Turner ve Kaylor, 2015; Neuman, 1995). Stresörler savunma hatlarını etkiler ve bireyde stresörlere temel yanıt olarak hastalık semptomları oluşur (Dağ ve ark., 2014). Model, sistemin stresörlerle nasıl etkileşim kurduğu, nasıl tepki verdiği ve nasıl uyum sağladığı ile ilgilenir. Hemşire, daha sağlıklı başa çıkma stratejilerini teşvik etmek için sistemin stresle nasıl etkileşim kurduğu, nasıl tepki verdiği ve nasıl uyum sağladığını anlamaya odaklanır. Hemşirenin rolü, beş değişkenin tümünde stres etkeni tepkisini ve ayrıca kişinin stres etkenlerine ilişkin algısını değerlendirmektir (Montano, 2021).

Hemşire, stres faktörlerinin olası etkilerinin doğru bir şekilde değerlendirilmesi ve ardından optimal bir iyilik halinin elde edilebilmesi için sistemin yeniden yapılandırılmasına aracılık eder (Akt. Ume-Nwagbo ve ark., 2006; Montano, 2021). Yapılan hemşirelik girişimleri ile stresörlerin etkileri azaltılarak, sistem stabilize edilip yeniden yapılır ve savunma hatları hastalıktan önceki konumuna gelir. Eğer yeniden yapılandırma sağlanamazsa, temel yapının stresörlerden etkilenecek yetmezlik oluşması sonucu ölüm gerçekleşir (Dağ ve ark., 2014). Hemşire bireye birincil, ikincil ve üçüncül önleme yoluyla müdahalede bulunur (Ume-Nwagbo ve ark., 2006).

Birincil Koruma Düzeyi

Birincil önleme stratejileri, stres önleme ve risk faktörlerinin azaltılması yoluyla insan sisteminin esnek savunma hattını güçlendirmeye yöneliktir ve sağlık durumunu korumak için kullanılır (Ume-Nwagbo ve ark., 2006). Birincil önleme, enerjiyi stres faktörlerini azaltmaya veya esnek savunma hatlarını güçlendirmeye yönlendirmeyi kapsar. Bu önleme düzeyi, bireyin temel performans düzeyi için ek koruma sağlamaya odaklanır. Birincil önleme, birey bir stres faktörüyle temas etmeden önce uygundur. Risk faktörlerinin tanımlanmasını, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetlerini içerir (Turner ve Kaylor, 2015). Birincil önleme müdahaleleri, zararlı stres faktörlerine karşı temel yapı tepkilerinden önce esnek savunma hattını güçlendirerek optimum sistem dengesini korumak için kullanılır. Daha güçlü bir normal savunma hattı ve daha güçlü direnç hatları ile sonuçlanabilir (Fawcett ve Foust, 2017). Bu çalışma, birincil ve ikincil koruma düzeyine yönelik hemşirelik girişimlerini içermektedir.

İkincil Koruma Düzeyi

Stresörler normal savunma hattını işgal ettikten ve hastalık belirtileri ortaya çıktıktan sonra ikincil önleme müdahaleleri kullanılır (Fawcett ve Foust, 2017; Idowu ve ark., 2022). Amaç, bu stresörleri teşhis etmek ve müdahale ederek direnç hatlarını güçlendirmektir. Bu sırada uygun yaklaşım, insan sisteminin stabiliteyi yeniden kazanmasına yardımcı olacaktır (Turner ve Kaylor, 2015; Ume-Nwagbo ve ark., 2006). Bu tedavi yaklaşımı, ek koruma ihtiyacını hedefleyerek optimum sistem dengesini yeniden kazanmak için normal savunma hatlarını onarmaya başlar. İkincil önleme müdahaleleri, akut hastalık semptomlarının sağlık ekibi tabanlı çoklu disiplinli hızlı ve etkili tedavisi, kronik hastalıklarla ilişkili ağrı ve semptomların yönetimi ile gerçekleştirilir. Müdahale olarak ikincil önleme genellikle hastaneler, destekli yaşam tesisleri, huzurevleri gibi yatılı tesislerde gerçekleşir (Fawcett ve Foust, 2017). Bu çalışmada uygulanan psikoeğitim müdahalesi ile birincil ve ikincil koruma amaçlanmıştır. Yapılan girişimler direnç ve savunma hatlarının içeriğini oluşturan değişkenleri güçlendirmeyi istemektedir.

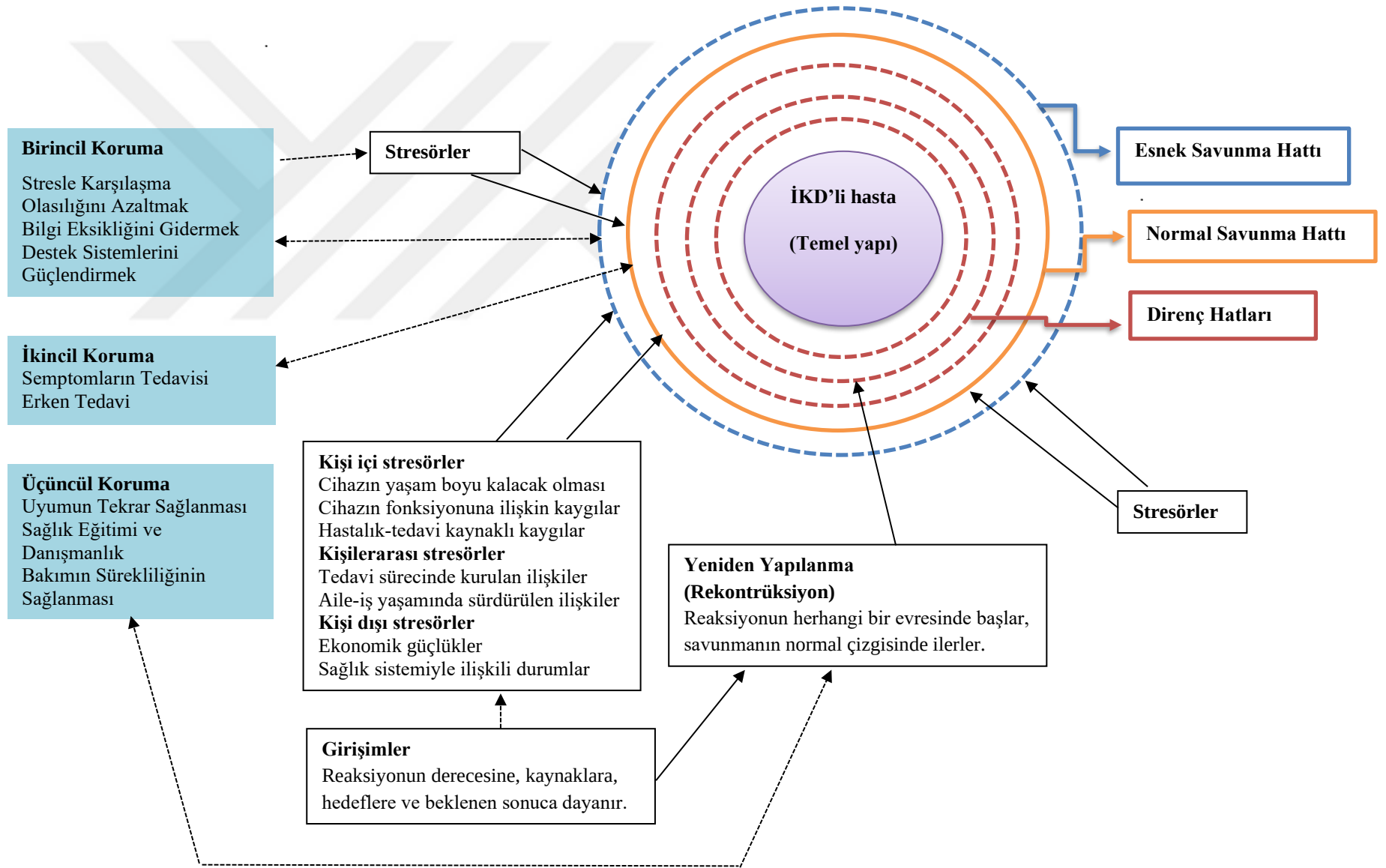
Üçüncül Koruma Düzeyi

Üçüncül önleme müdahaleleri, ikincil önleme müdahaleleri sistem dengesiyle sonuçlandığında esas olarak rehabilitasyon hizmetlerine odaklanan kronik hastalıkların semptomlarının çoklu disiplinli sağlık ekibi tabanlı yönetimiyle birlikte kendi kendini yönetmeyi içerir. Üçüncül önleme müdahaleleri, işlevi en üst düzeye çıkarmak, semptomları hafifletmek ve önlenabilir sağlık ile ilgili komplikasyonları önlemek için sağlık sorunlarının ve bakımın bireyselleştirilmiş yönetimini hedefler (Fawcett ve Foust, 2017).

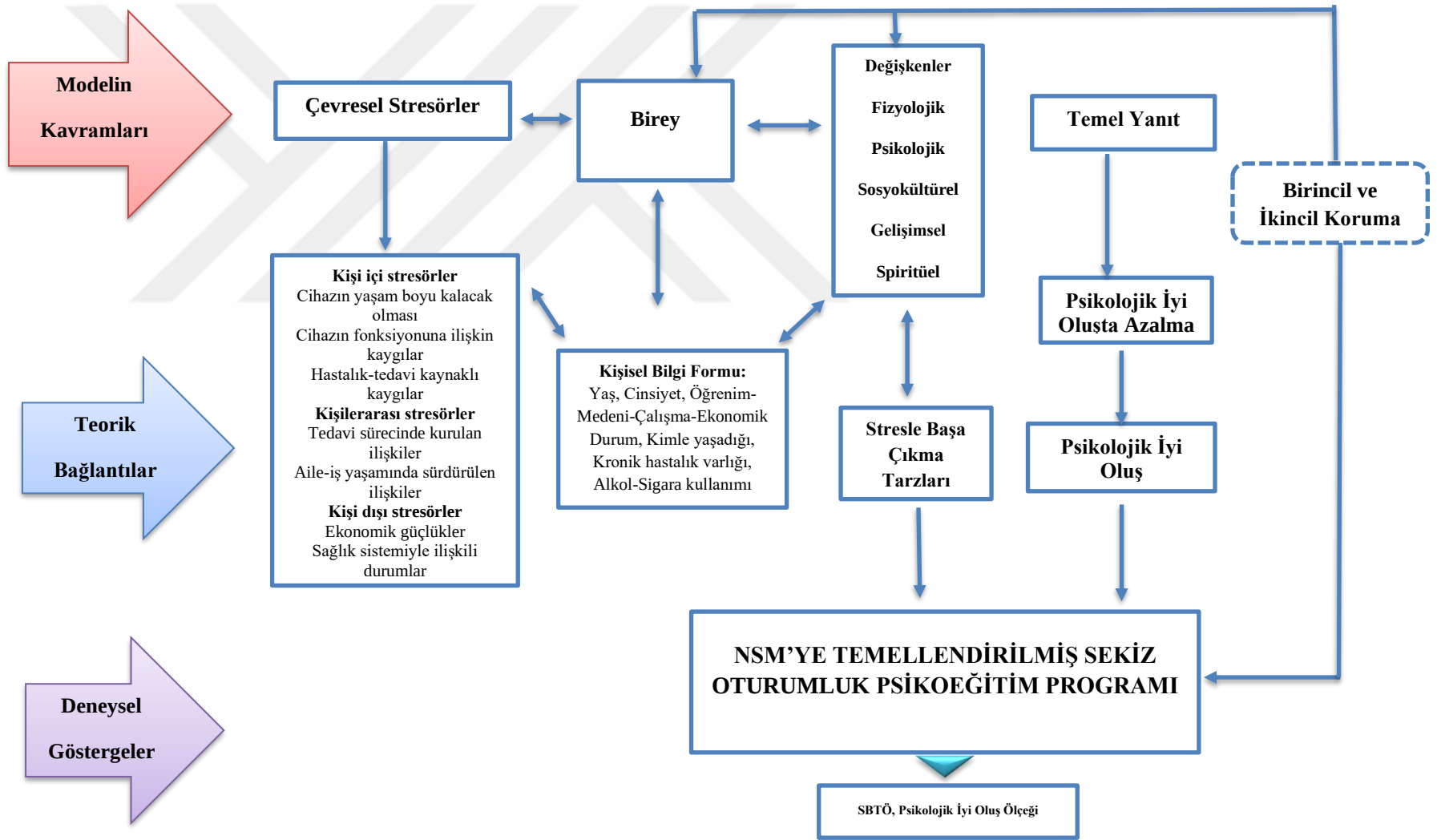
Destek ve eğitim yoluyla üçüncül önleme stratejileri oluşturulur, böylece birey yeniden uyum sağlayabilir ve sağlıklı işleve giden yolu sürdürebilir (Ume-Nwagbo ve ark., 2006). Üçüncül müdahaleler, bireyin mevcut sağlık düzeyini korumasına yardımcı olarak, ek stres faktörlerinden koruma sağlayarak, yeterli beslenme ve dinlenme sağlayarak ve diğer fizyolojik, psikolojik, ruhsal, sosyokültürel ve gelişimsel yönleri bütünsel olarak ele alarak nüksü önlemeye çalışır (Turner ve Kaylor, 2015). İKD hastalarının bakımında hemşireliğin amacı, hastaların yaşamını yönetmelerine yardımcı olmaktır. İKD hastalarında stresörlerin tanımlanması, strese verilen duygusal ve fiziksel yanıtların belirlenmesi ve hastaların etkili başa çıkma tarzlarının geliştirilmesi önemli hemşirelik girişimleridir (Uysal, 2016). İKD implantasyonu sonrası erken dönemde hemşireler tarafından sağlanan eğitim ve destekle, hastaların şok kaygısıyla başa çıkabildikleri ve tedavi kabulünün arttırılabildiği bildirilmektedir (Morken ve ark., 2014; Pasyar ve ark., 2022; Steffes ve ark., 2017). İKD hastalarının cihazın işlevini, implantasyon prosedürünü, implantasyon öncesi ve sonrası bakımını, implantasyon sonrası günlük aktivitelerinde kısıtlama ve değişimleri bilmesi stresörleri tanıyıp başa çıkabilmelerinde yeterliliklerini desteklemektedir (Sossong, 2007). İKD hastalarında uyumu kolaylaştırmak ve hastalarda oluşabilecek temel yanıtı önlemek için İKD implantasyonu sırasında gerekli eğitimi almaları önemli bir ihtiyaçtır (Steffes ve ark., 2017). Stresörlere karşı olumsuz duygusal tepkilerin erken tespiti ve yönetimi, hastalarda anksiyete, depresyon, TSSB gibi temel yanıt gelişmesini engelleyebilir (Berg ve ark., 2015).

İmplantasyon sonrası İKD hastalarında savunma hatlarını güçlendirmeyi ve stresörlere karşı dirençlerini artırmayı amaçlayan psikoeğitim programıyla, hastaların karşılaştıkları

stres faktörlerine karşı kaçınma veya inkar mekanizmalarını kullanmalarının engellenebileceği söylenebilir. Hastaların çevresel stres faktörlerine karşı savunma hatları güçlendirilebilir ve böylece sistem dengesi yeniden sağlanır, temel yanıt olarak ortaya çıkabilecek istenmeyen psikolojik sonuçların gelişmesi önlenir (Neuman ve Fawcett, 2011). Bu çalışmada, İKD hastalarının bütüncül olarak değerlendirilerek gerekli hemşirelik bakımını alabilmelerinde modelin kullanımı kolaylaştırıcı ve yönlendirici olmuştur. Hastalar temel yapıyı oluşturan beş değişken açısından ele alınmıştır. Değişkenlerde gelişim sağlamak için psikoeğitim programının içeriklerinde uygun hemşirelik girişimleri planlanmıştır. Tedavi süreçlerinde karşılaştıkları zorluklar birer stresör olarak kabul edilmiş, hastaların gerekli bilgi ve becerileri kazanmaları yoluyla savunma hatlarının güçlendirilmesi amaçlanmıştır. Psikoeğitim programında birincil ve ikincil önlemin kapsamına giren hemşirelik girişimleri mevcuttur. Bu çalışmada NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programıyla İKD hastalarının direnç ve savunma hatlarının güçlendirilmesi, psikolojik iyi oluşlarının ve stresle başa çıkma davranışlarının geliştirilmesi amaçlanmıştır.



Şekil 2.1. Neuman Sistemler Modeline Göre İKD Hastasında Hemşirelik Uygulamaları



Şekil 2.2. Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısı

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Sayıltıları

Bu araştırmanın amacı, NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının İKD hastalarının stresle başa çıkmaları ve psikolojik iyi oluşları üzerine etkisini değerlendirmek ve hastaların savunma hatlarını güçlendirmektir.

Araştırmanın Sayıltıları

İKD hastalarının;

- Stresle başa çıkmaları etkisizdir.
- Psikolojik iyi oluş düzeyleri düşüktür.
- Savunma hatlarının güçlendirilmesi gerekmektedir.

NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının

- İKD hastalarının stresle başa çıkmaları ve psikolojik iyi oluşlarına etkisi olumludur.
- İKD hastalarının savunma hatlarının güçlenmesine etkisi olumludur.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırmanın türü, teknik ve pratiksel ilgiye dayalı (Hebermas, 1987) çok safhalı karma yöntem deseninin alt türü olan nitel program geliştirme ve iç içe geçmiş karma yöntem araştırmasını birleştiren tekli karma yöntem araştırmasıdır (Creswell ve Plano Clark, 2020). İlk aşamada program geliştirme yöntemi, ikinci aşamada ise ön test-son test ve nitel görüşmelerle teknik eylem araştırması yürütülmüştür. Bu araştırma, yorumlayıcı, işlevsel ve radikal yapısal paradigmaları birleştiren bir yapıda post-pozitivizme ve pragmatizme dayalı (Creswell, 2017; Lincoln ve ark., 2011) bir tekli karma yöntem araştırmasıdır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde yürütülmüştür. SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, iki ayrı yataklı birimden oluşmakta olup total 30 yatak kapasitesine sahiptir. Klinikte sorumlu hemşire dahil 10 hemşire görev yapmaktadır. Klinikte İKD implantasyonu yapılan hastalara hemşireler tarafından sürece ve bakıma ilişkin yapılandırılmış planlı bir eğitim/müdahale uygulanmamakta veya yazılı eğitim materyali

verilmemektedir. Yalnızca cerrahi işlem sonrası komplikasyonları önlemeye yönelik genel sözel bilgilendirme yapılmaktadır. Araştırma; İKD implantasyon planı ile kliniğe başvuran hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllülerle, araştırmanın yürütüldüğü klinikte yer alan görüşme odasında gerçekleştirilmiştir. Klinik işleyişte bu hasta grubuna, İKD uygulamasından ortalama 7-21 gün önce implantasyon için randevu oluşturulmaktadır. İmplantasyon randevusu oluşturulan hastalardan çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlayanlara çalışma hakkında bilgi verilmiş, katılmak isteyenler çalışmanın başlatılması için kliniğe davet edilmiştir. Araştırmanın uygulaması Şubat-Temmuz 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde İKD implantasyonu uygulanan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın evreni, çalışmanın yürütüldüğü tarih aralığında SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde İKD implantasyonu gerçekleştirilen 21 hastadan oluşmaktadır.

Araştırmada Örneklem Seçimi

Araştırmada nitel araştırma yöntemlerinde sıklıkla tercih edilen amaçlı örnekleme yöntemlerinden biri olan ölçüt örnekleme kullanılmıştır. Ölçüt örnekleme hedeflenen ölçütleri karşılayan durumların çalışılmasına olanak sağlar (Patton, 1987). Araştırmanın ölçütleri dahil etme, dışlama ve çıkarılma kriterleri aşağıdaki gibidir.

Araştırmanın Dahil Etme Kriterleri

- Araştırmaya gönüllü olarak katılması
- SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde İKD implantasyonu yapılmış ve İKD sonrası post op üçüncü günde olması
- En az ilköğretim mezunu olması
- Türkçe konuşabilir, okuyabilir ve yazabilir olması
- 18-65 yaş arasında olması
- Antalya il merkezinde ikamet ediyor olması (Kepez, Muratpaşa, Konyaaltı)

Araştırmanın Dışlama Kriterleri

- İletişim engelinin olması (İşitme-konuşma engeline sahip olma, Türkçe dışında bir anadilde konuşuyor olma)
- Nörolojik bir bozukluğa sahip olması
- Mental veya ruhsal olarak araştırmaya katılmaya engel bir rahatsızlığın olması (Mental retardasyon, şizofreni vb. ciddi ruhsal hastalık varlığı)
- Farklı bir araştırma ya da programa dahil olması

Araştırmanın Çıkarılma Kriterleri

- Araştırma sırasında nörolojik ya da psikiyatrik bir tanı alması
- Araştırmadan kendi isteğiyle ayrılmak istemesi
- İKD tedavisi planlanmış ancak işlem yapılmamış olması
- Herhangi bir oturuma katılmaması

İmplantasyon kararı verilen hastalardan, araştırmaya alınma kriterlerini sağlayanlara araştırmanın amacı ve uygulama süreci aktarılmıştır. Katılmayı kabul eden hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın örneklemini beş katılımcı oluşturmuştur.

Tablo 3.1. Çalışmaya Dahil Edilen-Edilemeyen Hastalar ve Nedenleri

İKD İmplantasyonu Gerçekleştirilen Hastalar (Şubat-Temmuz 2024)		
21		
Dahil Edilme Kriterlerini Karşıllayan Hastalar		Dahil Edilme Kriterlerini Karşılamayan Hastalar
10		11 (Antalya il merkezinde yaşamayan dokuz hasta, işitme engeli olan iki hasta)
		İl merkezinde yaşamayan dört hastayla Eylem Öncesi Görüşme Formunu değerlendirmek amaçlı görüşülmüştür.
Dahil Edilme Kriterini Karşıllayan Hastalar		
Çalışmaya Dahil Edilen Hastalar		Çalışmaya Dahil Edilemeyen Hastalar
7		3
Oturumları Tamamlayan Hastalar	Oturumları Tamamlamayan Hastalar	Katılmayı Kabul Etmeyen Hastalar
5	2	3

Araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde kliniğe İKD implantasyonu için başvuran hastaların, çalışmaya dahil edilme-edilmeme durumları nedenleri ve sayılarla birlikte Tablo 3.1.'de verilmiştir. Araştırmanın gerçekleştirildiği Şubat-Temmuz 2024 tarih aralığında araştırmanın yürütüldüğü klinikte 21 hastaya İKD implantasyonu gerçekleştirilmiştir. Bu hastalardan dokuzu Antalya il merkezinde ikamet etmemesi, ikisi işitme engeli nedeniyle çalışmaya dahil edilememiştir. Çalışmanın dahil edilme kriterini karşılayan 10 İKD hastasına araştırmaya katılmaları için bilgi verilmiştir. Bilgi verilen hastalardan üçü çalışmaya katılmak istemediklerini belirtmişlerdir. Çalışmaya katılmayı kabul ederek dahil edilen yedi hastadan beşi psikoeğitim oturumlarını tamamlayarak örnekleme oluştururken, diğer ikisi oturumları tamamlamadan çalışmadan ayrılmıştır (Tablo 3.1.). Çalışmadan ayrılan hastalar, hastaneye gelebilmek için birinin refakat etmesine gereksinim duyduğu için ulaşımında problem yaşadığını belirtmişlerdir. Ayrılan hastalardan biri ikinci, diğeri üçüncü oturumu tamamladıktan sonra çalışmadan ayrılmıştır.

Araştırma Örnekleminin Özellikleri

Örnekleme dahil edilen hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 3.2.'de verilmiştir. Gizlilik ilkesi gereği çalışmaya katılan hastaların isimleri yerine katılımcı ifadesi tercih edilmiştir (K1,K2, K3, K4, K5).

Tablo 3.2. Katılımcılara Ait Tanıtıcı Özellikler

Katılımcılar	Yaş	Cinsiyet	Öğrenim Durumu	Medeni Durumu	Çalışma Durumu	Kimle Yaşadığı	Kronik Hastalık	Sigara Kullanımı	Alkol Kullanımı
K1	46	Kadın	İlköğretim	Evli	Çalışmıyor	Aile	HT	Hayır	Hayır
K2	61	Erkek	İlköğretim	Evli	Emekli	Aile	HT	Bıraktım	Hayır
K3	58	Erkek	İlköğretim	Evli	Emekli	Aile	HT DM	Evet	Bıraktım
K4	58	Kadın	İlköğretim	Bekar	Çalışmıyor	Yalnız	KAH	Bıraktım	Evet
K5	60	Erkek	İlköğretim	Evli	Çalışıyor	Aile	HT	Evet	Hayır

Çalışmaya katılan hastaların yaş aralığı 46-61 arasında değişmektedir. Hastaların %60'ı erkek, %40'ı kadındır, %80'i ise evlidir (Tablo 3.2.). Çalışmaya katılan hastaların tamamı en az bir kronik hastalığa sahip, ekonomik olarak orta düzeyde gelire sahip, ihtiyaç duyduğunda yardım sağlayabilecek kişilere sahip olduklarını belirtmişlerdir.

3.5. Araştırmanın Uygulama Basamakları

Araştırmanın uygulama basamakları Ivankova (2022)'nin önerdiği eylem araştırması basamakları esas alınarak oluşturulmuştur. Araştırmanın akış şeması Tablo 3.3.'te yer almaktadır.

Tablo 3.3. Eylem Araştırması Basamaklarına Göre Araştırma Akış Şeması

EYLEM ÖNCESİ
1.Aşama: Tanılama (Eylem Araştırmasının Kavramsallaştırılması) Araştırmacının Kardiyoloji klinik deneyimleri ve literatür taraması doğrultusunda araştırma konusuna karar verilmesi
2.Aşama: Keşif (Eylem Araştırmasının Tasarlanması) Literatür doğrultusunda araştırma sorularının geliştirilmesi Araştırmanın şekillendirilmesi, nitel ve nicel veri kaynaklarının belirlenmesi Veri toplama araçlarının seçilmesi (Nitel ve nitel veri toplama araçlarının seçimi) Örneklem alınacak hastalar için dahil etme-dışlama-çıkarılma kriterlerinin belirlenmesi Araştırmaya başlamadan önce sırasıyla etik kurul ve kurum izinlerinin alınması
3.Aşama: Planlama (İlk Eylem Adımının Atılması) Literatür doğrultusunda NSM'ye temellendirilmiş bir psikoeğitim programı oluşturulması Oluşturulan programın uzman görüşleri ile revize edilmesi Eylem Öncesi Görüşme Formu ile ön uygulamanın gerçekleştirilmesi Tez izlem komite üyelerinin de görüşleriyle Eylem Öncesi Görüşme Formunun çalışmadan çıkartılması
EYLEM SÜRECİ
4.Aşama: Eylem (Psikoeğitim Programının Uygulanması) Her hasta ile bireysel olarak sekiz oturumluk psikoeğitim programının yürütülmesi İlk oturumda Kişisel Bilgi Formu, SBTÖ ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği ile öntest verilerinin elde edilmesi Son oturumda SBTÖ ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği ile son test verilerinin elde edilmesi, beraberinde Eylem Sonrası Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu ile nitel veri elde edilmesi
EYLEM SONRASI
5.Aşama: Değerlendirme Psikoeğitim sonrası bireysel görüşmelerden elde edilen nitel verilerin tematik analizinin yapılması Ölçeklerden elde edilen nicel verilerin SPSS kullanılarak analiz edilmesi, tablolarla raporlanması
6.Aşama: İzleme Toplanan verilerden ulaşılan sonuçlar ve yorumların katılımcıların ifade etmek istediklerini gerçekçi olarak yansıtır yansıtmadığına ilişkin katılımcılardan teyit alınması Araştırmadan elde edilen tüm verilerin sistemli şekilde analiz edilip, yazılması

3.5.1. Eylem Öncesi Süreç

Ivankova (2022)'nin eylem araştırması basamaklarına göre eylem öncesi süreç, tanılama, keşfetme, planlama aşamalarını içerir.

