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

KALICI KALP PİLİ TAKILAN HASTALARDA PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞIN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Ülkü GÜNER

HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KUMAŞ

ADANA-2022

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

KALICI KALP PİLİ TAKILAN HASTALARDA PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞIN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Ülkü GÜNER

HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KUMAŞ

ADANA-2022

KABUL VE ONAY

Hemşirelik Anabilim Dalı
Tezli Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan
"Kalıcı Kalp Pili Takılan Hastalarda Psikolojik Dayanıklılığın Yaşam Kalitesine Etkisi"
adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 10 / 02 / 2022

TEZ SINAV JÜRİSİ

Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KUMAŞ
Çukurova Üniversitesi
Başkan

Doç. Dr. Yahya Kemal İÇEN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Üye

Doç. Dr. Songül KARADAĞ
Çukurova Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun / tarih ve sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Behice DURGUN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

ETİK BEYANI

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI

Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesini okuduğumu ve anladığımı ve Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Tez olarak sunduğum bu çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda bu konuda hakkımda yapılacak tüm yasal işlemleri ve aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 10/02/2022

ÜLKÜ GÜNER

Kayıtlı olunan program : Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans
Tezin konusu : Kalıcı Kalp Pili Takılan Hastalarda Psikolojik Dayanıklılığın Yaşam Kalitesine Etkisi
Tezin Türü : Yüksek Lisans (X) Doktora ( )
Danışmanın Adı-Soyadı : Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KUMAŞ
Danışmanın İletişim Bilgileri : Ç.Ü.SBF İç Hastalıkları Hemşireliği AD
Telefon : 03223386060
e-posta : gulsahkumas@gmail.com
Öğrencinin İletişim Bilgileri :
Telefon : 03223386060
e-posta : ulku_coban03@hotmail.com
Adresi : Seyhan /ADANA

* Bu belgenin lisansüstü eğitim tezleri savunmaya alınmadan önce öğrenci tarafından doldurulup imzalanarak Enstitü Müdürlüğüne teslim edilmesi gerekmektedir.

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında desteğini aldığım, mesleki gelişimime katkıda bulunan, yüksek lisans eğitimimde bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen, her zaman yanımda olduğunu hissettiğim değerli danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KUMAŞ'a,

Öneri ve katkıları ile tezimi son haline getirmeme yardımcı olan değerli jüri üyelerinden Doç. Dr. Songül KARADAĞ'a ve Doç. Dr. Yahya Kemal İÇEN'e,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde çalışmaktan zevk aldığım hemşire arkadaşlarıma, Kardiyoloji Anabilim Dalı'ndaki Prof. Dr. Mevlüt KOÇ'a, Prof. Dr. İbrahim Halil KURT'a ve diğer öğretim üyelerine, asistan arkadaşlara, anjiyo ve elektro fizyoloji laboratuvarında çalışan hemşire ve teknisyen arkadaşlara,

Araştırmamın uygulanmasına destek veren Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi yöneticilerine, araştırmama katılan tüm hasta ve yakınlarına,

Tez yazım sürecinde yardımlarını esirgemeyen ve bana her zaman manevi destek olup yanımda olan yüksek lisans arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca bana destek olarak güç kazandıran sevgili aileme, özellikle gösterdiği sabır ve desteği ile her zaman yanımda olan sevgili eşim Erhan Güner'e ve ailesine,

Yüksek lisans eğitim süresince, onun zamanından çaldığım halde , "Anne dersin bitti mi?" diyerek beni her zaman bekleyen, hayattaki en değerli varlığım canım oğlum Görkem Eren Güner'e sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Ülkü GÜNER

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY ii
ETİK BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
İÇİNDEKİLER v
TABLOLAR DİZİNİ viii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ ix
ÖZET x
ABSTRACT xi
1. GİRİŞ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Aritmiler 4
2.2. Kalp Pili ve Türleri 4
2.2.1. Kalp Pili (Pacemaker) 5
2.2.1.1. Kalp Pili (Pacemaker)'nin Endikasyonları 5
2.2.2. Kalp İçi Defibrilatörler 6
2.2.2.1. Kalp İçi Defibrilatörlerin Endikasyonları 6
2.3. Kalp Pili ve Kalp İçi Defibrilatörlerin Uygulama Yöntemleri 6
2.4. Kalp Pili ve Kalp İçi Defibrilatörlerin Komplikasyonları 7
2.5. Kalp Pili ve Kalp İçi Defibrilatörü Olan Hastalarda Bakım ve İzlem 7
2.6. Psikolojik Dayanıklılık 10
2.6.1. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler 11
2.6.2. Psikolojik Dayanıklılığın Boyutları 12
2.7. Yaşam Kalitesi 12
2.8. Kalp Pili Olan Hastalarda Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Kalitesi 13
3. GEREÇ ve YÖNTEM 16
3.1. Araştırmanın Şekli 16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 16
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Zaman 17
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 17

3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri 18
3.4.2. Araştırma Dışı Bırakılma Ölçütleri 18
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları 18
3.6. Verilerin Toplanması 18
3.6.1. Veri Toplama Araçları 18
3.6.1.1. Hasta Tanıtım Formu 19
3.6.1.2. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği 19
3.6.1.3. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği 20
3.6.2. Ön Uygulama ve Uygulama 22
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi 22
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu 23
4. BULGULAR 24
4.1. Hastalara İlişkin Sosyo Demografik Özelliklere Ait Bulgular 25
4.2. Hastaların Hastalık ile İlgili Özelliklere Ait Bulgular 26
4.3. Hastaların Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları 27
4.4. Hastalara İlişkin Sosyo Demografik ve Hastalık Özelliklerine Ait Bulguların Ölçeklerle İlişkilendirilmesi 28
4.4.1. Hastaların Sosyo Demografik Verilerine Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 28
4.4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 30
4.4.3. Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 32
4.4.4. Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği İle Karşılaştırılması 35
4.5. Hastaların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişki 38
5. TARTIŞMA 40
5.1. Psikolojik Dayanıklılığa İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması 40
5.2. Yaşam Kalitesine İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması 43
5.3. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişki 45

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 47
KAYNAKLAR 49
EKLER 59
EK-1: Çukurova Üniversitesi Etik Kurul İzni 59
EK-2: Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı 60
EK 3: Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumlardan Resmi İzin Yazıları 61
EK-4 Ölçeğin Kullanılabilmesi İçin İlgili Yazardan İzin 64
EK 5: Hastaya İlişkin Tanıtıcı Veri Toplama Formu 67
EK 6: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği 69
EK 7: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği 70
ÖZGEÇMİŞ 75

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No: **Sayfa No:**

Tablo 1. Hastalara İlişkin Sosyo Demografik Özellikler....25

Tablo 2. Hastaların Hastalıklarla İlgili Özellikleri....26

Tablo 3. Hastaların Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeklerine İlişkin Bulguların Dağılımı....27

Tablo 4. Hastaların Sosyo Demografik Verilerine Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması....29

Tablo 5. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması....31

Tablo 6. Hastaların Sosyo Demografik Verilerine SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması....33

Tablo 7. Hastaların Hastalık Duruma Göre SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması....36

Tablo 8. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişki....38

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

ACC : American College of Cardiology (Amerikan Kardiyoloji Koleji)

AHA : American Heart Association (Amerikan Kalp Derneği)

AV : Artriyoventriküler

BKİ : Beden Kitle İndeksi

BOH : Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

CIED : Cardiac İmplantable Electronic Devices (Kardiyak İmplante Edilebilir Elektronik Cihazlar)

CRT : Cardiac Resynchronization Therapy (Kardiyak Resenkronizasyon Terapi)

DM : Diyabetes Mellitus

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

ICD : İmplantable Cardioverter Defibrillators (İmplante Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatörler)

KİD : Kalp İçi Defibrilatörler

KKP : Kalıcı Kalp Pili

KP : Kalp Pili (Pacemaker)

MI : Miyokard Enfarktüsü

NASPE : North American Society for Pacing and Electrophysiolg (Kuzey Amerika Kalp Pili ve Elektrofizyoloji Derneği)

PD : Psikolojik Dayanıklılık

SPSS : Statistical Package For Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Program)

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

WHO : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

YK : Yaşam Kalitesi

ÖZET

Kalıcı Kalp Pili Takılan Hastalarda Psikolojik DayanıklılığınYaşam Kalitesine Etkisi

Bu çalışma Kalıcı Kalp Pili (kalp pili ve kalp içi defibrilatör) olan hastalarda psikolojik dayanıklılığın yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalında kalıcı kalp pili takılan hastalar, örneklemini ise; Eylül–Kasım 2019 tarihlerinde Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalında tedavi gören, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan kalıcı kalp pili takılmış 155 hasta oluşturmuştur.

Veriler; araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen "Hasta Tanıtım Formu", "Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği" ve "SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'' kullanılarak toplanmıştır. Çalışma bulgularının yorumlanmasında frekans tabloları, tanımlayıcı istatistikler, Independent Sample-t test, Spearman korelasyon testi, ANOVA, Kruskal-Wallis H testi , Mann-Whitney U testi ve Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır.

Araştırmanın sonucunda; hastaların yaş ortalamasının 64,80±13,07 yıl, %54,8'inin erkek, %41,9'unun ilkokul mezunu, %87,7'sinin evli ve %40,6'sının ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Çalışmada; hastaların "Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği''den aldıkları toplam puan ortalaması 97,84±11,81 olup, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Fiziksel Fonksiyon puan ortalaması 41,58±28,49, Mental Sağlık puan ortalaması 60,10±21,58 ve Genel Sağlık Algısı puan ortalaması ise 47,52±21,02 olarak tespit edilmiştir.

Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin fiziksel fonksiyon boyutları ile Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin alt boyut puanlarından aile uyumu arasında (r= -0,169, p=0,036) ve Psikolojik Dayanıklılık alt boyutlarından sosyal kaynaklar ile (r= -0,166, p=0,039) negatif yönde çok zayıf derecede ilişki tespit edilmiştir. Yaşam kalitesi fiziksel rol boyutu ile Psikolojik Dayanıklılık sosyal kaynaklar boyutunda (r= -0,171, p= 0,34) negatif yönde çok zayıf derecede ilişki tespit edilmiştir.Aile uyumu ile mental sağlık puanları arasında (r= 0,160, p= 0,047) ve sosyal yeterlilik ile genel sağlık puanları arasında (r= 0,166, p= 0,039) pozitif yönde çok zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Çalışmanın sonucunda; kalıcı kalp pili olan hastaların fiziksel durumları yanında psikososyal sorunları, psikolojik dayanıklılık ve yaşam kalitesi düzenli olarak değerlendirilmelidir. Psikolojik dayanıklılığı ve yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik multidisipliner ekip anlayışı içerisinde hemşirelere aritmi polikliniklerinde daha fazla yer verilmesi, hasta eğitimleri, danışmanlık ve izlem ruhsal sorunların erken tespit edilmesi açısından önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Kalıcı Kalp Pili, Psikolojik Dayanıklılık, Yaşam Kalitesi, Hemşirelik

ABSTRACT

The Effect of Psychological Resilience on Quality of Life in Patients with Permanent Pacemaker

This study was conducted as a descriptive study to evaluate the effect of resilience on quality of life in patients with Permanent Pacemaker (pacemaker and intracardiac defibrillator).

The population of the research is the patients with permanent pacemaker in the Cardiology Department of Adana City Training and Research Hospital, and the sample is; It consists of 155 patients with permanent pacemaker implanted, who were treated in the Cardiology Department of Adana City Training and Research Hospital between September and November 2019 and met the inclusion criteria of the study.

Data: The data were collected using the "Descriptive Data Collection Form", "Adult Resilience Scale" and "SF-36 Quality of Life Scale" developed by the researcher by scanning the literature. Frequency tables, descriptive statistics, Independent Sample-t test, Spearman correlation test, ANOVA, Kruskal-Wallis H test, Mann-Whitney U test and Bonferroni correction were used to interpret the study findings.

The direction of the research; mean age of the patients was 64.80±13.07 years, 54.8% were male, 41.9% had school, 87.7% were married and 40.6% were housewives. In the study, the patient's overall score on the "Psychological Resilience Scale" was 97.84±11.81, the physical function score scale of the SF-36 Quality of Life Scale was 41.58±28.49, the Mental Health mean score was 60.10±21.58, and the mean score of General Health Perception was determined as 47.52±21.02.

There was a negative correlation between the physical functioning dimensions of the Quality-of-Life Scale and the family adjustment (r= -0.169, p=0.036) of the Resilience Scale sub-dimensions, and the social resources (r= -0.166, p=0.039) of the Resilience sub-dimensions. A very weak correlation was found. A very weak negative correlation was found in the physical role dimension of quality of life and the dimension of Psychological Resilience social resources (r= -0.171, p= 0.34). Between family adjustment and mental health scores (r= 0.160, p= 0.047) and social resources A very weak statistically significant positive correlation was found between proficiency and general health scores (r= 0.166, p= 0.039).

As a result of the study, in addition to the physical conditions of patients with permanent pacemakers, their psychosocial problems, psychological resilience and quality of life should be evaluated regularly. It is important to include nurses more in arrhythmia outpatient clinics in a multidisciplinary team approach to increase psychological resilience and quality of life, in terms of patient education, counseling and follow-up early detection of mental problems.

Key Words: Permanent Pacemaker, Resilience, Quality of Life, Nursing

1. GİRİŞ

Teknoloji hayatımızın her anında yer alırken, bilim ve teknolojik gelişmelerin her geçen gün daha da ilerlemesi ile sağlıkta başarılı adımlar atılmış ve hastalıkların tedavisinde mesafeler kat edilmiştir. Teknolojinin, ekoloji, sosyo-ekonomi ve sağlık inovasyonlarındaki gelişmelere bağlı olarak insanların doğumda beklenen yaşam süresi uzamış ve kronik hastalıklar ile daha uzun süre yaşama zorunluluğu doğmuştur. Kronik hastalıklar içerisinde, kalp ve damar hastalıkları, tüm ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer alırken; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2020 raporuna göre; 2000-2019 yılları arası Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH)'dan iskemik kalp hastalığı, son 20 yılda en yüksek ölüm nedenlerinden (2 milyondan fazla artış) sorumlu olan kronik hastalık grubudur (1,2). Ülkemizde; Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2020 verilerine göre; ölüm nedenleri incelendiğinde, 2019'un ilk sırasında yer alan; tüm ölümlerin %36,8'i dolaşım sistemi hastalıklarıdır. Yine TÜİK verilerine göre 2019'da dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümlerin %39,1'i iskemik kalp hastalığı, %22,2'si serebro - vasküler hastalıklar, %25,7'si ise diğer kalp hastalıkları olarak belirtilmiştir (3). Son yıllarda teknolojik ilerlemeler sayesinde; kalp hastalıklarında (kalp yetersizliği, aritmiler, ventriküler taşiaritmiler vs.) medikal ve girişimsel tedavi dışında kalp pilleri kullanılmaktadır. Dünya Aritmi Derneği (2009) verilerine göre; toplam 1,002,664 kalp pili (pacemaker, KP), 737,840 yeni kalp pili implantasyonu ve 264,824 kalp pili replasmanı yapılmıştır (4). En fazla kardiyak pacemaker implantasyonu Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de 300,000 civarında olduğu ve en fazla yeni KP implantasyonu Almanya'da bir milyon nüfus başına 927 olduğu görülmektedir (4,5). Ayrıca Dünya Aritmi Projesi 2009 verilere göre; 222,407'si yeni pil implantasyonu, 105,620'si ise replasman olup toplam 328,027 KİD implantasyonu yapılmıştır. İmplantasyon yapılan ülkelerin başında ABD olmak üzere (133,262) tüm ülkelerde artık KİD kullanımında anlamlı artış olduğu ayrıca bir milyon nüfus başına 434 yeni pil implantasyonu olduğu belirtilmiştir (4). Avrupa'da 2016 yılında; 547.586 KP ve 105.730 KİD takılmış olup; hemen hemen tüm ülkelerde implante edilen kalıcı kalp pili cihaz sayısı; evrensel olarak endikasyonların genişlemesiyle birlikte her geçen gün, özellikle de 2005'ten beri arttığı görülmüştür (4-6).

Kronik hastalıklardan olan kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde günümüzde en çok kullanılan elektronik cihazlar; kalp pilleri (KP) ve kalp içi defibrilatör (KİD) cihazlarıdır (7-10). Kalıcı kalp pilleri; kardiyak ritmi oluşturan, düzenleyen ve intrakardiyak şok uygulayabilen elektronik aygıtlar olup, kalbin yavaş atımı neticesi meydana gelen rahatsızlıkların tedavisinde kullanılmaktadır (8-10). Bu cihazlar, vücuda yerleştirilen yabancı bir cisim olduğu için kişinin uyum sağlama sürecinde birtakım sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunlar bireyde; psikolojik, emosyonel, sosyal, fiziksel, bilişsel ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (7,11-13). Olumsuz etkilenen yaşam kalitesi düzeyini; KKP takıldıktan sonraki süreçte, sorunlarla baş edebilmek ve başarılı bir şekilde cihaz deneyimini olumlu değişikliklerle tekrar uyum sağlayabilmek olasıdır (14). Bunun için de bireyin; zorluklarla mücadele edebilme gücü ve dirençli olabilme anlamında kullanılan psikolojik dayanıklılık kavram özelliğine sahip olması gereklidir (15). Walsh "Dayanıklılık"ı; bireylerin problemler ile karşılaştığı durumlarda mücadeleci olması ve kriz anında gelişmeyi ve dayanıklılığı sağlayan aktif süreç olarak ifade etmiştir (16). "Psikolojik Dayanıklılık", kişinin belirsizlikler karşısında, olumsuz ve stresli durumlar, felaketler veya engellerle karşılaştığı zaman kişinin başarılı biçimde üstesinden gelebilmesi, mücadeleci davranarak bu durumları yönetebilme yeteneği ve becerisi olarak tanımlanmış olup genel olarak bir başarı ve adaptasyon sağlama sürecidir (17). Brennan'a göre PD; dayanıklılığın göstergelerinden, bireysel olarak bilişsel yetenekler, kendini düzenleme davranışları ve sosyal destek düzeyleri gibi faktörleri kapsarken; toplumsal bağlamda, sosyal kontrol, esneklik ve uyum kapasitesini kapsamaktadır (18).

Kalp pili olan bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin ve yaşam kalitesinin araştırılması; buna yönelik kişiye özel yaklaşımların önceden bilinip soruna göre çözüm yöntemlerinin geliştirilmesi, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, semptomların azaltılması, sağ kalımın arttırılabilmesi, bireylerin topluma kazandırılması, hastaların ailelerinin tedaviye fiziksel ve psiko-sosyal uyumun artması, bireylerin güvenini ve ümidini olumlu yönde etkileyen faktörlerin belirlenmesi açısından önemlidir. DSÖ'de 1948 yılında ilk kez "Yaşam Kalitesi (YK)" kavramı tanımlanmış olup bu kelimenin genellikle 2. Dünya Savaşı'ndan sonra kullanımı artmış ve YK kelimesi popüler bir ifade haline gelmiştir. DSÖ'ye göre YK; bireylerin içinde bulundukları ve yaşadıkları değer ve kültürel sistemler çerçevesinde amaçları, beklentileri, standartları ve

endişeleriyle ilgili yaşamdaki bulundukları statülerine ilişkin kişinin algısı olarak tanımlanmıştır (19,20). Merkely'e göre; yakın gelecekte, yaşlanan nüfus, implantasyonun basit ve kolay ulaşılabilir olması, güvenliğinin artması, anti aritmik cihaz endikasyonlarının artması nedeniyle, KP ve KİD sayısı mevcut eğilime göre katlanarak artacağı bildirilmiştir (21). KP ve KİD'i olan hastalarda cihaza uyum, psikolojik dayanıklılık ve yaşam kalitesi değerlendirilirken, hastaların yaşam kalitesini yükseltmek ve iyileştirmek, yaşam kalitesine bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve bakımın karşılanmasına yardımcı olmak, eğitim vermek ve danışmanlık yapmak amaçlanmalıdır (22,23). Bu durumda; hastaya verilen profesyonel hemşirelik bakım planı yapılırken hastayı merkez alarak; hasta bütüncül olarak değerlendirilmeli, hastanın yaşam kalitesi boyutlarını (fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik) olumlu yönde etkilemesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi hedeflenerek girişimler planlanmalıdır (11-13). Kalıcı kalp pili (kalp pili ve kalp içi defibrilatör) bulunan yetişkin hastalarda; psikolojik dayanıklılık (resiliance) ve yaşam kalitesi kavramlarının birlikte yer aldığı yeterli çalışma olmadığı görülmüş olup, çalışma sonucuyla mevcut durumun yorumlanması, tedavi sürecinde aktif rol alan hemşirelere, hekimlere, psikologlara ve bu alanda çalışan diğer meslek gruplarına bilimsel anlamda katkıda bulunacağı düşünülmüştür. Bu çalışma, kalıcı kalp pili (KKP) olan hastalarda psikolojik dayanıklılığın yaşam kalitesine etkisini incelenmek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aritmiler

Aritmi (disritmi); kardiyak ritimdeki herhangi bir anormallik olarak tanımlanır (24). Kardiyak aritmiler; kalp uyarısı ya oluşurken ya da uyarının iletilmesindeki bozulmalar sonrasında meydana gelir. Bazı aritmiler ise hem uyarının meydana gelişinde hem de uyarının iletilmesindeki bozukluğun beraber olması sonucu oluşmaktadır. Aritmide temel problem; kalbin pompalama kuvvetini bozarak senkop ve ölüme neden olan kalbin ritmindeki veya hızındaki bozukluklardır (25). Kardiyak aritmiler, geçici veya kalıcı olabilmektedir. Aritmiler; ileti sisteminin kalıtsal bozuklukları, bir operasyon sonucu oluşan komplikasyon veya iskemi gibi primer kardiyak olayların sonucu olabileceği gibi sepsis, metabolik bozukluklar, toksikolojik problemler ve travma gibi bir takım patolojik süreçlerin sonucu da olabilirler (25-27). Aritmi tedavisinde kullanılan birçok farmakolojik ajan bulunmaktadır. Ayrıca hastalara transkateter ablasyon yöntemi uygulanmakta bunun dışında ise tedavi amaçlı kardiyak implante edilebilen elektronik cihazlar (CIED) kullanılmaktadır (10,23-25). Bu cihazlar; kalbe atım sinyali ve şok verebilme özelliğine sahip olan elektronik araçlardır (10,25,28).