Tanılama (Araştırmanın Kavramsallaştırılması)

Araştırmacı farkına vardığı bir sorun, geliştirilmesi gereken bir süreç doğrultusunda çalışmak istediği konuya karar vermelidir (Ivankova, 2022). Uzmanlık alanı Psikiyatri hemşireliği olan araştırmacı aynı zamanda sekiz yıllık Kardiyoloji kliniği hemşireliği deneyimine sahiptir. Araştırmacının Kardiyoloji kliniğinde bakım verilen İKD hastaları ile olan hemşirelik deneyimleri araştırma konusunun belirlenmesinde yön verici olmuştur. Araştırmacının klinikteki İKD hastalarıyla çalışırken hastaların bilgi gereksinimlerinin yüksek olduğunu fark etmesi çalışmanın çıkış noktası olmuştur. Hastaları İKD ile yaşamaya hazırlayacak bilgi ve beceri kazandıracak yapılandırılmış bir hemşirelik müdahalesine ihtiyaç olduğu ve hastalarda olumlu dönüşler sağlayacağı düşüncesi konu seçimine önemli katkıda bulunmuştur. Tanılama aşamasında araştırmacının yetkinliği etkili olmuştur. Araştırmacının eğitimi, klinik deneyimi aldığı dersler, katıldığı bilimsel etkinlikler EK-13'te sunulmuştur.

Keşfetme (Araştırmanın Tasarlanması)

Belirlenen sorunla ilgili olarak keşfetme aşamasında; araştırma sorularının belirlenmesi, soruları yanıtlayacak uygun karma yöntem deseninin seçilmesi, veri toplama araçlarının belirlenmesi aşamaları takip edilir (Ivankova, 2022). Hastaların ihtiyaçlarını değerlendirmek ve araştırmanın tasarlanması sırasında yola çıkılan araştırma soruları Tablo 3.4.'te yer almaktadır. Araştırma soruları ve literatür doğrultusunda araştırmanın tasarımı şekillendirilmiştir. Veri toplama araçlarının seçimi gerçekleştirilmiştir.

Tablo 3.4. Araştırma Soruları

İKD hastalarının zorluk bakımından en büyük sorunları ne olabilir?
İKD hastalarında, hastalık durumu alışık olduğu yaşam tarzını nasıl etkileyebilir?
İKD hastalarının mevcut hastalık durumu gelecekteki durumlarına nasıl etki edebilir?
İKD hastaları kendilerine yardım etmek için neler yapabilir?
İKD hastaları aile, arkadaş ve sağlık çalışanlarından nasıl bir yardım bekleyebilir?
İKD hastalarının gereksinimlerini belirlemek için hangi sorular sorulmalıdır?
İKD hastalarıyla yürütülecek müdahale çalışmasının kuramsal temeli için uygun hemşirelik modeli nedir?
İKD hastalarının yaşamındaki stresörler nelerdir?
İKD hastalarının stresörlerle ilişkisi nasıldır? İKD hastalarının stresörlere karşı başa çıkmaları nasıldır?
İKD hastalarının psikolojik iyilik hali nasıldır? İKD hastalarının savunma hatları nasıl değerlendirilebilir?
İKD hastalarının psikolojik iyilik hali ve stresle başa çıkmalarını değerlendirmek için hangi veri toplama araçları kullanılmalıdır?
İKD hastalarının psikolojik iyilik hallerini ve stresle başa çıkma tarzlarını geliştirerek stresörlere karşı savunma hatları güçlendirilebilir mi?
İKD hastalarının psikolojik iyilik hali ve stresle başa çıkmalarına ilişkin elde edilecek veriler nasıl değerlendirilmelidir?
İKD hastalarının psikolojik iyilik hallerini ve stresle başa çıkmalarını geliştirmek için nasıl bir müdahale geliştirilmelidir?
İKD hastalarının psikolojik iyilik hallerini ve stresle başa çıkmalarını geliştirmek için uygulanan müdahalenin içeriğinde neler olmalıdır?
İKD hastalarının psikolojik iyilik hallerini ve stresle başa çıkmalarını geliştirmek amaçlı yürütülecek psikoeğitim programının etkisi nasıl değerlendirilmelidir?
Araştırma verilerinin analizinde kullanılacak istatistiksel yöntemler neler olmalıdır?

Veri Toplama Araçlarının Seçimi

Eylem araştırmalarında genellikle nicel ve nitel veri toplama teknikleri bir arada kullanılabilir. Bu çalışma için nitel ve nicel yöntemleri içeren eylem araştırması stratejisi seçilmiştir (Gunbayi ve ark., 2017). Araştırmanın verileri nitel ağırlıktadır ve nicel olarak elde edilen veriler nitel verileri güçlendirmek amaçlı kullanılmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü hastalara Kişisel Bilgi Formu, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ), Psikolojik İyi Oluş Ölçeği uygulanmıştır. Eylem Sonrası Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (EK-3) aracılığıyla, hastaların psikoeğitim programına ve implantasyon sonrası deneyimlerine ilişkin nitel veriler derinlemesine bireysel görüşmelerle elde edilmiştir. Eylem Sonrası Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu aracılığıyla psikoeğitim programının son oturumunda hastalarla gerçekleştirilen derinlemesine bireysel görüşmeler ses kayıt cihazı ile kaydedilmiştir. Araştırmada İKD hastalarının ihtiyaçlarına yönelik NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı hazırlanması hedeflendiğinden veri toplama formlarının oluşturulması ve ölçeklerin seçiminde NSM kavramları göz önünde bulundurulmuştur. NSM kavramları ve veri toplama araçları arasındaki ilişki genel bilgiler başlığı altında 'Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi' bölümünde açıklanmıştır.

Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Veri toplamak için kullanılan ölçekler ve görüşme formları aşağıda açıklanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu (EK-2): Kişisel bilgi formu, ilgili literatür taraması sonucunda NSM kavramları dikkate alınarak oluşturulan hastalık ve kişisel bilgilerle ilgili olmak üzere toplam 12 sorudan oluşmaktadır (EK-2) (Thomas ve ark., 2006; van den Heuvel ve ark., 2022). Kişisel bilgi formu oluşturulurken 1., 9., 10., 11. ve 12. sorular fizyolojik değişken alanını, 3., 4., 5., 6., 7., 8. sosyokültürel değişken alanını, 1. ve 3. sorular gelişimsel değişken alanını değerlendirmek için sorulmuştur. Kişilerarası stresörleri değerlendirmek için 4., 7., 8. sorular, kişi içi stresörleri değerlendirmek için 9. ve 10. sorular, kişi dışı stresörleri değerlendirmek için 5., ve 6. sorular sorulmuştur.

Eylem Sonrası Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (EK-3): Psikoeğitim programı sonunda, programın etkisini ve İKD implantasyonunun ardından hastalarda değişen durumları değerlendirmek amacıyla oluşturulmuş yarı yapılandırılmış görüşme formudur.

Görüşme formu ilgili literatür ve Neuman'ın araştırma/uygulama metodolojisi (Magyar-Russell ve ark., 2011; Schulz ve ark., 2013; Turner ve Kaylor, 2015; Ume-Nwagbo ve ark., 2006) dikkate alınarak oluşturulmuş ve tez izleme komitesi üyelerinden uzman görüşü alınmıştır. Form toplam 5 ana sorudan oluşmaktadır (EK-3). Katılımcılar ile yürütülen eylem sonrası görüşmeler 15-25 dakika arasında sürmüştür.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ): Orijinal ölçek Folkman ve Lazarus tarafından 1988 tarihinde geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Şahin ve Durak tarafından yapılmıştır (Şahin ve Durak, 1995). SBTÖ 30 maddeden oluşmakta, kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımlarını içeren beş alt boyuta sahiptir. 1 ve 9. Maddeler ters puanlanmaktadır. Puanlama hiç uygun değil:0, uygun değil:1, uygun:2, tamamen uygun:3 puan olarak derecelendirilmektedir. Ölçekten alınan toplam puan değerlendirilmemektedir. Her alt boyuta ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Alt boyutlara ait puanlar toplanmakta ve o alt boyutun soru sayısına bölünerek her alt boyut için ortalama puan elde edilmektedir. Her alt ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 3'tür. Kendine güvenli yaklaşım alt boyutu 8., 10., 14., 16., 20., 23., 26. madde olmak üzere yedi maddeden, çaresiz yaklaşım alt boyutu 3., 7., 11., 19., 22., 25., 27., 28. madde olmak üzere sekiz maddeden, boyun eğici yaklaşım alt boyutu 5., 13., 15., 17., 21., 24. madde olmak üzere altı maddeden, iyimser yaklaşım alt boyutu 2., 4., 6., 12., 18. madde olmak üzere beş maddeden, sosyal destek arama alt boyutu 1., 9., 29., 30. madde olmak üzere dört maddeden oluşmaktadır. Ölçek 4'lü Likert tipi bir ölçektir. Kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşım faktörlerinden elde edilen puanlar arttıkça stresle başa çıkmanın etkili olduğu, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım faktörlerinden elde edilen puanlar arttıkça stresle başa çıkmanın etkisiz olduğu belirtilmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları (Cronbach Alpha), iyimser yaklaşım .68, kendine güvenli yaklaşım .80, çaresiz yaklaşım .73, boyun eğici yaklaşım .70, sosyal destek arama 47'dir (Şahin ve Durak, 1995). Bu çalışmada eylem öncesi Cronbach alfa güvenirlik değerleri, çaresiz yaklaşım 0.75, kendine güvenli yaklaşım 0.86, boyun eğici yaklaşım 0.61, iyimser yaklaşım 0.63, sosyal destek arama 0.62 olarak bulunmuştur. Eylem sonrası Cronbach alfa güvenirlik değerleri ise çaresiz

yaklaşım 0.78, kendine güvenli yaklaşım 0.85, boyun eğici yaklaşım 0.68, iyimser yaklaşım 0.82, sosyal destek arama 0.63'tür (EK-4).

Psikolojik İyi Oluş Ölçeği: Orijinal ölçek Diener ve arkadaşları tarafından 2010 tarihinde geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Telef tarafından yapılmıştır (Telef, 2013). Sekiz maddeden oluşan ölçek olumlu ilişkilerden yeterlilik hislerine, anlamlı ve amaçlı bir yaşama sahip olmaya kadar insan fonksiyonunun önemli öğelerini tanımlamaktadır. Psikolojik İyi Oluş Ölçeğinin maddeleri, kesinlikle katılmıyorum (1) ile kesinlikle katılıyorum (7) şeklinde 1–7 arasında cevaplanmaktadır. Bütün maddeler olumlu şekilde ifade edilmektedir. Puanlar 8 (tüm maddelere kesinlikle katılmıyorum cevabı verilirse) ile 56 (tüm maddelere kesinlikle katılıyorum cevabı verilirse) arasında değişmektedir. Yüksek puan, kişinin birçok psikolojik kaynak ve güce sahip olduğunu göstermektedir. Ölçek, iyi oluşun farklı yönleri ile ilgili ayrı ayrı ölçümler sağlamasa da, farklı alanlarda olumlu işlevler ile ilgili genel bir bakış sağlamaktadır. Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirliği Telef (2013) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında elde edilen Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada ölçeğin eylem öncesi Cronbach alfa güvenirlik değeri 0.94, eylem sonrası 0.92'dir (EK-5).

Araştırma Yönteminin Tasarlanması

Araştırmanın ilk aşamasında literatüre dayalı psikoeğitim programı geliştirme yer almaktadır (Demirel, 2013). Program geliştirirken süreç sonunda bireylerin hangi özellikleri kazanmış olacağını kararlaştırmak gerekmektedir (Ertürk 2013). Bu karar verme sürecinde ihtiyaç analizi en önemli aşamadır. Eğitim programlarının işlevsel olması için, eğitim ihtiyacının bilimsel yollarla belirlenmesi gerekmektedir (Akt. Lunenburg, 2011; Taba, 1962). Bu çalışmada ihtiyaç değerlendirmesinde kaynak tarama tekniği kullanılmıştır. Araştırma soruları doğrultusunda İKD hastalarının ihtiyaçları göz önünde bulundurularak literatür taraması gerçekleştirilmiştir. Tarama sonucu sekiz oturumluk bir psikoeğitim programı oluşturulmuş ve NSM'ye temellendirilmiştir. Her oturum için gelişim sağlanması istenen değışkene yönelik girişimler planlanmıştır. Oturumların genel yapısını ve içeriğin kuramsal temelini değerlendirmeleri için Psikiyatri hemşireliği

alanından yedi uzmanın görüşüne başvurulmuştur. Uzmanların önerileri doğrultusunda programa son şekli verilmiştir (Tablo 3.5.).

Araştırmanın ikinci aşaması ise teknik eylem araştırması olarak yürütülmüştür. Teknik eylem araştırmasında amaç, önceden belirlenmiş kuramsal bir çerçeve içinde uygulamanın değerlendirilmesidir (Akt. Berg ve Lune, 2019; Masters, 1998). Uzman görüşleri doğrultusunda düzenlenip sekiz oturumluk son şekli verilen NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı, hastaların program içeriğinde herhangi bir etkileri olmaksızın doğrudan yürütülmüştür.

Araştırmanın Etik ve Yasal Boyutu

Araştırmada kullanılması planlanan ölçeklerin her biri için ölçek geçerlilik güvenirlik çalışmasını yapan araştırmacılardan e-posta yoluyla izin alınmıştır (EK-6). Araştırmaya başlamadan önce Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (Tarih:16.03.2022 no:173) etik onay alınmıştır (EK-7). Uygulamanın SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji kliniğinde yürütülebilmesi için Antalya İl Sağlık Müdürlüğü aracılığıyla gerekli kurum izni (Tarih:20.05.2022 Sayı no:362263) alınmıştır (EK-8). Araştırmaya katılacak hastalar, araştırma hakkında ayrıntılı bilgilendirme sağlandıktan sonra sözlü ve yazılı onam vermeleri durumunda araştırmaya alınmıştır (EK-1). Verilerin raporlanmasında her bir katılımcı için kodlama yapılmış ve kimlik bilgileri paylaşılmamıştır.

Planlama: Bu aşamada toplanan verilerin analizine dayalı olarak meta çıkarımların yorumlanıp paydaşlarla paylaşılması gerçekleşir. Paydaşlardan gelen girdilere dayanarak eylem geliştirilir (Ivankova, 2022). Bu araştırmada planlama aşamasında literatüre dayalı taslak bir psikoeğitim programı yapılandırılmıştır. İKD hastalarının gereksinimlerine yönelik sistematik tarama yapılarak psikoeğitim programı geliştirilmiştir. Geliştirilen psikoeğitim programı için Psikiyatri Hemşireliği alanından yedi öğretim üyesinden uzman görüşü alınmıştır.

NSM'ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programının Hazırlık Süreci

Hastaların gereksinim duyabileceği konulara yönelik gerçekleştirilen sistematik literatür taraması doğrultusunda bu çalışmada sekiz oturumluk bir psikoeğitim müdahalesi oluşturulmuştur. Programın kavramsal çerçevesi NSM'ye göre yapılandırılmış olup, savunma ve direnç hatlarının temel yapıyı korumak için beş değişken boyutuyla değerlendirilip güçlendirilmesi amaçlanmıştır. Program içeriği hazırlanırken oturumlarda ilgili literatür doğrultusunda gelişim sağlanması istenen NSM değişkenleri belirlenmiştir. Oturum başlıkları şu şekildedir; (1) Tanışma ve Hasta Gereksinimlerinin Belirlenmesi, (2) İKD Tedavisini Tanıma, (3) İKD Cihazına Uyumda Hastanın Yaşadığı Güçlükleri Tanımlama ve Uyum Destekleme, (4) Beden Algısını Tanımlama ve Destekleme, (5) Ölüm Kaygısı ile Başa Çıkmayı Destekleme, (6) Stresle Başa Çıkma Güçlendirme-I, (7) Stresle Başa Çıkma Güçlendirme-II, (8) Sonlandırma.

Çalışmanın tasarlanması aşamasında öncelikle araştırmaya katılacak her hasta ile Eylem Öncesi Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formuyla ihtiyaç analizi yapılması planlanmıştır. Sekiz oturumluk psikoeğitim içeriğinden örnekleme dahil edilen her hasta için gerekli olan oturumlar seçilerek bireyselleştirilmiş bir psikoeğitim programı yürütülecekti. Yapılan eylem öncesi görüşmelerin analizi ile gerekli olan oturumlara karar verilmesi, oturum sıralamasında ihtiyacın aciliyetinin gözetilmesi kararlaştırılmıştı. Araştırma sürecinde araştırmacı, çalışmaya şehir dışında yaşaması nedeniyle katılma şansı olmayan dört İKD hastası ile eylem öncesi görüşme formuyla (EK-9) görüşme yaparak formu değerlendirmiştir. Yapılan görüşmelerde oturumların her hasta için bireyselleştirilmesi amacıyla kullanılması planlanmış olan Eylem Öncesi Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formunun işlevsel olmadığı görülmüştür. Formun amaçladığı şekilde hastaların bilgi gereksinimlerini ayırt edebilmeyi ve eğitim içeriğinin bireyselleşmesini sağlamadığı, görüşülen hastaların tümünün tüm oturumlara dair bilgi gereksiniminin olduğu tespit edilmiştir. Araştırmacı bu bilgiyi tez izlem komitesinde yer alan üyelerle paylaşp görüşlerini almıştır. Eylem araştırmasının doğasının döngüsel ve değişime açık olması işlevsel olmadığına karar verilen formun çalışmadan çıkarılabilmesine olanak tanımaktadır. Eylem öncesi yarı yapılandırılmış form çalışmaya katkı sağlamaması sebebiyle çalışmadan çıkartılmıştır. Hazırlanan sekiz oturumluk psikoeğitim programının

uzman görüşleri sonrası düzenlenen halinin hastalara olduğu gibi uygulanmasına karar verilmiştir.

NSM’ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programına İlişkin Yapılan Düzenlemeler

Eylem öncesi planlama aşamasında literatüre dayalı sistematik taramayla geliştirilen taslak psikoeğitim programının kuramsal temelini ve içeriğinin değerlendirilmesi için uzman görüşüne başvurulmuştur. İKD hastalarının ihtiyaçları ve NSM göz önünde bulundurularak hazırlanan sekiz oturumluk psikoeğitim içeriği, görüşleri alınan Psikiyatri Hemşireliği öğretim üyelerinin önerileri doğrultusunda yapılan değişikliklerle son haline dönüştürülmüştür. Oturumların genel yapısı ve içeriğin kuramsal temelini değerlendirmeleri için, Psikiyatri hemşireliği alanında görev yapan yedi (3 Profesör, 3 Doçent, 1 Dr. Öğretim Üyesi) uzmanla iletişim kurulmuştur. Uzman görüşü almak için mail aracılığıyla iletişime geçilen öğretim üyelerinin üçü NSM ile çalışmaları olması nedeniyle diğer dördü psikoeğitim veya eğitim programlarına yönelik uzmanlıkları nedeniyle seçilmiştir. Uzmanlardan oturumların başlıkları, oturumların kapsamı, oturumların hedef ve içerik uyumu, oturumlar için planlanan yöntem-sürenin uygunluğu, oturum içeriklerinin kuramın kavramları ile uygunluğu, uygulanması planlanan hemşirelik girişimlerinin uygunluğu noktalarında görüş ve öneride bulunmaları istenmiştir. Uzmanlar önerilerini yazılı ifadelerle iletmelerinin dışında oturumların yapısı ve hemşirelik girişimlerini ‘1=uygun değil, 2=kısmen uygun, 3=uygun, 4=tamamen uygun’ şeklinde puanlayarak değerlendirmiştir. Uzmanlardan gelen öneriler ve gerçekleştirilen değişiklikler Tablo 3.5.’te açıklanmıştır.

Tablo 3.5. NSM'ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programına Gelen Uzman Önerileri ve Yapılan Değişiklikler

Uzman	Uzman Önerileri	Gerçekleştirilen Değişiklikler
Uzman 1	-2.,5., 6. ve 7. oturumda sürenin artırılması, -1. oturumda spiritüel değişkende yaşama bakış açısının ele alınması, -2. oturumda fizyolojik ve sosyokültürel değişkene yönelik girişimlerin ayrıştırılması, -3. oturumda fizyolojik değişkende semptom yönetiminin ele alınması önerilerinde bulunuldu.	-Oturum süreleri içeriklerle birlikte gözden geçirildi ve uygun şekilde süreler artırıldı. Son hali ile 6 ve 7. Oturumun süresi 60-75 dakika, diğer oturumların süresi 60 dakika olarak belirlenmiştir. -1. oturum için yaşama bakış açısı spiritüel değişken alanında ele alındı. -2. oturumda fizyolojik ve sosyokültürel değişkenlere yönelik girişimler gözden geçirildi ve girişimler için gerekli ayrıştırma yapıldı. -3. oturumda fizyolojik değişken için semptom yönetimi ele alındı.
Uzman 2	-5. oturumda sürenin artırılması, -Değişkenlere yönelik (2, 4, 5, 6, 7. Oturumlarda) hemşirelik girişimlerinin ayrıştırılması, -Çalışmada güçlendirilen hattın, koruma düzeyinin ve ölçüm araçlarının eğitim içeriğinde belirtilmesi önerilerinde bulunuldu.	-Oturum süreleri içeriğe göre gözden geçirilerek düzenlendi. -Tüm oturumlar açısından hemşirelik girişimlerinin hangi değişkenlere hizmet ettiği gözden geçirildi ve gerekli ayrıştırma yapıldı. -Koruma düzeyi, korunan hatlar ve değerlendirmede kullanılan ölçüm araçları, psikoeğitim programının kuramsal ve kavramsal temelleri sütununda her oturum için uygun şekilde açıklaştırıldı.
Uzman 3	-6. oturumda spiritüel değişkende hedeflerin artırılması, -8. oturumda değerlendirme yapılacağı için bilgi paylaşımında bulunma ifadesinin kaldırılması önerilerinde bulunuldu.	-6. oturumda spiritüel değişken için hedef eklendi. -8. oturum için bilgi paylaşımında bulunma ibaresi kaldırıldı.
Uzman 4	-1. oturum için başlığı daha kapsayıcı olması, -3. oturum başlığı için 'İKD Cihazına Uyumda Hastanın Yaşadığı Güçlükleri Tanımlama ve Uyum Destekleme' şeklinde değiştirilmesi, -4. oturum başlığı için 'Beden Algısını Tanımlama ve Destekleme' şeklinde değiştirilmesi, -5. oturum başlığının taslak halinde 'Yaşamla Ölüm Arasında' olan şekline olumluyu düşündürecek şekilde değiştirilmesi önerilerinde bulunuldu.	-1. oturum başlığı 'Tanışma ve Hasta Gereksinimlerinin Belirlenmesi' şeklinde değiştirildi. -3. oturum başlığı 'İKD Cihazına Uyumda Hastanın Yaşadığı Güçlükleri Tanımlama ve Uyum Destekleme' olarak önerilen şekilde değiştirildi. -4. oturum başlığı 'Beden Algısını Tanımlama ve Destekleme' olarak önerilen şekilde değiştirildi. -5. oturum başlığı 'Ölüm Kaygısı ile Başa Çıkma Destekleme' olarak değiştirildi.
Uzman 5	-Oturumların özetlenmesi ve sonraki oturum konusunun belirlenmesinde hastanın sürece dahil edilmesi önerisinde bulunuldu.	-Oturumların özetlenmesi ve planlamasında hastanın oturuma dahil edileceği şekilde düzenleme yapıldı.
Uzman 6	-Taslak programın mevcut haliyle uygun olduğu yönünde değerlendirmede bulunuldu.	-Değişiklik önerisi istenmediği için bu uzmana yönelik değişiklik gerçekleştirilmedi.
Uzman 7	-Taslak programın mevcut haliyle uygun olduğu yönünde değerlendirmede bulunuldu.	-Değişiklik önerisi istenmediği için bu uzmana yönelik değişiklik gerçekleştirilmedi.

Uzman Görüşlerinin Uyum İndeksi

Uzmanlar tarafından oturumlar ‘1=uygun değil, 2=kısmen uygun, 3=uygun, 4=tamamen uygun’ şeklinde puanlanmıştır. Uzmanların puanlamaları arasındaki uyum ikiden çok puanlayıcı arasındaki uyumun değerlendirmesinde kullanılan Fleiss’in kappa analizi ile değerlendirilmiştir (Fleiss, 1971).

Tablo 3.6. NSM’ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programının Uzman Uyum İstatistikleri

					%95 Güven Aralığı	
	Kappa Katsayısı	Standart Hata	Z	p	Alt Sınır	Üst Sınır
Genel uyum	0,825	0,077	10,693	0,000*	0,674	0,976

* $p < .001$ düzeyinde anlamlı. 7 uzmanın, 8 oturum için dört kategorili yanıtları analize alınmıştır.

Psikoeğitim programının yedi uzman için değerlendirmeleri arasındaki uyum katsayısını bulmakta kullanılan Fleiss’s kappa (κ) katsayısı 0.825 olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir uyum olduğu görülmüştür ($p < 0.001$) (Tablo 3.6.). Kappa istatistiklerinin olası değerleri -1 ile 1 arasında değişir; 1 mükemmel uyumu, 0 tamamen rastgele uyumu ve -1 "mükemmel" anlaşmazlığı gösterir. Landis ve Koch’a göre (1977), kappa değerlerini yorumlarken 0,0 ila 0,2 arasındaki değerler hafif uyumu, 0,21 ila 0,40 orta düzeyde uyumu, 0,41 ila 0,60 orta düzeyde uyumu, 0,61 ila 0,80 önemli düzeyde uyumu ve 0,81 ila 1,0 neredeyse mükemmel uyumu belirtmektedir. (Hallgren, 2012). Psikoeğitim programına ilişkin uzman uyumu %95 güven aralığında Kappa değeri uyum katsayısına göre “neredeyse mükemmel düzeyde uyum” olduğunu ifade etmektedir (Hallgren, 2012).

Tablo 3.7. NSM’ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programının Uzman Uyum İstatistikleri

Değerlendirme	Kappa katsayısı				%95 Güven Aralığı	
		Standart hata	z	p	Alt sınır	Üst Sınır
Uygun(3)	,875	,077	10,693	,000	,674	,976
Tamamen uygun(4)	,950	,077	10,693	,000	,674	,976

* $p < .001$ düzeyinde anlamlı. 7 uzmanın, 8 oturum için dört kategorili yanıtları analize alınmıştır.