2.2.Kalp Pili ve Türleri

Kalp pilleri, geçici veya kalıcı olabilen ayarlanabilir yapay elektrik darbe jeneratörleri olarak iki gruba ayrılır (29,30). Geçici kalp pili uygulaması, yaşamı tehdit eden bradikardisi olan hastalarda yaygın olarak kullanılır ve kalıcı kalp pili implantasyonuna köprü görevi görür (31). Temel olarak şu anda kalıcı kardiyak implante edilebilir elektronik cihazlar; kalp içi defibrilatörler (KİD), kardiyak resenkronizasyon (CRT) ve kalp pili (KP/Pacemaker) çeşitlerinden oluşmaktadır (10,25,28). Bu elektronik cihazlar, birçok durumda mortaliteyi azaltmakta ve hayat kalitesini iyileştirmektedirler (8,9,32).

Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) kılavuzuna göre kalıcı kalp pilleri; KP ve KİD'ler olarak ayrı iki başlık altında ele alınmıştır (10). Kardiyak elektronik cihazların temel özellikleri şöyledir (10,33):

- Pace Özelliği: Bir dizi düşük voltajlı elektriksel uyarılar vererek kalp ritmini düzenleyebilmek için hızlı bir şekilde iletimi sağlar,
- Kardiyoversiyon Özelliği: Bir veya daha fazla küçük elektriksel şoklar vererek kalbi normal ritmine döndürmeye çalışır,
- Defibrilasyon Özelliği: Bir veya daha fazla şiddetli ve büyük elektrik şokları vererek kalbi normal ritmine döndürmeye çalışır.

2.2.1. Kalp Pili (Pacemaker)

Kalbin yeterli hızda uyarı oluşturamaması ya da oluşturulan uyarının iletim yollarındaki bozukluk sebebiyle kalp kasına yeteri kadar iletinin taşınamaması sonucu, kalp ritminde ve iletim sisteminde oluşan bozuklukları düzeltmek için vücuda implante edilen elektronik cihazlara "kalp pili" denilmektedir (21,34,35).

2.2.1.1. Kalp Pili (Pacemaker)'nin Endikasyonları

Kardiyak implante edilebilir elektronik cihazların genel olarak; bradiaritmi, atrioventriküler blok, akut miyokart enfarktüsünde ileti bozuklukları, ventriküler taşikardinin önlenmesi, hipertrofik kardiyomiyopatide ve konjestif kalp yetmezliğinin eşlik ettiği kardiyomiyopatiye bağlı dispne ve anjina için yaşamı kurtarmak ve öncelikli olarak kalbin yavaş atmasını önlemek amacıyla kullanılmaktadır (9,32,34,36,37).

Kalp pili endikasyonlarının sınıflandırılması; 2002 American College of Cardiology / American Heart Association (ACC/AHA/NASPE Committee to Update the 1998 Pace Maker) kılavuzu esas alınarak yapılmıştır. Endikasyonları kanıt düzeylerine göre sınıflandırma yapılmıştır. Kalp pili takılma endikasyonları aşağıda belirtilmiştir:

1. Erişkinlerde sonradan oluşan atriyoventriküler (AV) bloklarda kalp pili endikasyonları,
2. Kronik bifasiküler ve trifasiküler bloklarda kalp pili endikasyonları,
3. Miyokard infarktüsü (MI) sebebiyle gelişen AV bloklarda kalp pili endikasyonları,
4. Sinüs düğümü disfonksiyonunda kalp pili endikasyonları,
5. Taşiaritmilerde kalp pili endikasyonları,

6. Hipersensitif karotid sinüs ve nörokardiyojenik senkopta kalp pili endikasyonları,
7. Çocuklarda ve pubertede kalp pili implantasyonu endikasyonları,
8. Bazı özel durumlarda kalp pili endikasyonları (10).

2.2.2. Kalp İçi Defibrilatörler

Kalp içi defibrilatörler; kişinin yaşamını tehdit eden ciddi ritim bozukluğu olan ve daha önce kardiyak arrest geçirmeyen hastalarda primer korunma, ritim bozukluğu öyküsü olan, daha önce kardiyak arrest sonrası kardiyopulmoner resüsitasyon (CPR) ile hayata döndürülmüş ve ritim bozukluğuna bağlı kardiyak arrestin tekrarlama riski taşıyan hastalarda ise sekonder korunma sağlayarak ani kardiyak ölümün önlenmesi amacıyla takılan cihazlara kalp içi defibrilatörler denir (38-41).

2.2.2.1. Kalp İçi Defibrilatörlerin Endikasyonları

Türk Kardiyoloji Derneği Pacemaker Ve Kardiyoverter Defibrilatör İmplantasyonu Endikasyonları 2002 Kılavuzu'na göre; ''KİD, bugün temel olarak iki amaçla kullanılmaktadır: Birinci amaç; daha önce hiç kalp durması hikayesi yaşamamış yüksek riskli hastalarda ani ölümlerin önlenmesi (primer korunma) ve ikincisi ise; ani ölüm sonrası canlandırma işlemi ile hayata döndürülen yüksek riskli hastalarda ani ölümlerin nüks etmesini önlemektir (sekonder korunma) (10). KİD'ler, özellikle ventriküler disfonksiyonu (ventriküler fibrilasyon (VF), ventriküler taşiaritmi (VT)), aritmojenik genetik hastalıkları ve ejeksiyon fraksiyonu (EF) %35'ten düşük ciddi kalp bozukluğu olan hastalarda ani kardiyak ölümü önlemek ve gelişen ani kardiyak ölüm anında kişiye kardiyoversiyon veya defibrilasyon yapmak üzere şok (canlandırma) işlemi uygulayarak hayata döndürmek amacıyla kullanılan cihazlardır (10,42).

2.3. Kalp Pili ve Kalp İçi Defibrilatörlerin Uygulama Yöntemleri

Kalp pili takılma işlemi; kalp kateterizasyon anjiyo laboratuvarında, steril koşullarda yapılmaktadır. İşlem; genellikle lokal anestezi ile yapılabildiği gibi, hastaların durumuna göre gerektiğinde derin sedasyon veya genel anestezide uygulanabilir (43). Cihaz jeneratörü genellikle hastaların sol öncelikli olmak üzere sağ

pektoral bölgesine de yerleştirilir. Baskın olmayan el tarafındaki pektoral kas altı ya da abdominal bölge yerleştirilmek için tercih edilir (38,43,44).

2.4. Kalp Pili ve Kalp İçi Defibrilatörlerin Komplikasyonları

Kalıcı kalp pili invaziv bir işlemdir ve hastada işlem sırasında, erken dönemde ve geç dönemde görülebilecek komplikasyonlar olup benzerlikleri ve farklılıkları mevcuttur (45). Bu komplikasyonlar; hava embolisi, pnömotoraks, hemotoraks, perikard tamponadı, aritmiler, sağ ventrikül perforasyonu, hemoptizi, hematom, brakial pleksus hasarı, arterio-venöz fistül, kanama, ağrı, enfeksiyon, pil cebi erozyonu, defibrilasyon testine bağlı gelişebilecek olan miyokardiyal ve serebral iskemi, ilerleyen enfeksiyonlara bağlı perikardit ve endokardit, ileri dönemde pil yerinden oynaması sonucu cihazda ve cihazın fonksiyonlarındaki bozulmalardır (9,32,43,45-50). Geç komplikasyonlardan diğerleri ise; kalp pili sendromudur. Atriyum ve ventrikülerin kontraksiyonunun uygunsuz zamanlanmasına bağlı görülen ve ortaya çıkan hipotansiyonlar, pre-senkop, senkop, halsizlik, bitkinlik, yorgunluk, öksürük, dispne ve göğüs ağrılarıdır (9,32,43,45). KİD 'ler ile ilgili yaşanan en önemli sorunlardan biri ise; algılama sorunlarıdır. Buna bağlı hasta için uygun olmayan şoklar vermesine neden olabilmektedir (46). CIED; oldukça etkin bir tedavi yöntemi olmasına rağmen, her hastalıkta ve tedavide olduğu gibi kişilerin yaşamını etkileyerek korku, anksiyete, kaygı ve depresyon gibi psikososyal problemlere de yol açabilmektedir (51-53).

2.5. Kalp Pili ve Kalp İçi Defibrilatörü Olan Hastalarda Bakım ve İzlem

Kalp pili ve kalp içi defibrilatörü bulunan hasta ve yakınları için kardiyak elektronik cihazlar bir stresör olabilmektedir (54). İmplantasyona ve cihaza bağlı olarak ortaya çıkabilecek zorluklara, çeşitli fiziksel ve psikososyal değişikliklere birey ve ailesi uyum sağlamak zorundadır (55-57). Bu sebeple; hastaların vücudunda taşıdıkları bu teknolojiye nasıl uyum sağladıklarının belirlenmesi (58) ve sağlık profesyonellerinin KP ve KİD takılan hastaların tıbbi tedavilerinin yanında onlara uygulayacağı bakım ve danışmanlık rolü ile; fiziksel, psikolojik, sosyal, davranışsal durumlarını ve yaşam kalitelerini de değerlendirmeleri hastalara verilecek bakımın önemli bir parçasını oluşturmaktadır (51,59). Hemşireler; pil implantasyonu yapılacak hastalara, pil takılma

kararı alındığı andan itibaren; pre-operatif ve post-operatif dönemde, fizyolojik ve psikolojik olarak bakım planlaması yapmalıdır.

Kalıcı kalp pili (KP/KİD) implantasyon sonrası uygulanan bakım ve izlem; hastada oluşabilecek komplikasyonların en aza indirilmesi ve komplikasyonların oluşmaması, tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesi, cihazın fonksiyonunun kontrolünün sağlanması, batarya ömrünün kontrol edilmesi, değişim gereksiniminin belirlenmesi ve hasta tarafından bildirilen herhangi bir sorunun erken saptanarak zamanında çözülmesi amacıyla önemlidir (48, 60,61).

Kalıcı kalp pili olan hastaların yaşamında dikkat etmesi gerekenler şunlardır:

- Düzenli pil kontrolleri yapılmalıdır (3 ya da 6 aylık sürelerle) (14,46,48,62).
- Hastanın pil kartının olması ve sürekli yanında taşıması gerekir.
- Kalp pili ve KİD implantasyonu uygulandıktan sonra hasta ilk 3-4 hafta işlem yapılan kolun hareketi kısıtlanmalı ve kol 90 dereceden fazla kaldırılmamalı, hastanın işlem yapılan pektoral kasa zarar verecek hareketlerden kaçınması ve o taraf ile 4-5 kg'dan fazla ağırlık taşınmaması gerekir (62,63). Kalp pili takılan yere; cildi tahriş edebilecek uygulamalardan (kese yapma vb.) ve dar giysilerden kaçınması konusunda bilgi verilmelidir (63).
- Kalp içi defibrilatörü olan hastaların yapabilecekleri mesleklere; hastanın mesleğini gerçekleştirirken maruz kalacağı fiziksel travmalar, çalıştığı yerdeki elektromanyetik alanların olup olmaması ve etkilenmesi durumunda hastanın zarar görme durumu, mesleğini gerçekleştirdiği sırada oluşabilecek ani bilinç kaybı (şok gerektiren taşiaritmi gibi) nedeniyle çevresine zarar verebilme ihtimali göz önüne alınarak karar verilmelidir (64).
- Elektromanyetik enterferansın (EMI), kalp pillerinin pacing fonksiyonunu ve KİD'lerin taşikardi tanıma özelliğini etkilediği belirtilmekte olup pacing fonksiyonunun bozulması nedeniyle uygunsuz şoklara ve hastalarda presenkop, senkoplara hatta ani ölümlere yol açabilmektedir. Bu nedenle kalp pili olan hastaların günlük yaşamda çevresindeki EMI kaynaklarını bilmeli ve bu kaynaklara dikkat etmeli ve yüksek EMI ile etkileşimden kaçınması gerekmektedir (63,65,66). Hastaların sakınması gereken EMI kaynakları şunlardır; manyetik rezonans (MR) görüntüleme tarayıcıları, litotripsi (safra

kesesi ve üriner sistem taşlarını kırmak için yüksek konsantrasyonlu şok dalgalarının verilmesi), elektro cerrahi, radyoterapi, defibrilasyon, nörostimülatörler, transkütanöz elektriksel sinir sitümülasyon (TENS) üniteleri, kateter ablasyonu, epilasyon, yüksek voltajlı enerji nakil hatları, yüksek gerilim trafoları, kaynak makineleri, elektrikli motorlar, endüksiyon bobinleri, bazı cep telefonları, kumar makinası, oyuncakların uzaktan kumandaları, elektronik birim gözetim gereçleri (havaalanındaki ve alış veriş merkezindeki metal dedektör kapıları vb.) ve metal dedektörlerdir (42). MR kullanmadan önce kesinlikle doktoruna başvurması gerektiği söylenmelidir (54,63,65-67).

- Birçok pil firması günlük yaşamda kullanılan; yüksek mıknatıs içermeyen ve düşük manyetik alana sahip cihazlar; radyo, televizyon, telsiz kulaklık, müzik seti, kablosuz telefon, saç kurutma makinası, elektrikli tıraş makinası, çamaşır ve bulaşık makinası, mikro dalga fırın, süpürge veya benzer mutfak ve ev aletleri, bilgisayar, modem, faks makinesi, fotokopi makinesi, printer gibi ofis araçları ve nabız ölçme cihazı ile pil implantasyonu yapılan kişiler bu araçları sorunsuz olarak kullanabileceği fakat kalp pili ile 3cm mesafeye dikkat etmesi önerilmektedir (68-70).
- Cep telefonu ile KP ve KİD cihazı arasındaki mesafenin (6 inç; 15-24 cm) 15 cm'den fazla olduğu sürece herhangi bir sorunun olmayacağını bildirmesine rağmen; hastaların cep telefonu ile konuşurken cihazının olduğu taraf ile değil diğer tarafta bulunan kulakla veya kulaklık ya da hoparlör ile, kısa süreli konuşulması ve telefonun cihaza yakın gömlek cebinde taşınmaması önerilmektedir (54,66). Yapılan çalışmalarda mobil telefonlar tarafından oluşturulan elektromanyetik alanın pacemaker fonksiyonlarında geçici inhibisyon, ventriküler asenkron moda dönüş ve iki boşluklu pacemakerlarda ventriküler tetiklenmeye neden olabileceği belirtilmekte (64-66) iken bazı çalışmalarda ise etki etmediği görülmüştür (54,70).
- Ani kardiyak ölüm sonrası geri döndürülen, KİD'i olan hastaların disritmiye bağlı olarak gelişebilecek bilinç bulanıklığı olduğunda, kendisine ve çevresine zarar verme ihtimaline karşı en az 6 ay araba kullanması kısıtlanmalıdır. Kişi, araç kullanırken şok yaşayabilir veya disritmi riski olabileceği için KİD'li hastaların şoförlük yapmamaları belirtilmektedir (59,70). Ventriküler aritmisi

olan hastalarda; 6 ay sonra, eğer KİD şok uygulamıyorsa, hasta doktoruyla görüşüp araba kullanmaya tekrar başlayabilir. Ayrıca birincil koruma amaçlı KİD takılan hastalar ve spontan ventriküler taşikardi epizodu kaydedilmeyen hastaların araba kullanma yasakları da kaldırılabilir (71,72).

- Kalp içi defibrilatör ve kalp pili implantasyonundan sonra hastalar spor aktivitelerine cerrahi yara iyileştikten sonra geri dönebilirler. Futbol, güreş, boks gibi sporların pil yerine zarar verme ihtimalinden birçok riskleri vardır o yüzden uzak durmalıdır. Hastalar skar dokusu iyileştikten sonra (ortalama 4 hafta) golf oynayabilir ve yüzmeye başlayabilir (71,72).
- Hemşirelerin bütüncül bir yaklaşımla hastalara bakım verirken KP ve KİD'li hastalarda cinsellik boyutuna da yer vermeleri önerilmektedir. Hastalara cinsel aktivitenin orta düzeyde bir fiziksel aktivite olarak kabul edildiği ve kalpte yalnızca hafif düzeyde strese neden olabileceği (73), cinsel aktivitenin, iki kat merdiven çıkıldığındaki sarf edilen efora eşit olduğu, hastalarının cinsel ilişkide bulunmaması gerektiğini öne süren mevcut bir çalışmanın olmadığı anlatılmalıdır (73,74). Bu yüzden implantasyon yapılan hastaların cinsel yaşamlarıyla ilgili sorunları eşleriyle birlikte konuşmalı ve hastaların bu konu ile ilgili soru sormaları ve konuşmaları için fırsat verilerek desteklenmelidir (74).
- Ayrıca KP ve KİD olan hastalar, herhangi bir tıbbi prosedürle ilgili (cerrahi işlem, diş doktoru) süreç öncesi mutlaka bir kardiyoloji doktoru tarafından kontrol edilmeli ve işlem hakkında doktoruna danışmalıdır (66,67).

2.6. Psikolojik Dayanıklılık

Psikolojik dayanıklılık (PD) kavramına ilişkin literatürde birçok tanımlama yapılmıştır. Son yıllarda çokça karşılaştığımız ve üzerinde durulan, PD kavramındaki "dayanıklılık" kelimesi Latince kökenli olup "resilience" kelimelerinden türemiş ve "geri sıçramak, maddenin elastik yapısından tekrar eski haline geri dönebilmesi, büküldükten ve gerildikten sonra orijinal halini yeniden kazanabilme", "bir hastalık veya talihsizlikten sonra, kolay ve çabuk bir şekilde iyileşebilme" gibi anlamlara gelmektedir (75,76).

Ramirez'e göre dayanıklılık; herhangi bir sağlık sorunlarından, yaşam koşularındaki zorlu değişimden, depresyondan ya da benzer olumsuz durumlardan hızlı

bir şekilde yeniden toparlayabilme, kurtulabilme ve eski haline kolayca geri gelebilme becerileridir (77). "Dayanıklılık", sıklıkla üzücü ve stresli olaylar gibi olumsuzlukların ardından iyi bir uyumun göstergesi (78) ve bunlarla baş edebilmesi için gerekli yeterliliğin olabilmesi; tehdit ve zorluklara karşın, kapasitelerin, süreçlerin ve çıktıların başarı ile uyumlaştırılması olarak betimlenmiştir (38,79). PD alanyazın taramalarına bakıldığında; dayanıklılık, yılmazlık, sağlamlılık, kişinin kendisini toparlayabilme gücü, güçlülük, psikolojik güçlülük, dirençlilik, toparlanma ve psikolojik sağlamlık olarak tanımlandığı görülmektedir (17, 80-84).

2.6.1. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler

PD; literatür taramalarında temel olarak sebep ve sonuçlara göre betimlenmiş ve bu değişkenler risk ve koruyucu faktörler ve olumlu sonuçlar olmak üzere üç temel başlık altında ele alınmıştır (80,85). Bunlar:

1. **Risk Faktörleri:** Muhtemel olumsuz sonuçları tahmin eden bir değişken olarak, uygun olmayan yaşam koşulları risk olarak tanımlanır. Stres, travmatik olaylar, zorluk, istenmeyen durumlar, trajik olaylar vs. genel anlamda kişisel, ailesel, toplumsal ya da çevresel risk faktörleri olarak üç grupta ele alınmıştır (80).
2. **Koruyucu Faktörler:** Masten ; karşılaşılan risk ya da zorlukların etkisini önemli seviyede azaltabilen ya da ortadan kaldırabilen, bireyin iyi olma ve duruma karşı bireyin uyumunun ve becerilerinin düzeylerini geliştiren durumların tümü olarak tanımlamıştır. Aynı zamanda koruyucu faktörler; bireylere hırs ve umut vererek, bireylere destek olarak, psikolojik dayanıklılığı olumlu yönde etkilemekte ve risk faktörleriyle mücadele etmekte ve böylece koruyucu bir işlev sağlamaktadır. Koruyucu faktörlerde; bireysel, ailesel ve çevresel faktörler olmak üzere üç grupta ele alınmıştır (80,85-88).
3. **Olumlu Sonuçlar:** Olumlu uyum gösterme ve olumlu sonuçların alınması olarak ifade edilmektedir. Baş edebilmek, yeterlik kelime olarak benzerlik gösterse de kişinin daha önce yaşadığı bu olumsuz tecrübelerde ihtiyaç duyduğu koruyucu faktörleri yeniden oluşturarak zorluğa uyum sağlama ve başa çıkma yetenekleri olarak belirtilir (77,89).

2.6.2. Psikolojik Dayanıklılığın Boyutları

Kobasa 'ya ve Crowley ve Hobdy 'e göre psikolojik dayanıklılık; üç boyuttan oluşmaktadır (89,90). Bunlar; kontrol, bağlanma ve güçlüktür. Ayrıca; Fribog ve ark. 2005 yılında PD 'nin altı faktörlü alt boyuttan oluştuğunu belirtmişlerdir (91). Bunlar:

1. **Kendilik Algısı:** Basım ve Çetin'e göre; kişinin kendi farkındalığında olması ve kişinin özünde kim olduğuna dair düşüncelerinin olması şeklinde tanımlanmıştır (17). Yani bireyin kendi güçlü yönlerinin ve kendi yeteneklerinin farkına varabilmesidir.
2. **Gelecek Algısı:** Kişinin, geleceğine ait olumlu-olumsuz bakış açısı ve kendi geleceğindeki ulaşılabilir ve gerçekçi planlarına ve hedeflerine bireyin farkında olarak, bilinçli bir şekilde yol alması psikolojik dayanıklılığa olumlu katkıda bulunacaktır (91).
3. **Yapısal Stil:** Bireysel özellikleri kastetmektedir. Bunlar; bireylerin güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olması, özgüven, benlik algısı, öz disiplin, baş etme mekanizmaları gibi (17,82,88).
4. **Sosyal Yeterlilik:** Sosyal arkadaşlık çevresi edinebilme, kolay sosyal adaptasyon sağlayabilme, sosyal aktivitelere istekli olma, dışa dönüklük, iş birliği, aidiyet, empati, güven ve paylaşma özelliklerinin tümünü ifade etmektedir (80,82).
5. **Aile Uyumu:** ireylerin içinde bulunduğu aile ortamındaki uyum, ailenin birbirlerine karşı destekleri, birlik ve bütünlüğü ifade etmektedir (17,91).
6. **Sosyal Kaynaklar:** Kişilerin yakın çevrelerinden almış olduğu sosyal destekler olup; sadece desteklerin kaynağı değil aynı zamanda kalitesini de ifade etmektedir (80-82,90).