Fleiss’s kappa (κ) analizi sonuçlarına göre, “uygun (3)” puanlamasına ilişkin uzmanlar arasındaki uyum katsayısı 0.875 (neredeyse mükemmel uyum), “tamamen uygun (4)”

puanlamasına ilişkin uyum katsayısı 0.950 (neredeyse mükemmel uyum) olarak hesaplanmıştır (Tablo 3.7.).

3.5.2. Eylem Süreci

Çalışmanın ikinci aşamasında yer alan NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının teknik eylem yöntemiyle İKD hastalarıyla yürütülmesi, bu aşamada gerçekleştirilmiştir. Psikoeğitim programı ile İKD hastalarının stresle başa çıkmalarını ve psikolojik iyi oluşlarını geliştirmeye yönelik birincil ve ikincil koruma düzeyinde hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Psikoeğitim, bireylerin güçlüklerle başa çıkmalarına, sosyal desteği geliştirmelerine yardımcı olarak onları yaşamlarındaki önemli zorluklara karşı eğitmeye odaklanan bir dizi kişi, aile ve grup müdahalesini anlatır. Psikoeğitim, bireye ve aileye, bireysel ya da grup biçiminde, çeşitli eğitsel ve psikososyal amaçlara yönelik bilgi verme ve uygulamaya dayanan bir öğretme programı olup, beceri geliştirmeyi hedefleyen psikososyal rehabilitasyon programının önemli bir bileşenidir (Türkmen ve Çam, 2012). Uzman görüşleri sonrası yapılan değişikliklerle son hali verilen NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının oturumları her hasta ile haftada iki kez olacak şekilde gerçekleştirilmiştir. Psikoeğitim programı görsel-işitsel materyaller, slayt gösterimi, sözlü anlatım, soru cevap, problem çözme gösterip-yaptırma ve diğer psikoeğitim teknikleri kullanılarak, klinikte yer alan görüşme odasında gerçekleştirilmiştir. Psikoeğitim oturumları bireysel olarak interaktif şekilde karşılıklı etkileşime dayalı yürütülmüştür. Oturumlar esnasında hastalardan gelen sorular yanıtlanarak eğitim sırasında ortaya çıkan bilgi gereksinimleri giderilmiştir. Oturumlar 60-75 dk. aralığında sürmüştür. Her oturum için önceki oturuma ilişkin bir özetleme yapılmış, ardından mevcut oturumun konusu ve hedefleri aktarılarak oturum başlatılmıştır. NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının oturumları ve oturum hedefleri Tablo 3.7.'de özetlenmiştir. Ayrıca EK-15'te programın ilk oturumu; oturum içeriği, hemşirelik girişimleri ve kavramsal yapısı ile verilmiştir.

Tablo 3.8. NSM'ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programının Oturumları Hedefler ve Değişkenler

1. Oturum Tanışma ve Hasta Gereksinimlerinin Belirlenmesi	2. Oturum İKD Tedavisini Tanıma	3. Oturum İKD Cihazına Uyumda Hastanın Yaşadığı Güçlükleri Tanımlama ve Uyum Destekleme	4. Oturum Beden Algısını Tanımlama ve Destekleme
Oturum Hedefleri Hasta ve hemşirenin tanışması Çalışmanın içeriğinin açıklanması Çalışma sürecinin işleyişinin açıklanması Ölçüm araçlarının uygulanması Tedavi/çalışma sürecindeki ihtiyaçlarının saptanması	Oturum Hedefleri İKD cihazının nasıl tedavi uyguladığını kavraması İKD işlemi sonrası erken dönem komplikasyonları tanıyabilmesi İKD cihazı şok uyguladığında hissedeceği belirtiler konusunda bilgi sahibi olması Psikolojik yardıma ihtiyaç duyduğunda başvuracağı kaynakları tanıması, yardım talebinde bulunabilmesi	Oturum Hedefleri Cihazın güvenliğini riske atmayacak doğru davranışları bilmesi Klinik takip sürecinin sağlık profesyonellerinin uygun gördüğü şekilde sürdürülmesinin önemini anlaması İKD sonrası günlük yaşama ilişkin endişe duyduğu alanları ifade edebilmesi Hastanın destek sistemlerini tanıması ve yardım isteyebilmesi	Oturum Hedefleri Bedeninde bir cihazla yaşamaya ilişkin duygu ve düşüncelerini/anksiyetesini tanıyabilmesi/ifade edebilmesi/bu konuda yardım isteyebilmesi İKD sonrası cinselliği sürdürmeye ilişkin duygu ve düşüncelerini/anksiyetesini tanıyabilmesi/ifade edebilmesi/bu konuda yardım isteyebilmesi
NSM'de Etki Etmesi Beklenen Alanlar Psikolojik Değişken Sosyokültürel Değişken Spiritüel Değişken	NSM'de Etki Etmesi Beklenen Alanlar Fizyolojik Değişken Psikolojik Değişken Sosyokültürel Değişken	NSM'de Etki Etmesi Beklenen Alanlar Fizyolojik Değişken Psikolojik Değişken Spiritüel Değişken	NSM'de Etki Etmesi Beklenen Alanlar Fizyolojik Değişken Psikolojik Değişken
NSM Koruma Düzeyi Birincil Koruma İkincil Koruma	NSM Koruma Düzeyi Birincil Koruma İkincil Koruma	NSM Koruma Düzeyi Birincil Koruma İkincil Koruma	NSM Koruma Düzeyi Birincil Koruma İkincil Koruma

5.Oturum Ölüm Kaygısı ile Başa Çıkmayı Destekleme	6.Oturum Stresle Başa Çıkmaları Güçlendirme-I	7.Oturum Stresle Başa Çıkmaları Güçlendirme-II	8.Oturum Sonlandırma
Oturum Hedefleri Anksiyetenin belirtilerini tanıması Anksiyeteye karşı başa çıkmalarının güçlendirilmesi Hastanın yaşama ve ölüme dair beklentilerini tanıması Geleceğe dair ulaşılabilir hedef ve hayallere sahip olması	Oturum Hedefleri Stresin nedenlerini bilmesi Stresin belirtilerini bilmesi Bireysel stres yanıtlarını tanıması Stresle başa çıkmada etkili yöntemleri tanıması Stresli durumda etkili başa çıkma yöntemlerini kullanması	Oturum Hedefleri Stresle başa çıkmada etkili yöntemleri tanıması Stresli durumda etkili başa çıkma yöntemlerini kullanması	Oturum Hedefleri Sürecin değerlendirmesinin yapılması Nitel görüşmenin yürütülmesi Ölçüm araçlarının tekrarlanması Terapötik ilişkinin sonlandırılması
NSM’de Etki Etmesi Beklenen Alanlar Psikolojik Değişken Sosyokültürel Değişken Spiritüel Değişken	NSM’de Etki Etmesi Beklenen Alanlar Fizyolojik Değişken Psikolojik Değişken Sosyokültürel Değişken Spiritüel Değişken	NSM’de Etki Etmesi Beklenen Alanlar Fizyolojik Değişken Psikolojik Değişken Spiritüel Değişken	NSM’de Etki Etmesi Beklenen Alanlar Psikolojik Değişken Spiritüel Değişken
NSM Koruma Düzeyi Birincil Koruma İkincil Koruma	NSM Koruma Düzeyi Birincil Koruma İkincil Koruma	NSM Koruma Düzeyi İkincil Koruma	NSM Koruma Düzeyi Birincil Koruma İkincil Koruma

3.5.3. Eylem Sonrası Süreç

Ivankova (2022)'nın eylem araştırması basamaklarına göre eylem sonrası süreçte değerlendirme ve izleme aşamaları takip edilir.

Değerlendirme: Psikoeğitim oturumlarının ilkinde nicel veri, sonuncusunda nicel ve nitel veri elde edilmiştir. Hastalarla yürütülen psikoeğitim sürecinin tamamlanması ile elde edilen nitel ve nicel veriler analiz edilmiş ve raporlanmıştır.

İzleme: Toplanan verilerden ulaşılan sonuçlar ve yorumların katılımcıların ifade etmek istediklerini gerçekçi olarak yansıtip yansıtmadığına ilişkin katılımcılardan teyit alınmıştır. İlk olarak katılımcılarla gerçekleştirilen görüşmelerin transkript edilen hali sonrasında nitel verilerin analiz edilen hali katılımcılara gösterilmiş ve teyit alınmıştır.

Eylem araştırması doğası gereği döngüseldir ve son aşamada yeni eylem planı hazırlanmasını gerektirir. Eylem sonuçlarına göre problemin çözümüne yönelik yeni eylem planı hazırlanır. Bu süreç problemin çözümü gerçekleşene kadar birkaç kez tekrarlanabilir. Bu şekilde yeni eylem araştırması projelerinin temeli oluşturulmuş olur ve eylem araştırması döngüsü devam eder (Ivankova, 2022). Bu araştırma doktora tez çalışması olması nedeniyle yeni eylem planı hazırlığı yapılamamış, araştırma raporu yazılarak çalışma sonlandırılmıştır.

3.6. Araştırma Verilerinin Analizi

Araştırmada elde edilen verilerin analizleri, nitel ve nicel verilerin analizi olarak ayrı ayrı ele alınmıştır.

Nitel Verilerin Analizi

Eylem sonrası yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla elde edilen nitel veriler tematik analizle değerlendirilmiştir. Araştırmayı yürüten iki araştırmacı tarafından, sırasıyla veriler kodlanmış, temalar bulunmuş, kodların ve temaların düzenlenmesi yapılarak ve bulgular tanımlanarak yorumlamada bulunulmuştur. Verilerin kodlanması ve temaların bulunması aşamalarında iki araştırmacı birbirinden bağımsız çalışmıştır. Sonuçlar betimsel bir anlatımla, doğrudan anlatımlara yer verilerek, ortaya çıkan temalar ve örüntüler çerçevesinde araştırma hedefleri doğrultusunda verilmiştir. Belirlenen her tema için katılımcıların ifadelerinden örnekler yer almaktadır.

Nicel Verilerin Analizi

Araştırmada eylem öncesi ve eylem sonrası iki kez uygulanan ölçeklerden elde edilen nicel verilerin analizinde SPSS paket programı aracılığıyla hastaların ölçek toplam puanlarına ve tanımlayıcı istatistiklere bakılmıştır. Elde edilen veriler tablolar aracılığı ile sunulmuştur.

3.7. Araştırmanın Geçerlilik ve Güvenilirliği

Lincoln ve Guba (1985), nitel araştırmanın geçerlilik ve güvenilirliğini test etmek için inandırıcılık, aktarılabilirlik, tutarlılık ve teyit edilebilirlik ölçütlerini incelemenin gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Nitel araştırmalarda, araştırmacılara geçerliliğin sınırları için çalışmalarının ‘doğruluğunu’ kanıtlamak için kabul edilmiş stratejileri benimsemeleri önerilir (Creswell, 2021). Nitel araştırmalarda güvenilirlik ise pek çok şekilde ele alınmaktadır. Araştırmacının yüksek kalitede bir ses kayıt cihazı ile verilerini kaydetmesi güvenilirliği artırabilir. Ayrıca kaydedilen verilerin, ufak tefek ama önemli olan duraksama ve örtüşmeleri göstermek için yazıya aktarılması gerekmektedir. Nitel verilerde yazıya aktarılmış verilerin analizi için çoklu kodlayıcıların kullanılmasına dayanan kodlayıcılar arası görüş birliği güvenilirliğe ilişkin odaktır. Nitel araştırmalarda ‘güvenilirlik’ genellikle veri setlerinde birden fazla kodlayıcının cevaplarındaki kararlılık anlamına gelmektedir (Creswell, 2021). Çalışmanın geçerlik ve güvenilirliğini artırmak için dikkat edilen noktalar Tablo 3.9.’da verilmiştir.

Tablo 3.9. Araştırmanın Geçerlilik ve Güvenilirliği

GEÇERLİLİK	İnandırıcılık	Görüşme formu geliştirilirken ilgili literatür doğrultusunda konuyla ilgili kavramsal çerçeve oluşturulmuştur. Nitel ve nicel yöntemler beraber kullanılmıştır. Çalışmaya katılan hastalardan yazılı onam alınmış ve karşılıklı güven sağlanmıştır. Bununla görüşme süresince ulaşılan verilerin rahatça ifade edilmesi ve yaşanan durumları açıkça yansıtabilmeleri amaçlanmıştır. Çalışmaya katılan hastalardan, derinlemesine bireysel görüşmelerin transkript edilmesi sonrası katılımcı teyidi alınmıştır (Günbayı, 2024).
	Aktarılabilirlik	Araştırma süreci ayrıntılı şekilde açıklanmıştır. Ayrıca amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme kullanılmış ve dahil etme-dışlama kriterleri açıkça yazılmıştır. Temalara ilişkin katılımcı ifadeleri yorum yapılmadan verilmiştir (Günbayı, 2024).
GÜVENİRLİLİK	Teyit Edilebilirlik/ Onaylanabilirlik	Görüşmelerden elde edilen veriler üzerinde araştırmacı ve tez danışmanı tarafından ayrı ayrı kodlama yapılmıştır. Kodlayıcılar arası uyumu değerlendirmek için iki kodlayıcı tarafından kodlar karşılaştırılarak, kodlar konusunda tartışılarak görüş birliği sağlanmıştır. Kodların son haline karar verildikten sonra, araştırmadan bağımsız hemşirelik alanında iki araştırmacı tarafından var olan kodlar ve ifadeler eşleştirilerek, kodlayıcılar arası tutarlılık oranı (Kappa Değeri) hesaplanmıştır (Landis ve Koch, 1977). Hesaplanan kappa değeri 0.848 olarak bulunmuştur.
	Tutarlılık/ Güvenilebilirlik	Bulguların tamamı yorum yapılmadan doğrudan verilmiştir. Araştırma sürecinin tamamı tez izleme komitesinde yer alan biri Psikiyatri Hemşireliği, biri nitel araştırma yöntemleri alanında uzman iki bağımsız akademisyen tarafından izlenmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış olmasına dikkat edilmiştir. Araştırmacıların tüm veri toplama araçlarını, ham verilerini, analiz aşamasında yaptığı kodlamaları ve rapora temel oluşturan algıları, notları, yazıları ve çıkarımları gerektiğinde sunulabilir şekilde tez yazım sonrası beş yıl boyunca saklanacaktır (Günbayı, 2024).

3.8. Araştırma Sürecinde Yaşanan Deneyimler

Çalışmanın başlangıcında eylem öncesi görüşme formu hazırlanmış ve eylem öncesinde her hasta ile görüşme yapılması planlanmıştır. Yapılan görüşmelerin, çalışmaya katılan hastaların toplamda sekiz oturumdan oluşan eğitim içeriğinden, her bir hastanın bilgi gereksinimine uygun oturumların bireysel olarak seçilmesine olanak sağlayacağı öngörülmüştü. Ancak çalışmanın dahil edilme kriterini sağlamayadığı için örnekleme alınamayacak dört İKD hastası ile yürütülen görüşmeler sonrası, hazırlanan eylem öncesi görüşme formunun amaçladığı şekilde hastaların bilgi gereksinimlerini ayırt edebilmeyi

ve eğitim içeriğinin bireyselleşmesini sağlamadığı görüldü. Görüşülen hastaların tümünün tüm oturumlara dair bilgi gereksinimi olduğu tespit edildi. Bu bilginin tez izlem komitesinde yer alan üyelerle paylaşılması sonrası eylem öncesi görüşme formu çalışmaya katkı sağlamaması sebebiyle çalışmadan çıkartıldı.

Araştırmaya katılan hastalardan ikisi çalışmanın oturumlarını tamamlamadan çalışmadan ayrıldı. Bu hastalardan biri ikinci oturumu, diğeri üçüncü oturumu tamamladıktan sonra kalan oturumlara devam etmedi. Hastalar çalışmayı bırakma sebebi olarak hastaneye ulaşmada birisinin kendilerine refaket etme gereksinimi duyduklarını ve bununla ilgili problem yaşadıklarını belirttiler.

Araştırmanın yürütüldüğü klinik, bir bölge hastanesinin kliniğidir. Çevre illerden ve ilçelerden çok sayıda hasta kabulü yapılan klinikte, İKD implantasyonu gerçekleştirilen çevre il ve ilçelerde yaşayan hastaların ulaşım problemi sebebiyle çalışmaya dahil edilme şansı olmadı.

Araştırmacının bu hasta grubuyla çalışıyor olması, çalışmanın planlanması aşamasında yönlendirici olmuştur. Araştırmanın planlama aşamasında, İKD hastalarının genel olarak ileri yaş grubunda bulunması, sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyleri göz önüne alınarak yüz yüze yapılacak bir müdahalenin etkinliğinin daha yüksek olacağı düşünülmüştü. Ancak araştırma sürecinde, implantasyon yapılan hastaların önemli bir kısmının çevre il ve ilçelerden olması, araştırmaya katılabilecek hasta sayısını azalttı. Bu popülasyonda ev konforunda sunulabilecek bir müdahalenin çevre illerde yaşayan hastalar için daha ulaşılabilir olacağını düşündürdü. Bu hastalarla yürütülecek gelecekteki çalışmalarda fon sağlanabilmesi halinde ev ziyaretleri veya iyi yapılandırılması halinde ev konforunda yürütülebilecek web/telesağlık uygulamalarının uygun olabileceği düşünüldü.

Katılımcılar ses kaydının alındığı son oturumda deneyimlerini paylaşmak konusunda büyük oranda isteksiz davrandılar.

3.9. Araştırmacının Rolü

Bu tez alışması, İKD implantasyonu gerçekleştirilen hastaların implantasyon sonrası NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programıyla savunma hatlarını güçlendirmeyi, stresle başa çıkmalarını ve psikolojik iyi oluşlarını olumlu yönde desteklemeyi amaçlamıştır. Bu konunun tez çalışması olarak seçilmesinde, araştırmacının çalışmanın yürütüldüğü klinikte hemşire olarak çalışıyor olmasının etkisi olmuştur. Araştırmacı İKD hastalarıyla olan klinik deneyimleri sonucu, hastaların İKD tedavisi konusunda bilgiye ve stresle başa çıkmalarını destekleyici bir müdahaleye gereksinimleri olduğunu fark etmiştir. Araştırmacı çalışmanın yürütüldüğü tarih aralığında, örnekleme dahil edilen hastaların klinik bakımını diğer servis hemşirelerinin yürüteceği şekilde organize etmiştir. Araştırmacı, alışma sürecinde rneklemi oluşturan hastalarla yalnızca çalışmanın yrtlmesi amaçlı iletişim kurmuştur.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu tez alışması, Antalya ilinde Sağlık Bakanlığına bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinde İKD implantasyonu gerçekleştirilen beş hasta ile yürütülen müdahaleden elde edilen verilerle sınırlı olup, çalışma sonuçları evrene genellenemez.

İKD implantasyonu gerçekleştirilen hasta sayılarının azlığı çalışmanın sınırlılıkları arasındadır.

Çalışmanın tez çalışması olması nedeniyle izlem yapılamamış olması, çalışmanın bir diğer sınırlılığı olmuştur.

Araştırmanın yürütüldüğü kliniğin il merkezinde olması, İKD implantasyonu gerçekleştirilen hastaların ise evre il ve ilçelerden gelen hastalar olması, çalışmaya alınabilecek hasta sayısını sınırlamıştır.

Katılımcıların ses kayıt cihazı ile nitel veri elde edilen son oturumda deneyimlerini paylaşmak konusunda isteksiz davranmaları verilerin zenginliği açısından sınırlayıcı olmuştur.

3.11. Araştırmanın Güçlü Yanları

Kuram temelli bir çalışma olması araştırmanın güçlü yanlarındanır.

Araştırmacının bu hasta grubu ile olan klinik deneyimleri sonucunda ortaya çıkan gereksinimleri tespit ederek çalışma konusuna karar vermesi araştırmanın bir diğer güçlü yanıdır.

4. BULGULAR

NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının, İKD hastalarında psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkma tarzlarını değerlendirmek amacıyla yürütülen çalışmadan elde edilen nicel ve nitel bulgular iki ayrı başlık altında iki ayrı bölümde ele alınmıştır. Birinci bölümde NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının öncesi ve sonrası ölçüm araçlarından (SBTÖ-Psikolojik İyi Oluş Ölçeği) elde edilen nicel bulgular yer almaktadır. İkinci bölümde NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı sonrası, Eylem Sonrası Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu aracılığıyla gerçekleştirilen derinlemesine bireysel görüşmelerden elde edilen nitel bulgular yer almaktadır.

4.1. Psikoeğitimin Katılımcıların Stresle Başa Çıkma ve Psikolojik İyi Oluşlarına Etkisi

Araştırmaya katılan hastaların eylem öncesi ve eylem sonrası SBTÖ alt boyutlarındaki değişimi karşılaştırmak için puan ortalamalarına bakılmıştır. Katılımcıların eylem öncesi ve eylem sonrası puan ortalamaları Tablo 4.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Eylem Öncesi-Sonrası SBTÖ Alt Boyutlarına Ait Puan Ortalamaları

Ölçek Alt Boyutları				Sayı (n)	Ortalama ($\bar{x}$)	Standard sapma (S)
Kendine Güvenli Yaklaşım			Eylem Öncesi	5	1.74	0.62
			Eylem Sonrası	5	1.97	0.62
İyimser Yaklaşım			Eylem Öncesi	5	1.56	0.62
			Eylem Sonrası	5	1.84	0.74
Çaresiz Yaklaşım			Eylem Öncesi	5	1.77	0.59
			Eylem Sonrası	5	1.60	0.54
Boyun Eğici Yaklaşım			Eylem Öncesi	5	1.80	0.57
			Eylem Sonrası	5	1.50	0.52
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı			Eylem Öncesi	5	2.0	0.66
			Eylem Sonrası	5	1.65	0.54

Katılımcıların eylem öncesi SBTÖ alt boyutlarından, kendine güvenli yaklaşım alt boyut puan ortalaması 1.74 ± 0.62 , iyimser yaklaşım alt boyut puan ortalaması 1.56 ± 0.62 , çaresiz yaklaşım alt boyut puan ortalaması 1.77 ± 0.59 , boyun eğici yaklaşım alt boyut puan ortalaması 1.80 ± 0.57 , sosyal destek arama yaklaşımı alt boyut puan ortalaması 2.0 ± 0.66 'dır. Katılımcıların eylem sonrası SBTÖ alt boyut puan ortalamaları, kendine güvenli yaklaşım 1.97 ± 0.62 , iyimser yaklaşım 1.84 ± 0.74 , çaresiz yaklaşım 1.60 ± 0.54 , boyun eğici yaklaşım 1.50 ± 0.52 ve sosyal destek arama yaklaşımı 1.65 ± 0.54 'tür. Katılımcıların SBTÖ alt boyutlarından, kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt boyut puan ortalamaları eylem sonrası, eylem öncesi puan ortalamalarına göre artmıştır. Çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt boyutlarının puan ortalamaları eylem sonrası, eylem öncesi puan ortalamalarına göre azalmıştır (Tablo 4.1.).

Katılımcıların NSM'ye temellendirilmiş eylem öncesi ve eylem sonrası SBTÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının her bir katılımcıdaki bireysel değişimini değerlendirmek için katılımcıların SBTÖ alt boyutlarından eylem öncesi ve eylem sonrası aldıkları bireysel katılımcı puan ortalamaları Tablo 4.2.'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Katılımcıların Eylem Öncesi-Sonrası SBTÖ Alt Boyutlarına Ait Bireysel Puan Ortalamaları

Katılımcılar		KGY	İY	ÇY	BEY	SDA
K1	Eylem Öncesi	1,43	1,40	1,88	2,00	3,00
	Eylem Sonrası	1,71	1,60	2,00	1,83	2,50
K2	Eylem Öncesi	2,00	2,00	1,50	1,83	1,75
	Eylem Sonrası	2,14	2,20	1,50	1,33	1,50
K3	Eylem Öncesi	2,71	2,40	1,00	2,33	2,25
	Eylem Sonrası	2,86	2,80	,75	1-67	1,75
K4	Eylem Öncesi	1,14	1,00	2,63	2,00	1,25
	Eylem Sonrası	1,14	,80	2,13	2,00	1,00
K5	Eylem Öncesi	1,43	1,00	1,88	,83	1,75
	Eylem Sonrası	2,00	1,80	1,63	,67	1,50

KGY:Kendine Güvenli Yaklaşım Alt Boyutu

İY:İyimser Yaklaşım Alt Boyutu

ÇY: Çaresiz Yaklaşım Alt Boyutu

BEY:Boyun Eğici Yaklaşım Alt Boyutu

SDA:Sosyal Destek Arama Yaklaşımı Alt Boyutu

Katılımcıların eylem öncesi ve eylem sonrası bireysel puan ortalamalarına göre, eylem sonrası K1’de kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve çaresiz yaklaşım alt boyutlarında eylem öncesine göre artış görülmüştür. Boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt boyut puan ortalamalarında eylem sonrası azalma görülmüştür (Tablo 4.2.).

K2 için kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt boyut puan ortalamalarında eylem sonrası artış görülürken, çaresiz yaklaşım alt boyutu için eylem öncesi ve eylem sonrası puan farkı yoktur. Boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt boyut puan ortalamalarında eylem sonrası azalma görülmüştür (Tablo 4.2.).

K3 için kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt boyut puan ortalamalarında eylem sonrası artış görülürken, diğer üç alt boyutun puan ortalamalarında eylem sonrası azalma görülmüştür (Tablo 4.2.).

K4 için kendine güvenli yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt boyutları puan ortalamalarında eylem sonrası fark yoktur. İyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt boyutlarının puan ortalamalarında eylem sonrası azalma görülmüştür (Tablo 4.2.).

K5 için için kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt boyut puan ortalamalarında eylem sonrası artış görülmüştür. Diğer alt boyut puan ortalamalarının tamamında eylem sonrasında azalma görülmüştür (Tablo 4.2.).

Tablo 4.3. Katılımcıların Eylem Öncesi-Sonrası Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamaları

Ölçek	Sayı (n)	Puan ortalaması ($\bar{x}$)	Standard sapma (S)	Min.-Max.
Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Eylem Öncesi	5	38.6	9.78	28-52
Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Eylem Sonrası	5	41.6	9.52	28-52

Katılımcıların eylem öncesi ve eylem sonrası Psikolojik İyi Oluş Ölçeği toplam puan ortamlarına göre, eylem öncesi psikolojik iyi oluş toplam puan ortalamaları 38.6 ± 9.78 iken, eylem sonrası 41.6 ± 9.52 'dir. İKD hastalarının eylem sonrası Psikolojik İyi Oluş Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları artış göstermiştir (Tablo 4.3.).