2.7. Yaşam Kalitesi

1948'te Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 'ne göre *"Sağlık; sadece hastalığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, mental ve sosyal yönden de tam bir iyilik hali"* olarak tanımlanmıştır ve bu tanım günümüzde hala geçerliliğini korumaktadır (92). Yaşam kalitesi de benzer bir tanım ile karşımıza çıkmakta olup; bireysel iyilik halinin bir ifadesidir. Kişinin, ailesiyle, iş hayatında ve sosyoekonomik koşullarıyla birlikte,

kişinin beklentilerini, hedeflerini, planlarını ve umutlarını içeren, hayatın her farklı aşamalarındaki tatmin ifadesi olarak tanımlanmıştır (93). Yaşam kalitesi; DSÖ'ye göre ise *,'Bireyin, içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında ve hedeflerine, beklentilerine, standartlarına ve kaygılarına ilişkin olarak, yaşamdaki konumuna ilişkin algısıdır. Bu çıkıntısı için kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık, sosyal ilişkiler, kişisel inançların düzeyi ve ilişki ortamının özellikleri karmaşık bir şekilde birleştiren, geniş kapsamlı bir kavramdır* ' (92). Bu tanıma istinaden, Suurmeijer ve ark. ise; hastanın kendi yaşamı ile ilgili olarak yaşam kalitesini nasıl değerlendirdiği ve nasıl algıladığı üzerine odaklanmışlardır (94). Karimi ve Brazier'e göre; sağlık ilişkili YK ise, hastalığının kişinin normal yaşam aktivitesi veya görevlerini yapmasına olan etkisi olarak tanımlanmıştır (95). Sağlık ile ilişkili YK; yaşam kalitesinden farklı olarak hastalığın etkisini ölçmesidir. Sağlıkla ilişkili YK'nın değerlendirilmesinde, kişinin kendi hastalığını nasıl algıladığı ve hastalığının tedavisiyle ilgili neler yaşadıklarını bilmesi tedavi sürecinde büyük önem kazanmaktadır. Kişinin hastalığı ve tedavi süreci boyunca neler yaşadıkları ve ne hissettikleri bireyin kendi deneyimleri olduğu için kendini doğru şekilde ifade etmesi son derece önemlidir. YK ölçümünde; günlük yaşam aktivitelerini nasıl yaptığı, neyi ne düzeyde yaptığı (sınırlılıkları) , hastalık ve tedaviden nasıl etkilediği, tedavi sürecinde neler yaşadığı, bireyin bu süreçte kendini nasıl hissettiği, hayatını ve iyilik halini bu durum nasıl ve ne derece etkilediği gibi konular bireyin kendi algısıyla değerlendirilmelidir (96-97). YK'nin araştırılması ve bunlara yönelik bireysel bakım yaklaşımlarının geliştirilmesi, hastaların ve ailelerinin tedaviye olan inanç ve umut kaynağı olmasını sağlamaktadır (98-100).

2.8. Kalp Pili Olan Hastalarda Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Kalitesi

Kalp pilleri, her kişi için farklı bir anlama sahiptir. İnsanlar gün geçtikçe değişebilmekte, gelişebilmekte iken hayat her geçen gün daha da karmaşık bir hale gelen yaşam şekline uyum sağlamaya çalışmaktadır (101). KKP; hastalara birçok yarar sağlarken aynı zamanda bazı hastalar cihazı kolay kabul edebilmekte iken bazı hastalar için hayatı boyunca vücuduna yerleştirilmiş yabancı bir cisimle ömür boyu yaşamanın getirmiş olduğu zorluklara ve stresörlere neden olmakla birlikte, kendilerinde eksiklik, yokluk, işlev kaybı, güçten düşme gibi stres yaratırken aynı zamanda kişilerde bağımsızlığın ve direncin sembolü olabilmektedir (51,102-104). Bireylerin çevreyle

karşılıklı etkilenmesiyle fizyolojik ve psikolojik uyumun bozulması sonucunda, ortaya çıkan duygusal gerilim ve gerginliklerle karşı karşıya kalan kişi hem fiziksel hem duygusal (psikolojik), hem davranışsal değişiklikler yaşarken hem de kronik bir hastalığa yakalanabilmektedir (58,66,105-107). Bununla birlikte, kişinin karşılaşmış olduğu strese verilen tepkiler ise bazı dönemlerde bireyin hayatını tamamen zorlaştırabilmekte, yaşam kalitesini, psikososyal uyum sürecini ve psikolojik dayanıklılığını olumsuz etkilemektedir (101,105-107). Psikolojik dayanıklılık, yaşamdaki zorlu ve stresli koşullar karşısında bireylerin uyum sağlama davranışlarını harekete geçirme, yaşamındaki değişikliklere olumlu davranış ve tutumlarda bulunabilen çok boyutlu bir kavramdır (107). Kardiyak hastalığa sahip bireyler, yüksek psikolojik dayanıklılık düzeyine sahip olması hastalık sonrası prognozun iyi devam etmesi açısından önemli rol oynamaktadır (108).

Günümüzde, kardiyak hastalıkların artması ile mortalite oranlarının yükselmesi, sosyal hayatın ve ekonomik maliyetin olumsuz etkilenmesi sonucu YK 'nin bozulması, önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir (109). KKP 'nin, hastaların yaşaması beklenen sürelerini uzatmalarının yanında bradikardinin sebep olduğu semptomları düzelttiği, egzersiz kapasitesini düzelttiği, YK arttırdığı ve bununla kalmayıp altta yatan hastalık progresyonunu yavaşlattığını göstermiştir (63). Kalp pili takılan (KİD) hastaların çoğu eski yaşamına ve normal aktivitelerine yeniden başlasa da birçok hastada fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar yaşamakta, değişen ilaç tedavileri, rol değişimi, bakım yükü, ekonomik sıkıntılar, şiddetlenen semptomlar, sık hastaneye yatışlar, bilişsel yetersizlikler, hastaya uygulanan girişimler, implante edilen araçlar (KP, KİD), YK 'nin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (57). Bireysel farklılıkların nedeniyle kişiler stresörlerle farklı baş etmeye çalışırken yaşam biçimi değişiklikleri yapabilir (57,63,109). Bu değişiklikler, hastalıkla baş etme zorluğu, hayattaki kontrolünün azalması veya kaybolması, var olan rol ve sorumluklara yeni sorumlulukların eklenmesi, kişinin psikolojik, fizyolojik, sosyal ve maddi yönlerden YK'ni olumsuz yönde etkileyebilmektedir (74). TKD Kılavuzunda; KİD implantasyonu öncesi YK ile ilgili, hastalarla görüşme yapılması ve yinelenen uygunsuz şok alan hastalarda psikolojik değerlendirmelerin yapılması önerilmektedir (10).

Hemşireler için yaşam kalitesi ve göstergelerini bilmek; hastaların problemlerini belirlemek, hastalara verilecek tedavi ve uyum sürecini doğru şekilde izlemek , hastaya

verebilecek kaliteli bakımı seçebilmek, tedavide öncelikli konuları seçip, gerekli bakım girişimlerinin belirlenmesi ve sıralanması, hastaların yapamadığı gereksinimlerde hastalara destek olması, bireyin becerilerini arttırması ve ihtiyaç duyduğu yerde bakımı üstlenmesi, gerekli konularda hastalara eğitim ve danışmanlık vermesi ve hastaları doğru yönlendirilmesi için çok önemlidir (95-97,110). Ayrıca kalıcı kalp pili bulunan hastalara; hemşireler tarafından iyi bir taburculuk eğitimi verilmelidir. Başarılı yapılan taburculuk planı ve evde bakım süreci; direnç hatlarının yeniden güçlenmesine ve direnç kazanmasını sağlamaktadır (111). Böylece hastalarda ortaya çıkabilecek semptom ve komplikasyonların azalması, hastanın yaşam kalitesinin yükselmesi ve dayanıklılığın artması sağlanmış olur. Aynı zamanda hemşirelerin; hastalarla ilişkili kararlarında etkin olarak katılım sağlandığında, hasta bakımında sürekliliğin sağlanabileceği ve hastaya verilen bakım kalitesinin artırabileceği düşünülmektedir (112). Bu nedenle, pil implantasyonu yapılan hastalara bütüncül bakımın verilebilmesi için hastaların PD ve YK düzeylerinin belirlenip, gerekli hemşirelik girişimlerin planlanması ve PD ve YK düzeylerinin arttırılması önemlidir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, kalıcı kalp pili takılan hastalarda psikolojik dayanıklılığın yaşam kalitesine etkisini incelenmek amacıyla tanımlayıcı nitelikte bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalında yapılmıştır. Adana Şehir Hastanesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı toplam 94 yatak kapasitesi olarak 5 servis, toplam 30 yatak kapasitesi olarak 3 koroner yoğun bakım ve 5 anjiyo laboratuvarı kapasitesine sahip 1 anjiyo ünitesi ve 30 sedye kapasitesi ile 1 ayaktan anjiyo ünitesi bulunmaktadır. Anjiyo ünitesi sadece gündüzleri hizmet vermektedir. Kardiyoloji anabilim dalı içerisinde aritmi polikliniği ve aritmi servisi yer almaktadır. Aritmi polikliniği; hafta içi her gün 08:00- 16:00 saatlerinde hizmet vermektedir. Poliklinik günü olan 1 doktor ile günlük 60-80 civarı hastaya bakılmaktadır. Aritmi polikliniğinde hemşire bulunmamakta fakat kardiyoloji polikliniği içerisinde holter, efor, EKG odalarında hemşire bulunmaktadır. 2019 yılında aritmi polikliniğinde 12000 hasta bakılmıştır. Ayrıca kardiyoloji polikliniği içerisinde ayrı bir oda olarak pil kontrol odası bulunmaktadır. Pil kontrol odasında çeşitli kalp pili firmalarının temsilcileri bulunur. Bazı firma yetkilileri her hafta cuma günü bazı firma yetkilileri ise ayda bir defa; son cuma günü saat 09:00- 12:00 arasında, kalp pili bulunan hastaların pil kontrollerini yaparlar. Aksi bir durum olduğunda aritmi polikliniğindeki doktor ile görüşüp hastayı yönlendirirler. Bazen de aritmi polikliniğine gelen hastayı doktor pil kontrol odasına yönlendirmektedir. Merkezimizde, hastane protokolü gereği; kalıcı kalp pili takılan hastaların rutin izlemleri, pil implantasyonunu sonrası 1, 3 ve 6'ncı ayda ve daha sonra ise her altı ayda aritmi polikliniğinde yapılmaktadır. Polikliniktekı ya da aritmi servisindeki yatan hastalara kalp pili ile ilgili gereksinimine göre sözel bilgi verilmektedir. İzlem sırasında hastaların EKG sonuçları, pilin bataryası, şoklama özelliği pile sahip olan hastalarda şoklama olup olmadığı ve pil ayarlarında değişiklik olup olmadığı değerlendirilmektedir. Aritmi servisi, diğer kardiyoloji servislerinden farklı bir servis olarak ayrılmış ve 18 yatak kapasitesine sahiptir. Aritmi

servisinde gündüz bir kardiyoloji asistan ve bir kardiyoloji uzman doktor hasta takibi yapmaktadır. Kardiyoloji servisi hemşireleri rotasyon şeklinde aritmide çalışmakta olup gündüz 2 hemşire çalışıp, gece 2 hemşire şeklinde nöbet tutmaktadırlar. Aritmi servisi, aritmi polikliniği ve anjiyo aritmi laboratuvarında toplam 5 doktor çalışmaktadır. Hafta içi her gün anjiyo ünitesinde bulunan aritmi için ayrılmış elektro fizyoloji laboratuvarlarında kalp pili takma, kalp pili batarya replasmanı, kalp pili revizyonu ya da diğer aritmi işlemleri (ablasyon, carto, elektro fizyolojik çalışma vs.) yapılmaktadır. Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda 2018 yılında 335 hastaya, 2019 yılında ise 425 hastaya kalıcı kalp pili (KP ve KİD) takılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Zaman

Bu çalışma, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalında tedavi gören ya da polikliniğe başvuran hastalarda; Eylül-Kasım 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini, araştırmanın yapıldığı tarihlerde, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalında tedavi gören ya da polikliniğe başvuran kalıcı kalp pili (KP ve KİD) takılan hastaların tümü oluşturmuştur. Araştırma çerçevesinde Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalında Ocak-Mart 2019 tarihleri arasında hastanede 130 kalp pili takılan hasta olup; 2018 yılında 335 hastaya, 2019 yılında ise 425 hastaya kalıcı kalp pili takılmıştır.
Evreni temsil edecek örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde;

n=N t2 p q/d2(N-1) + t2pq (Salant ve Dillman, 1995,s.55).
N=Hedef kitledeki birey sayısı
n=Örnekleme alınacak birey sayısı
p= İncelenen olayın görülüş sıklığı(gerçekleşme olasılığı)
q=İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı(gerçekleşmeme olasılığı)
t=Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer
d=Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen ± örnekleme hatasıdır

Formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için güç analizi hesaplandığında %80 güven aralığında ± %5 örnekleme hata payı ile gerekli örneklem büyüklüğü en az n= 155 hasta sayısı yeterli bulunmuştur.

3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri

- En az 6 ay önce takılmış kalıcı kalp pili (KP ve KİD) olan hastalar,
- 18 yaşını doldurmuş hastalar,
- Ölçek ve soru formunu anlayıp cevaplayabilecek hastalar,
- İletişim güçlüğü yaşamayan hastalar,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü hastalar.

3.4.2. Araştırma Dışı Bırakılma Ölçütleri

- Bilişsel durumu ve iletişimi etkileyen nörolojik (Alzheimer, SVO gibi) tıbbi tanısının olması,

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma; Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi olup bir hastane ile sınırlandırılmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler, veri formları araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun gönüllü katılımcılara araştırmacı tarafından tek tek sorular okunarak sorulmuş ve anket doldurularak toplanmıştır. Araştırmacı veri toplama işlemine başlamadan önce katılımcılara kendini tanıtmış, çalışmanın amacını ve içeriğini açıklamıştır.

3.6.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan anket üç bölümden oluşmaktadır:

1. Hasta Tanıtım Formu
2. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık (YPD) Ölçeği
3. SF-36 Yaşam Kalitesi (YK) Ölçeği

3.6.1.1. Hasta Tanıtım Formu

Katılımcıların özellikleri literatür incelenerek (96,102,104,113-117) araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Hazırlanan formda hastalara ilişkin sosyo-demografik değişkenleri (cinsiyet, yaş, medeni hal, eğitim seviyesi, çocuk sayısı, aile tipi, beden kitle indeksi, çalışma durumu ve mesleği) içeren sorular bulunmaktadır. Ayrıca; hastalığa ilişkin değişkenleri (başka kronik hastalığının olup olmaması, pili türü, pilin takılma zamanı, şok yapma özelliği olan cihazların şok olup olmaması, pili ile ilgili eğitim alma durumu, düzenli doktor kontrolüne gidip gitmediği, düzenli pil kontrolünün yapılıp yapılmadığı, günlük cep telefonu kullanma süresi, pil implantasyonundan sonra ne tür yaşam değişikliğinin olduğu gibi kalp piliyle yaşam hakkındaki düşünceleri gibi) içeren sorular bulunmaktadır.

3.6.1.2. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Araştırmada; 'Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği' kullanılmış; ölçek, 2001 yılında Friborg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş (91); ülkemizde ise geçerlilik güvenirlik çalışması Basım ve Çetin tarafından 2010 yılında yapılmıştır (17). Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, 'Kendilik algısı', 'Gelecek algısı', 'Yapısal stil', 'Sosyal yeterlilik', 'Aile uyumu' ve 'Sosyal kaynaklar' başlıkları olmak üzere altı adet alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekteki 3,9,15,21. maddeler yapısal stili, 2,8,14,20. maddeler gelecek algısını, 5,11,17,23,26,32. maddeler aile uyumunu, 1,7,13,19,28,31. maddeler kendilik algısını, 4,10,16,22,25,29. maddeler sosyal yeterliliği, 6,12,18,24,27,30,33. maddeler ise sosyal kaynaklar alt boyutlarını değerlendirmektedir (17). PD ölçeği; toplam 33 maddeden oluşmakta olup ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık katsayıları 0,66-0,81 arasındadır (17). Ölçeğin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği sınanmış, Cronbach's-Alfa katsayısı 0,75-0,84 olarak hesaplanmıştır (17). Ölçekte PD puanının yüksek çıkması; kişinin dayanıklılığın da yükseldiği şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçekte olumlu ve olumsuz özelliklerin zıt taraflarda olduğu, cevaplar için ise ayrı ayrı kutucukların olması; 5'li Likert formatında olduğu bilinmektedir. Çalışma analiz sonucunda; puanlar arttıkça PD'nin artması beklendiğinden cevap kutucukları soldan sağa doğru 1,2,3,4,5 olarak değerlendirilmiştir. PD ölçeğinin toplam puanı; minimum 33 iken maksimum puanı ise 165'tir (17,91,118). Soldan sağa doğru değerlendirme dikkate alınarak, ölçekteki; 1-3-4-8-11-13-14-15-16-23-24-25-27-31-33 numaralı

sorular ters sorular olarak değerlendirilmiştir (17,91,118). Yapılan araştırmada, bahsedilen bu model kullanılmıştır. PD ölçeğinin bu araştırmadaki Cronbach's-α katsayısı 0,713 olarak hesaplanmıştır.

3.6.1.3. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, ilk kez 1987 yılında İngiltere'de Ware tarafından geliştirilmiştir (119). SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin ülkemizde güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Pınar tarafından 1995'te yapılmış ve kronik hastalıklarda kullanılabileceği belirtilmiştir (120). SF-36 YK ölçeği için yapılan test-tekrar-test güvenirlik katsayıları 0.83-0,92 arasında değiştiği, bu rakamların güvenirlik için öngörülen 0.70'in üstünde olduğu ve ölçeğin güvenilir bir biçimde kullanılabileceği belirtilmiştir (120). Yapılan araştırmada, YK ölçeğinin Cronbach's-α değeri 0,892 olarak bulunmuştur. SF 36 YK Ölçeği, sağlık durumunun hem olumlu hem de olumsuz yönlerinin değerlendirmesi ve çok kısa sürede doldurulabilmesi bakımından diğer jenerik ölçeklere göre daha avantajlıdır.

Ölçek iki ana boyuttan ve sekiz alt boyuttan değerlendirilmekte ve 36 maddeden oluşmaktadır (119,120). Bunlar:

1. Fiziksel Boyut:

- Fiziksel Fonksiyon (10 madde): Kişinin birkaç sokak öteye yürüme, bir veya birkaç kat basmak çıkma veya fiziksel aktivitelerdeki yeterliliği değerlendiren sorularla fiziksel kısıtlılıkları ölçer.
- Fiziksel Rol Kısıtlanması (4 madde): Fiziksel problemlerin kişilerin aktivitelerini ne kadar kısıtladıklarını değerlendirir.
- Bedensel Ağrı: Vücut ağrısının derecesini ve kişinin günlük hayatını ağrının ne kadar etkilediğini değerlendirir.
- Zindelik/ Yorgunluk (4 madde): Enerji durumlarını ve yorgunluğu ölçer.
- Genel Sağlık Algısı (5 madde): Kişinin kendini nasıl hissettiğini ve genel anlamda sağlığının nasıl olacağını tahmin edebilmesini değerlendirir.

2. Mental Boyut :

- Sosyal Fonksiyon (2 madde): Kişinin aile, arkadaş ve diğer gruplarla olan sosyal ilişki ve aktivitelerinin, kişinin fiziksel veya duygusal problemlerini ne kadar etkilendiğini sorgular.
- Emosyonel Rol Kısıtlanması (Duygusal Rol Güçlüğü) (3 madde): Emosyonel sorunların kişilerin aktivitelerini ne kadar ne derece kısıtladıkları sorulur.
- Mental Sağlık (5 madde): Depresyon, anksiyete, emosyonel kontrol ve davranış bozukluğunun yanında bir de psikolojik iyilik hali gibi konular da mental sağlık durumunu değerlendirir.

Ölçek puanlanırken, yeniden kodlanması gerekmeyen alanlar vardır. Bunlar:

- Fiziksel fonksiyon:3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j
- Sosyal fonksiyon:10
- Mental işlev:5a+5b+5c (1 evet, 2 hayır)
- Fiziksel işlev:4a+4b+4c+4d (1 evet, 2 hayır)

Yeniden kodlanması gereken alanlar ise şöyledir:

- Mental sağlık:9b+9c+9d+9f+9h 9b, 9c, 9f yeniden kodlanmasına gerek yoktur. 9d ve 9h puanlaması ise tersten yapılmalıdır.
- Enerji:9a+9e+9g+9i 9g ve 9i yeniden kodlanmasına gerek olmayıp, 9a ve 9e tersten kodlanmalıdır.
- Ağrı:7+8
- Sosyal fonksiyon:6
- Genel sağlık algısı:1+11a+11b+11c+11d

Ölçek sadece toplam bir puana sahip değildir ve ölçekteki her bir boyut ayrı ayrı puanla hesaplanmaktadır. Ölçekte yer alan iki ana boyutun puanı ve her bir alt boyutun puanı; 0 ile 100 arasında değişmektedir. 100 puan en yüksek olup; iyi sağlık durumunu, 0 puan ise en düşük olup; kötü sağlık durumunu göstermektedir (119,120). SF-36 YK ölçeğinden alınan puanın yüksek olması, kişinin YK'nin yüksek olduğunu belirtmektedir. Pozitif puanlamaya sahip SF-36 YK, her boyuttaki puanın yükselmesi; sağlıkla ilişkili YK'nin artması şekilde yorumlanmıştır. Mesela, ağrı boyutundaki yüksek puan, azalmış ağrı durumunu gösterecektir. Ölçek ile 8 alt boyut ayrı ayrı değerlendirilebildiği gibi, YK fiziksel ve mental boyut olmak üzere iki ana boyutta da

değerlendirilebilir. Ana boyut puanlarının analiz edilmesinde; her bir ana boyutun altında bulunan alt boyut puanları toplanıp boyut sayısına bölünerek puan hesaplanır (120). Mesela; fiziksel boyut puanı hesaplanırken, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlanması, bedensel ağrı, enerji/canlılık ve genel sağlık algısı puanları toplanır ve beşe bölünür. Ayrıca; genel sağlık algısı ve enerji/canlılık her iki ana boyutta da bulunmaktadır. Ölçekte var olan 36 ifadeden 35'i son dört hafta göz önüne alınarak değerlendirilir. Ölçekteki son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren "Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda şimdiki sağlığınızı nasıl buluyorsunuz?" ifadesi ölçeğin değerlendirmesinde dikkate alınmaz.

3.6.2. Ön Uygulama ve Uygulama

Araştırmacı tarafından geliştirilen KP ve KİD bulunan hastalara ilişkin veri toplama formunun anlaşılırlığının tespit edilmesi ve veri toplama formuyla, diğer ölçeklerin doldurulma süresinin belirlenmesi amacıyla; ön uygulama yapılmıştır. Kardiyoloji Anabilim Dalı Aritmi Servisi'nde tedavi gören 5 hastada ön uygulama yapılmış olup, kişisel bilgi formunda değişikliğe gerek duyulmamıştır. Anketler gerekli izinlerden sonra uygulanmıştır. Anket ortalama 15-20 dakika sürmüştür. Ön uygulama yapılan hastalar, çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma; Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'ndaki kalp pili olan hastalara gerekli izinler alındıktan sonra anket şeklinde uygulanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında tanımlayıcı istatistikler ve frekans tabloları kullanılmıştır. Normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "ANOVA" test (F-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için varyansların homojenliği dikkate alınarak Tukey testi uygulanmıştır. İstatistiksel önemlilik için $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir. Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler

kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan ölçüm değerlerinin birbirleriyle ilişkisinin incelenmesinde Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın her aşamasında etik ilkelere uyulmasında gerekli özen gösterilmiştir. Uygulamaya başlamadan önce Çukurova Üniversitesi'nden etik kurul izni ve Adana İl Sağlık Müdürlüğü'nden Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi için kurum izni alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere çalışmanın amacı açıklandıktan sonra, kimlik bilgilerinin istenmeyip hiçbir şekilde kimliklerinin açıklanmayacağı söylenmiş ve sözlü onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmanın bu kısmında toplam 155 kalıcı kalp pili (KP ve KİD) olan hastadan elde edilen sonuçlar bulunmaktadır. Hastalara toplam üç anket uygulanmıştır. Birinci ankette; hastalara ait sosyo demografik ve hastalık ile ilgili özelliklerin yer aldığı ‘‘Hasta Tanıtım Formu’’, ikinci ankette ‘‘Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği’’ ve üçüncü ankette ise ‘‘SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği’’ yer almaktadır. Çalışmanın analizleri aşağıdaki gibidir:

1. Hastalara ilişkin sosyo demografik özelliklere ait bulgular,
2. Hastaların hastalık ile ilgili özelliklere ait bulgular,
3. Hastaların psikolojik dayanıklılık ve yaşam kalitesi puan ortalamaları,
4. Hastalara ilişkin sosyo demografik ve hastalık özelliklerine ait bulguların ölçeklerle ilişkilendirilmesi,
5. Hastaların psikolojik dayanıklılık ve yaşam kaliteleri puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.1. Hastalara İlişkin Sosyo Demografik Özelliklere Ait Bulgular

Tablo 1. Hastalara İlişkin Sosyo Demografik Özellikler

Değişken (N=155)	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Yaş Grupları [$\overline{X} \pm S.S. \rightarrow 64,80 \pm 13,07$ (yıl) **]**		
<55	29	18,7
55-64	34	21,9
65-74	**64**	**41,3**
≥75	28	18,1
Cinsiyet		
Kadın	70	45,2
Erkek	**85**	**54,8**
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil	41	26,5
Okuryazar	18	11,6
İlkokul veya Ortaokul	**76**	**49**
Lise veya Üniversite	20	12,9
Medeni Durum		
Evli	**136**	**87,7**
Bekar	19	12,3
Çocuk Sayısı		
Çocuğu yok	5	3,2
1-2	30	19,4
3-4	**62**	**40,0**
5 ve üzeri	58	37,4
Birlikte Yaşanan Kişi		
Yalnız	13	8,4
Çekirdek aile	**115**	**74,2**
Geniş aile	24	15,5
Huzurevi ya da Bakımevi	3	1,9
Meslek		
Ev hanımı	**63**	**40,6**
Emekli	58	37,4
İşçi	11	7,1
Diğer (Memur, Esnaf, Çiftçi, Diğer)	23	14,9
BKİ [$\overline{X} \pm S.S. \rightarrow 28,19 \pm 4,64$ (kg/m^2) **]**		
<18,5: Zayıf	2	1,3
18,5-24,9: Normal	34	21,9
25,0-29,9: Fazla kilolu	**67**	**43,3**
≥30: Obez	52	33,5

Çalışmaya katılanların %41,3'ü 65-74 yaş grubunda olduğu ve yaş ortalamasının 64,80±13,07 (yıl) olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya katılanların %54,8'i erkek, %49'u ilkokul veya ortaokul mezunu ve %87,7'i evli olduğu, %40,0'ünün 3-4 çocuğa sahip olduğu, %74,2'sinin çekirdek aile ve %40,6'sının ev hanımı olduğu belirlenmiştir.

Hastaların %43,3'ü fazla kilolu ve BKİ ortalamasının 28,19±4,64 (kg/m^2) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1).

4.2. Hastaların Hastalık ile İlgili Özelliklere Ait Bulgular

Tablo 2. Hastaların Hastalıklarla İlgili Özellikleri

Değişken (N=155)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kalıcı Kalp Pili (KP/KİD) Süresi [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 5,27 \pm 3,74$ (yıl) **]**		
<5 yıl	**83**	**53,5**
≥5 yıl	72	46,5
Kalıcı Kalp Pil Türü		
Kalp Pili (KP)	**81**	**52,3**
Kalp İçi Defibrilatör (KİD)	74	47,7
Kronik Ek Hastalıklar		
Var	**87**	**56,1**
Yok	68	43,9
Var Olan Kronik Hastalık*		
Diyabet	**45**	**36,3**
Akciğer Hastalığı	16	12,9
Böbrek Hastalığı	14	11,3
Psikiyatrik	10	8,1
Diğer (Tiroit, Kanser, Ortopedik Hastalıklar ve Diğer)	39	31,4
Kalıcı Kalp Pili (KP/KİD) Eğitimi		
Almış	42	27,1
Almamış	**113**	**72,9**
Alınan Kalıcı Kalp Pili (KP/KİD) Eğitimi*		
Teşhis Konulduğunda Hastanede Bir Kez Eğitim Almış	**35**	**79,5**
Tanıdıklarından Öğrenmiş	6	13,6
İnternet, Medya, Kitap ve Dergi	3	6,9
Düzenli Doktor Kontrolü		
Evet	**135**	**87,1**
Hayır	20	12,9
Düzenli Kalp Pili Kontrolü		
Evet	**139**	**89,7**
Hayır	16	10,3
Günlük Cep Telefonu Kullanma Süresi		
10 Dakikadan Az	**63**	**40,6**
10-30 Dakika	52	33,5
30 Dakikadan Fazla	40	25,9
Kalp Pilinden Sonra Yaşamındaki Değişim*		
Ev İşlerinde Zorlanmış	**65**	**35,9**
Tedaviden Önce Çalışmıyormuş	40	22,1
Yaptığı İşte Çalışma Saatleri Değişmiş	27	14,9
İşsiz Kalmış	21	11,6
Malulen Emekli Olmuş	11	6,1
Meslek Değiştirmiş	1	0,6
Diğer	16	8,8

Çalışmaya katılanların %53,5'i pil takılma süresi 5 yıldan az olduğu ve hastaların pil süresi takılma ortalamasının 5,27±3,74 (yıl) olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılanların %52,3'ünde kalp pili(pacemaker)'ne sahip olduğu, %56,1'inin kardiyovasküler hastalıklar hariç başka ek hastalığının olduğu, %36,3'nde DM tanısının var olduğu, %72,9'nun kalıcı kalp piliyle ilgili eğitim almadığı ve eğitim alanların %79,5 sadece teşhis konulduğunda hastanede bir kez eğitim aldığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların %87,1'inin düzenli doktor kontrolüne ve %89,7'sinin ise düzenli pil kontrolüne gittiği tespit edilmiştir. Hastaların %40,6'sı günlük 10 dakikadan daha az cep telefonuyla görüşme yapmakta ve %35,9'u pil implantasyonundan sonra ev işlerinde zorlandığı belirtmişlerdir (Tablo 2).

4.3. Hastaların Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Tablo 3. Hastaların Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeklerine İlişkin Bulguların Dağılımı

Ölçekler (N=155)	**Bulgular**			
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	**X̄± Ss**	**Medyan**	**Min.**	**Max.**
Yapısal Stil	11,53±2,95	12,0	4,0	20,0
Gelecek Algısı	11,40±2,36	12,0	4,0	19,0
Aile Uyumu	18,72±3,99	20,0	6,0	26,0
Kendilik Algısı	17,93±3,55	18,0	7,0	26,0
Sosyal Yeterlilik	18,01±3,47	18,0	7,0	30,0
Sosyal Kaynaklar	20,26±3,21	20,0	12,0	29,0
Toplam	**97,84±11,81**	**100,0**	**52,0**	**121,0**
Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği				
Fiziksel Fonksiyon	41,58±28,49	45,0	0,0	100,0
Sosyal Fonksiyon	46,09±19,28	55,56	0,0	88,9
Fiziksel Rol Kısıtlaması	15,32±27,53	0,0	0,0	100,0
Emosyonel Rol Kısıtlaması	26,24±36,03	0,0	0,0	100,0
Mental Sağlık	60,10±21,58	60,0	0,0	100,0
Zindelik/Yorgunluk	43,97±20,93	45,0	0,0	95,0
Ağrı (Bedensel)	58,85±29,65	66,7	0,0	100,0
Genel Sağlık Algısı	47,52±21,02	50,0	0,0	95,0

Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin değerlendirilmesi sonucunda hastaların psikolojik dayanıklılık düzeyleri toplam puan ortalaması 97,84±11,81 olarak tespit edilmiştir. Tablo 3'te görüldüğü gibi YPDÖ alt boyutlarda ise ortalamalar, sosyal kaynaklar için 20,26±3,21; sosyal yeterlilik için 18,01±3,47; kendilik algısı için 17,93±3,55; aile uyumu için 18,72±3,99; gelecek algısı için 11,40±2,36 ve yapısal stil için 11,53±2,95 olarak tespit edilmiştir (Tablo 3).

SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan ortalama puanların dağılımları incelendiğinde; fiziksel fonksiyon 41,58±28,49, sosyal fonksiyon 46,09±19,28, fiziksel rol kısıtlaması 15,32±27,53, emosyonel rol kısıtlaması 26,24±36,03, mental sağlık 60,10±21,58, zindelik/yorgunluk boyutu 43,97±20,93, bedensel ağrı 58,85±29,65 olarak tespit edilmiştir (Tablo 3).

4.4. Hastalara İlişkin Sosyo Demografik ve Hastalık Özelliklerine Ait Bulguların Ölçeklerle İlişkilendirilmesi

4.4.1. Hastaların Sosyo Demografik Verilerine Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4. Hastaların Sosyo Demografik Verilerine Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken (N=155)	n	Yapısal stil	Gelecek algısı	Aile uyumu	Kendilik algısı	Sosyal yeterlilik	Sosyal kaynaklar	PDÖ-Toplam
		$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$
Yaş grupları								
<55 (1)	29	10,83±2,82	11,31±2,25	16,69±4,43	17,66±3,22	18,00±4,05	19,59±3,25	94,07±9,53
55-64 (2)	34	11,38±3,08	11,50±2,73	19,33±3,94	16,94±3,72	17,15±4,11	19,29±3,11	95,59±14,67
65-74 (3)	64	11,69±2,89	11,44±1,73	18,72±4,10	17,91±3,54	18,19±3,11	20,21±2,96	98,16±11,19
≥75 (4)	28	12,07±3,04	11,29±3,24	20,07±2,37	19,46±3,33	18,64±2,70	22,21±3,15	103,75±9,40
İstatistiksel analiz*		χ^2=2,258	χ^2=0,382	χ^2=8,081	χ^2=6,349	χ^2=1,546	χ^2=12,287	χ^2=14,978
Olasılık /Fark		p=0,521	p=0,944	**p=0,044 /[1-4]**	p=0,096	p=0,672	**p=0,006 /[1,2-4]**	**p=0,002 /[1-4]**
Cinsiyet								
Kadın	70	11,11±2,67	11,11±2,23	18,59±3,52	18,46±3,68	17,79±3,46	20,57±3,32	97,63±11,92
Erkek	85	11,87±3,13	11,64±2,46	18,82±4,36	17,49±3,39	18,19±3,50	20,00±3,11	98,01±11,79
İstatistiksel analiz		Z=-1,000	Z=-1,188	Z=-0,851	Z=-2,256	Z=-0,238	Z=-1,453	Z=-0,025
Olasılık		p=0,317	p=0,235	p=0,395	**p=0,024**	p=0,812	p=0,146	p=0,980
Eğitim düzeyi								
Okuryazar değil	41	11,51±2,71	11,00±2,41	19,51±2,94	18,68±3,00	18,51±2,14	20,78±3,24	100,00±8,88
Okuryazar	18	11,22±2,05	11,67±2,11	17,33±4,98	18,28±2,42	18,56±4,41	20,94±2,99	98,00±9,52
İlkokul	65	11,83±3,28	11,49±2,40	18,88±4,01	17,46±3,99	17,37±3,62	19,89±3,29	96,92±13,11
Ortaokul	11	10,27±3,50	11,82±2,44	18,55±3,91	17,82±4,85	18,64±2,66	12,00±3,22	98,09±15,64
Lise ve üzeri	20	11,55±2,67	11,45±2,44	17,90±4,76	17,65±3,07	18,20±4,55	19,35±2,94	96,10±12,64
İstatistiksel analiz		χ^2=2,324	χ^2=1,574	χ^2=2,272	χ^2=2,824	χ^2=6,015	χ^2=4,667	χ^2=1,277
Olasılık		p=0,676	p=0,813	p=0,686	p=0,588	p=0,198	p=0,323	p=0,865
Medeni Durum								
Evli	136	11,53±2,97	11,46±2,44	18,93±3,89	17,92±3,42	18,09±3,47	20,09±3,17	98,03±11,50
Bekar	19	11,03±2,86	10,95±1,72	17,16±4,48	18,00±4,44	17,42±3,59	21,42±3,31	96,47±14,10
İstatistiksel analiz		Z=-0,044	Z=-1,219	Z=-1,731	Z=-0,193	Z=-0,845	Z=-2,062	Z=-0,270
Olasılık		p=0,965	p=0,223	p=0,083	p=0,847	p=0,398	**p=0,039**	p=0,787
Yaşanan kişi								
Yalnız (1)	13	11,62±2,63	12,23±3,19	18,31±2,98	20,69±3,09	18,77±3,77	21,23±3,39	102,85±7,97
Çekirdek aile (2)	115	11,50±3,16	11,29±2,42	18,93±4,12	17,67±3,63	17,77±3,52	19,96±3,18	97,12±12,82
Geniş aile (3)	24	11,71±2,22	11,38±1,56	18,96±2,74	17,67±2,61	18,83±3,07	21,08±3,15	99,63±6,89
İstatistiksel analiz		χ^2=0,354	χ^2=2,093	χ^2=1,883	χ^2=8,692	χ^2=1,452	χ^2=3,925	χ^2=2,516
Olasılık /Fark		p=0,838	p=0,351	p=0,390	**p=0,013 /[1-2,3]**	p=0,484	p=0,141	p=0,284
BKİ								
Normal	34	11,35±3,26	11,68±2,56	18,68±4,24	17,94±3,63	17,18±3,18	19,97±3,17	96,79±13,48
Fazla kilolu	67	11,45±2,77	11,43±2,43	18,36±4,07	18,09±3,48	18,18±3,39	20,31±3,29	97,82±11,54
Obez	52	11,79±3,04	11,15±2,21	19,25±3,81	17,77±3,67	18,15±3,70	20,37±3,22	98,48±11,40
İstatistiksel analiz*		χ^2=0,787	χ^2=1,435	χ^2=2,134	χ^2=0,262	χ^2=1,589	χ^2=0,275	χ^2=0,883
Olasılık		p=0,675	p=0,488	p=0,344	p=0,877	p=0,452	p=0,872	p=0,643

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskall-Wallis H" test (χ2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Çalışmadaki hastaların; yaş gruplarına göre YPDÖ alt boyutlarından, aile uyumu puanları açısından (χ^2=8,081; p=0,044), sosyal kaynaklar puanları açısından (χ^2=12,287; p=0,006) ve YPDÖ toplam puanları açısından (χ^2=14,978; p=0,002) istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ≥75 yaş grubunda olanların aile uyumu ve YPDÖ toplam puanları, <55 yaş grubunda olanlara göre ve ≥75 yaş grubunda olanların sosyal kaynaklar puanları, <55 ve 55-64 yaş grubunda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4).

Çalışmaya katılan hastaların cinsiyetlere göre kendilik algısı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Z=-2,256; p=0,024). Kadınların kendilik algısı puanlarının, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4).

Çalışmadaki hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre bakıldığında; kendilik algısı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=8,692; p=0,013). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; çekirdek ve geniş aile tipinde olanlar ile yalnız yaşayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Yalnız yaşayanların kendilik algısı puanları, çekirdek ve geniş aile tipinde olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4).

Çalışmadaki hastaların medeni durumlarına göre sosyal kaynaklar puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Z=-2,062; p=0,039). Bekarların sosyal kaynak puanları, evlilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4).

4.4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 5. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken (N=155)	n	Yapısal stil	Gelecek algısı	Aile uyumu	Kendilik algısı	Sosyal yeterlilik	Sosyal kaynaklar	PDÖ-Toplam
		$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$	$\bar{X} \pm S.S.$
Kalıcı Kalp Pili Süresi								
<5	83	11,57±2,90	11,24±2,24	18,81±3,87	17,69±4,01	18,04±3,37	19,87±3,26	97,20±11,99
≥5	72	11,49±3,02	11,58±2,50	18,61±4,15	18,21±2,93	17,97±3,62	20,71±3,11	98,57±11,64
İstatistiksel Analiz		Z=-0,733	Z=-0,552	Z=-0,432	Z=-0,859	Z=-0,150	Z=-1,156	Z=-0,819
Olasılık		p=0,464	p=0,581	p=0,666	p=0,390	p=0,881	p=0,248	p=0,413
Kalıcı Kalp Pili Türü								
KP	81	11,30±2,69	11,60±2,30	19,22±3,51	18,38±2,82	18,22±3,00	20,47±3,24	99,20±9,97
KİD	74	11,78±3,20	11,18±2,42	18,16±4,42	17,43±4,16	17,77±3,94	20,03±3,18	96,35±13,45
İstatistiksel Analiz		Z=-0,714	Z=-1,407	Z=-1,346	Z=-1,412	Z=-0,689	Z=-0,977	Z=-1,144
Olasılık		p=0,476	p=0,160	p=0,178	p=0,158	p=0,491	p=0,328	p=0,253
Ek Hastalık								
Var	87	11,40±2,93	11,18±2,25	18,72±3,97	17,72±3,87	17,97±3,56	20,07±3,24	97,07±12,76
Yok	68	11,69±2,98	11,68±2,49	18,71±4,06	18,19±3,09	18,08±3,39	20,50±3,18	98,82±10,49
İstatistiksel Analiz		Z=-0,428	Z=-1,587	Z=-0,057	Z=-0,447	Z=-0,158	Z=-0,665	Z=-0,092
Olasılık		p=0,669	p=0,112	p=0,955	p=0,655	p=0,874	p=0,506	p=0,927
Kalp Pili Eğitimi								
Almış	42	11,83±2,85	11,07±1,90	18,64±4,25	18,45±3,70	18,45±3,60	21,02±2,66	99,48±9,12
Almamış	113	11,42±2,98	11,52±2,51	18,74±3,91	17,74±3,48	17,84±3,43	19,97±3,35	97,23±12,65
İstatistiksel Analiz		Z=-0,749	Z=-1,048	Z=-0,063	Z=-1,287	Z=-0,461	Z=-1,863	Z=-0,725
Olasılık		p=0,454	p=0,295	p=0,949	p=0,198	p=0,645	p=0,062	p=0,468
Cep T. Günlük								
<10 (1)	63	12,37±2,96	11,19±2,38	19,68±3,73	18,60±3,55	18,21±2,82	20,92±3,34	100,97±9,97
10-30 Dakika(2)	52	11,23±2,53	11,98±2,63	18,46±3,82	18,44±3,31	18,08±4,04	20,13±3,08	98,33±10,83
>30 (3)	40	10,60±3,14	10,98±1,82	17,53±4,33	16,20±3,34	17,60±3,68	19,38±2,99	92,28±13,84
İstatistiksel Analiz		χ^2=7,911	χ^2=4,261	χ^2=7,813	χ^2=14,902	χ^2=1,555	χ^2=4,778	χ^2=9,736
Olasılık		**p=0,019**	p=0,119	**p=0,020**	**p=0,001**	p=0,460	p=0,092	**p=0,008**
Fark		**[1-3]**		**[1-3]**	**[1,2-3]**			**[1-3]**
Şoklama								
Var	59	11,75±3,38	11,07±2,41	18,15±4,44	17,76±4,23	17,43±3,94	19,71±3,17	95,86±11,57
Yok	15	11,93±2,46	11,60±2,56	18,20±4,52	16,13±3,76	19,13±3,76	21,27±3,53	98,27±14,32
İstatistiksel Analiz		Z=-0,794	Z=-0,378	Z=-0,088	Z=-1,301	Z=-1,907	Z=-1,509	Z=-0,585
Olasılık		p=0,427	p=0,705	p=0,930	p=0,193	p=0,057	p=0,131	p=0,558

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında
"Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskall-Wallis H" test (χ2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların günlük cep telefonu kullanım süresine (dk.) bakıldığında; yapısal stil puanları (χ^2=7,911; p=0,019), aile uyumu puanları (χ^2=7,813; p=0,020) ve PDÖ toplam puanları (χ^2=9,736; p=0,008) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; günlük 10 dakikadan az cep telefonuyla konuşanların yapısal stil puanları, aile uyumu puanları ve PDÖ toplam puanları, 30 dakikadan fazla konuşanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 5).