Katılımcıların NSM'ye dayalı eylem öncesi ve eylem sonrası Psikolojik İyi Oluş Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının her bir katılımcıdaki bireysel değişimine ilişkin bulgular Tablo 4.4.'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcıların Eylem Öncesi-Sonrası Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Bireysel Puan Ortalamaları

Katılımcılar	Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Eylem Öncesi	Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Eylem Sonrası
K1	30,00	36,00
K2	42,00	46,00
K3	52,00	52,00
K4	28,00	28,00
K5	41,00	46,00

Tablo 4.4.'e göre katılımcıların eylem öncesi ve eylem sonrası puan ortalamalarına göre, K1 eylem öncesi puan ortalaması 30,0 iken, eylem sonrası puan ortalaması 36,0, K2 eylem öncesi puan ortalaması 42,0 iken, eylem sonrası 46,0, K3 eylem öncesi ve eylem sonrası 52,0, K4 eylem öncesi ve eylem sonrası 28,0, K5 eylem öncesi puan ortalaması 41,0 iken, eylem sonrası 46,0'dır. Buna göre katılımcılardan K1, K2, K5 için eylem sonrası psikolojik iyi oluş puan ortalamalarında eylem öncesine göre artış görülürken, K3 ve K4 için eylem sonrası değişiklik görülmemiştir.

4.2. Psikoeğitimin Katılımcıların Deneyimlerine Etkisi

Hastalarla psikoeğitim programı sonunda, programın etkisini ve İKD implantasyonunun ardından hastalarda değişen durumları değerlendirmek amaçlı gerçekleştirilen görüşmelerden elde edilen nitel veriler tematik analizsonucunda; 'Stresle Başa Çıkma Yöntemleri', 'Cihazla Yaşamaya İlişkin Tepkiler', 'Psikoeğitimden Yararlanma', 'Cihaza İlişkin Metaforlar' şeklinde dört ana temaya ulaşılmıştır. 'Stresle Başa Çıkma Yöntemleri' ana teması altında sosyal destek, duyguları ifade etme, bedene yönelik başa çıkma, spiritüel başa çıkma olmak üzere dört alt temaya ulaşılmıştır. 'Cihazla Yaşamaya

İlişkin Tepkiler’ ana teması altında iyi oluş, güvende hissetme, korku duyma, tedirgin olma alt temalarına ulaşılmıştır. Elde edilen bir diğer ana tema olan ‘Psikoeğitimden Yararlanma’ için alt tema bulunmamaktadır. Elde edilen dördüncü ana tema olan ‘Cihaza İlişkin Metaforlar’ için ise insan, bitki ve güvenlik olmak üzere üç alt temaya ulaşılmıştır. Tablo 4.5.’te katılımcıların ifadelerinden elde edilen ana tema ve alt temalar yer almaktadır.

Tablo 4.5. Katılımcıların Eylem Sonrası Deneyimlerine Yönelik Ana Tema ve Alt Temalar

Temalar	Alt Temalar	K1	K2	K3	K4	K5
Stresle Başa Çıkma Yöntemleri	Sosyal Destek	✓			✓	✓
	Duyguları İfade Etme	✓			✓	
	Bedene Yönelik Başa Çıkma				✓	✓
	Spiritüel Başa Çıkma			✓		
Cihazla Yaşamaya İlişkin Tepkiler	İyi Oluş	✓	✓	✓	✓	✓
	Güvende Hissetme	✓	✓	✓	✓	
	Korku Duyma	✓			✓	
	Tedirgin Olma	✓	✓	✓	✓	✓
Psikoeğitimden Yararlanma		✓	✓	✓	✓	✓
Cihaza İlişkin Metaforlar	İnsan	✓				
	Bitki				✓	
	Güvenlik		✓	✓		✓

Ana Tema 1: Stresle Başa Çıkma Yöntemleri

Çalışma sonunda katılımcıların eylem sonrası deneyimlerine ilişkin bulunan ‘Stresle Başa Çıkma Yöntemleri’ ana temasının alt temaları Tablo 4.5.’te yer almaktadır. ‘Stresle Başa Çıkma Yöntemleri’ ana teması altında sosyal destek, duyguları ifade etme, bedene yönelik

başa çıkma, spiritüel başa çıkma alt temaları bulunmuştur. Katılımcılar çoğunlukla başa çıkma yöntemi olarak (3/5) sosyal destek yöntemini kullanmaktadır. Spiritüel başa çıkma yöntemi ise stresle başa çıkmada en az (1/5) kullanılan yöntemdir (Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri Ana Teması-Alt Temaları

Ana Tema	Alt Temalar	K1	K2	K3	K4	K5
Stresle Başa Çıkma Yöntemleri	Sosyal Destek	✓			✓	✓
	Duyguları İfade Etme	✓			✓	
	Bedene Yönelik Başa Çıkma				✓	✓
	Spiritüel Başa Çıkma			✓		

Alt Tema 1: Sosyal Destek

Eylem sonrası katılımcıların 3/5'i sosyal destek arama davranışını stresle başa çıkma yöntemi olarak kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.6.). Katılımcıların sosyal destek arama alt temasına ilişkin ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Sohbet arkadaşlarım var, onlar evde ziyaretime geldiler. Çocuklarım market, pazar hallediyorlar. Çamaşırlarımı astılar, sağolsunlar evi çekip çevirmede yardımcı oldular.” (K1)

“Kızım sağolsun buraya gelip gitmeme yardım etti. Aradı sordu. Yük olmak istemem ama düşünmesi çok güzel. Onun da kendi işi gücü var, kocası var. Arayıp sorduğu için mutlu oldum.” (K4)

“Hanım da sağolsun hemen dikkat et bak diyor. O da dur sen diyor destek oluyor, bir iş yapacaksam hep yanımda.” (K5)

Alt Tema 2: Duyguları İfade Etme

Eylem sonrası katılımcıların 2/5'i duygularını ifade etmeyi stresle başa çıkma yöntemi olarak kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.6.). Katılımcıların duyguları ifade etme alt temasına ilişkin ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

‘‘Daha iyi baş ediyorum eskisine göre. Söylüyorum hissettiklerimi.’’ (K1)

‘‘Anlatmak çok iyi geldi, kendimi ifade edebildim, duygularımı, korkularımı anlattım. Rahatladım. Uyuyamıyordum nefes egzersizlerini gece yatmadan yapmak uyumamı sağladı. O çok yararlı oldu.’’ (K4)

Alt Tema 3: Bedene Yönelik Başa Çıkma

Eylem sonrası katılımcıların 2/5’i bedene yönelik başa çıkmayı, stresle başa çıkma yöntemi olarak kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.6.) Katılımcıların bedene yönelik başa çıkma alt temasına ilişkin ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

‘‘Çok yürümüyorum alışkanlığım değil ama parkın çevresinde yürümekte iyi geldi yapınca. Gevşemekle ilgili şeyler iyi geldi. Kaslarımı gevşetmek çok rahatlatıcıydı. Yine yapmak isterim.’’ (K4)

‘‘Nefes egzersizlerini yatmadan yapmak beni çok rahatlattı. Kötü hissettiğimde yaptım çok rahatlattı. Rahat uyuyabildim, gevşemiş hissettim. Gevşemeyle ilgili video izleyip yapabilirim bundan sonra biraz baktım.’’ (K4)

‘‘Stres olmamam lazım. Stres iyi değil, nefes egzersizi yapmaya çalışıyorum iyi geldi.’’ (K5)

‘‘Yürümek iyi geldi yürüyüş yapmaya çalışıyorum vakit oldukça.’’ (K5)

‘‘Nefes alıp veriyorum sayıyorum. Sakin olmak için çok faydası oluyor. O da çok yararlı.’’ (K5)

Alt Tema 4: Spiritüel Başa Çıkma

Eylem sonrası katılımcılardan 1/5’i spiritüel başa çıkmayı, stresle başa çıkma yöntemi olarak kullandığını belirtmiştir (Tablo 4.6.) Katılımcının spiritüel başa çıkma alt temasına ilişkin ifadesi aşağıda yer almaktadır.

‘‘Bu ayın 19 unda başladım. Diyorum şimdi vaktin üstüne vakit katıyorum başladım geri işte onlara ibadete. 19 unda şimdi de namazımıza başladık konuya komşuya devlete Allah zeval vermesin deyip duamızı tamamlıyoruz.’’ (K3)

Ana Tema 2: Cihazla Yaşamaya İlişkin Tepkiler

Çalışma sonunda katılımcıların eylem sonrası deneyimlerine ilişkin bulunan ‘Cihazla Yaşamaya İlişkin Tepkiler’ ana temasının alt temaları Tablo 4.7.’de yer almaktadır. ‘Cihazla Yaşamaya İlişkin Tepkiler’ ana teması altında iyi oluş, güvende hissetme, korku duyma, tedirgin olma alt temaları bulunmuştur. Katılımcıların tamamının cihaza ilişkin (5/5) tedirgin olma ve iyi oluş tepkilerine sahip olduğu görülmüştür. Korku duyma tepkisi (2/5), güvende hissetme tepkisi (4/5) katılımcı tarafından belirtilmiştir (Tablo 4.7.).

Tablo 4.7. Cihazla Yaşamaya İlişkin Tepkiler Ana Teması-Alt Temaları

Ana Tema	Alt Temalar	K1	K2	K3	K4	K5
Cihazla Yaşamaya İlişkin Tepkiler	İyi Oluş	✓	✓	✓	✓	✓
	Güvende Hissetme	✓	✓	✓	✓	
	Korku Duyma	✓			✓	
	Tedirgin Olma	✓	✓	✓	✓	✓

Alt Tema 1: İyi Oluş

Eylem sonrası katılımcıların 5/5’i iyi oluş tepkisini, cihazla yaşamaya ilişkin bir tepki olarak belirtmişlerdir (Tablo 4.7.). Katılımcıların iyi oluş alt temasına ilişkin ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“İyiym, firmanın söylediğine göre de daha da iyi olacağım inşallah. Rahatladım onlar da öyle söyleyince.” (K1)

“(Pil) Fiziksel olarak iyi etkilemiş olabilir. Kayınvalidegilin apartman yeni olduğu için açılmamış asansör, dördüncü kattaydı yürüyerek çıktım. Bir kat daha olsa çıkarım herhalde gibi hissettim.” (K2)

“Pille ilgili olumsuz bir duygum yok. Gayet millet sorduğunda pilim var benim diyorum, rahatlıkla söyleyebiliyorum.” (K2)

“Şimdi önceden yürüyemiyorduk. Sıkıntı çekiyorduk daralma oluyordu merdiven çıkamıyordum, dün akşam 3 defa yukarı dördüncü kata çıktım indim.” (K3)

“Normalde ben saat öğlende kahvaltıyı yaparım öğlen yemeğini yerim bir çıkarım akşama kadar gezerim yani. Bundan sonra şeyim o, hedefim o inşallah. Artık yeniden eskiye döneceğim yani.” (K3)

“Bu hareket çok güzel. İyi hissettiriyor, konforum arttı.” (K3)

“Şimdi kendime format atmış gibi hissediyorum. Yani mesela bir nevi motoru güçlendiriyorsun. Motorumuz mesela bizim 50 likti, biz şimdi onu 100 lük yaptık ya da 75 lik yaptık yani. Hiçbir sıkıntı hissetmiyorum aksine de çok seviniyorum yani. Kuvvetlenmiş gibi hissediyorum.” (K3)

“Dediğim gibi belki psikolojiktir ama çok rahatlattı. Nefes alışım bile değişti. Rahatladım pil olunca, yararı oldu.” (K4)

“Korkularım geçti. Şimdi iyi hissediyorum, şükür. Daha da iyi olacağım. İyi olacağıma inanıyorum, sağlıklı hissediyorum.” (K4)

“Bedenim daha sağlıklı gibi geliyor bana. Buna şükrediyorum, dua ediyorum daha da sağlıklı olayım, kendimi idare edeyim. Çok şükür daha da iyi olacağıma inanıyorum.” (K4)

“Tedirgin oldum ilk zamanlar ama sonrasında geçti pille de çok iyiyim. Boşuna korkmuşum. Ağrı da geçiyor hepsi geçiyor. İyiyim.” (K4)

“Rahatladım. Çok rahatladım belki psikolojiktir. Bu kadar fark eder mi bilmiyorum. Nefes alıp verişim bile fark etti. Daha rahat hareket ediyorum.” (K4)

“Pille bir sorun yok çok şükür. Dua ediyorum iyiyim. Daha iyi olduğum için de çok şükrediyorum.” (K5)

Alt Tema 2: Güvende Hissetme

Eylem sonrası katılımcıların 4/5’i güvende hissetme tepkisini, cihazla yaşamaya ilişkin bir tepki olarak belirtmişlerdir (Tablo 4.7.). Katılımcıların güvende hissetme alt temasına ilişkin ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Bir bakıma artık rahatım, kalbimin az çalıştığını biliyorum. Pille kendimi garantide hissediyorum.” (K1)

“Bir araba kaskosu gibi düşünün. Araç kaskosu gibi. Kasko yaptırdık garantideyiz. Nasılsa kaskoyu yaptırdık bir şey olmaz gibi geliyor içime.” (K2)

“Bir şey yapsam etsem sıkıntı olmaz herhalde diye düşünüyorum. Önceden hastayken pile karar vermeden korkuyordum. Şimdi kaskoyu yaptırdım rahatça geziyorum geliyorum gibi düşünüyorum. Yiyorum oturuyorum oh.” (K2)

“Pil rahatlık veriyor yani. Bir rahatlık veriyor bir şey olmaz gibi, güvende hissettiriyor.” (K2)

“Rahat hareket ediyorum, kendime güveniyorum.” (K3)

“Bir bakıma kalbimin çalışması garanti gibi geliyor, rahatlatmış. Ritim bozukluğudur korkudur bunlar azaldı pil artık beni koruyor gibi düşünüyorum. Bu iyi hissettiriyor. Güvende hissediyorum. Tabi ki ölüm Allahtan vade yetti mi tamam. Ama pil olunca kalbimin çalışması ona emanet gibi hissediyorum, güvenli hissediyorum rahatım.” (K4)

“Şimdi beni rahatlatan bir şey güvende hissettiren, kalbimin çalışmasını sağlıyor. Kalbimi destekliyor, kendimi güvenli hissediyorum.” (K4)

“Bir şeye benzetirsem. Kasko yaptırdım. Kalbe zarar gelirse o kaskosu. Kalbim az çalışırsa bir şey olursa kaskosu var koruyor. Kalpte motoru vücudun. Motora kasko yaptırdık.” (K5)

“Pilin olması beni rahatlatıyor. Kalbimde bir sorun olursa pil zaten çalışır. Bunu bilmek korkumu azalttı. Korkmuyorum artık.” (K5)

“Pil olunca tamam diyorum pil çalışıyor kalbi koruyor. Pilin kalbimi koruduğunu bilmek beni rahatlatmış. Kalbimin güvende olduğunu düşünüyorum.” (K5)

Alt Tema 3: Korku Duyma

Eylem sonrası katılımcıların 2/5'i korku duyma tepkisini, cihazla yaşamaya ilişkin bir tepki olarak belirtmişlerdir (Tablo 4.7.). Katılımcıların korku duyma alt temasına ilişkin ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Her an için korku hissediyorum, sürekli dokunma gereği duyuyorum. Pile bir şey olacak zannediyorum.” (K1)

“Başta korktum ne olur diye. Kendime bakamazsam, işimi gücümü yapamazsam hep korktum. İlerde ne olur, pil iyi mi olur bilmiyordum. Beni korkuttu.” (K4)

“Altından kalkabilir miyim neler olur. Kalbin için gerekli dendi. Ama bilmediğim bir şey iyi deseler de korktum.” (K4)

“Pil beni korkuttu, işimi göremezsem, çamaşırımı yıkayamazsam, evime bakamazsam, yemeğimi yapamazsam bana kim bakar korktum.” (K4)

Alt Tema 4: Tedirgin Olma

Eylem sonrası katılımcıların 5/5'i tedirgin olma tepkisini, cihazla yaşamaya ilişkin bir tepki olarak belirtmişlerdir (Tablo 4.7.). Katılımcıların tedirgin olma alt temasına ilişkin ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Bazen pile bakıyorum, pil her şeyden daha önemli oldu. Burada bir bebek tek başına yatıyor.” (K1)

“Bir bebeği nasıl korumak istersin, aynı öyleyim. Bir bebek gibi korumaya çalışıyorum. İnsan bebeğini nasıl korur o şekilde.” (K1)

“Acaba kalp durur mu, cihaz arıza yapar da bir şey olur mu diye düşündüm.” (K2)

“Acaba havaalanı vs. dikkat edeceğim şeyleri unutur muyum diye tedirgin oluyorum. Hani kalabalık yerlerde kalabalıktan geçivereyim diye unutur da geçer miyim ki diyorum.” (K2)

“20 gün banyo yapamadım korkudan. Dikiş yerleri açık kalır su girerse pil iltihap yapar o kalbe gider bilmem ne.” (K3)

“Dikkat etmezsem zarar veririm diye tedirgin oldum. Islatırım enfeksiyon olursa, terlersem, üstüne yatarsam ne bileyim.” (K4)

“Bana iyi geldi, iyi hissettirdi. Çiçeklerim de öyleler. Hem nasıl anlatabilirim korktum bir şey olacak pile diye. Bakmayınca hani çiçeklerim de soluyor, öyle bir şey. Pile de bakmazsam alınabilir.” (K4)

“Masada kalırsam dedim, sonuçta yaşamak var ölmek var. Pil korur mu dedim kul yapımı bir şey. İyi olacak dersin kötü olur, bilemem ki.” (K4)

“Dikkat etmem gerekti, mesela; pili taktırdık ama pile de bir şey olur mu bilmiyorum. İnsan korumak istiyor. Korumam gereken bir şey olduğunu hissettim. Zarar görür diyerek uykumda bile tedirgindim bir şey olursa diye. Hastanede yatmak zor oluyor, kötü bir şey olmasın. Zarar görmesin diye korumak istedim.” (K4)

“Ne olacak nasıl olacak. İyi olacak mı. Başka tedavisi yok mu. Pili taktırınca bu ritim sorunu çözülür mü, kalbime iyi gelir gelmez. Düşündüm hepsini. Çalışıyorum, elim ayağım tutuyor çocuklarıma bakıyorum. Bana bir şey olursa kim bana bakacak, çocuklar büyük ama onlara ne olur. Her şey geldi aklıma.” (K5)

Tema 3: Psikoeğitimden Yararlanma

Çalışma sonunda katılımcıların eylem sonrası deneyimlerine göre ‘Psikoeğitimden Yararlanma’ ana temasına ulaşılmıştır. Katılımcıların tamamı (5/5) psikoeğitimden yararlandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.5.) . Tablo 4.5.’te üçüncü ana tema olarak yer alan ‘Psikoeğitimden Yararlanma’ temasının alt teması bulunmamaktadır. Hastaların bu temaya ilişkin ifadeleri aşağıdaki şekildedir.

“Benimle ilgilenmeniz, sonra beni önemsemeniz çok şey ifade etti. Koyverdim çayıra mevlam kayıra demediniz. Hani benimle ilgilenmeniz bana iyi hissettirdi. Bir çocuk annesi ilgileniyor diye hani mutlu olur. Aynı onun gibi düşünelim sizin de benimle ilgilenmeniz öyle mutlu etti.” (K1)

“Söylediğiniz şeyler yararlı şeyler. Siz anlatmasaydınız belki biz dikkat etmeyecektik.”
(K2)

“Çok güzel çok sıcakkanlısınız, anladın mı, sizi tanıdığımıza pili taktırdığımıza sebep olanlardan Allah razı olsun. Bu eğitimi yapmış olmak daha kolaylaştırıcı bir şey oldu, bir nevi rahatlattı yani.” (K3)

“Siz de eksik olmayın çok rahatlattınız, beni dinlediniz kendimi anlattım Allah razı olsun. Siz olmasanız zor olurdu, sordum her şeyi. Bir bir anlattınız ne yapacağımı. Allah razı olsun beni yalnız bırakmadınız.” (K4)

“Yani bu süreçte siz beni çok dinlediniz, rahatlatacak çok şey söylediniz. Nasıl olur korkum çoktu. Sizinle görüşmek benim için çok iyi oldu. Duygularımı anlatabildim, sizinle böyle görüşebilmek ne istiyorsam anlatmam beni rahatlattı. Görüşmelerimiz beni çok rahatlattı. Kendimi anlatabildim. Anlattıkça anlattıkça azaldı korkularım. Kendimi rahatlamış hissettim, ferahlamış hissettim.” (K4)

“Siz sorularıma önem verdiniz. Dinlemeniz bana kendimi değerli hissettirdi. Yalnız değildim, bu görüşmelerin olması iyi oldu. Beni dinlemeniz, sormak istediğim şeyleri sorabilmem daha kolay atlatmamı sağladı, bu eğitimler pile alışmamı kolaylaştırdı, çok yardımcı oldu.” (K4)

“Bu görüşmeler bana çok iyi geldi. Anlattıklarınız pile alışmamı kolaylaştırdı. Pille yaşamak daha kolay oldu. Stresli bir insanım ben, yapım böyle evhamım biraz, sizle görüşmek stresimi azalttı. Gözümde pille yaşamak çok büyüktü ama atlatabildim, görüşmeler sayesinde kolaylaştı. Senden Allah razı olsun. Sen daha çok böyle beni dinledikçe rahatladım.” (K4)

“Yürüyüş yaptım. Nefesimi saydım. Sinirimi yenmek için görüşmelerde yaptıklarımızı yaptım. İyi geldi.” (K5)

“Söylediğin şeylerin faydasını gördüm, anlattıkların faydalı şeyler. Benim için çok rahatlatıcı oldu görüşmeler. Aklımda soru kalmadı sordum.” (K5)

“Dediklerinize uydum, anlatmasanız dikkat etmezdim şişlik mişlik bir şey olurdu Allah korusun.” (K5)

“Daha rahat atlatabildim görüşmelerle, kendimi anlattım. Korktuğum şeyleri söyledim. Kendimi ifade ettim. Bir sorum olduğunda sordum. Her hastaya böyle bir fırsat verilse güzel olur.” (K5).

Ana Tema 4: Cihaza İlişkin Metaforlar

Çalışma sonunda katılımcıların eylem sonrası deneyimlerine ilişkin elde edilen veriler sonucu ulaşılan bir diğer ana tema ‘Cihaza İlişkin Metaforlar’ olarak bulunmuştur (Tablo 4.5.). Bu temada yer alan hasta ifadeleri aynı zamanda diğer temalar içerisinde de yer almaktadır. Tablo 4.8.’de ‘Cihaza İlişkin Metaforlar’ ana temasına ilişkin alt temalar verilmiş olup, bu tema altında ‘İnsan’, ‘Bitki’ ve ‘Güvenlik’ alt temaları yer almaktadır. Katılımcıların çoğunlukla (3/5) güvenlik metaforunu kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.8. Cihaza İlişkin Metaforlar Ana Teması-Alt Temaları

Ana Tema	Alt Temalar	K1	K2	K3	K4	K5
Cihaza İlişkin Metaforlar	İnsan	✓				
	Bitki				✓	
	Güvenlik		✓	✓		✓

Alt Tema 1: İnsan

Eylem sonrası katılımcılardan 1/5’i cihaza ilişkin insan metaforunu ifade etmiştir (Tablo 4.8.). Katılımcının insan alt temasına ilişkin ifadesi aşağıda yer almaktadır.

“Bir bebeği nasıl korumak istersin, aynı öyleyim. Bir bebek gibi korumaya çalışıyorum. İnsan bebeğini nasıl korur o şekilde.” (K1)

Alt Tema 2: Bitki

Eylem sonrası katılımcılardan 1/5’i cihaza ilişkin bitki metaforunu ifade etmiştir (Tablo 4.8.). Katılımcının bitki alt temasına ilişkin ifadesi aşağıda yer almaktadır.

“Bana iyi geldi, iyi hissettirdi. Çiçeklerim de öyleler. Hem nasıl anlatabilirim korktum bir şey olacak pile diye. Bakmayınca hani çiçeklerim de soluyor, öyle bir şey. Pile de bakmazsam alınabilir.” (K4)

Alt Tema 3: Güvenlik

Eylem sonrası katılımcılardan 3/5’i cihaza ilişkin güvenlik metaforunu ifade etmişlerdir (Tablo 4.8.). Katılımcıların güvenlik alt temasına ilişkin ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Bir araba kaskosu gibi düşünün. Araç kaskosu gibi. Kasko yaptırdık garantideyiz. Nasılsa kaskoyu yaptırdık bir şey olmaz gibi geliyor içime.” (K2)

“Şimdi kendime format atmış gibi hissediyorum. Yani mesela bir nevi motoru güçlendiriyorsun. Motorumuz mesela bizim 50 likti, biz şimdi onu 100 lük yaptık ya da 75 lik yaptık yani. Hiçbir sıkıntı hissetmiyorum aksine de çok seviniyorum yani. Kuvvetlenmiş gibi hissediyorum.” (K3)

“Bir şeye benzetirsem. Kasko yaptırdım. Kalbe zarar gelirse o kaskosu. Kalbim az çalışırsa bir şey olursa kaskosu var koruyor. Kalp de motoru vücudun. Motora kasko yaptırdık.” (K5)

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının İKD hastalarının psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkmalarına etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın ilk aşamasında literatür taraması doğrultusunda NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı geliştirilmiştir. İkinci aşamasında psikoeğitim programı İKD hastalarına bireysel olarak uygulanarak programın hastalarda stresle başa çıkma ve psikolojik iyi oluş düzeyleri üzerine etkisi incelenmiştir. Eylem öncesi ve sonrası hastaların stresle başa çıkma tarzları ve psikolojik iyi oluş düzeyleri belirlenen ölçüm araçları ile değerlendirilmiştir. Eylem sonrası, hastaların psikoeğitim programı süreci ve İKD cihazına ilişkin deneyimleri bireysel görüşmeler ile nitel olarak değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının İKD hastalarının stresle başa çıkma ve psikolojik iyi oluş düzeylerine olumlu yönde katkı sağladığı görülmüştür. Çalışmadan elde edilen sonuçlar ile ilgili tartışmalar, elde edilen nicel ve nitel bulgular çerçevesinde aşağıdaki başlıklar halinde sunulmuştur.

- Psikoeğitim Sonrası Katılımcıların Stresle Başa Çıkma Tarzları
- Psikoeğitim Sonrası Katılımcıların Psikolojik İyi Oluşları
- Psikoeğitim Sonrası Katılımcıların Deneyimleri

5.1. Psikoeğitim Sonrası Katılımcıların Stresle Başa Çıkma Tarzları

Bu çalışmada İKD hastalarının stresle başa çıkma tarzları, SBTÖ ile değerlendirilmiştir. İKD hastalarının eylem öncesi en sık başvurdukları stresle başa çıkma tarzları boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı iken, eylem sonrası kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşımdır. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre İKD hastalarının eylem öncesi etkili ve etkisiz başa çıkma tarzlarını birlikte kullandıkları saptanmıştır. Literatürde de benzer şekilde İKD hastalarının stresle başa çıkmada etkili ve etkisiz başa çıkmaları birlikte kullandıkları görülmektedir (Humpreys ve ark., 2016; Kuiper ve Nyamathi, 1991). Literatürde İKD hastalarına yönelik psikoeğitimin etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Cojocariu ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan sistematik derlemede kalp

hastalarında stresle başa çıkmalarının geliştirilmesinin önemi belirtilmektedir. İKD hastalarına yönelik yürütülen farklı müdahale çalışmalarında, müdahaleler sonrası İKD hastalarının stresle başa çıkmalarının güçlendiğini belirtilen çalışmalar olduğu gibi (Morken ve Larsen, 2016; Schulz ve ark., 2020), hastaların stresle başa çıkmalarında bir değişikliğin olmadığı çalışmalar da mevcuttur (Freedenberg ve ark., 2015). Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre, İKD hastaları eylem sonrası etkili başa çıkmalardan kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşımı daha fazla kullanmaya başlamışlardır, bunun yanı sıra eylem sonrası etkisiz başa çıkma yöntemlerinden çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımı daha az kullanmaya başlamışlardır. Bu sonuç NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının, hastaların stresle etkili başa çıkmalarının desteklenmesinde ve etkisiz başa çıkmalarının değiştirilmesinde yararlı bir müdahale olduğunu ortaya koymaktadır.

Literatürde İKD hastalarında NSM'ye temellendirilmiş müdahale çalışmasına rastlanmamıştır. Farklı hasta gruplarıyla yürütülen çalışmalarda NSM temelli psikoeğitimin stres faktörlerine direnci geliştirdiği, esnek savunma hattını güçlendirdiği (Ali ve Khalil, 1989), etkili başa çıkma stratejilerini artırdığı (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2020; Viegas ve Rodrigues, 2022), direnç hatlarını güçlendirdiği belirtilmektedir (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2020). Kalp hastalarında NSM'ye temellendirilmiş müdahale çalışmalarında da benzer şekilde NSM temelli müdahaleler ile stresle başa çıkmaların geliştiği, direnç ve savunma hatlarının güçlendiği belirtilmektedir (Akhlaghi ve ark., 2020; Diniz ve ark., 2019). Bu çalışmanın bulguları, NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının İKD hastalarının stresle başa çıkma tarzlarını geliştirmede olumlu bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymuştur. NSM'nin temeli, birey ya da toplumun strese olan tepkisi ve hemşirenin bu stres tepkisine birincil, ikincil ve üçüncül koruma önlemleriyle müdahale etmesinden oluşmaktadır (Ume-Nwagbo ve ark., 2006). Bu çalışmada İKD hastalarına birincil koruma düzeyinde stresi tanımları ve kendi stres durumunu belirlemeleri sağlanmış, ikincil koruma düzeyinde mevcut stresleriyle başa çıkmada kullanacakları etkili yöntemler öğretilerek kendi belirledikleri yöntemleri kullanmaları desteklenmiştir. Yürütülen psikoeğitim programı ile İKD hastalarının direnç ve savunma hatlarına müdahale ederek stresle başa çıkma tarzlarının geliştirildiği, temel yapının korunmasının sağlandığı düşünülmektedir. Bu sonuç doğrultusunda 'NSM'ye

temellendirilmiş psikoeğitim programının İKD hastalarının stresle başa çıkma tarzları üzerinde etkisi olumludur.’ sayıltısı doğrulanmaktadır.

5.2. Psikoeğitim Sonrası Katılımcıların Psikolojik İyi Oluşları

Yürütülen NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programı sonrası İKD hastalarının Psikolojik İyi Oluş Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları eylem sonrasında eylem öncesine göre artış göstermiştir. İKD hastalarında yüksek psikolojik iyi oluşa sahip olmak, hastaların cihazla birlikte karşılaştıkları stresörlerin etkisini azaltarak etkili başa çıkmalarını destekleyecek önemli bir noktadır (Kubzansky ve ark., 2018). Diğer kalp hastalığı gruplarında yürütülen çalışmalarda psikolojik iyi oluşun, kişilerin sağlıklı yaşam davranışlarının desteklenmesi ve tedaviye uyumlarının artırılması yönlerinden kardiyovasküler sağlık durumunu olumlu yönde desteklediği, hastalar için koruyucu bir etkisi olduğu belirtilmektedir (Boehm ve ark., 2017; DuBois ve ark., 2015; Hernandez ve ark., 2015; Ryff ve ark., 2006). Koroner arter hastalığı grubu ile İKD hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, İKD hasta grubunun psikolojik iyilik halinin daha düşük seviyede olduğu bildirilmektedir (Hermann ve ark., 1997). Literatürde İKD hastalarına yönelik psikoeğitimin psikolojik iyi oluş üzerine etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. İKD hastalarıyla yürütülen farklı müdahale çalışmalarının psikolojik iyilik halini artırdığı belirtilmektedir (Dunbar ve ark., 2012; Schulz ve ark., 2020). Çalışmada eylem sonrası psikolojik iyi oluşta artma bulgusu, literatürle benzerlik göstermektedir.

Psikolojik iyi oluş strese karşı uyumlu bir tepki olarak düşünülebilir. Savunma hatlarını güçlendirebilir, hastalık ve tedavi kaynaklı ortaya çıkan stres faktörlerine karşı bir tampon görevi görebilir (Boehm, 2021). NSM’ye göre değişkenlerden herhangi birinin desteklenmesi diğerlerini de olumlu etkiler. Birey bu değişkenlerle sahip olduğu potansiyele göre stresörlere yanıt vermektedir (Turner ve Kaylor, 2015). Bu çalışmada, İKD hastalarında psikolojik değişken alanı desteklenerek birincil ve ikincil düzey koruma sağlanması amaçlanmış, diğer değişkenleri geliştirmeye, etkinliğini artırmaya, direnç ve savunma hatlarını güçlendirmeye yönelik psikoeğitim müdahalesi aracılığıyla hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre İKD hastalarında psikolojik iyi oluşta artma, NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programının İKD hastalarının psikolojik iyi oluş düzeylerinde destekleyici ve olumlu bir etkiye sahip

olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgu, NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitimin hastalarda stres faktörlerine karşı direnç ve savunma hatlarını güçlendirdiğini göstermektedir. Bu sonuç doğrultusunda 'NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının İKD hastalarının psikolojik iyi oluşları üzerinde etkisi olumludur.' sayıltısı da doğrulanmaktadır. Bu doğrultuda İKD hastalarının psikolojik iyi oluşlarını arttırmada NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programlarının uygulanabileceği söylenebilir. Ayrıca bu çalışmanın, literatürde İKD hastalarının psikolojik iyi oluşlarını değerlendiren az sayıda çalışmadan biri olması ve psikoeğitimin psikolojik iyi oluş üzerindeki destekleyici etkisine dikkat çekmesi yönleriyle literatüre anlamlı katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

5.3. Psikoeğitim Sonrası Katılımcıların Deneyimleri

NSM, hastayı bütüncül olarak ele alan, bireyin stresörlere yönelik algısını ve geçmiş deneyimlerini önemseyen, başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi yoluyla müdahalede bulunmayı amaçlayan yapısı ile çalışmanın yapılandırılmasında yönlendirici ve rehber olmuştur. Çalışmada hastaların deneyimlerine ilişkin elde edilen nitel verilere göre; stresle başa çıkma yöntemleri, cihazla yaşamaya ilişkin tepkiler, psikoeğitimden yararlanma, cihaza ilişkin metaforlar şeklinde dört ana tema ortaya çıkmıştır.

Psikoeğitim Sonrası Katılımcıların Stresle Başa Çıkma Yöntemleri

Eylem sonrası katılımcılardan İKD cihazı ile yaşamak ve psikoeğitim deneyimlerine ilişkin elde edilen nitel verilerden ulaşılan ana temalardan bir tanesi, 'Stresle Başa Çıkma Yöntemleri' olarak bulunmuştur. İKD hastaları stresle başa çıkma yöntemi olarak; sosyal destek, duyguları ifade etme, bedene yönelik başa çıkma ve spiritüel başa çıkma kullandıklarını belirtmişlerdir. NSM'ye göre daha sağlıklı başa çıkma stratejilerini teşvik etmek için hasta sisteminin stresle nasıl başa çıktığı, strese nasıl tepki verdiği ve nasıl uyum sağladığını anlamak gerektiği vurgulanmaktadır (Montano, 2021). Hastaların kullandıkları başa çıkma yöntemlerindeki farklılığın bireylerin stresörlere verdikleri yanıtlardaki farklılıktan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Literatürde İKD hastalarının kullandığı başa çıkma davranışları arasında inkar (Dougherty, 1994), duyguları ifade etme, kendine güvenme, kaçınma, iyimser düşünme (Kuiper ve Nyamathi, 1991), dikkat dağıtma ve bilgi edinmenin yer aldığı belirtilmektedir (Pike ve ark., 2020). Eylem sonrası bu çalışmada hastaların kullandıklarını belirttikleri sosyal destek, spiritüel başa çıkma, bedene yönelik başa çıkma ve duyguları ifade etme yöntemleri hastalar için stresle başa çıkmada etkili sayılabilecek başa çıkma yöntemleri olarak değerlendirilebilir niteliktedir.

Bu çalışmada İKD hastalarında birincil ve ikincil düzey korumayı kapsayan, hastaların fizyolojik, sosyokültürel, spiritüel ve psikolojik değişkenlerini geliştirmeye, etkinliğini artırmaya, direnç ve savunma hatlarını güçlendirmeye yönelik psikoeğitim müdahalesi aracılığıyla hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. NSM'ye göre değişkenlerden herhangi birinin desteklenmesi diğerlerini de olumlu etkilemektedir. Birey bu değişkenlerle sahip olduğu potansiyele göre stresörlere yanıt vermektedir (Ume-Nwagbo ve ark., 2006). Dunbar ve arkadaşları (2012) İKD hastalarında eğitim odaklı müdahalelerin psikolojik tepkilerde iyileşme sağladığı vurgulanmaktadır. Literatürde İKD hastalarıyla yürütülen psikoeğitim müdahalelerinde, psikoeğitimin uyumu arttırdığı, hastalar için hastalık sürecini yönetmede kolaylaştırıcı etkisinin olduğu (Azizi ve ark., 2019; Dougherty ve ark., 2004b; Dougherty ve ark., 2005; Sears ve ark., 2007), hastaların başa çıkmalarını olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Morken ve Larsen, 2016). Hastaların kullandıklarını ifade ettikleri başa çıkma yöntemlerinden bedene yönelik başa çıkma özellikle fizyolojik değişken alanında, sosyal destek ve duyguları ifade etme özellikle sosyokültürel değişken alanında, spiritüel başa çıkma ise özellikle spiritüel değişken alanında gelişim sağlandığını göstermektedir. Bu bulgu çalışmanın, hastaların stresle başa çıkmalarını desteklediğini, savunma hatlarını güçlendirdiğini ortaya koymaktadır. Bu sonuç NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim müdahalesinin etkili bir müdahale olduğunu düşündürmektedir.

Bedene Yönelik Başa Çıkma

Katılımcıların eylem sonrası deneyimlerine göre, hastaların kullandığı stresle başa çıkma yöntemlerinden biri bedene yönelik başa çıkmalardır. Literatürde kalp hastaları için bedene yönelik gevşemeyi sağlayan tekniklerin kullanımı önerilmektedir (Calderone ve

ark., 2025; Yu ve ark., 2007). Bedene yönelik teknikler, kalp hastalarında stresli durumla başa çıkmaya yardımcı olmak için etkili yöntemlerden biridir, gevşemeyi ve olumlu düşünmeyi sağlayarak fiziksel ve psikolojik iyilik halini artırabilmektedir (Calderone ve ark., 2025; Yu ve ark., 2007; Yu ve ark., 2010). İKD hastalarına bedensel gevşemeyi destekleyen stresle başa çıkmaların öğretilmesi, hastaların stresli durumları zihninden uzaklaştırıp sakinleşebilmelerini, duygusal ve fiziksel olarak iyilik hallerini ve tedaviye katılımlarını destekleyebilmektedir (Yu ve ark., 2010).

Hastalarla yürütülen NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programında stresle başa çıkmaları güçlendirme oturumları içerisinde bedene yönelik başa çıkmaların kullanımını kapsayan girişimler yer almaktaydı. Bedene yönelik başa çıkmaların desteklenmesiyle hastaların fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve spiritüel değişken alanlarında gelişim sağlamak, değişkenlerin etkinliğini artırmak, direnç ve savunma hatlarını güçlendirmek istenmiştir. Yürütülen derinlemesine bireysel görüşmelerde hastaların psikoeğitim sonrası bedene yönelik başa çıkma yöntemi kullandıklarını ifade etmeleri, çalışmanın stresle başa çıkmada etkili bir müdahale olduğunu, hastaların direnç ve savunma hatlarının güçlendiğini göstermektedir.

Duyguları İfade Etme ve Sosyal Destek

Katılımcıların eylem sonrası deneyimlerine göre, hastaların kullandığı stresle başa çıkma yöntemleri arasında sosyal destek ve duyguları ifade etme olduğu bulunmuştur. Sosyal destek, başkaları tarafından sağlanan somut yardım veya bireylerin ihtiyaç duyduklarında yeterli desteğe ulaşabileceklerine dair güvenlerini ifade eder. Sosyal destek yaşam stresörlerine karşı bir tampon görevi görerek sağlık ve iyilik halini destekler (Roohafza ve ark., 2014). Jeon ve arkadaşlarının (2010) kronik kalp rahatsızlığı olan hastalarla yaptıkları çalışmada en yaygın kullanılan başa çıkma stratejilerinden birinin hastalık deneyimini başkalarıyla paylaşmak olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda duyguları ifade etmenin, psikolojik iyi oluş üzerinde olumlu etkisi olduğu vurgulanırken olumsuz duyguları ifade etmeme veya bastırmanın hastalık süreçleri üzerindeki olumsuz etkisinden bahsedilmektedir (Chervonsky ve Gunt, 2017; Novick-Kline ve ark., 2005). Literatürde kalp hastalarının stresle başa çıkmada etkili yöntemlerden sosyal destek ve duyguları ifade etmeyi kullandıkları ve bu yöntemlerin hastalık süreçleri üzerine olumlu etkisi olduğu

belirtilmektedir (Chervonsky ve Gunt, 2017; Farnia ve ark., 2016; Kenndy-Moore ve Watson, 2001; Novick-Kline ve ark., 2005).

Sosyal destek varlığı, stresle başa çıkma ve hastalık yönetiminde önemlidir (Jeon ve ark., 2010; Novick-Kline ve ark., 2005). Bu anlamda çalışmada dikkat çeken bir bulgu ise katılımcıların etkili başa çıkma tarzlarından biri olan sosyal destek arama yaklaşımı puanlarında psikoeğitim sonrası düşüş olmasıdır. Çalışmanın nitel bulguları arasında, hastaların sosyal destek aramayı bir başa çıkma yöntemi olarak kullanmaları dikkati çekmektedir. Bu bulguyla birlikte katılımcıların sosyal destek aramayı bir başa çıkma yöntemi olarak kullandıklarını ancak psikoeğitim sürecinde kendi sosyal destek kaynaklarına yönelmek yerine araştırmacı ile kurulan ilişkiyi sosyal destek kaynağı olarak kabul ettikleri çıkarımına ulaşılabilmektedir.

Sosyal destek ve duyguları ifade etmenin İKD hastalarında kullanımı, katılımcılarda özellikle sosyokültürel ve psikolojik değişken alanlarında gelişim sağlandığını, stresörlere karşı direncin geliştirildiğini, esnek ve normal savunma hatlarının güçlendirildiğini düşündürmektedir. İKD hastalarının sosyal destek ve duyguları ifade etmeyi başa çıkma yöntemi olarak kullanmaları psikoeğitim müdahalesinin stresle başa çıkmada yararlı bir müdahale olduğunu ortaya koymaktadır.

Spiritüel Başa Çıkma

Katılımcıların eylem sonrası deneyimlerine göre, hastaların kullandığı stresle başa çıkma yöntemlerinden bir diğerinin spiritüel başa çıkma olduğu belirlenmiştir. Spiritüelite değerler, inançlar, bir varlık ya da güce inancın çok ötesinde bir olgudur ve sağlık, hastalık, ölüm, günah, ölüm sonrası yaşam ve başkalarına karşı sorumluluk konularını içermektedir (Çetinkaya ve ark., 2007). Palacios-Ceña, ve arkadaşlarının (2011) İKD hastalarıyla yürüttükleri çalışmada, hastaların dini inançlarının cihazla yaşama sürecinde kendilerine yardımcı olduğunu ifade ettikleri bildirilmektedir. Çalışma sonucunda elde edilen spiritüel başa çıkma bulgusu, literatürle benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada hastaların spiritüel başa çıkma yöntemi kullanması spiritüel değişken alanında gelişim sağlandığı anlamına gelmektedir. Modele göre birbiriyle etkileşim halindeki beş değişkenden herhangi birinde sağlanan gelişimin diğer değişkenleri de

etkilediği, savunma hatlarını güçlendirdiği düşünülebilir (Neuman ve Fawcett, 2011). Spiritüel başa çıkma yöntemlerinin kullanılması, hastalara NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim aracılığıyla yapılan hemşirelik müdahalesi oturumları içerisinde yer alan spiritüel değişken alanında gelişim sağlamayı hedefleyen girişimlerin etkili olduğunu göstermektedir. İKD hastalarının spiritüel başa çıkma yöntemi kullanması, spiritüel değişkene yönelik uygulanan ikincil koruma düzeyindeki girişimlerin direnç ve savunma hatları üzerine koruma sağladığını ve temel yapıyı güçlendirdiğini göstermektedir.

Psikoeğitim Sonrası Katılımcıların Cihazla Yaşamaya İlişkin Tepkileri

Psikoeğitim programı sonrası katılımcıların deneyimlerine ilişkin elde edilen nitel verilerden ulaşılan ana temalardan bir diğeri 'İKD Hastalarının Cihazla Yaşamaya İlişkin Tepkileri' olarak bulunmuştur. İKD hastalarının cihazla yaşamaya ilişkin tepkileri; iyi oluş, güvende hissetme, korku duyma ve tedirgin olma şeklindedir. Bu çalışma ile benzer şekilde Zhou ve arkadaşları (2023), bu hastalarla yürütülen çalışmaları inceledikleri metasentez çalışmasında, hastaların İKD ile ilgili karışık duygular yaşadıklarını, korku duyma ve güvende hissetme gibi karşıt duygusal tepkilere sahip olduklarını bildirmektedirler. Bu çalışmada da benzer şekilde hastaların İKD cihazıyla yaşamaya ilişkin korku duyma, tedirgin olmanın yanı sıra iyi oluş ve güvende hissetme gibi karşıt tepkiler verdikleri ortaya çıkmıştır. Hastaların aynı anda olumlu ve olumsuz duygusal tepkilere sahip olmalarının, hastaların bireysel özellikleri, farklı yaşam deneyimleri ve hastalığa verdikleri anlam gibi farklı değişkenlerden kaynaklandığı ve bu farklılıkların hastalarda farklı tepkilere neden olduğu düşünülmektedir.

İKD hastalarının deneyimlerinden elde edilen bulgulara göre, cihazla yaşamaya ilişkin olumlu tepkiler iyi oluş ve güvende hissetme olarak bulunmuştur. İyi oluş kavramı, kişilerde yaşam koşullarından memnuniyeti, olumlu duygu durumun varlığını ifade etmektedir (Diener ve Ryan, 2009). İyi oluş teması, İKD hastalarının cihazla yaşama konusunda olumlu duygu duruma sahip olduğunu, yaşam memnuniyetinin yüksek olduğunu gösteriyor olarak değerlendirilebilir. Literatürde İKD hastaları ile yürütülen nitel çalışmalarda, hastaların cihazla yaşama konusunda yenilenmiş hissettikleri, yeni hedeflere sahip, iyi, umutlu ve minnettar oldukları (Johnson ve ark., 2020; Magnusson ve ark., 2017), güvende ve korunduğunu hissettikleri belirtilmektedir (Flemme ve ark., 2011;

Magnusson ve ark., 2017; Morken ve ark., 2010; Wising ve ark., 2022). Bu çalışmada elde edilen iyi oluş ve güvende hissetme temaları literatürle benzerlik göstermektedir. İyi oluş ve güvende hissetme İKD hastalarında direnç ve savunma hatlarını güçlendiren olumlu duygulardır.

İKD hastalarının deneyimlerinden elde edilen bulgulara göre, cihazla yaşamaya ilişkin olumsuz tepkiler tedirgin olma ve korku duymadır. Literatürde İKD hastalarıyla yürütülen çalışmalarda benzer şekilde cihazla yaşamaya ilişkin korku yaşandığı ve korkunun nedenlerinin İKD şoku yaşama, bataryanın bitmesi ve hastalığın ileriki süreçte getireceği belirsiz durumlara yönelik olduğu belirtilmektedir (Abbasi ve ark., 2016; Garrino ve ark., 2018). Bu çalışmada ortaya çıkan korku duyma ve tedirgin olmanın belirsizlik durumu ve karşılaşılan yoğun stresörlerle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Tedirgin olma kavramı bu hasta grubuna yönelik yapılan çalışmalarda değerlendirilmemiştir. Tedirgin olma; rahatı, huzuru kaçmak anlamına gelen (Türk Dil Kurumu, t.y) kişide olumsuz duygulanıma işaret eden bir durumdur. Literatürde sıklıkla karşılaşılan yakın bir kavram olarak değerlendirilebilecek kaygıya yönelik çok sayıda çalışma vardır. Tedirgin olma spesifik bir kaygı odağından ziyade anlam olarak bir duygu duruma işaret ediyor olmasıyla farklı bir bulgudur. Bu kavramın yabancı literatürde olmamasının aynı zamanda kültürel ve dil kaynaklı bir farklılık olduğu düşünülebilir.

Korku duyma ve tedirgin olma İKD hastalarının savunma hatları açısından istenmeyen tepkilerdir. Hastaların ifadelerine bakıldığında başlangıçta yaşadıkları belirsiz durumlara ilişkin hissettikleri duygular kaynaklı yaşanan tepkiler olduğu sonucuna varılabilmektedir. NSM'ye göre hemşirenin rolü, beş değişkenin tümünde stres etkeni tepkisini ve ayrıca kişinin stres etkenlerine ilişkin algısını değerlendirmektir (Montano, 2021). Farklı koruma düzeylerinde yapılan hemşirelik girişimleriyle stresörlerin etkileri azaltılarak, sistem stabilize edilip yeniden yapılır ve savunma hatları hastalıktan önceki konumuna gelebilir. İKD hastalarına yönelik müdahalelerde stres faktörlerinin değerlendirilmesi ve stresle etkili başa çıkabilmelerinde kullanabilecekleri yöntemlerin öğretilmesi, sistemin tekrar dengeye ulaşmasında ve temel yapının korunmasında önemlidir (Ume-Nwagbo ve ark., 2006).

Katılımcıların Psikoeğitimden Yararlanmaları

Psikoeğitim programı sonrası katılımcılardan elde edilen nitel verilerin analiziyle ulaşılan ana temalardan biri, hastaların psikoeğitim programından yararlanmış olmalarıdır. Çalışmada yer alan İKD hastalarının tamamı, çalışma sonunda yürütülen nitel görüşmelerde NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programından yararlandıklarına ilişkin olumlu geribildirimlerde bulunmuşlardır. Hastaların ifadelerine göre psikoeğitim programı sayesinde, soru sorma fırsatı buldukları, bilgi ihtiyaçlarının karşılandığı, korkularının azaldığı anlaşılmaktadır. Hastaların programa dair kendi geribildirimlerine dayanarak NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının tüm katılımcılar için yararlı etkileri olduğu söylenebilir.

Model hastaların stresörlere karşı savunma hatlarının güçlendirilmesini önermektedir (Neuman ve Fawcett, 2011). İKD hastalarına hemşirelik müdahalesi planlarken bilgi düzeyini artırmak ve cihazla yaşam becerilerini geliştirmek temel hedef olmalıdır. Psikoeğitim müdahalesi hasta grubu için destekleyici ve uygun bir müdahaledir (Carroll ve Hamilton, 2005; Dunbar ve ark., 2009). Morken ve Larsen (2016) İKD hastalarında hemşire liderliğinde yürüttükleri psikoeğitim müdahalesinin hastaların başa çıkmalarını iyileştirdiğini bildirmişlerdir. Literatüre bakıldığında İKD hastalarında, hastalık ve tedavi sürecine yönelik bilgi ihtiyacının karşılanması, cihazla yaşama uyumun desteklenmesi, olumsuz psikolojik tepkilerin önlenmesi için eğitim müdahaleleri önerilmektedir (Dunbar ve ark., 2012). İKD hastalarına yönelik yürütülen psikoeğitim programlarının hastalarda olumlu sonuçlarının olduğu belirtilmektedir (Azizi ve ark., 2019; Dougherty ve ark., 2004b). Çalışma sonucunda hastaların psikoeğitimden yararlandıklarına yönelik elde edilen bulgu, literatürle benzer niteliktedir.

Farklı hasta gruplarında NSM'ye temellendirilmiş çalışmalarda psikoeğitimin stres faktörlerine direnci geliştirdiği, esnek savunma hattını güçlendirdiği (Ali ve Khalil, 1989), etkili başa çıkma stratejilerini artırdığı (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2020; Viegas ve Rodrigues, 2022), direnç hatlarını güçlendirdiği belirtilmektedir (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2020). NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programıyla İKD hastalarının direnç ve savunma hatlarının güçlendirildiği söylenebilir. Bu sonuca göre 'Neuman'ın Sistemler

Modeline temellendirilmiş psikoeğitim programının İKD hastalarının savunma hatlarının güçlenmesine etkisi olumludur' sayıltısı doğrulanmaktadır.

Psikoeğitim Sonrası Katılımcıların Cihaza İlişkin Metaforları

Eylem sonrası yürütülen derinlemesine bireysel görüşmelerde hastalara, İKD cihazı ile yaşamayı bir şeye benzetmeleri istenen bir metafor sorusu sorulmuştur. Hastalar İKD cihazını insan, bitki ve güvenlik metaforları ile bağdaştırmışlardır. İnsan ve bitki metaforunu kullanan hastaların cihaza yönelik koruma gereksinimi hissettikleri dikkati çekerken güvenlik metaforunu kullanan hastaların cihazın kendilerini koruduğuna inandıkları, güvende hissettikleri sonucuna varılmaktadır. Literatürde İKD hastalarının cihazı metaforla anlatmaları istenen nitel çalışmalara bakıldığında; hastaların İKD cihazını yaşamlarının güvencesi olarak gördüklerini ifade ettikleri ve güvende hissetmelerine sebep olan paraşüt, güvenlik battaniyesi, emniyet kemeri, denizci, koruyucu melek gibi metaforlarla temsil ettikleri görülmektedir (Conelius, 2015; Dickerson ve ark., 2000; Pasyar ve ark., 2015; Rosi ve ark., 2021). Daha farklı olarak ise hastaların İKD ile samimi ve tanıdık bir ilişki kurarak zor zamanlarında yardım eden bir arkadaş olarak gördüklerini ifade ettikleri bildirilmektedir (Rosi ve ark., 2021). Bu da yine hastaların cihaza duydukları güveni anlatan bir benzetme olarak dikkati çekmektedir.