Ayrıca günlük cep telefonu kullanım süresine (dk.) göre kendilik algısı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=14,902; p=0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; günlük 10 dakikadan az ve 10-30 dakika cep telefonuyla konuşanlar ile 30 dakikadan fazla konuşanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Günlük 10 dakikadan az ve 10-30 dakika cep telefonuyla konuşanların kendilik algısı puanları, 30 dakikadan fazla konuşanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 5).

4.4.3. Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 6. Hastaların Sosyo Demografik Verilerine SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken (N=155)	n	Fiziksel Fonksiyon $\bar{X} \pm S.S.$	Sosyal Fonksiyon $\bar{X} \pm S.S.$	Fiziksel Rol $\bar{X} \pm S.S.$	Emosyonel Rol $\bar{X} \pm S.S.$	Mental sağlık $\bar{X} \pm S.S.$	Zindelik/yorgunluk $\bar{X} \pm S.S.$	Bedensel Ağrı $\bar{X} \pm S.S.$	Genel sağlık $\bar{X} \pm S.S.$
Yaş grupları									
<55	29	46,03±27,10	40,61±20,63	13,79±28,80	33,33±40,82	52,97±20,55	37,24±21,24	52,11±29,11	46,55±19,23
55-64	34	47,50±25,56	52,61±16,93	13,24±28,36	26,47±37,41	63,18±19,71	49,26±17,24	66,34±24,84	49,85±20,87
65-74	64	40,23±29,90	44,27±20,62	17,58±26,61	22,40±33,10	60,44±21,30	44,06±21,36	57,64±29,82	48,05±21,67
≥75	28	32,85±28,92	48,02±15,44	14,29±28,41	27,38±36,35	63,00±24,70	44,29±22,76	59,52±34,37	44,46±22,13
İstatistiksel Analiz*		X^2=5,036	X^2=6,748	X^2=2,308	X^2=1,351	F=1,474	F=1,753	χ^2=3,753	F=0,366
Olasılık		P=0,169	P=0,080	P=0,511	P=0,717	p=0,224	p=0,159	p=0,289	p=0,777
Cinsiyet									
Kadın	70	35,00±26,76	44,13±20,02	8,93±21,30	19,52±30,82	58,11±20,19	38,50±20,38	47,14±28,53	41,00±21,73
Erkek	85	47,00±28,89	47,71±18,61	30,59±30,90	31,76±39,14	61,74±22,66	48,47±20,40	68,50±27,10	52,88±18,90
İstatistiksel Analiz		Z=-2,736	Z=-1,070	Z=-2,515	Z=-1,855	t=-1,041	t=-3,029	Z=-4,483	Z=-3,564
Olasılık		**p=0,006**	P=0,284	**P=0,012**	P=0,064	p=0,299	**p=0,003**	**p=0,000**	**p=0,000**
Eğitim Düzeyi									
Okuryazar Değil (1)	41	28,78±22,33	41,73±20,61	7,32±18,74	13,82±24,69	58,34±19,18	39,39±21,80	42,55±29,70	40,12±20,93
Okuryazar (2)	18	46,39±28,89	43,21±25,25	13,89±27,42	12,96±28,33	61,78±15,11	49,17±16,11	69,14±25,15	59,17±15,74
İlkokul (3)	65	42,15±28,46	47,35±18,24	13,46±26,17	39,23±36,09	59,38±24,16	43,00±21,25	61,71±28,33	44,92±21,86
Ortaokul (4)	11	33,64±29,84	44,44±17,92	9,09±20,23	34,24±30,15	53,45±23,07	46,82±19,78	66,67±29,81	48,18±15,37
Lise Ve Üzeri (5)	20	66,00±23,37	54,44±11,34	42,50±35,45	55,00±47,48	68,20±21,11	55,75±18,44	69,44±25,96	60,25±16,18
İstatistiksel Analiz		X^2=25,202	X^2=5,569	X^2=24,661	X^2=16,250	F=1,080	F=2,839	χ^2=17,661	χ^2=19,854
Olasılık Fark		**p=0,000 [1,3,4-5]**	P=0,234	**p=0,000 [1,2,3,4-5]**	**p=0,003 [1,2-5]**	p=0,368	**p=0,026 [1-5]**	**p=0,001 [1-2,3,4,5]**	**p=0,001 [1-2,5] [3-2,5]**
Medeni Durum									
Evli	136	41,21±28,97	46,16±18,98	14,71±26,26	25,49±35,66	60,06±21,15	43,53±20,77	59,15±29,60	47,94±20,80
Bekar	19	44,21±25,34	45,61±21,88	19,74±35,92	31,58±39,24	60,42±25,08	47,11±23,32	56,73±30,74	44,47±22,91
İstatistiksel Analiz		Z=-0,476	Z=-0,031	Z=-0,007	Z=-0,636	Z=-0,254	t=-0,697	Z=-0,346	t=0,672
Olasılık		P=0,634	P=0,975	P=0,995	P=0,524	p=0,799	p=0,487	p=0,729	p=0,502
Yaşanan Kişi									
Yalnız	13	40,77±28,20	42,74±21,20	17,31±31,26	17,95±32,25	61,23±16,76	47,31±18,33	55,56±29,75	48,08±19,10
Çekirdek Aile	115	42,70±28,91	46,76±18,99	15,00±27,27	26,67±36,73	60,63±21,64	43,78±21,25	60,10±29,25	47,96±21,01
Geniş Aile	24	35,00±25,28	43,52±20,96	11,46±22,09	27,78±35,58	56,33±24,88	44,38±22,28	54,17±33,46	45,83±23,44
İstatistiksel Analiz		X^2=1,622	X^2=0,857	X^2=0,303	X^2=0,997	χ^2=0,808	F=0,163	χ^2=0,807	F=0,102
Olasılık		P=0,444	P=0,651	P=0,859	P=0,607	p=0,667	p=0,850	p=0,668	p=0,903
BKİ									
Normal (1)	34	56,76±28,07	51,63±18,73	22,06±31,24	25,49±37,66	61,29±24,01	44,71±22,63	58,50±34,63	46,76±19,96
Fazla Kilolu (2)	67	39,25±28,21	44,11±19,91	13,06±26,60	26,37±37,84	57,91±20,79	44,70±20,04	58,37±27,17	47,31±19,04
Obez (3)	52	34,23±25,92	44,23±18,21	14,42±26,36	27,56±33,48	62,15±20,98	62,60±21,36	58,76±29,95	47,98±24,56
İstatistiksel Analiz*		X^2=13,934	X^2=3,642	X^2=3,538	X^2=0,412	χ^2=1,391	χ^2=0,345	χ^2=0,064	χ^2=0,037
Olasılık Fark		**p=0,001 [1-2,3]**	P=0,162	P=0,171	P=0,814	p=0,499	p=0,842	p=0,968	p=0,982

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskall-Wallis H" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Çalışmadaki hastaların cinsiyetlerine bakıldığında; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, zindelik/yorgunluk, bedensel ağrı ve genel sağlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,001$). Erkek hastaların; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, zindelik/yorgunluk, bedensel ağrı ve genel sağlık puanları kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 6).

Çalışmadaki hastaların eğitim düzeyleri incelendiğinde; fiziksel fonksiyon puanları açısından ($\chi^2=25,202$; $p=0,000$), fiziksel rol puanları açısından ($\chi^2=24,661$; $p=0,000$), emosyonel rol puanları açısından ($\chi^2=16,250$; $p=0,003$), genel sağlık puanları açısından ($\chi^2=19,854$; $p=0,001$) ve ağrı puanları açısından ($\chi^2=17,661$; $p=0,001$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; lise ve üzeri mezun olanların fiziksel fonksiyon puanları, fiziksel rol puanları, okuryazar olmayan, ilkokul ve ortaokul mezunu olanlara göre ve lise ve üzeri mezun olanların emosyonel rol puanları, okuryazar olmayan ve okuryazar olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 6). Okuryazar olmayanların genel sağlık puanları, okuryazar, lise ve üzeri mezun olanlara göre ve ilkokul mezunu olanların genel sağlık puanları, okuryazar, lise ve üzeri mezun olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür (Tablo 6). Ayrıca okuryazar olmayanların ağrı puanları, okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise ve üzeri mezun olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür (Tablo 6). Yine çalışmaya katılan hastaların eğitim düzeylerine göre zindelik/yorgunluk puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=2,839$; $p=0,026$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için varyansların homojenliği dikkate alınarak yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; lise ve üzeri mezun olanlar ile okuryazar olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Lise ve üzeri mezun olanların zindelik/yorgunluk puanları, okuryazar olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 6).

Çalışmadaki hastaların BKİ sınıflarına göre fiziksel fonksiyon puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=13,934$; $p=0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; normal BKİ sınıfında olanlar ile fazla kilolu ve obez olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Normal BKİ

sınıfında olanların fiziksel fonksiyon puanları, fazla kilolu ve obez olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 6).

4.4.4. Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği İle Karşılaştırılması

Tablo 7. Hastaların Hastalık Duruma Göre SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken (N=155)	n	Fiziksel fonksiyon $\bar{X} \pm S.S.$	Sosyal fonksiyon $\bar{X} \pm S.S.$	Fiziksel rol $\bar{X} \pm S.S.$	Emosyonel rol $\bar{X} \pm S.S.$	Mental sağlık $\bar{X} \pm S.S.$	Zindelik/yorgunluk $\bar{X} \pm S.S.$	Bedensel Ağrı $\bar{X} \pm S.S.$	Genel sağlık $\bar{X} \pm S.S.$
Pilin Takılma Süresi									
<5	83	41,20±27,68	44,31±19,97	14,76±27,62	28,11±35,87	61,69±22,11	44,10±22,50	59,97±27,05	48,55±21,38
≥5	72	42,01±29,59	48,15±18,37	15,97±27,61	24,07±36,35	58,28±20,97	43,82±19,11	57,56±32,53	46,32±20,68
İstatistiksel analiz		Z=-0,137	Z=-1,159	Z=-0,391	Z=-1,034	Z=-1,264	Z=-0,392	Z=-0,298	Z=-0,326
Olasılık		p=0,891	p=0,246	p=0,696	p=0,301	p=0,206	p=0,695	p=0,766	p=0,745
Kalp Pili Türü									
KP	81	43,58±28,87	45,54±19,53	16,67±27,67	25,93±36,13	63,90±20,29	45,68±21,18	61,87±30,07	50,06±18,41
KİD	74	39,39±28,11	46,70±19,11	13,85±27,49	26,58±36,17	55,95±22,32	42,09±20,62	55,56±29,02	44,73±23,34
İstatistiksel analiz		Z=-0,926	Z=-0,205	Z=-1,031	Z=-0,072	t=2,325	t=1,066	Z=-1,397	t=1,569
Olasılık		p=0,354	p=0,838	p=0,303	p=0,942	**p=0,021**	p=0,288	p=0,162	p=0,119
Başka Hastalık									
Var	87	34,60±27,42	44,32±17,97	13,22±26,09	22,61±35,03	58,53±22,54	39,48±20,00	52,49±29,87	42,99±21,61
Yok	68	50,51±27,51	48,37±20,74	18,01±29,25	30,88±37,02	62,12±20,28	49,71±20,82	66,99±27,48	53,31±18,84
İstatistiksel analiz		Z=-3,463	Z=-1,525	Z=-1,195	Z=-1,652	t=-1,027	t=-3,102	Z=-3,004	t=-3,119
Olasılık		**p=0,001**	p=0,127	p=0,232	p=0,099	p=0,306	**p=0,002**	**p=0,003**	**p=0,002**
Kalp pil eğitimi									
Almış	42	41,43±28,25	47,35±19,49	19,64±32,92	30,95±38,53	57,81±22,37	41,67±22,89	54,76±29,79	47,03±22,19
Almamış	113	41,64±28,71	45,62±19,27	13,72±25,22	24,48±35,08	60,96±21,32	44,82±20,19	60,37±29,58	47,70±20,66
İstatistiksel analiz		Z=-0,018	Z=-0,502	Z=-0,742	Z=-0,969	Z=-1,103	t=-0,834	Z=-1,009	t=-0,177
Olasılık		p=0,986	p=0,616	p=0,458	p=0,333	p=0,270	p=0,406	p=0,313	p=0,860
Cep T. (günlük)									
<10	63	38,81±28,80	45,86±17,79	11,11±23,67	22,22±30,53	60,70±22,07	39,52±21,73	55,20±31,55	44,21±22,79
10-30 dakika	52	43,37±27,50	43,80±21,04	17,31±31,52	26,28±38,11	60,00±17,85	48,75±18,99	62,82±27,65	50,10±20,09
>30	40	43,63±29,61	49,44±19,15	19,38±27,44	32,50±40,99	59,30±25,44	44,75±21,06	59,44±29,08	49,38±18,99
İstatistiksel analiz		χ^2=0,944	χ^2=2,222	χ^2=3,674	χ^2=0,873	F=0,052	F=2,875	χ^2=1,556	F=1,335
Olasılık		p=0,624	p=0,329	p=0,159	p=0,646	p=0,950	p=0,059	p=0,459	p=0,266
Şoklama									
Var	59	39,66±27,32	46,52±20,58	12,71±26,82	24,29±34,92	54,64±23,24	40,76±20,40	51,98±28,70	42,37±23,40
Yok	15	38,33±32,05	47,41±12,22	18,33±30,57	35,56±40,76	61,07±18,04	47,33±21,37	69,63±26,71	54,00±21,39
İstatistiksel analiz		Z=-0,323	Z=-0,042	Z=-0,789	Z=-1,070	Z=-0,782	Z=-0,877	Z=-2,098	Z=-1,638
Olasılık		p=0,746	p=0,967	p=0,430	p=0,284	p=0,434	p=0,381	**p=0,036**	p=0,101

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskall-Wallis H" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Çalışmadaki hastaların kalp pili türüne göre mental sağlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (t=2,325; p=0,021).Kalıcı kalp pili türü kalp pili (KP, pacemaker) olanların mental sağlık puanları, kalp içi defibrilatör (KİD) olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 7).

Çalışmadaki hastaların kalp damar hastalıkları dışında var olan ek hastalıklarına göre fiziksel fonksiyon, zindelik/yorgunluk, bedensel ağrı ve genel sağlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p<0,001).Ek kronik hastalığı olmayanların fiziksel fonksiyon puanları ek kronik hastalığı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 7).

Çalışmaya katılan hastalardan; şoklama özelliği olan kalp pili defibrilatörler (KİD)'i olanlarda pilin şoklama olup olmadığına göre bakıldığında, şoklama yaşayan hastaların şoklamaya bağlı ağrı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Z=2,098; p=0,036). Şoklama yaşayan hastaların ağrı puanları şoklama yaşamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 7).

4.5. Hastaların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişki

Tablo 8.Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişki

Korelasyon*		Yapısal	Gelecek	Aile	Kendilik	Sosyal	Sosyal	PDÖ
Ölçekler		Stil	Algısı	Uyumu	Algısı	Yeterlilik	Kaynaklar	Toplam
Fiziksel Fonksiyon	**r**	-0,010	0,027	**-0,169**	-0,039	-0,047	**-0,166**	-0,078
	p	0,898	0,743	**0,036**	0,634	0,562	**0,039**	0,336
Sosyal Fonksiyon	**r**	-0,064	0,028	-0,092	-0,134	-0,058	0,012	-0,040
	p	0,427	0,733	0,253	0,097	0,473	0,884	0,622
Fiziksel Rol	**r**	-0,002	0,039	-0,053	-0,026	0,058	**-0,171**	-0,003
	p	0,983	0,630	0,512	0,747	0,470	**0,034**	0,971
Emosyonel Rol	**r**	0,107	-0,033	0,069	0,011	0,026	-0,041	0,091
	p	0,186	0,684	0,392	0,887	0,750	0,611	0,260
Mental Sağlık	**r**	0,038	0,085	**0,160**	-0,023	0,045	0,065	0,128
	p	0,642	0,294	**0,047**	0,776	0,576	0,421	0,113
Zindelik / Yorgunluk	**r**	0,032	0,038	0,066	-0,084	-0,016	-0,040	0,056
	p	0,691	0,636	0,412	0,300	0,846	0,625	0,491
Ağrı	**r**	-0,011	0,060	0,137	-0,082	0,068	0,029	0,092
	p	0,892	0,456	0,089	0,313	0,397	0,719	0,254
Genel Sağlık	**r**	0,097	0,046	0,008	-0,019	**0,166**	-0,050	0,076
	p	0,230	0,573	0,925	0,814	**0,039**	0,535	0,350

*Normal dağılıma sahip olmayan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Spearman" korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Çalışmadaki hastaların fiziksel fonksiyon puanları ile aile uyumu ve sosyal kaynaklar puanları arasında negatif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hastaların fiziksel fonksiyon puanları arttıkça, aile uyumu ve sosyal kaynaklar puanları azalmaktadır (Tablo 8).

Çalışmadaki hastaların fiziksel rol puanları ile sosyal kaynaklar puanları arasında negatif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,171$; $p=0,034$). Fiziksel rol puanları arttıkça, sosyal kaynaklar puanlarının azaldığı saptanmıştır (Tablo 8).

Çalışmadaki hastaların mental sağlık puanları ile aile uyumu puanları arasında pozitif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=0,160; p=0,047). Mental sağlık puanları arttıkça, aile uyumu puanlarının arttığı belirlenmiştir (Tablo 8).

Çalışmadaki hastaların genel sağlık puanları ile sosyal yeterlilik puanları arasında pozitif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=0,166; p=0,039). Genel sağlık puanları arttıkça, sosyal yeterlilik puanları artacaktır (Tablo 8).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular; kalıcı kalp pili takılan hastaların, psikolojik dayanıklılığının yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla kendi içinde ve literatürdeki bilgilerle tartışılmıştır.

5.1. Psikolojik Dayanıklılığa İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması

Çalışmada PD alt puanlarından; en yüksek puanı sosyal kaynaklar alırken, sonra sosyal yeterlilik ve aile uyumu takip etmiş, en düşük puanı ise gelecek algısı ve yapısal stil puanı almıştır. Yalçın'ın meme kanseri olan hastalarda (121) ve Çuhadar ve ark'nın hematopoetik kök hücre nakli yapılan hasta ve yakınları ile yapmış olduğu çalışmalarda (122); mevcut çalışma ile benzer sonuçlar görülmüştür. PD alt boyutlarından olan sosyal yeterlilik kavramı; sosyal adaptasyon, sosyal paylaşım, arkadaşlık kurabilme ve dışa dönüklük anlamına gelmekte (123), kişinin aidiyet hissi ve çevresiyle ve ailesiyle paylaşımda bulunduğu zaman kendini daha güçlü hissetmesi sonucu benlik saygısının artması ile psikolojik dayanıklılık düzeyinin artmasına yardımcı olmaktadır (124). Bu bulgulardan yola çıkarak; kalp piline sahip ve hasta olan bireylerin olduğu hanelerde, aile bağlarının kuvvetli olması, destek sistemleri başında ilk olarak aile gelmesi ve Türk toplumunda aileye verilen önemin fazla olması; PD sosyal kaynaklar ile aile uyumu puanlarının yüksek olmasına sebep olduğu düşünülebilir.

Çalışmada yapısal stil puanı 11,53±2,95 ve gelecek algısı 11,40±2,95 olarak bulunmuştur. Şahin'in yapmış olduğu kardiyovasküler hastalığı olan ve kardiyovasküler hastalığı olmayan sağlıklı bireylerle PD'nın karşılaştırılması çalışmalarına göre; sağlıklı bireylerin yapısal stil ve gelecek algısı puan ortalamasının benzer sonuç olduğu görülmüş ve sağlıklı bireylerin kardiyovasküler hastalığı olanlara göre daha yüksek puana sahip olduğu tespit edilmiştir (125). Yapısal stil; bireylerin öz güvenini, kişinin öz disiplinini ve güçlü yönlerinin tümünü kapsamaktadır (17). Bitmiş ve ark'na göre; yapısal stil, kişinin günlük işlerin sürdürülebilirliği, plan ve organize edebilme yeteneği şeklinde yorumlanmaktadır (123). Bunun sebebi; KKP olan hastalarda günlük işlerde zorlanması, yaşam şeklinin değişmesi, kalp piline bağlı beden imajındaki değişikliğin özgüven düşüklüğüne sebep olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca kardiyovasküler

hastalığı olanların; organizasyon ve geleceğe yönelik planlamaları yaparken zorlandığı düşünülebilir.

Çalışmada; PD ve cinsiyete ilişkin bulgulara bakıldığında, kadınların kendilik algısı puanları, erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Kılıç'ın sınıf öğretmenleri üzerinde yapmış olduğu çalışmada; PD düzeyinin demografik özelliklere göre farklılaşmadığı görülmüştür (126). Ülker ve Tümlü'nün yaptığı ve Recepoğlu'un yaptığı çalışmada; yaş, cinsiyet ve medeni duruma göre anlamlı farklılığın olmadığı tespit edilmiştir (127). Sevim'in kemoterapi alan kanser hastalarındaki araştırmasında da cinsiyetin PD'ye etkisinin olmadığı bulunmuştur. Yine Dane'nin yaptığı çalışmada (124) ve Cohen ve ark.'nın kanser hastalarında yapmış olduğu araştırmada da erkeklerin kadın hastalara göre PD puanının daha yüksek olduğu görülmektedir (129). Literatür ile mevcut çalışma arasında farklılıklar görülmüştür. Çalışmaların farklı hasta ve çalışma gruplarında yapılmasından kaynaklandığı, her hastalık veya duruma göre kadın ve erkeklerin farklı tutum ve davranışlar gösterebileceğini düşünebiliriz.

Çalışmada; bekarların evlilere göre sosyal kaynak puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yalçın ve Çavuşoğlu'nun; banka çalışanlarında PD düzeyleri ile ilgili yaptığı çalışmada; evli çalışanların bekar çalışanlara göre toplam PD düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (130). Demir'in, kanser hastalarında yaptığı çalışmada evli olan hastaların PD alt boyutlarından gelecek algısı puanı bekar olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (131). Literatürde; medeni durumun PD puanları üzerinde etkili olmadığını gösteren çalışmalarda yer almaktadır (125, 128, 132). Bunun nedeni bekar olan bireylerin evli bireylere göre sorumluluklarının daha az olmasından, bekarların sosyal çevre ilişkilerine daha fazla vakit ayırabileceği düşünülmektedir. Ayrıca evli bireylerin aile, eş, çocuk ve evdeki sorumluluklarının olmasından kaynaklı sosyalleşmeye daha az vakit ayırabildiklerinden kaynaklanacağı yorumlanabilir. Ayrıca literatürdeki gelecek algı puanlarının yüksek olması; ailede sevgi içerikli ve karşılıklı olumlu ilişkilerinin olması, birbirlerine olan bağlılık ve manevi destek olabilmeleri yönünden geleceğe umutla bakabilecekleri şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmada; KKP olanların birlikte yaşadığı kişilere bakıldığında, yalnız yaşayan hastalardan kendilik algısı puanları çekirdek ve geniş aile tipinde olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Şahin'e göre; sağlıklı bireyler ile kardiyovasküler

hastalığı olan bireylerin PD düzeylerinin incelendiği araştırmada; ailesiyle beraber yaşayan bireyler, yalnız ya da arkadaşıyla yaşayanlara göre sosyal yeterlilik düzeyinin daha yüksek olduğu sonucu bulunmuştur (125). Güngör'ün yapmış olduğu çalışmada; akrabalarıyla ve ailesiyle yaşayanların tek veya arkadaşıyla yaşayanlara göre; PD sosyal kaynaklar, sosyal yeterlilik ve PD toplam puanlarının yüksek olduğu görülmektedir (133). Yalnız yaşayanların kendilik algılarının yüksek çıkmasının sebebi; kişinin bireysel farkındalığının olması ve alacağı bireysel kararlarını kendi özgür iradesiyle evli bireylere göre daha kolay gerçekleştirebilmesi şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca; Türk toplumunda ailesel bağların kuvvetli olması, akrabalık ilişkileri, kalabalık ailelerin Türk toplumunda çok sayıda olması, kişilerin ailelerine karşı aidiyet duygusu hissetmeleri, bireysel kararlardan çok ailece karar alınması kendilik puanını düşük olmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada; KKP olan hastaların cep telefonu kullanım süresine (dk.) göre bakıldığında; günlük 10 dakikadan az cep telefonuyla konuşanların yapısal stil puanları, aile uyumu puanları ve PDÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmada yine cep telefonu kullanım süresine (dk.) göre; günlük 10 dakikadan az ve 10-30 dakika cep telefonuyla konuşanların kendilik algısı puanları daha yüksektir. Bunun nedeninin; hastaların kalıcı kalp piline uyumlarının iyi olduğunu düşünebiliriz. Bununla birlikte, aile uyumunun yüksek olması; Türk toplumunda aileleriyle birlikte yaşamak, aile bağlarının güçlü olmasına ve kişilerin aileleriyle birbirlerine destek oldukları için bireyler telefonla konuşmak yerine yüz yüze iletişimi tercih etmelerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Kendilik algısı puanlarının yüksek olması, kişinin kendisinin farkında olabilmesi ve öz disiplini sağlayabilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.2. Yaşam Kalitesine İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması

Mevcut çalışmada; KKP olan hastaların SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden alınan ortalama puanların dağılımları incelendiğinde; mental sağlık ve bedensel ağrı puanının diğer boyutlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. En düşük puanın ise fiziksel rol kısıtlaması puanı olduğu görülmektedir. Küçükberber'in yaptığı çalışmada; YK ana boyutlarından fiziksel boyut puan ortalamasının; 51,95±22,21, mental ana boyut puan ortalamasının ise; 52,71±19,48 olarak tespit edilmiştir (134). Mevcut çalışma ile benzer şekilde, YK fiziksel ve mental ana boyut ortalama puanlarının ortalama üstü sonuçlandığı görülmektedir.

Mevcut çalışmada; yaş faktörünün yaşam kalitesi üzerinde anlamlı sonuç görülmemiştir. Literatüre baktığımızda, kalp pili olan hastalarda yaşam kalitesine yönelik yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlarda farklılıkların olduğu ve yaşam kalitesi üzerine yaşın etkisinin bulunmadığı görülmüştür (115,117,135-139).

Yapılan çalışmada; YK alt puanlarından, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol puanları, zindelik-yorgunluk puanları, ağrı puanları ve genel sağlık puanları erkeklerde daha yüksektir. Kalp pili olan hastaların yaşam kalitesinin araştırıldığı literatür taramalarına göre; cinsiyet ile YK ilişkisinin değerlendirildiğinde, erkeklerin kadınlara göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görülmüş olup çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir (115,117,134,140-142). Bozat'ın KİD ve KP kullanan çocuk ve ergenlerde yaptığı çalışmada; cinsiyetin yaşam kalitesini her iki pil türünde eşit oranda etkilediği saptanmış (104) olup yapılan araştırmada erişkin ve çocuk arasındaki farka bağlı olduğu düşünülmektedir. Literatürde yaşam kalitesinin alt boyutları ile cinsiyet arasındaki ilişkiye baktığımızda; Köroğlu (2008)'nun KP olan kişilerde yaptığı çalışmaya göre; esenlik, genel sağlık yaşam kalitesi boyutlarının (115), Aşık Özdemir'in kronik kalp yetmezliği hastalarında yaptığı araştırmaya göre fiziksel fonksiyon ve emosyonel rol puanlarının (139), Öz'ün miyokart enfarktüsü geçiren hastalarda yaptığı çalışmada yaşam kalitesinin fiziksel ve mental alt boyutunda; erkekler kadınlara göre daha yüksek puana sahip olduğu görülmüştür (143). Sonuçlar mevcut çalışma ile paralellik göstermekte olup, yaşam kalitesi puanlarının kadınlarda daha düşük olmasının sebebi; kadınların yaşam tarzında daha fazla değişiklik yapmak zorunda olmaları, çocuk bakım sürecinde, aile ve ev işlerinde daha fazla rol alması ve sorumluluklarının artması şeklinde yorumlanabilir.

Mevcut çalışmadaki olguların eğitim düzeyleri ile YK arasındaki ilişki incelendiğinde; yüksek eğitim düzeye sahip olanların kendilerinden daha düşük eğitim düzeylerine göre; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, emosyonel rol, zindelik/yorgunluk, ağrı, genel sağlık puanlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatür taramalarında da eğitim düzeyinin artması YK puanlarında yükselmeye neden olduğu görülmüştür (115,117,143-147). Literatür sonuçları mevcut çalışmayı destekler nitelikte olup, eğitim düzeyi ile YK birbiriyle pozitif ilişkilidir. Eğitim düzeyinin yükselmesiyle; kişinin bireysel sağlığının farkında olması ve sağlıklı yaşam şeklini olumlu yönde değiştirebilmesi yaşam kalitesi puanlarındaki yükseklikle ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Yapılan çalışmada, normal BKİ olan bireylerin fiziksel fonksiyon puanları fazla kilolu ve obez olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Özdemir'in kronik kalp yetmezliği ile yaptığı çalışmada benzer sonuçlara ulaşılmıştır (139). Yapılan çalışmadan farklı olarak, Küçükberber'in yapmış olduğu 325 kalp hastalarında BKİ ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olamadığı görülmüştür (134). Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile, etkili ve doğru kilo kontrolü sağlanarak, BKİ'ni normal seviyeye getirmesi ile YK'nin yükseltilebileceği düşünülebilir.

Çalışmada, kardiyak elektronik cihazların türüne göre KP olan hastalardan KİD'e sahip olanlara göre, yaşam kalitesi puanlarından mental sağlıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında; Calvagna ve ark.'nın yapmış olduğu araştırmada, CRT ve KİD kombine cihazları olan kişilerin CRT cihazı olanlara göre daha yüksek YK puanına sahip olduğu bulunmuştur (148). Sonuç olarak ömür boyu kullanılacak olan kardiyak elektronik cihazların kullanım endikasyonları farklı olsa da yaşam kalitesi üzerinde etkilerinin olduğu aşikardır.

Araştırmaya katılanların kardiyovasküler hastalıklar dışındaki ek kronik hastalığı olmayanların, fiziksel fonksiyon, zindelik/yorgunluk, ağrı ve genel sağlık puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eğilmez'in kalp pili olan bireylerde yapmış olduğu çalışmada benzer şekilde ek kronik hastalıkların olmaması YK alt boyutlarının tamamının yüksek olduğu tespit edilmiştir (117). Literatüre bakıldığında; ek kronik hastalığı olanların ek hastalığı olmayanlara göre, YK puanlarının çoğunda daha düşük puan aldığı görülmüştür (134,138,149,150). Literatürdeki sonuçlar yapılan çalışma ile benzerlik göstermiştir. Bunun nedeni kronik hastalıklar; kişilerin yeni yaşam şekillerini

sürdürebilmesi ve hastalığı ile uyum sağlayabilmesi için bazı kurallara uymasına ve yaşam şekli değişikliklerinin kişide bazı sınırlamalar getirmesine neden olabilmektedir (151). Hastalarda bulunan ek hastalıkların artması, hastalık semptomlarının artışına, hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki değişikliklere bağlı yaşam kalitesinin düşmesine neden olduğu düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada, şoklama özelliğine sahip olan KİD'i olan hastalarda şok alma durumu ile yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; şoklama olanların şoklama olmayanlara göre yaşam kalitesi puanlarından ağrı alt boyutun puanının daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde KİD'i olan hastalarda düzensiz şokların bireylerin yaşam kalitelerini etkileyen faktörlerin başında geldiği görülmüştür (55,103,113,152). KİD'i olan bireylerden şoklama olanların şok almayan bireylere göre YK genel sağlık puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür (153). Hastaların uygunsuz şok yaşamaları hastada ağrıya neden olduğu düşünülmektedir.

5.3. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişki

Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin karşılaştırıldığında fiziksel fonksiyon puanları azaldıkça, aile uyumu ve sosyal kaynaklar puanlarının arttığı, fiziksel rol puanları azaldıkça, sosyal kaynaklar puanlarının arttığı saptanmıştır. Buradan da anlaşılacağı üzere hastaların fiziksel kapasiteleri düştükçe başkalarına özellikle de aile ve sosyal kaynaklara ihtiyacı arttığı için bu alt boyutlardan aldıkları puanlarda yükselme olduğu söylenebilir. Negatif yönlü ilişki mevcuttur.

Çalışmada hastaların mental sağlık puanları azaldıkça, aile uyumlarının azaldığı belirtilmiştir. Bu durum, pozitif yönlü ilişki olup, hastaların yaşadıkları mental sorunların aile uyumunu da etkilediği şeklinde yorumlanabilir. Çalışmada genel sağlık puanları arttıkça, sosyal yeterlilik puanlarının arttığı saptanmıştır. Pozitif yönlü ilişki saptanmıştır. Kalp pili takılan hastaların genel sağlık durumları iyi olduğu sürece sosyal alanlarda daha fazla vakit geçirmesi ve daha aktif olması beklenen bir sonuç olarak düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde, psikolojik dayanıklılık ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik çalışmalara bakıldığında; Soylu'nun 2018'de hemodiyaliz

hastalarında psikolojik dayanıklılığın yaşam kalitesine etkisini araştırmak için yaptığı çalışmaya göre; psikolojik dayanıklılık alt boyutlarından sosyal kaynaklar ile yaşam kalitesinin mental sağlık puanları arasında pozitif yönlü ilişki bulunduğu görülmüştür. (156). Yine aynı çalışmada; kendilik algısı puanı ile genel sağlık ve mental sağlık puanları arasında pozitif yönlü ilişki tespit edilmiştir (156). Chouseınoglou'n 2018'de kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde yapmış olduğu çalışmada emosyonel alt boyut hariç yaşam kalitesi puanlarının psikolojik dayanıklılık ile pozitif yönlü ilişkili olduğu görülmüştür (157).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Hastaların toplam psikolojik dayanıklılık düzeyleri yüksek olup, erkeklerin toplam psikolojik düzeyleri kadınlara göre daha yüksektir.
- İleri yaş (≥75 yaş) grubunda olanların aile uyumu, sosyal kaynak ve toplam psikolojik dayanıklılık puanları daha yüksektir. Yaş ilerledikçe aile uyumları ve sosyal destekleri artmaktadır.
- Kalıcı kalp pili takılan hastaların çoğunluğunun cep telefonu kullanımı günlük maksimum 10 dakika olup, bu hastaların psikolojik dayanıklılık puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.
- Erkeklerin yaşam kaliteleri kadınlara göre daha yüksektir.
- Hastaların eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır.
- Kalp pili (pacemaker) olan hastaların kalp içi defibrilatöre sahip hastalara göre mental sağlık puanları daha yüksektir.
- Kalp damar hastalığı dışında ek kronik hastalığı olmayanların yaşam kaliteleri daha yüksektir.
- Kalp içi defibrilatörü olan ve şok alan hastaların yaşam kalitesi ağrı alt puanı daha yüksektir.
- Hastalar fiziksel yönden bağımlı hale geldikçe aile uyumu ve sosyal kaynaklara ulaşımı artmaktadır. Fiziksel fonksiyon açısından yaşam kalitesi artarken, aile ve sosyal kaynaklar açısından psikolojik dayanıklılık azalmaktadır.
- Genel sağlık durumları iyi olduğunda sosyal açıdan iyi olacaklardır. Yaşam kalitesi genel sağlık puanı artıkça psikolojik dayanıklılıkta artmaktadır.
- Hastaların mental yönden sağlıklı olduklarında aile uyumları da artmaktadır. Mental boyutta yaşam kalitesi artarken psikolojik dayanıklılıkta artmaktadır.

Bulgular sonuçları doğrultusunda geliştirilen öneriler şunlardır:

- Kalp pili olan hastaların sadece fiziksel olarak değil, psikososyal (yaşam kalitesi, psikolojik, depresyon, anksiyete gibi) olarak da bütüncül olarak değerlendirilmesi,
- Hastaların kalp piline ilişkin eğitim gereksinimlerini giderecek uygun görsel eğitim materyallerinin hazırlanması, planlanmış eğitim ve izlem programları uygulanarak bu sürece uyumlarının sağlanması,
- Multidispliner ekip anlayışı yaklaşımı içerisinde hemşirelere özellikle kalp pili polikliniklerinde daha fazla yer verilmesi ve hastaların eğitim, danışmanlık, izlem gereksinimlerinin karşılanması,
- Kalp pili olan hastalarla daha fazla çalışma yapılması ve kanıta dayalı uygulamalara yer verilmesi,
- Kalıcı kalp pili olan hastalarda psikolojik dayanıklılığı ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin düzenli olarak değerlendirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. **Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ).** Ülkeye ve bölgeye göre cinsiyete göre yaşam beklentisi ve önde gelen ölüm ve sakatlık nedenleri 2000-2019. Global Health Estimates .**2020** https://www.who.int/data/stories/world-health-statistics-2021-a-visual-summary (Erişim Tarihi: 12.11.2021)

2. **World Health Statistics (WHO).** Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva, **2021**. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342703/9789240027053-eng.pdf. (Erişim Tarihi: 12.11.2021)

3. **Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)**. Haber Bülteni Veri Portalı Sayı: 33710; **2020.** https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710 (Erişim Tarihi: 10.10.2021).

4. **Mond HG, Proclemer A**. The 11th world survey of cardiac pacing and implantable cardioverter-defibrillators: calendar year 2009--a World Society of Arrhythmia's project. *Pacing Clin Electrophysiol.* **2011**;34(8):1013-27.

5. **Mond HG, Irwin M, Morillo C, Ector H**. The world survey of cardiac pacing and cardioverter defibrillators: calendar year 2001. *Pacing Clin Electrophysiol.* **2004** ;27(7):955-64.

6. **Mond HG, Irwin M, Ector H, Proclemer A.** The world survey of cardiac pacing and cardioverter-defibrillators: Calendar year 2005. *Pacing Clin Electrophysiol,* **2008**;31(9):1202- 12.

7. **Burns JL, Serber ER, Keim S, Sears SF.** Measuring patient acceptance of implantable cardiac device therapy: initial psychometric investigation of the florida patient acceptance survey. *J Cardiovasc Electrophysiol,* **2005**;16 (4): 384-90.

8. **Melanie M. Steffen, Jeffery S. Osborn, Michael J**. Cutler, Cardiac Implantable Electronic Device Therapy Permanent Pacemakers, Implantable Cardioverter Defibrillators, and Cardiac Resynchronization Devices, *Rewiew Med Clin North Am,* **2019**;103(5):931-943.

9. **Gray H, Dawkıns K, Morgan J, Sımpson I**. Kardiyoloji. (Soyer H.çev.), İstanbul: Nobel Kitapevi, **2005**.

10. **Adalet K, Aksöyek S, Diker E ve ark**. Türk Kardiyoloji Derneği Pacemaker ve Kardiyoverter Defibrilatör İmplantasyon Endikasyonları Kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Pacemaker Ve Kardiyoverter Defibrilatör (Icd) İmplantasyonu Endikasyonları Kılavuzu 2002. https://tkd.org.tr/kilavuz/k10/118c7.htm?wbnum=1551 (Erişim Tarihi: 20.11.2021).

11. **Özdemir Ü, Taşcı S.** Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*; **2013**;1(1).

12. **Bektaş Akpınar N, Aşkın Ceran M**. Kronik Hastalıklar ve Rehabilitasyon Hemşireliği, *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi,* **2019**; 3(2): 140-152.

13. **Bulantekin Ö, Oğuz Sıdıka**. İmplante Edilebilen Kardiyoverter Defibrilatör (ICD) Hastalarının Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **2010**;14(2):67-71.

14. **Boss P.** Loss trauma and resilience: rherapeutic work with ambiguous loss. W.W.Norton and Company, USA; 2006.

15. **Bonanna GA, Galea S.** What predicts pyschological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. Journal of Consulting and Clinical Psychologhy, **2007**;75(5),671-682.

16. **Walsh, F.** Traumatic loss and major disasters: strengthening family and community resilience. *Fam Process.* 2007;46(2):207-27. doi: 10.1111/j.1545-5300.2007.00205.x. PMID: 17593886

17. **Basım HN, Çetin F**. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği 'nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2011**; 22: 1-12.

18. **Brennan MA.** The development of community in the west of Ireland: A return to Killala twenty years on. *Community Development Journal,* **2006**; 42(3), 330-374.

19. World Health Organization (WHO) Quality of Life: Measuring Quality of Life. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. **1997.**

20. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* **1998**; 46(12):1569 –85.

21. **Merkely B**. Latest results of treatment with pacemaker and implantable cardioverter defibrillators. *Orv Hetil*. **2005**; 15,146:1088-98.

22. **Mlynarsli R, Wlodyka A, Kargul W.** Changes in the mental physical components of the quality of life for patients six months after pacemaker implantation. *Cardiology Journal,* **2009**;16 (3):250-253.

23. **Dural M, Görenek B**. Yaşlılarda ventriküler aritmilerin tedavisi - fark var mı? *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma Dergisi*, **2017**; 45(5): 66-70.

24. **Bozkurt S, Ayrık C.** Aritmilerin Birinci Basamakta Yönetimi. *Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* **2016**;7(1).

25. **Wood MA, Ellenbogen KA**. Cardiac Pacemakers From The Patient Perspective. *Circulation*, **2002**; 105: 2136-2138.

26. **Tintinalli JE**. Tintinalli Acil Tıp, Kapsamlı Bir Çalışma Kılavuzu. 1.baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; **2012**. 129- 54.

27. **Yapıcı D, Azizoğlu M.** Aritmiler ve Tedavisi http://www.tard.org.tr/akademi/pdf/book/5/19319.pdf (Erişim Tarihi: 19.12.2021).

28. **Murdoch DR, Corey GR, Hoen B, Miró JM, Fowler VG Jr, Bayer AS, Karchmer AW, Olaison L, Pappas PA, Moreillon P, Chambers ST,Chu VH, Falcó V, Holland DJ, Jones P, Klein JL, Raymond NJ, Read KM, Tripodi MF, Utili R, Wang A, Woods CW, Cabell CH**. Clinical presentation, etiology, and outcome of infective endocarditis in the 21st century: the International Collaboration on Endocarditis-Prospective Cohort Study. *Arch Intern Med*, **2009**; 169: 463-73.