Çalışma sonucunda literatürle benzer olarak hastaların çoğunluğunun, cihazın onları koruyacağına inandıkları metaforlarla bağdaştırdıkları görülmektedir. Literatürden farklı olarak insan ve bitki metaforlarıyla bağdaştırmış olan hastalar için cihazla yaşadıkları sürenin kısa olması dolayısıyla cihazı koruma gereksinimi hissettikleri anlaşılmaktadır. Aynı zamanda bitki metaforunu kullanan hasta için bitkilerin ona iyi gelen yanına dair bir ifade kullandığı, koruma gereksinimi duymasına rağmen cihazın onun için iyi oluşla bağdaştığı dikkati çekmektedir. Bu çalışmanın diğer nitel bulguları arasında olan iyi oluş alt temasına bakıldığında çalışma bulgularının tutarlılığına/bütünlüğüne de işaret etmektedir.

Çalışmadan elde edilen nitel bulgular, İKD hastalarının psikoeğitimden sonra stresle başa çıkma deneyimleri ve cihazla yaşamaya dair bakış açıları hakkında önemli veriler sağlamıştır. Programda İKD hastalarının fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve spiritüel değişkenlerinin güçlendirilmesi ve stresle etkili başa çıkmalarının geliştirilmesi amacıyla

ikincil koruma düzeyinde psikoeğitim müdahalesi aracılığıyla esnek ve normal savunma hatlarını güçlendirmeyi amaçlayan hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Bu çalışmanın bulguları, NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının İKD hastalarının psikolojik iyi oluşları ve stresle başa çıkmaları üzerinde olumlu yönde değişiklik yaratma potansiyeli olduğunu desteklemektedir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu tez çalışması NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının İKD hastalarının psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkmalarına etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ve öneriler aşağıda özetlenmiştir.

NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı sonrası İKD hastalarının psikolojik iyi oluş düzeylerinin psikoeğitim programı öncesine göre arttığı belirlenmiştir. NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı, katılımcıların psikolojik iyi oluşlarını olumlu yönde değiştirmiştir.

Eylem sonrası İKD hastalarının SBTÖ alt boyutlarından kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt boyutlarının puan ortalamalarının eylem öncesine göre arttığı belirlenmiştir. Eylem sonrası İKD hastalarının SBTÖ alt boyutlarından çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt boyutları puan ortalamalarının ise eylem öncesine göre azaldığı belirlenmiştir.

Eylem sonrası derinlemesine bireysel görüşmelerin tematik analizi ile elde edilen bulgular ışığında İKD hastalarının Stresle Başa Çıkma Yöntemleri olarak Sosyal Destek, Duyguları İfade Etme, Bedene Yönelik Başa Çıkma, Spiritüel Başa Çıkma kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır.

İKD hastalarının cihaza yönelik tepkilerinin, iyi oluş, güvende hissetme, korku duyma, tedirgin olma olduğu belirlenmiştir.

İKD hastaları, NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programından yararlandıklarını ifade etmişlerdir.

İKD hastaları, İKD cihazını insan, bitki ve güvenlik metaforlarıyla bağdaştırmıştır.

NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı, İKD hastalarına yönelik bakım uygulamalarında kullanılabilecek bir müdahaledir.

NSM, İKD hastalarının alacağı bakımın temellendirileceği bir modeldir.

Araştırma sonuçları göz önüne alınarak;**Klinik hemşirelere;**

İKĐ hastalarının gereksinimlerini doğru bir şekilde belirleyebilmeleri için gözlem ve etkili görüşme becerilerini geliştirmeleri,

İKĐ hastalarının bireysel ve değişken gereksinimlerine uygun bakım sunabilmeleri amacıyla güncel literatürü takip etmeleri ve kanıta dayalı uygulamaları klinik uygulamaya yansıtmaları,

Fiziksel hastalıkların yönetimi sürecinde, hemşirelik bakımı kapsamında İĐĐ hastalarına stresle etkili başa çıkma yöntemlerini öğretmeleri ve bu konuda yapılandırılmış destek sağlamaları önerilmektedir.

Araştırmacılara;

İKĐ hastalarına yönelik psikososyal müdahale programları yürütmeleri,

İKĐ hastalarına yönelik müdahale çalışmalarında NSM'yi kullanmaları,

İKĐ hastalarına yönelik müdahale planlarken psikoeğitim müdahaleleri geliştirmeleri,

İKĐ hastalarına yönelik psikoeğitim programlarını farklı değişkenler yönünden değerlendirmeleri,

İKĐ hastalarında evde bakıma yönelik müdahale çalışmaları yürütmeleri,

İKĐ hastalarına yönelik yapılacak müdahale çalışmalarında izlemin yer aldığı çalışmalar yürütmeleri önerilmektedir.

Kurum ve kuruluşlara;

Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği birimlerinin kamu hastaneleri ve ilgili sağlık kuruluşlarında yapılandırılarak, İĐĐ bozukluğu olan hastalarla etkin ve bütüncül çalışmalar yürütülmesinin desteklenmesi,

İKĐ hastaları için sağlık kuruluşlarında psikososyal bakımı kapsayan hemşirelik uygulamalarının yürütülmesinin desteklenmesi,

İKD hastalarında kurumsal bakıma yönelik hemşirelik bakım protokollerinin desteklenmesi,

Klinik hemşirelerin psikososyal bakım becerilerini geliştirmek amacıyla, hizmet içi eğitim programlarının planlanması ve düzenli aralıklarla uygulanması,

İKD hastalarının ev konforunda da erişebilecekleri müdahale çalışmalarının (ev ziyaretleri, web/telesağlık uygulamaları vb.) yürütülebilmesi amacıyla, ilgili proje ve fon desteklerinin sağlanması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

Abbasi, M., Negarandeh, R., Norouzadeh, R., & Mogadam, A. R. S. (2016). The challenges of living with an implantable cardioverter defibrillator: a qualitative study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(10), e25158.

Akay, B., & Oğuz, S. (2023). The Effect of Education, Telephone Monitoring on Self-Efficacy and Shock Anxiety of Implantable Cardioverter Defibrillator Patients. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 13(4), 855-862.

Akhlaghi E., Babaei S., & Abolhassani S.H. (2020). Modifying Stressors Using Betty Neuman System Modeling in Coronary Artery Bypass Graft: a Randomized Clinical Trial. *J CaringSci* 9 (1): 13-9.

Albouaini, K., Mudawi, T., Pyatt, J. R., & Wright, D. J. (2009). Implantable cardioverter defibrillator: What a hospital practitioner needs to know. *European Journal of Internal Medicine*, 20(6), 591-597.

Ali, N. S., & Khalil, H. Z. (1989). Effect of psychoeducational intervention on anxiety among Egyptian bladder cancer patients. *Cancer Nursing*, 12(4), 236-242.

Amerikan Kalp Birliği, 2015, Erişim adresi: <https://www.heart.org/-/media/Files/Health-Topics/Answers-by-Heart/What-Is-an-ICD.pdf> , Erişim Tarihi: 10.12.2021)

Ascoeta, M. S., Marijon, E., Defaye, P., Klug, D., Beganton, F., Perier, M. C., ... & DAI-PP Investigators. (2016). Impact of early complications on outcomes in patients with implantable cardioverter-defibrillator for primary prevention. *Heart Rhythm*, 13(5), 1045-1051.

Azizi, Z., Tohidi, H., Alipour, P., Pirbaglou, M., Ardern, C., Rotondi, M., ... & Khaykin, Y. (2019). Effects of Cognitive Behavioral and Psycho-Educational Therapy in Patients With Implantable Cardioverter Defibrillators: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized and Quasi-Experimental Trials. *Canadian Journal of Cardiology*, 35(10), S175-S176.

Baldauf, B., Lau, E. W., Giaccardi, M., & Bonnemeier, H. (2024). An unusual cause of inappropriate shocks delivered by an implantable cardioverter defibrillator. *BMC Cardiovascular Disorders*, 24(1), 380.

Barisone, M., Hayter, M., Ghirotto, L., Catania, G., Zanini, M., Dal Molin, A., ... & Bagnasco, A. (2022). The experience of patients with an implantable cardioverter-defibrillator: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(7), 677-686.

Barth, J., Schumacher, M., & Herrmann-Lingen, C. (2004). Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 66(6), 802-813.

Başıoğlu, C., & Buldukoğlu, K. (2020). Neuman systems model with depressed patients: A randomized controlled trial. *Nursing Science Quarterly*, 33(2), 148-158.

Berg, B. L., & Lune, H. (2019). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. Eğitim Yayınevi.

Berg, S. K., Thygesen, L. C., Svendsen, J. H., Christensen, A. V., & Zwisler, A. D. (2014). Anxiety predicts mortality in ICD patients: results from the cross-sectional national CopenHeart ICD survey with register follow-up. *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 37(12), 1641-1650.

Berg, S. K., Higgins, M., Reilly, C. M., Langberg, J. J., & Dunbar, S. B. (2012). Sleep quality and sleepiness in persons with implantable cardioverter defibrillators: outcome from a clinical randomized longitudinal trial. *Pacing and clinical electrophysiology*, 35(4), 431-443.

Berg, S. K., Rasmussen, T. B., Herning, M., Svendsen, J. H., Christensen, A. V., & Thygesen, L. C. (2020). Cognitive behavioural therapy significantly reduces anxiety in patients with implanted cardioverter defibrillator compared with usual care: Findings from the Screen-ICD randomised controlled trial. *European journal of preventive cardiology*, 27(3), 258-268.

Berg, S. K., Rasmussen, T. B., Mols, R. E., Thorup, C. B., Borregaard, B., Christensen, A. V., ... & Thrysoee, L. (2019). Both mental and physical health predicts one year mortality and readmissions in patients with implantable cardioverter defibrillators: findings from the national Den Heart study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(2), 96-105.

Berg, S. K., Støier, L., Moons, P., Zwisler, A. D., Winkel, P., & Pedersen, P. U. (2015). Emotions and health: findings from a randomized clinical trial on psychoeducational nursing to patients with implantable cardioverter defibrillator. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(3), 197-204.

Bertini, M., Marcantoni, L., Toselli, T., & Ferrari, R. (2016). Remote monitoring of implantable devices: should we continue to ignore it?. *International journal of cardiology*, 202, 368-377.

Blanch, B., Lago, L. P., Sy, R., Harris, P. J., Semsarian, C., & Ingles, J. (2018). Implantable cardioverter–defibrillator therapy in Australia, 2002–2015. *Medical Journal of Australia*, 209(3), 123-129.

Boehm JK, Kubzansky LD. (2012). The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychol Bull*, 138:655–91.

Boehm JK, Soo J, Chen Y, et al. (2017). Psychological well-being's link with cardiovascular health in older adults. *Am J Prev Med*, 53:791–8.

Boehm, JK. (2021). Positive psychological well-being and cardiovascular disease: Exploring mechanistic and developmental pathways. *Social and Personality Psychology Compass*, 15(6), e12599.

Bolse, K., Johansson, I., & Strömberg, A. (2011). Organisation of care for Swedish patients with an implantable cardioverter defibrillator, a national survey. *Journal of clinical nursing*, 20(17-18), 2600-2608.

Borne, R. T., Katz, D., Betz, J., Peterson, P. N., & Masoudi, F. A. (2017). Implantable Cardioverter-Defibrillators for Secondary Prevention of Sudden Cardiac Death: A Review. *Journal of the American Heart Association*, 6(3), e005515.

Calderone, A., Marafioti, G., Latella, D., Corallo, F., D'Aleo, P., Quartarone, A., & Salvatore Calabrò, R. (2025). Effectiveness of relaxation techniques for stress management and quality of life improvement in cardiovascular disease and hypertensive patients: a systematic review. *Psychology, Health & Medicine*, 1-72.

Carroll DL, Hamilton GA. Long-term effects of implanted cardioverter-defibrillators on health status, quality of life, and psychological state. *Am J Crit Care*. 2008;17(3):222–30

Carroll DL, Hamilton GA. Quality of life in implanted cardioverter defibrillator recipients: The impact of a device shock. *Heart & Lung* 2005;34(3):169-178

Çetinkaya, B., Altundağ, S., & Azak, A. (2007). Spiritüel bakım ve hemşirelik. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 8(1) : 47 – 50.

Chervonsky, E., & Hunt, C. (2017). Suppression and expression of emotion in social and interpersonal outcomes: A meta-analysis. *Emotion*, 17(4), 669.

Çınar, F. I., Tosun, N., & Kose, S. (2013). Evaluation of an education and follow-up programme for implantable cardioverter defibrillator-implanted patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22(17-18), 2474-2486.

Cojocariu, S. A., Maștaleru, A., Sascău, R. A., Stătescu, C., Mitu, F., Cojocar, E., ... & Leon-Constantin, M. M. (2021). Relationships between psychoeducational rehabilitation and health outcomes—a systematic review focused on acute coronary syndrome. *Journal of personalized medicine*, 11(6), 440.

Creswell J. W. Nitel Araştırma Yöntemleri: Beş Yaklaşım Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni. (Çev. Edt: Bütün M, Demir S.B.) Ankara: Siyasal Kitabevi. 2021.

Creswell, J. W. (2017). Araştırma deseni: Nitel, Nicel ve Karma Yöntem Yaklaşımları. (Çev. Edt: SB Demir) Ankara: Eğiten Kitap.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2020). Karma yöntem araştırmaları tasarımı ve yürütölmesi. (Çev. Edt. Y. Dede, S. B. Demir). Anı Yayıncılık. (Oriğinal çalışmanın yayın tarihi 2011).

Cutitta, K. E., Woodrow, L. K., Ford, J., Shea, J., Fischer, A., Hazelton, G., & Sears, S. F. (2014). Shocktivity: ability and avoidance of daily activity behaviors in ICD patients. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 34(4), 241-247.

Dağ, H., Kavlak, O., & Şirin, A. (2014). Neuman sistemler modeli ve infertilite stresörleri. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 6(2), 121-8.

Demirel, Ö. (2013). Kuramdan uygulamaya eğitimde program geliştirme. Ankara: Pegem.

Dickerson, S. S., Flaig, D. M., & Kennedy, M. C. (2000). Therapeutic connection: help seeking on the Internet for persons with implantable cardioverter defibrillators. *Heart & Lung*, 29(4), 248-255.

Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: A general overview. *South African journal of psychology*, 39(4), 391-406.

Diniz JSP, Batista KM, Luciano LS, Fioresi M, Amorim MHC, Bringuento MEO (2019). Nursing Intervention Based on Neuman's Theory and Mediated by an Educational Game. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(6): 600-607.

Dörfel, D., Rabe, S., & Karl*, A. (2008). Coping strategies in daily life as protective and risk factors for post traumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Journal of Loss and trauma*, 13(5), 422-440.

Dougherty CM, Benoliel JQ, Bellin C. (2000). Domains of nursing intervention after sudden cardiac arrest and automatic internal cardioverter defibrillator implantation. *Heart Lung*. 29:79-86.

Dougherty CM, Pyper GP, and Frasz HA. (2004a). Description of Nursing intervention program after an ICD National Institutes of Health, National Institute for Nursing Research. *Heart Lung*. 33:183-190.0

Dougherty CM, Lewis FM, Thompson EA, Baer JD, Kim W. (2004b). Short-term efficacy of a telephone intervention by expert nurses after an implantable cardioverter defibrillator. *Pacing Clin Electrophysiology*.27: 1594– 1602.

Dougherty CM, Thompson EA, Lewis FM.(2005). Long-term outcomes of a telephone intervention after an ICD. *Pacing Clin Electrophysiol*.28: 1157– 1167.

Dougherty, C. M. (1994). Longitudinal recovery following sudden cardiac arrest and internal cardioverter defibrillator implantation: survivors and their families. *American Journal of Critical Care*, 3(2), 145-154.

DuBois, C. M., Lopez, O. V., Beale, E. E., Healy, B. C., Boehm, J. K., Huffman, J. C. (2015). Relationships between positive psychological constructs and health outcomes in patients with cardiovascular disease: A systematic review. *International Journal of Cardiology*, 195, 265–280.

Dunbar, S. B. (2005). Psychosocial issues of patients with implantable cardioverter defibrillators. *American Journal of Critical Care*, 14(4), 294.

Dunbar, S. B., Dougherty, C. M., Sears, S. F., Carroll, D. L., Goldstein, N. E., Mark, D. B., ... & Zeigler, V. L. (2012). Educational and psychological interventions to improve outcomes for recipients of implantable cardioverter defibrillators and their families: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 126(17), 2146-2172.

Dunbar, S. B., Langberg, J. J., Reilly, C. M., Viswanathan, B., McCarty, F., Culler, S. D., ... & Weintraub, W. S. (2009). Effect of a psychoeducational intervention on depression, anxiety, and health resource use in implantable cardioverter defibrillator patients. *Pacing and clinical electrophysiology*, 32(10), 1259-1271.

Dye, C. A., Engelstein, E., Swearingen, S., Murphy, J., Larsen, T., & Volgman, A. S. (2022). Sex, rhythm & death: the effect of sexual activity on cardiac arrhythmias and sudden cardiac death. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 9, 987247.

Eckert, M., & Jones, T. (2002). How does an implantable cardioverter defibrillator (ICD) affect the lives of patients and their families?. *International journal of nursing practice*, 8(3), 152-157.

Epstein AE. Benefits of the implantable cardioverter-defibrillator. *J Am Coll Cardiol* 2008 30;52:1122

Ertürk, S. (2013). Eğitimde "program" geliştirme. Ankara: Edge.

Farabi, H., Rezapour, A., Jahangiri, R., Jafari, A., Rashki Kemmak, A., & Nikjoo, S. (2020). Economic evaluation of the utilization of telemedicine for patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Heart Failure Reviews*, 25, 1063-1075.

Farnia, V., Bahremand, M., Moradi, S., Mosavi, S. A., & Alikhani, M. (2016). Relationship between coping strategies and perceived social support with stress, depression and anxiety in people with coronary heart disease. *Social Sci*, 11(6), 837-41.

Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2012). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. Fa Davis.

Fawcett, J., & Foust, J. B. (2017). Optimal aging: a Neuman systems model perspective. *Nursing science quarterly*, 30(3), 269-276.

Fawcett, J., McDowell, B. M., Beckman, S., Green-Laughlin, D., Helewka, A., & Breckenridge, D. (2025). Thoughts About Stressors: A Neuman Systems Model Perspective. *Nursing Science Quarterly*, 38(1), 97-100.

Fleiss, J. L. (1971). Measuring nominal scale agreement among many raters. *Psychological bulletin*, 76(5), 378.

Flemme, I., Bolse, K., Ivarsson, A., Jinhage, B. M., Sandstedt, B., Edvardsson, N., & Fridlund, B. (2001). Life situation of patients with an implantable cardioverter defibrillator: a descriptive longitudinal study. *Journal of clinical nursing*, 10(4), 563-572.

Flemme, I., Hallberg, U., Johansson, I., & Strömberg, A. (2011). Uncertainty is a major concern for patients with implantable cardioverter defibrillators. *Heart & Lung*, 40(5), 420-428.

Flemme, I., Johansson, I., & Strömberg, A. (2012). Living with life-saving technology—coping strategies in implantable cardioverter defibrillators recipients. *Journal of clinical nursing*, 21(3-4), 311-321.

Ford, J., Rosman, L., Wuensch, K., Irvine, J., & Sears, S. F. (2016). Cognitive-behavioral treatment of posttraumatic stress in patients with implantable Cardioverter defibrillators: results from a randomized controlled trial. *Journal of traumatic stress*, 29(4), 388-392.

Ford, J., Sears, S. F., Shea, J. B., & Cahill, J. (2013). Coping with trauma and stressful events as a patient with an implantable cardioverter-defibrillator. *Circulation*, 127(4), e426-e430.

Francis, J., Johnson, B., & Niehaus, M. (2006). Quality of life in patients with implantable cardioverter defibrillators. *Indian pacing and electrophysiology journal*, 6(3), 173.

Freedenberg, Vicki A., Sue A. Thomas, and Erika Friedmann. "A pilot study of a mindfulness based stress reduction program in adolescents with implantable cardioverter defibrillators or pacemakers." *Pediatric cardiology* 36 (2015): 786-795.

Friedman, D. J., Parzynski, C. S., Varosy, P. D., Prutkin, J. M., Patton, K. K., Mithani, A., ... & Al-Khatib, S. M. (2016). Trends and in-hospital outcomes associated with adoption of the subcutaneous implantable cardioverter defibrillator in the United States. *JAMA cardiology*, 1(8), 900-911.

Friedmann, E., Thomas, S. A., Inguito, P., Kao, C. W., Metcalf, M., Kelley, F. J., & Gottlieb, S. S. (2006). Quality of life and psychological status of patients with implantable cardioverter defibrillators. *Journal of Interventional Cardiac Electrophysiology*, 17(1), 65-72.

Frydensberg, V. S., Möller, S., Johansen, J. B., Strömberg, A., & Pedersen, S. S. (2025). Body image concerns in patients with an implantable cardioverter defibrillator:

association with other patient-reported outcome measures. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(1), 91-101.

Garrino, L., Borraccino, A., Peraudo, E., Bobbio, M., & Dimonte, V. (2018). “Hosting” an implantable cardioverter defibrillator: a phenomenological inquiry. *Research in nursing & health*, 41(1), 57-68.

Ghezzi, E. S., Sharman, R. L., Selvanayagam, J. B., Psaltis, P. J., Sanders, P., Astley, J. M., ... & Keage, H. A. (2023). Burden of mood symptoms and disorders in implantable cardioverter defibrillator patients: a systematic review and meta-analysis of 39 954 patients. *Europace*, 25(6), euad130.

Giorgi, A. (1997). The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235– 260.

Glikson, M., & Friedman, P. A. (2001). The implantable cardioverter defibrillator. *The Lancet*, 357(9262), 1107-1117.

Goldenberg, I., Gillespie, J., Moss, A. J., Hall, W. J., Klein, H., McNitt, S., ... & Executive Committee of the Multicenter Automatic Defibrillator Implantation Trial II. (2010). Long-term benefit of primary prevention with an implantable cardioverter-defibrillator: an extended 8-year follow-up study of the Multicenter Automatic Defibrillator Implantation Trial II. *Circulation*, 122(13), 1265-1271.

Guan, T., Santacroce, S. J., Chen, D. G., & Song, L. (2020). Illness uncertainty, coping, and quality of life among patients with prostate cancer. *Psycho-oncology*, 29(6), 1019-1025.

Gunbayi, I. (2020). Action research as a mixed methods research: Definition, philosophy, types, process, political and ethical issues and pros and cons. *Journal of Mixed Methods Studies*, Issue 2, 16-25

Gunbayi, I. (2024). Rigor in qualitative research. *Journal of Action Qualitative & Mixed Methods Research*, 3(2), 1-7.

Gunbayi, I., Yörük, T., & Vezne, R. (2017). Improving Technical Drawing Skills of VET Teachers: An Action Research Project. Online Submission, 24(1), 77-91.

Günüşen, N. P., Üstün, B., & Gigliotti, E. (2009). Conceptualization of burnout from the perspective of the Neuman systems model. *Nursing Science Quarterly*, 22(3), 200-204.

Habermas, J. (1987). Knowledge and human interests: A general perspective in knowledge and human interests. Cambridge: Policy.

Habibovic, M., Denollet, J., Cuijpers, P., Spek, V. R., van den Broek, K. C., Warmerdam, L., ... & Pedersen, S. S. (2014). E-health to manage distress in patients with an implantable cardioverter-defibrillator: primary results of the WEBCARE trial. *Psychosomatic Medicine*, 76(8), 593-602.

Habibović, M., Denollet, J., Cuijpers, P., van der Voort, P. H., Herrman, J. P., Bouwels, L., ... & Pedersen, S. S. (2017). Web-based distress management for implantable cardioverter defibrillator patients: A randomized controlled trial. *Health Psychology*, 36(4), 392.

Habibović, M., Mudde, L., Pedersen, S. S., Schoormans, D., Widdershoven, J. W. M. G., & Denollet, J. (2018). Sleep disturbance in patients with an implantable cardioverter defibrillator: Prevalence, predictors and impact on health status. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(5), 390-398.

Hallgren, K. A. (2012). Computing inter-rater reliability for observational data: an overview and tutorial. *Tutorials in quantitative methods for psychology*, 8(1), 23.

Hannoodee, S., & Dhamoon, A. S. (2021). Nursing Neuman Systems Model. StatPearls [Internet].

Helmark, C., Egholm, C. L., Rottmann, N., Skovbakke, S. J., Andersen, C. M., Johansen, J. B., ... & Pedersen, S. S. (2023). A web-based intervention for patients with an implantable cardioverter defibrillator—A qualitative study of nurses' experiences (data from the ACQUIRE-ICD study). *PEC innovation*, 2, 100110.

Hermann, C., von zur MÜHEN, F., Schaumann, A., Buss, U., Kemper, S., Wantzen, C., & GONSKA, B. D. (1997). Standardized assessment of psychological well-being and quality-of-life in patients with implanted defibrillators. *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 20(1), 95-103.

Hernandez R, Kershaw KN, Siddique J, et al. (2015). Optimism and cardiovascular health: Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *HealthBehavPolicyRev*, 2:62–73.

Hoogwegt, M. T., Kupper, N., Jordaens, L., Pedersen, S. S., & Theuns, D. A. (2013). Comorbidity burden is associated with poor psychological well-being and physical health status in patients with an implantable cardioverter-defibrillator. *Europace*, 15(10), 1468-1474.

Humphreys, N. K., Lowe, R., Rance, J., & Bennett, P. D. (2016). Living with an implantable cardioverter defibrillator: The patients' experience. *Heart & Lung*, 45(1), 34-40.

Ibrahim, N. M., Hebeshy, M. I., Abdelkader, H. M., Mohamed, N. A., Abdel-Aziz, H. R., Alomari, A. K., & Elsehrawy, M. G. (2024). Effectiveness of an educational program on coping, self-efficacy and health-related quality of life of patients with permanent pacemaker implantation: A quasi-experimental study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 20, 100700.

Idowu, O. A., Oyekunle, A. A., Fajemilehin, B. R., & Idowu-Olutola, O. M. (2022). Applying the Betty Neuman Model to Explain the Relationship between Workload as Stressors and Shift Work Disorder among Nurses; a Conceptual Model. *South Asian Res J Nurs Health Care*, 4(3), 41-44.

İnan, F. Ş., & Üstün, B. (2018). Home-based psychoeducational intervention for breast cancer survivors. *Cancer nursing*, 41(3), 238-247.

İngiliz Kalp Vakfı, 2017 Erişim adresi: <https://www.bhf.org.uk/> Erişim Tarihi: 20.11.2022.

Ingles, J., Sarina, T., Kasparian, N., & Semsarian, C. (2013). Psychological well being and posttraumatic stress associated with implantable cardioverter defibrillator therapy in young adults with genetic heart disease. *International journal of cardiology*, 168(4), 3779-3784.

Isaksen, K., Morken, I. M., Munk, P. S., & Larsen, A. I. (2012). Exercise training and cardiac rehabilitation in patients with implantable cardioverter defibrillators: a review of current literature focusing on safety, effects of exercise training, and the psychological impact of programme participation. *European Journal of preventive cardiology*, 19(4), 804-812.

Ivankova, N. V. (2014). *Mixed methods applications in action research*. Sage

Ivankova, N. V. (2022). *Eylem Araştırmasında Karma Yöntem Uygulamaları, Yöntemden Topluluk Eylemine*, (Çevr Ed.: Günbayı, İ. & Karadağ E.). Ankara: Vizetek Yayıncılık.

Jackson, L. R., McKenna, K., Corneli, A., Dombeck, C., Brelsford, K., & Thomas, K. L. (2024). Assisting Black Patients With Decision-Making for Implantable Cardioverter Defibrillator Therapy: Qualitative Findings From the Videos to Reduce Racial Disparities in ICD Therapy via Innovative Designs (VIVID) Trial. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, e010550.

Jakub, K. E. (2018). Men with implantable cardioverter defibrillators: A qualitative study of gender and age. *Heart & Lung*, 47(5), 452-457.

Jeon, Y. H., Kraus, S. G., Jowsey, T., & Glasgow, N. J. (2010). The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. *BMC health services research*, 10, 1-9.

Johnson, A. E., Bell, Y. K., Hamm, M. E., Saba, S. F., & Myaskovsky, L. (2020). A qualitative analysis of patient-related factors associated with implantable cardioverter defibrillator acceptance. *Cardiology and Therapy*, 9, 421-432.

Johnson, A. P. (2019). *Eylem araştırması el kitabı*. (Çevr. Ed.: Uzuner Y. & Özten Anay M.) A short guide to action research. 3. Basım. Ankara: Anı Yayıncılık.

Karataş, T., & Polat, Ü. (2015). İntrakardiyakdefibrilatör şoklaması yaşayan hastaya psikososyal hemşirelik yaklaşımı. *Medeniyet MedicalJournal*, 30(1), 51-55.

Kenndy-Moore, E., Watson, J. C. (2001). How and when does emotional expression help? *Review of General Psychology*, 5, 187-212.

Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002) Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007–1022.

Kim, J., Park, J. K., Choi, J., Kim, S. H., On, Y. K., Shin, M. S., ... & Heo, S. (2020). Changes in the Physical Function and Psychological Distress from Pre-Implant to 1, 6, and 12 Months Post-Implant in Patients Undergoing Implantable Cardioverter Defibrillator Therapy. *Journal of clinical medicine*, 9(2), 307.

Knight, L., Livingston, N. A., Gawlinski, A., & DeLurgio, D. B. (1997). Caring for patients with third-generation implantable cardioverter defibrillators: from decision to implant to patient's return home. *Critical care nurse*, 17(5), 46-51.

Knowles, S. R., Apputhurai, P., O'Brien, C. L., Ski, C. F., Thompson, D. R., & Castle, D. J. (2020). Exploring the relationships between illness perceptions, self-efficacy, coping strategies, psychological distress and quality of life in a cohort of adults with diabetes mellitus. *Psychology, health & medicine*, 25(2), 214-228.

Koçak, A. T., & Arslan, S. (2021). Covid-19 Pandemisinde Neuman Sistemler Modeli Işığında Parkinsonlu Bireye Uygulanan Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 66-80.

Kubzansky, L. D., Huffman, J. C., Boehm, J. K., Hernandez, R., Kim, E. S., Koga, H. K., ... & Labarthe, D. R. (2018). Positive psychological well-being and cardiovascular disease: JACC health promotion series. *Journal of the American College of Cardiology*, 72(12), 1382-1396.

Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). An application of hierarchical kappa-type statistics in the assessment of majority agreement among multiple observers. *Biometrics*. 363- 374.

Leong, A. M., Arnold, A. D., & Whinnett, Z. I. (2024). Implantable Cardioverter Defibrillator Tachycardia Therapies: Past, Present and Future Directions. *Journal of Cardiovascular Development and Disease*, 11(3), 92.

Lewis KB, Stacey D, Matlock DD. Making decisions about Implantable Cardioverter-Defibrillators from implantation to end-of-life: an integrative review of patients' perspectives *Patient*. 2014;7:243-60.

Li, Z., Liu, Y., Wang, J., Zhang, C., & Liu, Y. (2022). Effectiveness of cognitive behavioral therapy on mood symptoms in patients with implantable cardioverter defibrillator: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 47, 101570.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.

Lincoln, Y.S., Lynham, S.A., & Guba, E.G. (2011). Paradigmatic controversies, contradictions and emerging congluences. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (4th ed., pp. 97-128). Thousand Oaks, CA: Sage.

Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2006). Psychoeducation as evidence-based practice. *Foundations of evidence-based social work practice*, 291, 205-25.

Lundgren, J., Johansson, P., Jaarsma, T., Andersson, G., & Kärner Köhler, A. (2018). Patient experiences of web-based cognitive behavioral therapy for heart failure and depression: qualitative study. *Journal of medical Internet research*, 20(9), e10302.

Lunenburg, F. C. (2011). Theorizing about curriculum: Conceptions and definitions. *International journal of scholarly academic intellectual diversity*, 13(1), 1-6.

Magnusson, P., Jonsson, J., Mörner, S., & Fredriksson, L. (2017). Living with hypertrophic cardiomyopathy and an implantable defibrillator. *BMC cardiovascular disorders*, 17, 1-10.

Magyar-Russell, G., Thombs, B. D., Cai, J. X., Baveja, T., Kuhl, E. A., Singh, P. P., ... & Ziegelstein, R. C. (2011). The prevalence of anxiety and depression in adults with

implantable cardioverter defibrillators: a systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 71(4), 223-231.

Maia, A. C. C. O., Braga, A. A., Soares-Filho, G., Pereira, V., Nardi, A. E., & Silva, A. C. (2014). Efficacy of cognitive behavioral therapy in reducing psychiatric symptoms in patients with implantable cardioverter defibrillator: an integrative review. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 47, 265-272.

Maron, B. J., Spirito, P., Shen, W. K., Haas, T. S., Formisano, F., Link, M. S., ... & Bruzzi, P. (2007). Implantable cardioverter-defibrillators and prevention of sudden cardiac death in hypertrophic cardiomyopathy. *Jama*, 298(4), 405-412.

Mattsson, G., & Magnusson, P. (2020). Long-term follow-up of implantable cardioverter defibrillator patients with regard to appropriate therapy, complications, and mortality. *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 43(2), 245-253.

May, C. D., Smith, P. R., Murdock, C. J., & Davis, M. J. (1995). The impact of the implantable cardioverter defibrillator on quality-of-life. *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 18(7), 1411-1418.

McCrae, C. S., Roth, A. J., Ford, J., Crew, E. C., Conti, J. B., Berry, R. B., & Sears, S. F. (2016). Sleep, psychosocial functioning, and device-specific adjustment in patients with implantable cardioverter defibrillators (ICDs). *Behavioral sleep medicine*, 14(1), 49-66.

McDonough, A. (2009). The experiences and concerns of young adults (18–40 years) living with an implanted cardioverter defibrillator (ICD). *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(4), 274-280.

McDowell, B. M., Beckman, S., & Fawcett, J. (2023). Created Environment: Evolution of a Neuman Systems Model Concept. *Nursing Science Quarterly*, 36(1), 89-91.

Melholt, C., Joensson, K., Spindler, H., Hansen, J., Andreasen, J. J., Nielsen, G., ... & Dinesen, B. I. (2018). Cardiac patients' experiences with a telerehabilitation web portal: Implications for eHealth literacy. *Patient education and counseling*, 101(5), 854-861.

Miller, J. L., Thylén, I., Elayi, S. C., Etaee, F., Fleming, S., Czarapata, M. M., ... & Moser, D. K. (2019). Multi-morbidity burden, psychological distress, and quality of life in implantable cardioverter defibrillator recipients: Results from a nationwide study. *Journal of Psychosomatic Research*, 120, 39-45.

Montano, A. R. (2021). Neuman Systems Model with nurse-led interprofessional collaborative practice. *Nursing science quarterly*, 34(1), 45-53.

Moradi, Y., Mollazadeh, F., Jafarizadeh, H., Habibzadeh, H., Baghaei, R., Mohammadpour, Y., & Karimi, P. (2022). Challenges of living with an implantable cardioverter-defibrillator: A qualitative content analysis. *Nursing and Midwifery Studies*, 11(4), 247-252.

Morken, I. M., & Larsen, A. I. (2016). Psycho-educational programmes led by experienced nurses may improve the coping abilities of implantable cardioverter defibrillator recipients. *Evidence-based nursing*, 19(3), 79-80.

Morken, I. M., Isaksen, K., Karlsen, B., Norekvål, T. M., Bru, E., & Larsen, A. I. (2012). Shock anxiety among implantable cardioverter defibrillator recipients with recent tachyarrhythmia. *Pacing and clinical electrophysiology*, 35(11), 1369-1376.

Morken, I. M., Norekvål, T. M., Bru, E., Larsen, A. I., & Karlsen, B. (2014). Perceptions of healthcare professionals' support, shock anxiety and device acceptance among implantable cardioverter defibrillator recipients. *Journal of advanced nursing*, 70(9), 2061-2071.

Morken, I. M., Severinsson, E., & Karlsen, B. (2010). Reconstructing unpredictability: experiences of living with an implantable cardioverter defibrillator over time. *Journal of clinical nursing*, 19(3-4), 537-546.

Moss, A. J., Greenberg, H., Case, R. B., Zareba, W., Hall, W. J., Brown, M. W., ... & Elkin, A. D. (2004). Long-term clinical course of patients after termination of ventricular tachyarrhythmia by an implanted defibrillator. *Circulation*, 110(25), 3760-3765.

Neuman, B., & Fawcett, J. (Eds.) (2011). The Neuman systems model (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Nicmanis, M. (2025). Patient-reported outcomes highlight the need for interventions addressing the body image concerns of patients with an implantable cardioverter-defibrillator. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(1), 102-103.

Nielsen, K. M., Zwisler, A. D., Taylor, R. S., Svendsen, J. H., Lindschou, J., Anderson, L., ... & Berg, S. K. (2019). Exercise-based cardiac rehabilitation for adult patients with an implantable cardioverter defibrillator. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).

Novick-Kline, P., Turk, C. L., Mennin, D. S., et al. (2005). Level of emotional awareness as a differentiating variable between individuals with and without generalized anxiety disorder. *Anxiety Disorders*, 19, 557-572.

Ong, S. H., & Caron, A. (2008). Family-based psychoeducation for children and adolescents with mood disorders. *Journal of Child and Family Studies*, 17(6), 809-822.

Özkan, S., & Öztürk, C. (2013). Neuman'ın sistemler modeli kullanımına bir örnek: Pnömonili bir bebeğin hemşirelik bakımı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3), 109-114.

Palacios-Ceña, D., Losa, M. E., Fernández-de-las-Peñas, C., & Salvadores-Fuentes, P. (2011). Living with life insurance: a qualitative analysis of the experience of male implantable defibrillator recipients in Spain. *Journal of clinical nursing*, 20(13-14), 2003-2013.

Park, C. L., Folkman, S., & Bostrom, A. (2001). Appraisals of controllability and coping in caregivers and HIV+ men: testing the goodness-of-fit hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 69(3), 481.

Pasyar, N., Rambod, M., Zare, A., & Nikoo, M. H. (2022). The Predictor Roles of Spiritual Well-Being, Healthcare Professionals' Support and Shock Anxiety in Implantable Cardioverter-Defibrillator Device Acceptance. *The Malaysian Journal of Medical Sciences: MJMS*, 29(3), 80.

Pasyar, N., Sharif, F., Rakhshan, M., hossein Nikoo, M., & Navab, E. (2017a). Patients' experiences of living with implantable cardioverter defibrillators. *International Cardiovascular Research Journal*, 11(3).

Pasyar, N., Sharif, F., Rakhshan, M., Nikoo, M. H., & Navab, E. (2017b). Changes in daily life of Iranian patients with implantable cardioverter defibrillator: a qualitative study. *International journal of community based nursing and midwifery*, 5(2), 134-143.

Pasyar, N., Sharif, F., Rakhshan, M., Nikoo, M., & Navab, E. (2015). Iranian patients' experiences of the internal cardioverter defibrillator device shocks: a qualitative study. *Journal of caring sciences*, 4(4), 277.

Patton, M. Q. (1987). *How to use qualitative methods in evaluation* (No. 4). Sage.

Pavia, S., & Wilkoff, B. (2001). The management of surgical complications of pacemaker and implantable cardioverter-defibrillators. *Current opinion in cardiology*, 16(1), 66-71.

Pedersen, S. S., Hoogwegt, M. T., Jordaens, L., & Theuns, D. A. (2011a). Relation of symptomatic heart failure and psychological status to persistent depression in patients with implantable cardioverter-defibrillator. *The American journal of cardiology*, 108(1), 69-74.

Pedersen, S. S., Skovbakke, S. J., Wiil, U. K., Schmidt, T., Christensen, R. D., Brandt, C. J., ... & Nielsen, J. C. (2018). Effectiveness of a comprehensive interactive eHealth intervention on patient-reported and clinical outcomes in patients with an implantable cardioverter defibrillator [ACQUIRE-ICD trial]: study protocol of a national Danish randomised controlled trial. *BMC cardiovascular disorders*, 18(1), 1-12

Pedersen, S. S., Spek, V., Theuns, D. A., Alings, M., van der Voort, P., Jordaens, L., ... & van den Broek, K. C. (2009). Rationale and design of WEBCARE: a randomized, controlled, web-based behavioral intervention trial in cardioverter-defibrillator patients to reduce anxiety and device concerns and enhance quality of life. *Trials*, 10, 1-6.

Pedersen, S. S., van den Broek, K. C., Theuns, D. A., Erdman, R. A., Alings, M., Meijer, A., ... & Denollet, J. (2011b). Risk of chronic anxiety in implantable defibrillator patients: a multi-center study. *International journal of cardiology*, 147(3), 420-423.

Piepoli, M. F., Corrà, U., Adamopoulos, S., Benzer, W., Bjarnason-Wehrens, B., Cupples, M., ... & Giannuzzi, P. (2014). Secondary prevention in the clinical management of patients with cardiovascular diseases. Core components, standards and outcome measures for referral and delivery: a policy statement from the cardiac rehabilitation section of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation. Endorsed by the Committee for Practice Guidelines of the European Society of Cardiology. *European journal of preventive cardiology*, 21(6), 664-681.

Pike, A., Dobbin-Williams, K., & Swab, M. (2020). Experiences of adults living with an implantable cardioverter defibrillator for cardiovascular disease: a systematic review of qualitative evidence. *JBIC Evidence Synthesis*, 18(11), 2231-2301.

Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R. D., & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30, s73-s80.

Pressman, S. D., Jenkins, B. N., & Moskowitz, J. T. (2019). Positive affect and health: What do we know and where next should we go?. *Annual review of psychology*, 70(1), 627-650.

Pyngottu, A., Werner, H., Lehmann, P., & Balmer, C. (2019). Health-related quality of life and psychological adjustment of children and adolescents with pacemakers and implantable cardioverter defibrillators: a systematic review. *Pediatric cardiology*, 40(1), 1-16.

Rahman, B., Macciocca, I., Sahhar, M., Kamberi, S., Connell, V., & Duncan, R. E. (2012). Adolescents with implantable cardioverter defibrillators: a patient and parent perspective. *Pacing and clinical electrophysiology*, 35(1), 62-72.

Ranasinghe, I., Parzynski, C. S., Freeman, J. V., Dreyer, R. P., Ross, J. S., Akar, J. G., ... & Curtis, J. P. (2016). Long-term risk for device-related complications and reoperations

after implantable cardioverter-defibrillator implantation: an observational cohort study. *Annals of internal medicine*, 165(1), 20-29.

Roohafza, H. R., Afshar, H., Keshteli, A. H., Mohammadi, N., Feizi, A., Taslimi, M., & Adibi, P. (2014). What's the role of perceived social support and coping styles in depression and anxiety?. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 19(10), 944.

Rordorf, R., Pignalosa, L., Casula, M., Perna, E., Baroni, M., Garascia, A., ... & Bella, P. D. (2024). Real-world data of patients affected by advanced heart failure treated with implantable cardioverter defibrillator and left ventricular assist device: Results of a multicenter observational study. *Artificial Organs*, 48(5), 525-535.

Rosi, I. M., Bombardieri, F., Steri, D., Sternativo, M., & Rancati, S. (2021). “Those Plates That Save Me”: Experiences of Italian Patients With Implantable Cardioverter Defibrillator. *Clinical nursing research*, 30(5), 616-624.

Ryff CD, Love GD, Urry HL, et al. (2006). Psychological well-being and ill-being: do they have distinct mirrored biological correlates? *Psychother Psychosom*, 75:85–95.

Şahin N.H., Durak A. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması. *Türk Psikoloji Derg* 1995;10(34):56-73.

Şahin, H. (2006). Eğitim Programı Geliştirme Sürecinde Önemli Bir Aşama: İhtiyaç Belirleme. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 22(22), 1-9.

Sanders, K. H., Carver, K., Eggleton, E., Pugh, P. J., Walker, L., & Azzawi, M. (2024). Perceived benefits of patient support groups and their format for people with an implantable cardioverter defibrillator. *Heart & Lung*, 67, 152-157.

Schaefer, S. M., Morozink Boylan, J., Van Reekum, C. M., Lapate, R. C., Norris, C. J., Ryff, C. D., & Davidson, R. J. (2013). Purpose in life predicts better emotional recovery from negative stimuli. *PloS one*, 8(11), e80329.

Schulz, S. M., &Pauli, P. (2011). Internettherapie für ICD-Patienten. *Herzschrittmachertherapie+ Elektrophysiologie*, 22(3), 166-173.

Schulz, S. M., Massa, C., Grzbiela, A., Dengler, W., Wiedemann, G., &Pauli, P. (2013). Implantable cardioverter defibrillator shocks are prospective predictors of anxiety. *Heart & Lung*, 42(2), 105-111.

Schulz, S. M., Ritter, O., Zniva, R., Nordbeck, P., Wacker, C., Jack, M., ... & Pauli, P. (2020). Efficacy of a web-based intervention for improving psychosocial well-being in patients with implantable cardioverter-defibrillators: the randomized controlled ICD-FORUM trial. *European Heart Journal*, 41(11), 1203-1211.

Schwartz, P. J., Spazzolini, C., Priori, S. G., Crotti, L., Vicentini, A., Landolina, M., ... & Brink, P. A. (2010). Who are the long-QT syndrome patients who receive an implantable cardioverter-defibrillator and what happens to them? Data from the European Long-QT Syndrome Implantable Cardioverter-Defibrillator (LQTS ICD) Registry. *Circulation*, 122(13), 1272-1282.

Sears, S. F., & Conti, J. B. (2002). Quality of life and psychological functioning of ICD patients. *Heart*, 87(5), 488-493.

Sears, S. F., Sowell, L. D. V., Kuhl, E. A., Kovacs, A. H., Serber, E. R., Handberg, E., ... & Conti, J. B. (2007). The ICD shock and stress management program: a randomized trial of psychosocial treatment to optimize quality of life in ICD patients. *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 30(7), 858-864.

Shemesh, E., Yehuda, R., Milo, O., Dinur, I., Rudnick, A., Vered, Z., & Cotter, G. (2004). Posttraumatic stress, nonadherence, and adverse outcome in survivors of a myocardial infarction. *Psychosomatic medicine*, 66(4), 521-526.

Skalski, C. A., DiGerolamo, L., & Gigliotti, E. (2006). Stressors in five client populations: Neuman systems model-based literature review. *Journal of advanced nursing*, 56(1), 69-78.

Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological bulletin*, 129(2), 216.

Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. (2010). Brunner&Suddarth's Text Book of Medical Surgical Nursing, 12. Edition, Wolters Kluwer Health, Philadelphia, 747-754.

Smith, L. C., Fogel, D., & Friedman, S. (1998). Cognitive–Behavioral Treatment of Panic Disorder With Agoraphobia Triggered by AICD Implant Activity. *Psychosomatics*, 5(39), 474-477.

Sossong, A. (2007). Living with an implantable cardioverter defibrillator: patient outcomes and the nurse's role. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(2), 99-104.

Starrenburg, A., Pedersen, S., Van den Broek, K., Kraaier, K., Scholten, M., & Van der Palen, J. (2014). Gender differences in psychological distress and quality of life in patients with an ICD 1-Year postimplant. *Pacing and clinical electrophysiology*, 37(7), 843-852.

Steffes, S. S., Thompson, E. A., Bridges, E. M., & Dougherty, C. M. (2017). Knowledge of implantable cardioverter defibrillator purpose and function among nurses in the United States. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(3), 304-310.

Steinke, E. E., Gill-Hopple, K., Valdez, D., & Wooster, M. (2005). Sexual concerns and educational needs after an implantable cardioverter defibrillator. *Heart & Lung*, 34(5), 299-308.

Strasshofer, D. R., Peterson, Z. D., Beagley, M. C., & Galovski, T. E. (2018). Investigating the relationship between posttraumatic stress symptoms and posttraumatic growth following community violence: The role of anger. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 10(5), 515.

Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2011). Principles and practice of psychiatric nursing. 8'th Edition. St Louis: Mosby Elsevier.

Telef, B. B. (2013). Psikolojik iyi oluş ölçeği: Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 28(28-3), 374-384.

Thomas, S. A., Friedmann, E., Kao, C. W., Inguito, P., Metcalf, M., Kelley, F. J., &Gottlieb, S. S. (2006). Quality of life andpsychologicalstatus of patients with implantable cardioverter defibrillators. AmericanJournal of Critical Care, 15(4), 389-398.

Türk Dil Kurumu (t.y). Tedirgin olmak. İçinde *Genel Türkçe Sözlük*. Erişim Tarihi: Mart, 8, 2025, <https://sozluk.gov.tr/>

Türkmen, S. N., & Çam, M. O. (2012). Miyokart Enfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Psikoeğitimin Psikososyal Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Dernegi, 3(3).

Turner, S. B., &Kaylor, S. D. (2015). Neumansystems model as a conceptualframeworkfornurseresilience. Nursingsciencequarterly, 28(3), 213-217.

Ume-Nwagbo, P. N., DeWan, S. A., &Lowry, L. W. (2006). Using the Neuman systems model forbest practices. NursingScienceQuarterly, 19(1), 31-35.

Uysal, H. (2016). Kalp hastalarının rehabilitasyonunda psikososyal yaklaşım. Türkiye Klinikleri J NursSci, 8(3), 257-270.

van den Heuvel, L. M., Sarina, T., Sweeting, J., Yeates, L., Bates, K., Spinks, C., ... & Ingles, J. (2022). A prospective longitudinal study of health-related quality of life and psychological wellbeing after an implantable cardioverter-defibrillator in patients with genetic heart diseases. *Heart Rhythm O2*, 3(2), 143-151.

Vazquez, L. D., Conti, J. B., &Sears, S. F. (2010). Female-specific education, management, and lifestyle enhancement for implantable cardioverter defibrillator patients: the FEMALE-ICD study. Pacing and clinical electrophysiology, 33(9), 1131-1140.

Vazquez, L. D., Kuhl, E. A., Shea, J. B., Kirkness, A., Lemon, J., Whalley, D., ... & Sears, S. F. (2008). Age-specific differences in women with Implantable Cardioverter

Defibrillators: an international multi center study. *Pacing and clinical electrophysiology*, 31(12), 1528-1534.

Velioğlu, P. (2012). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.

Verberk, F., & Fawcett, J. (2017). Thoughts about created environment: a neuman systems model concept. *Nursing science quarterly*, 30(2), 179-181.

Viegas, L. M., & Rodrigues, F. M. (2022). Safety in the Home Care Environment of Families Caring for the Elderly. In *Contemporary Topics in Patient Safety-Volume 2*. IntechOpen.

Vlay, S. C., Olson, L. C., Fricchione, G. L., & Friedman, R. (1989). Anxiety and anger in patients with ventricular tachyarrhythmias. Responses after automatic internal cardioverter defibrillator implantation. *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 12(2), 366-373.

Waldemar, A., Strömberg, A., Thylén, I., & Bremer, A. (2023). Experiences of family-witnessed cardiopulmonary resuscitation in hospital and its impact on life: An interview study with cardiac arrest survivors and their family members. *Journal of clinical nursing*, 32(19-20), 7412-7424.

Walker, R. L., Campbell, K. A., Sears Jr, S. F., Glenn, B. A., Sotile, R., Curtis, A. B., & Conti, J. B. (2004). Women and the implantable cardioverter defibrillator: a lifespan perspective on key psychosocial issues. *Clinical cardiology*, 27(10), 543-546.

Whitelaw, S., Pellegrini, D. M., Mamas, M. A., Cowie, M., & Van Spall, H. G. (2021). Barriers and facilitators of the uptake of digital health technology in cardiovascular care: a systematic scoping review. *European Heart Journal-Digital Health*, 2(1), 62-74.

Wilkoff, B. L., Fauchier, L., Stiles, M. K., Morillo, C. A., Al-Khatib, S. M., Almendral, J., ... & Wang, P. J. (2016). 2015 HRS/EHRA/APHRS/SOLAECE expert consensus statement on optimal implantable cardioverter-defibrillator programming and testing. *EP Europace*, 18(2), 159-183.

Wising, J., Mattsson, G., Rambaree, K., Willmer, M., Wallhagen, M., & Magnusson, P. (2022). 'Life with a device': the octogenarians' experiences with an implantable cardioverter-defibrillator—a qualitative study. *European journal of cardiovascular nursing*, 21(2), 161-168.

Ye, Z., Yang, X., Zeng, C., Wang, Y., Shen, Z., Li, X., & Lin, D. (2020). Resilience, social support, and coping as mediators between COVID-19-related stressful experiences and acute stress disorder among college students in China. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 12(4), 1074-1094.

Yow, A. G., Rajasurya, V., & Sharma, S. (2022). Sudden cardiac death. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing.

Yu, D. S., Lee, D. T., & Woo, J. (2010). Improving health-related quality of life of patients with chronic heart failure: effects of relaxation therapy. *Journal of advanced nursing*, 66(2), 392-403.

Yu, D. S., Lee, D. T., Woo, J., & Hui, E. (2007). Non-pharmacological interventions in older people with heart failure: effects of exercise training and relaxation therapy. *Gerontology*, 53(2), 74-81.

Zanotto G, D'Onofria A, Bella PD, Solimene F, Pisano EC, Lacopino S, et al. (2019). Organizational model and reaction to alerts in remote monitoring of cardiac implantable electronic devices: a survey from the Home Monitoring Expert Alliance Project. *Clin Cardiol*, 42(1):76-83.

Zhou, X. Y., Ke, Q. Q., Su, J. K., Hu, K., & Yang, Q. H. (2023). The Life Experience of Patients after the Implantation of Cardiovascular Implantable Electronic Devices: A Qualitative Meta-Synthesis. *Reviews in Cardiovascular Medicine*, 24(10), 304.