29. **Inoue H, Shohtsu A, Ogawa J, et al.** New device for one-lung anesthesia: endotracheal tube with movable blocker. *J Toracic Cardiovasc Surg*, **1992**; 83: 940-941.

30. **Puette JA, Malek R, Ellison MB**. Pacemaker. Treasure Island (FL): *StatPearls Publishing;* **2021** https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526001/ (Erişim Tarihi: 19.12.2021).

31. **Suarez K, Banchs JE.** A Review of Temporary Permanent Pacemakers and a Comparison with Conventional Temporary Pacemakers. *J Innov Card Rhythm Manag*. **2019**;10(5):3652-3661.

32. **Rakhshan M, Hassani P, Ashktorab T, Majd HA.** The Nature And Course Of İllness Perception Cardiac Pacemaker Implantation: A Self-Regulatory Upproach. *International Journal Of Nursing Practice*,**2012**;19: 318-325.

33. **Colquitt JL, Mendes D, Clegg AJ, Harris P, Cooper K, Picot J. and Bryant J**. (2014). Implantable cardioverter defibrillators for the treatment of arrhythmias and cardiac resynchronisation therapy for the treatment of heart failure: Systematic review and economic evaluation. *Health technology assessment*, **2014;** 18(56):1-560.

34. **Ovaryolu N, Ovayolu Ö.** Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. 1.baskı, Adana: Çukurova Nobel Kitapevi, **2016.** 184-234.

35. **Nasr MH, El Ganzory GS, Ahmed E**. Impact of counseling program on knowledge and self-efficacy of patients withimplanted permanent pacemaker, *Journal of American Science*, **2015**;11(6): 297-306.

36. **Kılıçaslan F,** Kalp pili implantasyon pratiğimiz değişiyor mu? *Anadolu Kardiyoloji Dergisi,* **2010;** 10(2): 135-136.

37. **Oğuz S, Kara N, Karataş A.** Pacemaker Takılmış Hastalarda Anksiyete ve Depresyonun İncelenmesi, *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi - Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, **2014**; 5(7): 22-31.

38. **Park MK.** Cardiac Pacemakers and Implantable Cardioverter-Defibrillators in Children. *Park's Pediatric Cardiology for Practitioners,* **2014:** 440-8.

39. **Adalet, K. (Ed).** *Klinik Kardiyoloji: Tanı ve Tedavi*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri, **2013**; 750-767.

40. **Crystal, E, Connolly SJ.** *Evolution of the Implantable Cardioverter Defibrillator*. Lancet. **2002**; 359(9315):1362-1363.

41. **Al-Khatib SM, Friedman P, Ellenbogen KA.** *Defibrillators: Selecting the Right Device for the Right Patient. Circulation,***2016;** 134(18):1390–1404.

42. **Özgök A, Yıldırım Güçlü Ç.** Kalp Pilleri, İmplante Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatörler Ve Anestezi*. GKD Anestezi ve Yoğun Bakım Derneği Dergisi,***2008***;* 14(1):7-12.

43. **Erol, Ç**. *Klinik Kardiyoloji*. Ankara: Medikal ve Nobel Tıp Kitabevleri, **2004**.

44. **Kopras D.** Impantable Cardioverter-Defibrilators. *Basic Principles of Cardiac Pacemaker Technology*. **2013**: 77-82.

45. **Al-Bawardy R, Krishnaswamy A, Bhargava M, Dunn J, Wazni O, Tuzcu EM, Stewart W, Kapadia SR.** Tricuspid regurgitation in patients with pacemakers and implantable cardiac defibrillators: a comprehensive review. *Clin Cardiol.* **2013**; 36(5):249-54.

46. **Wilkoff BL, Fauchier L, Stiles MK, Morillo CA, Al-Khatib SM, Almendral J, Aguinaga L, Berger RD, Cuesta A, Daubert JP, Dubner S, Ellenbogen KA, Mark Estes NA, Fenelon G, Garcia FC, Gasparini M, Haines DE, Healey JS, Hurtwitz JL, Keegan R, …& Zhang S.** 2015 HRS/EHRA/APHRS/SOLAECE Expert Consensus Statement on Optimal Implantable Cardioverter-Defibrillator Programming and Testing. *Heart Rhythm*, **2016**; 13(2):50–86.

47. **Pavia S, Wilkoff B.** The management of surgical complications of pacemaker and ımplantable cardioverter-defibrillators. *Current Opinion in Cardiology*, **2001**; 16(1):66–71.

48. **Albouaini K, Mudawi T, Pyatt JR, Wright DJ**. Implantable cardioverter defibrillator: what a hospital practitionar needs to know. *European Journal of Internal Medicine*, **2009;** 20:591-597.

49. **Glikson, M, Friedman, PA.** The implantable cardioverter defibrillator. *The Lancet*, **2001**; 357:1107–1117.

50. **Johansen JB, Jørgensen OD, Møller M, Arnsbo P, Mortensen PT, Nielsen JC.** Infection after pacemaker ımplantation: ınfection rates and risk factors associated with infection in a population-based cohort study of 46299 consecutive patients. *European Heart Journal*, 2011; 32(8):991–998.

51. **Carroll DL, Hamilton, GA**. Long-term effects of ımplanted cardioverter defibrillators on health status, quality of life and psychological state. *American Journal of Critical Care,* **2008**; 17 (3):222-230.

52. **Kirkfeldt RE, Johansen JB, Nohr EA, Jørgensen OD, Nielsen JC.** Complications after cardiac ımplantable electronic device implantations: an analysis of a complete, nationwide cohort in Denmark. *European Heart Journal*, **2014**; 35(18):1186–1194.

53. **Lewin RJ, Coulton S, Frizelle DJ, Kaye G, Cox H.** A brief cognitive behavioural preimplantation and rehabilitation programme for patients receiving an implantable cardioverter-defibrillator improves physical health and reduces psychological morbidity and unplanned readmissions. *Heart,* **2008**; 95:63–9.

54. **Tandoğan İ, İleri M, Yetkin E, Temizhan A, Aras D, Sezgin A T, Bıyıkoğlu F, Şaşmaz, A.** Mobil telefonların implante edilebilen kardiyoverter-defibrilatör fonksiyonları üzerinde olumsuz etkileri olabilir mi? *The Anatolian Journal of Cardiology,* **2002**; 2:45-48.

55. **Kamphuis HC, Verhoeven NW, Leeuw R, Derksen R, Hauer RN, Winnubst JA.** ICD: A qualitative study of patient experience the first year after implantation., *J Clin Nurs,* **2004**; 13(8):1008-16.

56. **Flemme I, Bolse K, Ivarsson A, Jınhage BM, Sandstedt B, Edvardsson N, Frıdlund B.** Life situation of patients with an implantable cardioverter defbrillator: A descriptive longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing,* **2001**; 10:563-572.

57. **Carlsson E, Olsson SB, Hertervig E**. The role of the nurse in enhancing quality of life in patients with an ımplantable cardioverterdefibrillator: *The Swedish Experience, Progress in Cardiovascular Nursing,* **2002**; 17(1):18-25.

58. **White MM.** Psychosocial impact of the ımplantable cardioverter defibrillator: Nursing implications. *The Journal of Cardiovascular Nursing,* **2002**; 16(3):53- 61.

59. **Sears FS, Conti BJ.** Understanding implantable cardioverter defibrillator shocks and storms: Medical and psychosocial considerations for research and clinical care. *Clinical Cardiology*, **2003**; 26:107-111.

60. **Winters SL, Packer DL, Marchlinski FE, Lazzara R, Cannom DS, Breithardt GE, Wilber DA, Camm AJ, Ruskin JN.** Consensus statement on indications, guidelines for use, and recommendations for follow-up of implantable cardioverter defibrillators. *North American Society of Electrophysiology and Pacing North American Society of Electrophysiology and Pacing. Pacing Clin Electrophysiol.* **2001**; 24 (2): 262-9.

61. **Stevenson WG, Chaitman BR, Ellenbogen KA, Epstein AE, Gross WL, Hayes DL, Sweeney MO.** Clinical assessment and management of patients with implanted cardioverter-defibrillators presenting to nonelectrophysiologists. *Circulation*. **2004**; 110(25): 3866–3869.

62. **Mercanoğlu F.** *İmplante Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatörler İmplantasyon Teknikleri Ve Programlama, Kalıcı Kalp Pilleri Ve İmplante Edilebilir Defibrilatörler.* Ankara: Erkem Tıbbi Yayıncılık, **2005**; 231-244.

63. **Bubien RS, Ching EA, Kay GN.** Cardiac defibrillation and resynchronization therapies, principles, therapies, and management ımplications. *Advanced Practice in Acute and Critical Care*, **2004**; 15(3):340-361.

64. **Diker, E.** ICD Cihazı Taşıyan Hastaların Hangi Meslekleri Yapması Uygun Değildir? *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi,* **2014**; 42(1):122.

65. **Karaoğuz MR, Oğuz D, Kayhan Altuner T.** Manyetik Rezonans Ortamı İçin Geliştirilmiş Kalp Pilleri (Cardiac Pacemakers Designed For Magnetic Resonance Environment). *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma Dergisi (Arch Turk Soc Cardiol)*, **2012**; 40(1):69-75.

66. **Aras D, Topaloğlu S.** Pacemaker ve İmplante Edilebilen Kardiyoverter Defibrilatörler Üzerine Çevresel Etkiler. *Türkiye Klinikleri Journal Cardiology-Special Topics*, **2013**; 6(3),88-95.

67. **Abbasi M, Negarandeh R, Norouzadeh R, Shojae Mogadam AR.** The challenges of living with an ımplantable cardioverter defibrillator: A qualitative study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, **2016**; 18(10):25158.

68. *Kalp Ritmi Terapisi Hasta El Kitapçığı,* Design, Bıotronıcse&Co.KG, Woermannkehre, Germany. **2017**; 1,12359. https://biotronik.cdn.mediamid.com/cdn_bio_doc/bio28565/39576/bio28565.pdf (Erişim Tarihi: 03.01.2022)

69. Medtronıc Kardiyak Resenkronizasyon Kalp Piliniz Hakkında Hasta El Kitabı, Medtronic, Inc. Ucx198810001 M198810a002**, 2006**.

70. **Lacour P, Parwani AS, Schuessler F, Hohendanner F, Heinzel FR, Trippel TD, Boldt LH, Pieske B, Blaschke F.** are contemporary smartwatches and mobile phones safe for patients with cardiovascular ımplantable electronic devices? *JACC Clin Electrophysiol.*, **2020**;6(9):1158-1166. *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32972552/*

71. **Woods SL, Froelicher ES, Hatzer SA, Bridges EJ.** Cardiac Nursing. *Lippincot Williams&Wilkins*. Philadelphia, **2005**.

72. **Hayes DL, Asirvatham SJ, Friedman PA.** Cardiac Pacing, Defibrillation, And Resynchronization: A Clinical Approach. 3st Ed., UK: Wiley-Blackwell, **2013:** 133- 157.

73. **Vazquez L D, Sears S F, Shea JB, Vazquez P.M.** Sexual health for patients with an implantable cardioverter defibrillator. *Circulation*, **2010**; 122, 13: 465-467.

74. **Yardımcı T, Mert H**. Sexual life and sexual counseling in patients with implantable cardioverter defibrillator. *Turk J. Card Nur*, **2018**; 9,19: 76-81.

75. **Greene, R**. *Human Behavior Theory: A Resilience Orientation. Resiliency: An İntegrated Approach To Practice, Policy, And Research*. DC: NASW Press. (Ed: R. Greene), Washington, **2002**.

76. **Mccann C M, Beddoe E, Mccormick K, Huggard P, et al.** Resilience in the health professions: A review of recent literature. *International Journal of Wellbeing*, **2013**; 3:60–81.

77. **Ramirez E R.** Resilience: A new concept analysis. *Nursing Forum J*, **2007**; 42(2):73- 82.

78. **Williams A.** A literature review on the concept of intimacy in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, **2001**; 33 (5): 660-667.

79. **Karaırmak Ö.** Establishing the psychometric qualities of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. *Science Direct Psychiatry Research J*, **2010**; 179: 350–356.

80. **Gizir CA, Aydın G.** Psikolojik Sağlamlık ve Ergen Gelişim Ölçeği 'nin Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*,**2016**; 3 (26):15-21.

81. **Gürgan U.** Yılmazlık Ölçeği (YÖ): Ölçek Geliştirme, Güvenirlik Ve Geçerlik Çalışması. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **2006**; 39 (2), 45-74.

82. **Karaırmak Ö.** Psikolojik Sağlamlık, Risk Faktörleri Ve Koruyucu Faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi,* **2016**; 3 (26):32-41.

83. **Tasgin E, Çetin F.** Ergenlerde Majör Depresyon: Risk Etkenleri, Koruyucu Etkenler Ve Dayanıklılık. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi,* **2006**; 13 (2), 87-94.

84. **Terzi Ş. (2008b).** Üniversite Öğrencilerinde Kendini Toparlama Gücü'nün İçsel Koruyucu Faktörlerle İlişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,* **2008;** 35 (35):297-306.

85. **Masten AS, Reed MJ**. *Resilience in Development. The Handbook Of Positive Psychology (Ed: C. R. Snyder Ve S. J. Lopez),* Oxford University Press, **2002**.

86. **Koç PY, Yıldırım E, Otrar M, Şirin A.** Ergenlerde Psikolojik Dayanıklılık İle Benlik Kurgusu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi,* **2015**; 42: 277-297

87. **Çam O, Büyükbayram A.** Hemşirelerde Psikolojik Dayanıklılık ve Etkileyen Faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi,* **2017**; 8(2) :118–126.

88. **Karaırmak Ö, Siviş RÇ**. Benlik Saygısının Ve Denetim Odağının Psikolojik Sağlamlık Üzerine Etkisi: Duyguların Aracı Rolü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi,* **2011**; 4(35): 30-43.

89. **Öz F, Yılmaz EB.** Ruh Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Psikolojik Sağlamlık. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi,* **2009**; 82-89.

90. **Crowley BJ, Hobdy J.** Psychological hardiness and adjustment to life events in adulthood. *Journal Of Adult Development*, **2003**; 10 (4):237-248.

91. **Friborg O, Barlaug D, Martinussen M , at al.** Resilience in relation to personality and ıntelligence. *Int J Methods Psychiatr Res*, **2005**; 14(1):29-42.

92. Designing the road to better health and well-being in Europe" at the 14th European Health Forum, Gastein, **2011**; 7, Bad Hofgastein, Austria. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/152184/RD_Dastein_speech_wellbeing_07Oct.pdf (Erişim Tarihi: 10.01.2022).

93. **Orley J, Kuyken W. (eds)** The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). Berlin, Heidelberg. **1994**; 41-60.

94. **Suurmeijer TP, Reuvekamp MF, Aldenkamp BP.** Social functioning, psychological functioning, and quality of life in epilepsy. *Epilepsia J*, **2001**; 42: 1160-1168.

95. **Karimi M, Brazier J.** Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference? *Pharmacoeconomics*. **2016**; 34(7):645-9.

96. **Erdem N, Ergüney S.** Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2005**; 8(3):1-9.

97. **Eser E.** Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi, Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu. Manisa, **2002**; 2-10.

98. **Ferriss AL**. The quality of life concept in sociology. *The American Sociologist*, **2005**; 35: 37-51.

99. **Gilson KM, Davis E, Reddihough D, Graham K, Waters E.** Quality of life in children with cerebral palsy: İmplications for practice. *Journal Of Child Neurology*. **2014**; 29(8):1134-40.

100. **Landolt MA, Valsangiacomo Buechel ER, Latal B.** Health-related quality of life in children and adolescents after open-heart surgery. *The Journal Of Pediatrics.* **2008**; 152(3):349-55.

101. **Özel Y, Bay Karabulut A.** Günlük Yaşam ve Stres Yönetimi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, **2018**; 1(1):48-56**.**

102. **Çiftçi Ö, İkitimur B, Tavşanoğlu S, Vural VA, Öngen Z.** Kalıcı kalp pillerinde yaşam kalitesi analizi. *Medical Network Kardiyoloji Dergisi,* **2007;**14(5), 299-307.

103. **Bilge AK, Ozben B, Demircan S, Cinar M, Yilmaz E, Adalet K**. Depression and anxiety status of patients with implantable cardioverter defibrillator and precipitating factors, *Pacing Clin Electrophysiol*, **2006**; 29(6):619-26.

104. **Bozat AD**. Kalp İçi Defibrillatör ve Kalıcı Kalp Pili Kullanan Çocuk, Ergen ve Ailelerinde Dayanıklılık, Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Semptomların Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, **2019.**

105. **Aydın İ.** *Strese İlişkin Genel Bilgiler.* Aydın İ.(Ed). İş Yaşamında Stres. 4.Baskı, Ankara: Pegem Akademi, **2016**: 1–13.

106. **Yıldırım İ.** Stres ve Stresle Başa Çıkmada Gevşeme Egzersizleri. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi.* **1991**; 6:175-189.

107. **Aandroodi, AZ.** Yaşam Kalitesinin Yordayıcıları: Türkiye ve İran Örneği. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2017**.

108. **Arrebola-Moreno A, Garcia-Retamero R, Catena A, Marfil-Álvarez R, Melgares-Moreno R, . & Ramírez-Hernández J.** On the protective effect of resilience in patients with acute coronary syndrome. *International Journal of Clinical and Health Psychology,* **2014**; 14(2):111–119.

109. **Labarthe DR.** *Epidemiology and Prevention of Cardiovascular Diseases: A Global Challenge*. 2nd ed. USA; JB Learning, **2010**: 3.

110. **Akdemir N, Birol, L.** *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı.* Ankara: Sistem Ofset, **2005**: 355-367.

111. **Switek JA.** The Effect Of Supportive Education, As A Tertiary Nursing Intervention, On The Quality Of Life Of Patients With Heart Failure. Master of Science in Nursing, Kirkhof School Of Nursing, USA, **2002.**

112. **Lemetti T, Voutilainen P, Stolt M, Eloranta S, Suhonen R.** An enquiry into nurse-to-nurse collaboration within the older people care chain as part of the ıntegrated care: A qualitative study. *International Journal of Integrated Care,* **2017**; 17(1): 1–11.

113. **Pelletier D, Gallagher R, Mitten-Lewis S, McKinley S, Squire J**. Australian implantable cardiac defibrillator recipients: quality-of-life issues, *International Journal of Nursing Practice*, **2002;** 8(2):68-74.

114. **Köroğlu E.** Kalp Pili Takılan Hastalara Uygulanan Planlı Eğitim Ve İzlem Programının Etkinliğinin Belirlenmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Ankara, **2014**.

115. **Köroğlu E.** Pacemakerı (Kalp Pili) Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2008**.

116. **Demir M.** Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, **2008.**

117. **Eğilmez H.** Pacemaker Takılı Hastalarda Yaşam Kalitesi , Anksiyete Ve Depresyonun Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep,**2017.**

118. **Mccann CM, Beddoe E, Mccormick K, Huggard P, et al.** Resilience in the health professions: A review of recent literature. *International Journal of Wellbeing,* **2013**; 3:60–81.

119. **Ware Jr JE and Sherbourne CD.** The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36*): I. Conceptual Framework And İtem Selection. Medical Care,* 1992;473-483.

120. **Pınar R.** Sağlıkla İlgili Araştırmaların Yeni Bir Yönü: Yaşam Kalitesi, Kronik Hastalığı Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi Anketinin Güvenilirliği Ve Geçerliliğinin Değerlendirilmesi. *Hemşirelik Bülteni*,**1995**; 9(38): 85-95.

121. **Yalçın Y.** Meme Kanseri Tanısı Almış Hastaların Teşhisten Önce Stresli Yaşam Olaylarıyla Karşılaşma Durumları Ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Gaziantep**, 2015.**

122. **Çuhadar D, Tanrıverdi D, Pehlivan M, Kurnaz G, Alkan S**. Determination of the psychiatric symptoms and psychological resilience levels of hematopoietic stem cell transplant patients and their relatives, *European Journal of Cancer Care*, **2014**; 1-10.

123. **Bitmiş M, Sökmen A, Turgut H.** Psikolojik dayanıklılığın tükenmişlik üzerine etkisi: örgütsel özdeşleşmenin aracılık rolü. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi.*2013; 15(2): 27-40

124. **Dane E.** Hemodiyaliz Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Acıbadem Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul,**2015.**

125. **Şahin Ü.** Kardiyovasküler Hastalığı Olanlar İle Sağlıklı Bireylerin Psikolojik Dayanıklılıklarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2019.**

126. **Kılınç AÇ.** Examining psychological hardiness levels of primary school teachers according to demographic variables. *turkish journal of education,***2013**; 3(1): 70-79.

127. **Ülker-Tümlü G. ve Recepoğlu E.** Üniversite Akademik Personelinin Psikolojik Dayanıklılık Ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi.* **2013**; 3 (3): 205-213.

128. **Sevim E.** Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık Ve Umut Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İstanbul, **2018.**

129. **Cohen M, Baziliansky S, Beny, A.** the association of resilience and age in ındividuals with colorectal cancer: an exploratory cross-sectional study, *Journal of Geriatric Oncology*, **2014,** 5(1); 33-39.

130. **Yalçın M, Çavuşoğlu S**. Devlet Ve Özel Banka Çalışanlarının Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Karşılaştırmalı Olarak Analizi. *Proceedings Book Of 2nd International Scientific Researches Congress On Humanities And Social Sciences.* Istanbul,**2017.**

131. **Demir M.** Kanser Hastası Olan Kişilerin Bağlanma Stillerine Göre Psikolojik Dayanıklılıklarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, **2016.**

132. **Tümlü GÜ, Recepoğlu, E.** Üniversite Akademik Personelinin Psikolojik Dayanıklılık Ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki, *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, **2013,** 3(3); 205-213

133. **Güngör E.** Kanser Tanısı Alan Bireylerde Travma Sonrası Büyüme Ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, **2019.**

134. **Küçükberber N.** Kalp Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2010.**

135. **Borges JB, Barros RT, Carvalho SM, Silva MA**. Correlation between quality of life, functional class and age in patients with cardiac pacemaker. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. **2013;** 3;28(1):47-53. **doi: 10.5935/1678-9741.20130008.** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23739932/ (Erişim Tarihi: 28.12.2021).