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Merhaba ben, Seher KAŞLI. Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği alanında doktora yapmaktayım. Doktora tezim kapsamında, İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatör uygulanacak hastaların gereksinim duydukları alanlarda bakım alabilmeleri için danışmanım Doç. Dr. Kerime BADEMLİ ile psikoeğitim çalışması yürüteceğiz. Program sekiz oturumdan oluşmaktadır. Oturumlar ortalama birer saat sürecek ve haftada iki kez gerçekleştirilecektir. Araştırmanın başında ve sonunda doldurmanız gereken ölçekler mevcuttur. Bu ölçeklerin doldurulması ortalama 10-15 dk. olarak öngörülmektedir. Araştırma kapsamında müdahale sonrası derinlemesine bireysel görüşmeler yer alacaktır. Bu görüşmeden elde edilen bilgiler yalnızca araştırma için kullanılacak ve araştırmanın amacı dışında başka hiçbir çalışmada kullanılmayacaktır. Araştırma kapsamında size yönelteceğim sorulara düşünerek, içinizden geldiği gibi cevap vermenizi bekliyorum. İzniniz olursa görüşmeden elde edilecek verilerin daha iyi analiz edilebilmesi adına ses kayıt cihazı kullanmak istiyorum. Görüşme sonunda istemediğiniz bölümleri çıkartabilirim veya görüşmenin bir kopyasını size verebilirim.

Bu araştırmaya katılıp katılmama konusuna karar vermekte özgürsünüz. Katılmama yönündeki kararınız, alacağınız sağlık hizmetini hiçbir şekilde olumsuz yönde etkilemeyecektir. Araştırmadan çekilmek isterseniz istediğiniz anda çekilebilirsiniz. Araştırma kapsamında tüm aşamalarda kimliğiniz gizli tutulacaktır. Bu araştırma size ve bağlı olduğunuz sağlık giderlerinizi karşılamakla yükümlü olan kuruluşa herhangi bir mali yük getirmeyecektir. Araştırmaya katılmaya ilişkin karar verirken, gerek duyduğunuz bilgileri isteme, doğru ve anlaşılır yanıtlar alma hakkınız vardır. Araştırmada amaçladığımız gereksinim duyduğunuz noktalarda doğru ve destekleyici bakımı almanızdır.

Katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

Danışman Öğretim Üyesi

S.B.Ü Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Doç. Dr. Kerime BADEMLİ

Uzman Hemşire Seher KAŞLI

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaş:

2. Cinsiyet: () Erkek () Kadın

3. Öğrenim durumu:

() Okur yazar değil () İlk-orta öğretim () Lise () Üniversite

4. Medeni durumu: () Bekar () Evli

5. Çalışma Durumu () Çalışmıyor () Emekli () Çalışıyor

6. Ekonomik durumu: () Kötü () Orta () İyi

7. Kiminle birlikte yaşadığı: () Yalnız () Aileyle

8. İhtiyacı olduğu durumlarda yardımına başvurduğu kimseler var mı? () Var () Yok

9. Kronik hastalığı var mı? () Evet () Hayır

10. Kronik hastalığı varsa hangi hastalık/hastalıklar?

() Hipertansiyon () Diabetüs Mellitüs () Koroner arter hastalığı () Kronik kalp yetersizliği () Diğer

11. Sigara kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır () Bıraktım

12. Alkol kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır () Bıraktım

EYLEM SONRASI YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

1.Bir süredir İKD cihazıyla birlikte yaşıyorsunuz. İKD cihazıyla yaşamak konusunda deneyimlerinizi anlatır mısınız?

- İKD implantasyonu gerçekleştiğinden beri neler yaşıyorsunuz?,

2.İKD'ye sahip olmak sizi nasıl etkiledi? Etkiledi ise açıkla mısınız?

- Bu cihazla yaşamamanın sizi fiziksel olarak etkilediğini düşünüyor musunuz?
Etkilediyse nasıl etkiledi?

- Bu cihazla yaşamamanın sizi duygusal olarak etkilediğini düşünüyor musunuz?
Etkilediyse nasıl etkiledi?

- Bu cihazla yaşamamanın sizi sosyal olarak etkilediğini düşünüyor musunuz?
Etkilediyse nasıl etkiledi?

- Bu cihazla yaşamamanın sizi manevi açıdan etkilediğini düşünüyor musunuz?
Etkilediyse nasıl etkiledi?

3.İKD cihazı ile yaşamayı bir şeye benzetirseniz, neye benzetirsiniz? Neden?

4.Birlikte yürüttüğümüz psikoeğitim sürecini değerlendirmenizi istesem, nasıl değerlendirirsiniz?

- Bu süreç İKD cihazıyla yaşamak konusunda size bir etkide bulundu mu? Etkide bulundysa nasıl bir etkide bulundu? Nasıl değerlendirirsiniz?

5. Tedavinizle/süreçle ilgili bana söylemek istediğiniz başka bir şey var mı?

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ (SBTÖ)

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini (X) koyarak işaretleyin. Bir sıkıntım olduğunda

	Hiç Uygun Değil (0)	Uygun Değil (1)	Uygun Tamamen (2)	Uygun (3)
1.Kimsenin bilmesini istemem				
2.İyimser olmaya çalışırım				
3.Bir mucize olmasını beklerim				
4.Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım				
5.Baş a gelen çekilir diye düşünürüm				
6.Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7.Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim				
8. Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım				
9.İçinde bulunduğum kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem				
10.Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum				
11.Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam				
12.Kendime karşı hoşgörölü olmaya çalışırım				
13.İş olacağına varır diye düşünürüm				
14.Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım				

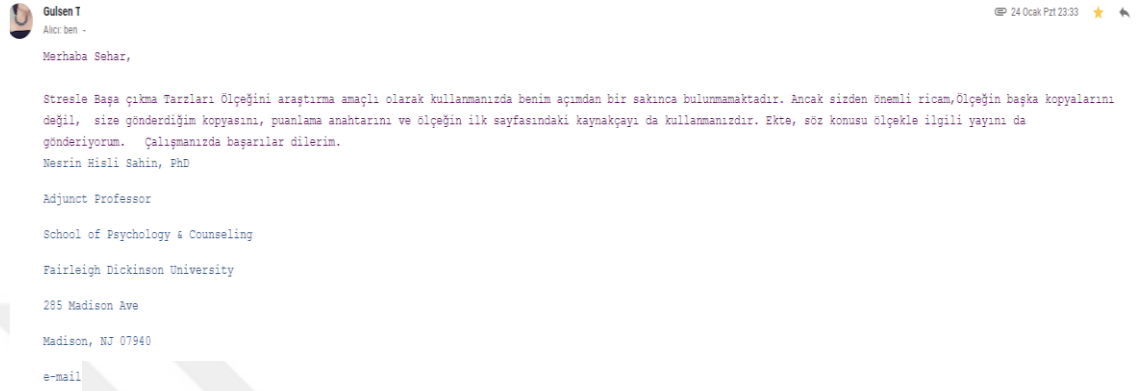
15.Problemin çözümü için adak adarım				
16.Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17.Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım				
18.Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım				
19.Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım				
20.Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım				
21.Mücadeleden vazgeçerim				
22.Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm				
23.Hakkımı savunabileceğimi düşünürüm				
24.Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim.				
25. “Keşke daha güçlü bir insan olsaydım” diye düşünürüm				
26.Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissediyorum				
27. “Benim suçum ne?” diye düşünürüm				
28. “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm.				
29.Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30.Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ

Aşağıda katılıp ya da katılamayacağınız 8 ifade vardır. 1–7 arasındaki derecelendirmeyi kullanarak, her bir madde için uygun olan cevabınızı belirtiniz.

	1	2	3	4	5	6	7
	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Kararsızım	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Amaçlı ve anlamlı bir yaşam sürdürüyorum							
2. Sosyal ilişkilerim destekleyici ve tatmin edicidir							
3. Günlük aktivitelere bağlı ve ilgiliyim							
4. Başkalarının mutlu ve iyi olmasına aktif olarak katkıda bulunurum							
5. Benim için önemli olan etkinliklerde yetenekli ve yeterliyim							
6. Ben iyi bir insanım ve iyi bir hayat yaşıyorum							
7. Geleceğim hakkında iyimserim							
8. İnsanlar bana saygı duyar							

KULLANILAN ÖLÇEKLER İÇİN E-POSTA İLE ALINAN İZİNLER



3 Ek



Seher Kaşlı

Sayın hocam merhabalar, Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği programı, doktora öğrencisiyim. 'Psikolojik İyi Oluş Ölçeği: Türkçeye Uyarlama, Geçerlik ve



Bulent Baki Telef

Alıcı: ben

Merhabalar,

Ekte ölçeği, geçerlik ve güvenirliğini gönderiyorum. İyi çalışmalar.

13 Ara 2021 Pzt 15:03 tarihinde Seher Kaşlı

ınu yazdı:

2 Ek



Yanıtla

Yönlendir

ETİK KURUL ONAYI

**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**

04.04/2022

Sayı : 70904504/184
Konu :

Sayın
Doç.Dr.Kerime BADEMLİ
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz,
"Neuman'ın Sistemler Modeli'ne Temellendirilmiş Psikoegitim Programının Implante
Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör Tedavisi Olan Hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları ve
Psikolojik İyi Oluş Düzeylerine Etkisi: Eylem Araştırması" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte
sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


PROF.DR. ARDA TAŞATARCI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ekl: Etik Kurul Kararı

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2022

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA	
	TELEFON	0 (242) 249 69 54	
	FAKS	0 (242) 249 69 03	
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr	
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20	
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Doç.Dr.Kerime BADEMLİ	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Neuman'ın Sistemler Modeli'ne Temellendirilmiş Psikoegitim Programının İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör Tedavisi Olan Hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Psikolojik İyi Oluş Düzeylerine Etkisi: Eylem Araştırması	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:KAEK- 173	Tarih: 16.03.2022	
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılacağı merkez/merkezlerden izin alındıktan sonra yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.		

KURUM İZİN YAZISI

Evrak Tarih ve Sayısı: 20.05.2022-362263



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-57830559-302.14.03-362263
Konu : Seher KAŞLI Tez Çalışması

20.05.2022

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 18.05.2022 tarihli ve 50913635-604.01.03-360943 sayılı yazı,

Anabilim Dalınız Psikiyatri Hemşireliği doktora programı öğrencisi Seher KAŞLI'nın "Neumann'ın Sistemler Modeline Temellendirilmiş Psikoeğitim Programının İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör Tedavi Olan Hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Psikolojik İyi Oluş Düzeylerine Etkisi: Eylem Araştırması" konulu tezi ile ilgili araştırmasını Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yapabilmesinin uygun görüldüğüne ilişkin ilgi'de kayıtlı yazı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve konunun adı geçen öğrenci ile danışman öğretim üyesine bildirilmesi hususunda gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Melike CENGİZ
Müdür

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu : BSUEVYL6Z Pin Kodu : 14113

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5543&eD=BSUEVYL6Z&eS=362263>Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dumlupınar Bulvarı 07058
Yerleske/ AntalyaBilgi için: Burhan ÇAKMAZ
Unvan: Memur

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır..

**ÇALIŞMADAN ÇIKARTILAN EYLEM ÖNCESİ YARI YAPILANDIRILMIŞ
GÖRÜŞME FORMU**

1. Kalp hastalığı tanısı aldığınızda ne düşündünüz, nasıl hissettiniz? Biraz bahseder misiniz?
2. Kalp hastalığınız başladığından beri neler yaşıyorsunuz? Bizimle paylaşır mısınız?
 - Kalp hastalığınızdan önceki yaşamınız nasıldı, anlatır mısınız?
 - Kalp hastalığınızdan sonra yaşamınızda değişiklikler oldu mu, anlatır mısınız?
3. Tedavinizde İKD implantasyonu kararı verildiğinde ne düşündünüz, nasıl hissettiniz?
 - İKD tedavisine karar verme sürecinizi bizimle paylaşır mısınız?
 - İKD tedavisinin yaşamınızda ne tür değişikliklere sebep olacağını düşünüyorsunuz?
 - İKD tedavisi hakkındaki bilgilerinizi paylaşır mısınız? Bu konudaki bilgilerinizi hangi kaynaklardan öğrendiniz?
 - Bu konuda ne gibi bilgilere ihtiyacınız olabilir?
4. Hastalık sürecinden olumsuz etkilenmemek için sizce neler yapmak gerekir?
 - Hastalık süreci ile ilgili yaşadığınız sorunlarla başa çıkabilmeniz için bir yardım alma şansınız olduğunu varsayalım. Ne yapılırsa size yardımcı olurdu?
5. İçinde bulunduğunuz durumu bir şeye benzetirseniz neye benzetirsiniz? Neden?
6. Tedavinizle ilgili söylemek/sormak istediğiniz başka bir şey var mı?



V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi KURS KATILIM BELGESİ

Sayın SEHER KAŞLI

20-23 Kasım 2018 tarihleri arasında Antalya'da yapılan "V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi" nde Doç Dr. Semra KARACA tarafından yürütülen altı saatlik "Psikoeğitim Süreci ve Grup Liderliği " kursuna katılmıştır.

Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU
Kongre Başkanı

Prof. Dr. Fatma ÖZ
Kongre Başkanı





III. LİSANSÜSTÜ HEMŞİRELİK ARAŞTIRMALARI SEMPOZYUMU



KURS KATILIM BELGESİ

Sayın

Seher Kaşlı

15-18 Aralık 2022 tarihleri arasında **Toplumu Güçlendirme Derneği** ve **Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü** tarafından çevrimiçi olarak gerçekleştirilen **III. Lisansüstü Hemşirelik Araştırmaları Sempozyumu** kapsamında düzenlenen, aşağıda belirtilen kursa katılmıştır.

Kurs Adı: Psikoeğitim ve Terapötik Grup Yönetimi

Doç. Dr. Birsen ALTAY
SEMPOZYUM BAŞKANI

Prof. Dr. Murat TERZİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANI

Araştırmacının Çalışmadaki Yetkinliği

Eğitim
Psikiyatri hemşireliği alanında doktora yapmaktadır.
Klinik Deneyim
Sekiz yıl Kardiyoloji kliniği olmak üzere 11 yıllık klinik hemşireliği deneyimine sahiptir. Halen Kardiyoloji Kliniği'nde hemşiredir.
Aldığı Dersler
Psikiyatri Hemşireliğinde Bakım Modelleri Karma Yöntem Araştırma Yöntemleri Nitel Araştırma Yöntemleri İleri Bilimsel Araştırma Teknikleri ve Etik
Katıldığı Bilimsel Toplantılar, Kurs ve Sertifikalar
'Literatür Tarama Teknikleri ve Pratik Araştırma İpuçları Eğitimi' Akdeniz Üniversitesi Antalya, 2017 (Yüz yüze) 'SPSS Uygulamalı Temel Düzey İstatistik Eğitimi' İstar Danışmanlık-İzmir, 2017 (Yüz yüze) 'Nitel Veri Analizi Atölyesi' Akdeniz Üniversitesi-Antalya, 2017 (Yüz yüze) 'Psikoeğitim Süreci ve Grup Liderliği Kursu' V.Uluslararası IX.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Antalya, 2018 (Yüz yüze) 'Online Temel ve İleri Düzey İstatistik Eğitimi' İstar Danışmanlık, 2020 (Çevrimiçi) '37. Uluslararası Katılımlı Türk Kardiyoloji Kongresi' Türk Kardiyoloji Derneği-Antalya, 2021 (Yüz yüze) 'Uluslararası Katılımlı Aritmi Toplantısı' Türk Kardiyoloji Derneği-Antalya, 2021 (Yüz yüze) '38. Uluslararası Katılımlı Türk Kardiyoloji Kongresi' Türk Kardiyoloji Derneği-Antalya, 2022 (Yüz yüze) 'Sanat Terapi Eğitimi Sertifikası' Gebze Teknik Üniversitesi Sürekli Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi, 2022 (Çevrimiçi) 'Psikiyatri Hemşireliğinde Psikoeğitim Uygulayıcı Kursu: İki Farklı Alan Örneği İle' Psikiyatri Hemşireliği Derneği, 2022 (Çevrimiçi) 'Psikoeğitim ve Terapötik Grup Yönetimi' Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, 2022 (Çevrimiçi) 'Bir Psikoeğitim Programı Geliştirme: Nicel ve Nitel Değerlendirme Üzerine' Akademistnet, 2022 (Çevrimiçi) '40. Ulusal Türk Kardiyoloji Kongresi' Türk Kardiyoloji Derneği-Antalya, 2024 (Yüz yüze)

Katılımcılara Ait Bireysel Eylem Öncesi-Sonrası Nicel-Nitel Veriler

EK-14

	KG Y E.Ö	KG Y E.S	İY E.Ö	İY E.S.	ÇY E.Ö.	ÇY E.S.	BEY E.Ö.	BEY E.S.	SDA E.Ö.	SDA E.S.	PİO E.Ö	PİO E.S.	Stresle başa çıkma	Cihazla yaşamaya ilişkin tepkiler	Psikoeğitimden yararlanma	Cihaza ilişkin metafor
K1	1,43	1,71	1,40	1,60	1,88	2,00	2,00	1,83	3,00	2,50	30,00	36,00	Sosyal destek Duyguları ifade etme	İyi oluş, Güvende hissetme, Korku duyma, Tedirgin olma	✓	İnsan
K2	2,00	2,14	2,00	2,20	1,50	1,50	1,83	1,33	1,75	1,50	42,00	46,00		İyi oluş, Güvende hissetme, Tedirgin olma	✓	Güvenlik
K3	2,71	2,86	2,40	2,80	1,00	,75	2,33	1,67	2,25	1,75	52,00	52,00	Spiritüel başa çıkma	İyi oluş, Güvende hissetme, Tedirgin olma	✓	Güvenlik
K4	1,14	1,14	1,00	,80	2,63	2,13	2,00	2,00	1,25	1,00	28,00	28,00	Sosyal destek Duyguları ifade etme, Bedene yönelik başa çıkma	İyi oluş, Güvende hissetme, Korku duyma, Tedirgin olma	✓	Bitki
K5	1,43	2,00	1,00	1,80	1,88	1,63	,83	,67	1,75	1,50	41,00	46,00	Sosyal destek, Bedene yönelik başa çıkma	İyi oluş, Tedirgin olma	✓	Güvenlik

Psikoeğitim Planının Hedef ve Kazanımları	NSM'ye Göre Psikoeğitim Programı Doğrultusunda Hemşirelik Girişimleri	NSM'ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programının Kuramsal Temelleri
1.Oturum: Tanışma ve Hasta Gereksinimlerinin Belirlenmesi Hedefler - Hasta ve hemşirenin tanışması - Çalışmanın içeriğinin açıklanması - Çalışmanın amacının açıklanması - Çalışma sürecinin işleyişinin açıklanması - Ölçüm araçlarının uygulanması - Hastanın tedavi/çalışma sürecindeki ihtiyaçlarının saptanması - Hastanın sürece yönelik duygu ve düşüncelerini ifade edebilmesi Kazanımlar - Hasta ve hemşire birbirini tanır. - Hasta ihtiyaçlarını ifade etme olanağı bulur. - Hasta tedavi süreci ile ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşır. Öğrenim Yöntemi - Sözlü Anlatım	<i>Oturumun başında;</i> - Hemşire hastaya merhaba der, kendini tanıtır. - Çalışma süreci/planı hakkında bilgi verir, çalışmaya katkısı için teşekkür eder. - Hasta ile terapötik ilişki kurar. - Çalışmanın amacından bahseder ve oturumu başlatır. - Çalışma planında belirlenmiş olan ölçüm araçları aracılığıyla hastayı değerlendirir. - Ölçüm araçlarından elde edilen bilgilerle hastanın gereksinimlerini belirler. Hastanın psikolojik değişken alanında gelişim sağlamak için yapılacak hemşirelik girişimleri; - Hemşire hasta iletişimde güven ortamı oluşturulur. - Karar verme süreçlerinde hastaya bilgi ve destek sağlanır. - Hastanın karar verilen tedaviye yönelik zihinsel olarak hazırlanması desteklenir. - Tedavi süreci (hastalık, komplikasyonlar, önerilen tedaviler) hakkında bilgi ve destek sağlanır. - Beraber yürütülecek psikoeğitim süreçleri hakkında bilgi ve destek sağlanır. - Sürece dair duygu, düşünce ve endişelerini tanımasına rehberlik edilir. - Tedavi sürecine ilişkin duygu, düşünce ve endişelerini sözel ifadeye dönüştürmesi desteklenir. - Tedavi sürecine ilişkin duygu, düşüncelerini ifade etmesi için cesaretlendirilir.	İKD tedavisi hastalar için stresli bir süreçtir. Yapılan çalışmalarda bu hastaların karşılaştıkları stresörlerle başa çıkmada zorlandıkları (Ingles ve ark., 2013; Thomas ve ark., 2006), değişen oranlarda anksiyete, depresyon ve çoklu İKD şoklarına bağlı TSSB yaşadıkları belirtilmektedir (Dunbar ve ark., 2012; Ingles ve ark., 2013; Pedersen ve ark., 2011a ; Pedersen ve ark., 2011b; Schulz ve ark., 2020; van den Heuvel ve ark., 2022). NSM'ye göre hemşirelik girişimleriyle hastaların savunma sistemlerinin güçlenmesine ve temel yapının korunmasına destek olunabilir (Hannood ve Dhamoon, 2021). İKD hastalarının stresli bir hastalık süreci ve stresle başa çıkmada problem yaşamaları psikolojik değişken açısından ele alınabilir. İKD hastalarının sosyal ilişkileri, sosyal ilişkilerindeki değişimler, bakım sürecinde sosyal destek kaynakları, iş yaşamındaki

♦ Soru-Cevap Süre: 60 dk.	♦ Hastanın gereksinimleri saptanır, gereksinimlerine yönelik sorumluluk alması teşvik edilir. Hastanın sosyokültürel değişken alanında gelişim sağlamak için yapılacak hemşirelik girişimleri; ♦ Gereksinimlerini tanımasına rehberlik edilir. ♦ Hastalık süreciyle birlikte yaşantısında oluşan değişiklikleri tanınması desteklenir. ♦ Sosyal desteğin önemini vurgular. ♦ Sosyal destek sistemleri değerlendirilir. ♦ Süreç içinde kendi yararına kullanabileceği sosyal destek sistemlerine yönelik farkındalık kazanmasını destekler. ♦ Kişilerarası ilişkileri destekleme ve geliştirme yoluyla hastalık/tedavi süreçlerinde gereksinimine yönelik yardım alma davranışında bulunmasını teşvik eder. Hastanın spiritüel değişken alanında gelişim sağlamak için yapılacak hemşirelik girişimleri; ♦ Hastalık ve tedavi süreçlerinin yaşama bakış açısında neden olduğu değişiklikler değerlendirilir. ♦ Sağlık durumunu etkileyen inanç sistemlerini tanımasına yardım edilir. ♦ Hasta olmak/tedaviye ihtiyaç duyma konularına yüklediği anlamı tanımasına/gözden geçirmesine katkı sağlanır. ♦ Spiritüel destek için gereksinimleri değerlendirilir, uygun ortam hazırlanır. <i>Oturumun sonunda;</i> ♦ Hemşire hastanın oturumu özetlemesine eşlik eder. ♦ Oturuma katıldığı için teşekkür eder. ♦ Hasta ile birlikte sonraki oturum konusu ve zamanı için planlama yapar. ♦ Oturumu sonlandırır.	değişimler, sosyoekonomik durum bu hastalar için sosyokültürel değişkenler arasında sayılabilir. İKD hastasının hastalığı algılama şekli, başa çıkma konusunda manevi yaklaşımı spiritüel değişkenler arasında kabul edilebilir. Bu oturumda İKD hastalarının psikolojik, sosyokültürel, spiritüel alan değişkenleri desteklenerek birincil ve ikincil korumada bulunulur. Yürütülecek psikoeğitim sürecine yönelik bilgi paylaşımında bulunulur, hasta ve hemşirenin terapötik bir ilişki kurmaları sağlanır, hastaların psikolojik iyi oluş düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları değerlendirilir, hastaların var olan gereksinimleri saptanır. Böylece hastaların esnek ve normal savunma hatlarında yer alan değişkenler desteklenerek temel yapı ve sistemin dengesi korunabilir. Hastalar uyum gösterirlerse psikolojik iyi oluş düzeyleri yükselir, stresle etkili başa çıkmaları sağlanır ve sistemin daha yüksek bir iyilik haline gelmesi sağlanabilir.
--	---	---

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Seher	Uyruğu	T.C.
Soyadı	Kaşlı	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Antalya Lisesi	2007
Lisans	Ege Üniversitesi	2013
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi	2019
Doktora	Akdeniz Üniversitesi	2025

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Sağlık Bakanlığı	2014-Devam Ediyor

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce		

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Benlik Yitimi Ölçeği'nin Türkçe Formunun Şizofreni Hastaları İçin Psikometrik Özelliklerinin Belirlenmesi	Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi, Y.Lisans Tez Projesi, Araştırmacı, Proje Kodu: TYL-2017-2665	2017-2019

Burslar-Ödüller:

Yayınlar ve Bildiriler:

SCI, SSCI, AHCI Indexlerine Giren Dergilerde Yayınlanan Makaleler

Kaşlı, S., Al, O., & Bademli, K. (2021). Internalized stigmatization and subjective recovery in individuals with chronic mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(5), 415-420.

Diğer Dergilerde Yayınlanan Makaleler

Kaşlı S., Bademli K., ‘Approach to the Family and Role of the Nurse in Substance Use Disorder’ Scifed Journal of Addiction Therapy, vol:1 no:1 pp. 1-4, 2017

Kaşlı, S., Bademli, K. (2021). Psychometric Properties of the Turkish Version of the Modified Engulfment Scale: Relation of Self-Concept. *Journal of Nursing Measurement*.

Hakemli Kongre/Sempozyum Bildiri Kitaplarında Yer Alan Yayınlar

Kaşlı S., Bademli K., Self-Concept in Schizophrenia Patients and Role of the Nurse I. Adnan Menderes University International Health Sciences Congress-I. Adnan Menderes Üniversitesi Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi’ 2017, Aydın, TÜRKİYE, 29 Haziran-1 Temmuz 2017, pp. 1065

Kaşlı S., Bademli K., ‘Approach to the Family and Role of the Nurse in Substance Use Disorder’0 I. Adnan Menderes University International Health Sciences Congress-I. Adnan Menderes Üniversitesi Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi’ 2017, Aydın, TÜRKİYE, 29 Haziran-1 Temmuz 2017, pp. 1066

Kaşlı S., Bademli K., Psychiatric Mental Health Nurse’s Perceptions of Moral Distress ‘International Congress on Ethics in Nursing Applications-Uluslararası Hemşirelik Uygulamalarında Etik Kongresi’ 2017, İzmir, TÜRKİYE, 11-12 Eylül 2017, pp. 336

Kaşlı S., Bademli K., Seeking Safety Therapy ‘V. International IX. National Psychiatric Nursing Congress’ 2018, Antalya, TÜRKİYE, 20-23 Kasım, 2018, pp. 1036-1039

Kaşlı S., Al O., Bademli K., Internalized Stigmatization and Subjective Recovery in Individuals with Chronic Mental Illness ‘V. International IX. National Psychiatric Nursing Congress’ 2018, Antalya, TÜRKİYE, 20-23 Kasım, 2018, pp. 1080-1083