136. **Malm D. Svensson E. Karlsson E. Fridlund B.** Health-related quality of life in pacemaker patients: a single and multidimensional self-rated health comparison study**,** *Eur J. Card. Nurs.* **2003** : (4);291-302

137. **Westlake C, Dracup K, Creaser J, Livingstone N, Heywood T, Huiskes BL. et al.** Correlates of health-related quality of life in patients with heart failure. *Heart Lung J,* **2002**; 31:85-93.

138. **Özer S, Argon G.** Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları, Sağlığa Verilen Önem Ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* **2005**; 21(1):63-77.

139. **Aşık Özdemir V.** Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2009.**

140. **Nordhon J, Roll S**. Implantation of cardıac pacemaker. *Clin. Res. Card.***2006;**95:539-546.

141. **Benzer W.Oldridge N. Mont M.** Clinical predictors of quality of life after pacemaker implantation. *Mid Europ. J.* **2006**:23;739-743.

142. **Ertaş M, Çelik GO.** Pacemaker Takılan Hastalarda Depresyon Ve Anksiyete Düzeyinin İncelenmesi, *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **2016**;1(1): 13-18.

143. **Öz H.** Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Umut, Moral Ve Algılanan Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2006.**

144. **Erceg P, Despotovic N, Milosevic DP, Soldatovic I, Zdravkovic S, Tomic S.** Health-related quality of life in elderly patients hospitalized with chronic heart failure, *Clinical Interventions in Aging,* **2013**;8(15):1539-15 46.

145. **Çınar Fİ.** İntrakardiyak Defibrilatörlü (ICD) Hastalarda Planlı Eğitim ve Takip Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara, **2010**.

146. **Süt KH.** Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesi: EQ-5D Ölçeğinin Geçerlilik Ve Güvenirlik Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, **2009.**

147. **Özpancar N.** Hipertansiyonu Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, **2005.**

148. **Calvagna GM, Torrisi G, Giuffrida C, Patane S.** Pacemaker, implantable cardioverter defibrillator, CRT, CRT-D, psychological difficulties and quality of life. *International journal of cardiology*. **2014;**174(2):378-80.

149. **Verkerk AJ, Vermeer AM, Smets EM, Dekker LR, Wilde AA, Van Langen IM, et al.** Quality of life in young adult patients with a cardiogenetic condition receiving an ıcd for primary prevention of sudden cardiac death. *Pacing Clin Electrophysiol.* **2015**;38(7):870-7.

150. **Göçgeldi E, Babayiğit AM, Hassoy H, Açıkel HC, Taşçı İ, Ceylan S.** Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin Ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi, *Gülhane Tıp Dergisi,* **2008**;50(3):172-179,

151. **Altunbaş G, Ercan S, Davutoğlu V, Ünal A, Bülbül F.** Kardiyo Hastalık Ve Depresyon İlişkisi., *Journal Of Mood Disorders* **2012**;2(2):84-90.

152. **Schron, EB, Exner, DV, Yao Q, Jenkins LS, Steinberg JS, Cook JR, Kutalek SP, Friedman PL, Bubien RS, Page RL, Powell J.** Quality of life in the antiarrhythmics versus implantable defibrillators trial: impact of therapy and influence of adverse symptoms and defibrillator shocks, *Circulation*., **2002**; 105(5), 589-594.

153. **Bozyel S, Ağır AA.** İmplantabl Kardiyoverter-Defibrilatör Takılan Hastalarda Şok Tedavisinin Hasta Sağlık İlişkili Yaşam Kalitesine Etkisi. *Kocaeli Tıp Dergisi*,**2018**; 7(1), 59-64.

154. **Akın S, Durna Z.** Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumu. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi***, 2006**;10(2), 1-8.

155. **Shahriari M. Jalalvandi F. Yousefi H.Takvol K. Saneei H.**The effect of self -care programme on quality of life of patients with permanent pacemaker. *Ira. J. Med. Educ*.**2005**.5(1): 45-5).

156. **Soylu G.** Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Psikolojik Dayanıklılığının Yaşam Kalitesine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara , **2018.**

157. **Chouseınoglou B.** Koah'da Psikolojik Dayanıklılığın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli, **2018.**

EKLER

EK-1: Çukurova Üniversitesi Etik Kurul İzni

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
89		14 Haziran 2019

KARAR NO 88- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı'nda, Doktor Öğretim Üyesi Gülşah Kumaş yönetiminde, Ülkü Güner tarafından yürütülmesi öngörülen, "Kalıcı Kalp Pili Takılan Hastalarda Psikolojik Dayanıklılığın Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	**Prof Dr Selim Kadıoğlu** Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
ÜYELER	**Prof Dr Davut Alptekin** Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı
	Prof Dr Murat Gündüz Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı
	Doç Dr Ezgi Özyılmaz Saraç Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

EK-2: Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı

Tarih ve Sayı: 05/07/2019-E.95516

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 30050047-050.02.04/
Konu : Yönetim Kurulu Kararı

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KUMAŞ

Enstitümüz Yönetim Kurulu'nun 04.07.2019 tarih ve 20/15- 2, 3 ve 4 no'lu kararları aşağıda sunulmuştur.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Karar No: 2- Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 28.06.2019 tarih ve 91517 sayılı yazısı görüşüldü;
Yüksek Lisans öğrencisi **Gönül ARSLAN**'ın ***"Askerlerin Obezite Farkındalığı ile Vücut Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi"*** başlıklı tez önerisinin kabulüne, öğrencinin kendisi tarafından YÖK Yayın ve Dökümantasyon Daire Başkanlığı Tez Otomasyon Sistemine veri girişi yapılması ve çıktılarının Enstitü'ye iletilmesine, oybirliği ile karar verildi.

Karar No: 3- Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 28.06.2019 tarih ve 91518 sayılı yazısı görüşüldü;
Yüksek Lisans öğrencisi **Sebiha AKTAŞ**'ın ***"Hemşire-Hemşire İşbirliğinin Değerlendirilmesi:Adana Örneği"*** başlıklı tez önerisinin kabulüne, öğrencinin kendisi tarafından YÖK Yayın ve Dökümantasyon Daire Başkanlığı Tez Otomasyon Sistemine veri girişi yapılması ve çıktılarının Enstitü'ye iletilmesine, oybirliği ile karar verildi.

Karar No: 4- Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 28.06.2019 tarih ve 91519 sayılı yazısı görüşüldü;
Yüksek Lisans öğrencisi **Ülkü GÜNER**'in ***"Kalıcı Kalp Pili Takılan Hastalarda Psikolojik Dayanıklılığın Yaşam Kalitesine Etkisi"*** başlıklı tez önerisinin kabulüne, öğrencinin kendisi tarafından YÖK Yayın ve Dökümantasyon Daire Başkanlığı Tez Otomasyon Sistemine veri girişi yapılması ve çıktılarının Enstitü'ye iletilmesine, oybirliği ile karar verildi.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Behice DURGUN
Enstitü Müdürü

Dağıtım:
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığına
Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KUMAŞ

Adres:Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 01330 Balcalı, Sarıçam / Adana
Telefon:0 (322) 338 60 78 Faks0 (322) 338 62 98
e-Posta:sagbile@cu.edu.tr Elektronik Ağ:www.cu.edu.tr
Bilgi için: Kader ORDU
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni
Tel No: 0(322) 338 60 78

EK 3: Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumlardan Resmi İzin Yazıları

03/09/2019-122748

BEAC6RC4U

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 27224817-044/
Konu : Tez Çalışması (Ülkü GÜNER)

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 18.07.2019 tarihli ve 101589 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Ülkü GÜNER'in tez çalışmasını Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapabilmesine ilişkin Adana İl Sağlık Müdürlüğününü 02.09.2019 tarihli ve 307 sayılı yazısı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Şeref ERDOĞAN
Rektör Yardımcısı

Ek: Yazı ve Eki (2 sayfa)

Adres:Çukurova Üniversitesi Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı 01330 Balcalı, Sarıçam / Adana
Telefon:0 (322) 338 61 50 Faks0 (322) 338 70 22
e-Posta:ogrenci@cu.edu.tr Elektronik Ağ:www.cu.edu.tr
Bilgi için: Zeynep ŞAHİN KÖMÜRCÜ
Unvanı: Şef

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

03/09/2019-122748

T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Ek-1

Sayı : 60247264
Konu : Bilimsel Çalışma İzni (Ülkü GÜNER)

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Ülkü GÜNER tarafından yürütülmesi planlanan **" Kalıcı Kalp Pili Takılan Hastalarda Psikolojik Dayanıklılığın Yaşam Kalitesine Etkisi"** başlıklı bilimsel çalışmasını **Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesin'de** yapmak istemesi ile ilgili Bilimsel Çalışma başvuru talebi incelenmiştir. Çalışma sonuçlarının Müdürlüğümüze sunulması koşulu ve oy birliği ile uygun bulunmuş olup, konu ile ilgili Valilik Makam Olur'u ekte sunulmuştur.

Arz ederim.

e-imzalıdır.
Dt. Süleyman DİLEK
Müdür a.
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek:
1- Valilik Makam Oluru

Yavuzlar Mah. Mustafa Kemal Paşa Bulvarı 01230 Sk. Seyhan/Adana
Telefon: 0322 344 0303 Faks No: Dahili: 4204
e-Posta: serife.kose@saglik.gov.tr İnternet Adresi: ADANA İl Sağlık Müdürlüğü
Bilgi için: Şerife KÖSE
HEMŞİRE
Telefon No: (0 322) 344 03 03

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

03/09/2019-122748

ADANA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ADANA AR-GE VE PROJE KOORDİNATÖRLÜĞÜ
28/08/2019 15:23 - 60247264 - 799 - E.290
00100097551

T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Ek-2

Sayı : 60247264-799
Konu : Bilimsel Çalışma Ön İzin Değerlendirme Komisyon Kararı

VALİLİK MAKAMINA

İlimizde " Sağlık Tesislerinde Klinik Araştırma, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma İle Bilimsel Araştırma ve Proje Çalışmaları Ön İzin Değerlendirme Komisyonu" 05.02.2018 tarih ve 138 Sayılı Makam Olurumuz ile oluşturulmuş olup Komisyon Başkanı ve üyeleri 06.08.2019 tarihinde toplanmıştır. Mülga Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu "Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi İle Yürütülecek Çalışmalar İle İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge" gereğince Müdürlüğümüze yapılan bilimsel araştırma başvurularının yürütülmesi değerlendirilmiş olup ekte makamınıza sunulan kararlar çerçevesinde, her çalışmanın belirlenen yer ve tarih aralığında ilimizde icra edilmesi Müdürlüğümüzce uygun mütalaa edilmiş ise de;

Olurlarınıza arz ederim

e-imzalıdır.
Dr. Yakup YILANCIOĞLU
İl Sağlık Müdürü V.

O L U R
.../.../2019
e-imzalıdır.
Huriye KÜPELİ KAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

Yavuzlar Mah. Mustafa Kemal Paşa Bulvarı 01230 Sk. Seyhan/Adana
Telefon: 0322 344 0303 Faks No: Dahili: 4204
e-Posta: serife.kose@saglik.gov.tr İnternet Adresi: ADANA İl Sağlık Müdürlüğü
Bilgi için: Şerife KÖSE
HEMŞİRE
Telefon No: (0 322) 344 03 03

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden a5b54414-5d3e-4e2b-a159-0c4eba7eeda8 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-4 Ölçeğin Kullanılabilmesi İçin İlgili Yazardan İzin

Fwd: yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği

GK

Kime: gülşah kumaş <gulsahkumas@gmail.com>
29.05.2019 Çar 21:57

Psikolojik dayanıklılık olcegi_makale.pdf
282 KB

Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.doc
96 KB

Psikolojik dayanıklılık ölçeği değerlendirme notu.pdf
164 KB

3 ek (542 KB)Tümünü OneDrive'a kaydetTümünü indir

---------- Forwarded message ---------
Gönderen: **Nejat Basim** <nbasim@gmail.com>
Date: 29 May 2019 Çar 20:06
Subject: yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği
To: <gulsahkumas@gmail.com>

Merhaba. Mesajınızı bu adresimden yanıtlıyorum. Ölçeği tabii ki kullanabilirsiniz. Ölçeğin yer aldığı makaleyi, makalenin sonunda yer alan ölçeğin word ortamındaki halini ve değerlendirme esaslarını içeren bilgi notunu ekte gönderiyorum. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Prof. Dr. H. Nejat Basım
Başkent Üniversitesi İİBF. Dekanı
Bağlıca Kampüsü Eskişehir Yolu 20. Km. Bağlıca 06810 ANKARA
Tel: 312-2466645
e-posta: nbasim@gmail.com
e-posta: nbasim@baskent.edu.tr

Re: SF 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

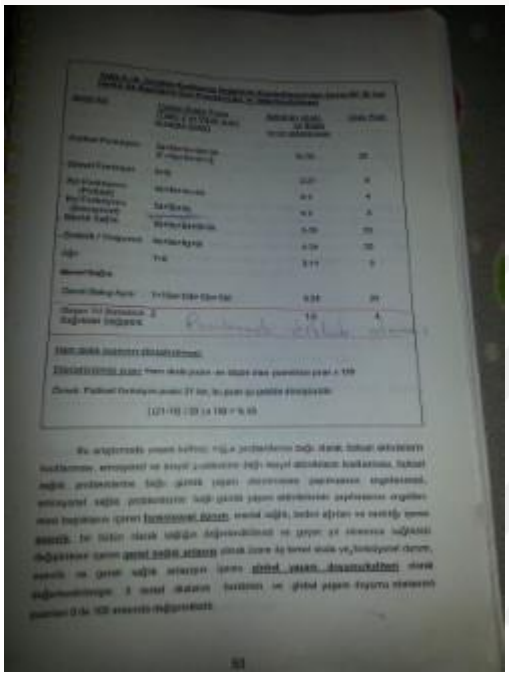
24.05.2019 Cum 03:57 tarihinde yanıtladınız

24.05.2019 Cum 03:57 tarihinde yanıtladınız

RP

Rukiye Pinar <rukiyepinar@gmail.com>

21.05.2019 Sal 01:47



SF-36 açıklama.docx

14 KB

SF36-ölçek.doc

83 KB

3 ek (3 MB)Tümünü OneDrive'a kaydetTümünü indir

Sayın Güner

İstediğiniz ölçek ve bilgiler ektedir. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Prof. Dr. Rukiye Pınar Bölüktaş

ülkü coban <ulku_coban03@hotmail.com>, 16 May 2019 Per, 23:29 tarihinde şunu yazdı:

SAYIN PROF.DR. RUKİYE PINAR BÖLÜKTAŞ;

Ben Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Tez danışmanım Dr. Öğretim üyesi Gülşah Kumaş ile birlikte tez konum olan; kalp pili takılı olan hastalarda yaşam kalitesi ve psikolojik dayanıklılığın (sağlamlılığın) karşılaştırılmasını çalışmak istiyorum. Sizin geçerlilik güvenilirlik

değerlendirmesini yapmış olduğunuz SF 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİ kullanmak için sizden izin istiyorum. Ölçek ve ölçeğin değerlendirmesinin orijinal halini sizden alabilir miyim? Saygılarımla

Teşekkürler

ÜLKÜ GÜNER
ADANA ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS ÖĞRENCİSİ
ADANA

EK 5: Hastaya İlişkin Tanıtıcı Veri Toplama Formu

Kalıcı Kalp Pili Takılan Hastalarda Psikolojik Dayanıklılığın Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi

Sayın katılımcı;

Bu çalışma, psikolojik dayanıklılığın yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacı ile yapılacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz aşağıdaki soruları cevaplandırmanız gerekmektedir. Çalışmada elde edilen bilgiler sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Bu çalışma için sizden bir ücret alınmayacak ve size bir ödeme yapılmayacaktır. İstediğiniz bir anda çalışmadan çekilebilirsiniz. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KUMAŞ Yüksek Lisans Öğr. Ülkü GÜNER

I. KATILIMCI TANITICI FORMU

1. Yaşı: ……
2. Cinsiyeti: 1. Kadın 2.Erkek
3. Eğitim düzeyi: 1. Okur-yazar değil 2. Okur –yazar 3. İlkokul mezunu 4. Ortaokul mezunu 5. Lise mezunu 6. Üniversite
4. Medeni durumu: 1.Evli 2. Bekar
5. Çocuk sayısı:
6. Evde kiminle yaşıyor ? .....
   1.Yalnız 2.Çekirdek aile 3.Geniş aile 4. Huzurevi ya da bakımevi 5.Diğer
7. Mesleği:
   1. Ev hanımı 2. Emekli 3.İşçi 4.Memur 5.Esnaf 6.işsiz 7.Diğer…….....
8. Boy: Kilo: BKİ:
9. Kalıcı kalp pili takılma zamanı:
10. Pil türü:
    1.Kalp pili (KP/ Pacemaker)
    2. Kalp İçi Defibrilatör (KİD/ICD) (Şoklama özelliği olan)

11. Kardiyovasküler Hastalığınız dışında başka bir hastalığınız var mı? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz) (0=yok 1= var)

1.Yok 2.Akciğer hastalıkları 3.Diyabet 4.Böbrek hastalıkları

5.Psikiyatrik rahatsızlıklar 6.Diğer (Belirtiniz.....)

12. Kalp pili hakkında eğitim aldınız mı? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

1.Hayır hiç almadım

2.Kalp pili ile ilgili bilgilerimi kalp pili takılı olan tanıdıklarımdan öğrendim.

3.Sadece teşhis konulduğu zaman bir kez aldım.

4.Kalp pili ile ilgili medya, dergilerden, kitaplardan ve internetten yararlanıyorum.

5.Diğer: ……

13. Düzenli doktor kontrolüne gidiyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır

14. Düzenli kalp pili kontrolüne gidiyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır

15. Günlük Cep Telefonu Kullanma süreniz kaç dakikadır?

16. Kalp pili takıldıktan sonra yaşamınızda ne tür değişiklikler meydana geldi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

( ) Malulen emekli oldum

( ) İşsiz kaldım

( ) Meslek değiştirmek zorunda kaldım

( ) Çalışma saatlerimde değişiklik oldu

( ) Tedaviden önce çalışmıyordum

( ) Ev işlerini yürütmekte zorlandım (ev hanm v

( ) Diğer.....

17. Şoklama özelliği olan cihaza sahip iseniz şoklama oldu mu?

Evet ise Kaç kez?.....

EK 6: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

1. Beklenmedik bir olay olduğunda…						
Her zaman bir çözüm bulurum						Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların…						
Başarılması zordur						Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır…						
Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda						Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. …olmaktan hoşlanıyorum						
Diğer kişilerle birlikte						Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı…						
Benimkinden farklıdır						Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları …						
Hiç kimseyle tartışmam						Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi…						
Çözemem						Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi…						
Nasıl başaracağımı bilirim						Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir işe/projeye başladığımda …						
İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım						Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak						
Önemli değildir						Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi … hissederim						
Çok mutlu						Çok mutsuz
12. Beni						
Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir						Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim…						
Olduğuna çok inanırım						Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin … olduğunu hissediyorum						
Ümit verici						Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir…						
Zamanımı planlama						Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu … bir şeydir						
Kolayca yapabildiğim						Yapmakta zorlandığım
17. Ailem şöyle tanımlanabilir …						
Birbirinden bağımsız						Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımın arasındaki ilişkiler …						
Zayıftır						Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma …						
Çok fazla güvenmem						Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım …						
Belirsizdir						İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar …						
Günlük yaşamımda yoktur						Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak …						
Benim için zordur						Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem …						
Geleceğe pozitif bakar						Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında…						
Bana hemen haber verilir						Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken						
Kolayca gülerim						Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:						
Birbirlerini desteklemez biçimde						Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım						
Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden						Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda … eğilimim vardır						
Her şeyi umutsuzca gören bir						Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için …						
Zordur						Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda …						
Bana yardım edebilecek kimse yoktur						Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) …						
Başa çıkmaya çalışırım						Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz …						
İşleri bağımsız olarak yapmayı						İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri …						
Yeteneklerimi beğenirler						Yeteneklerimi beğenmezler

Referans: Basım, H. Nejat ve Çetin, Fatih (2011). Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22, 2, 104-114.

EK 7: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Bu anket sağlığınız hakkındaki görüşlerinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır. Her soruyu uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Soruyu nasıl yanıtlayacağınızdan emin olamıyorsanız, verebileceğiniz en uygun yanıtı işaretleyin ve sorunun **sol tarafındaki boşluğa** bir açıklama yapın.

1. Genel olarak sağlığınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda, şimdiki sağlığınızı genel olarak nasıl buluyorsunuz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi	1
Bir yıl öncesinden biraz daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl öncesinden biraz daha kötü	4
Bir yıl öncesinden çok daha kötü	5

SAĞLIĞINIZ VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. **Sağlığınız** aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa ne kadar engelliyor? (Her sütunda size uygun rakamı işaretleyiniz)

Aktiviteleriniz	**Evet çok engelliyor**	**Evet biraz engelliyor**	**Hayır pek engellemiyor**
a) Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi **büyük çaba gerektiren aktivitelerde**	1	2	3
b) Masayı, elektrik süpürgesini itmek gibi **orta/hafif aktivitelerde**	1	2	3
c) Paket veya çanta taşırken	1	2	3
d) **Birkaç kat** merdiven çıkarken	1	2	3
e) **Bir kat** merdiven çıkarken	1	2	3
f) Eğilirken çömelirken	1	2	3
g) **Bir kilometreden fazla** yürürken	1	2	3
h) **Birkaç yüz metre** yürürken	1	2	3
i) **Yüz metrelik bir mesafeyi** yürürken	1	2	3
j) Giyinirken veya yıkanırken	1	2	3

4. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde **fiziksel sağlığınıza bağlı olarak**, aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamlardan birini yuvarlak içine alarak yanıtınızı işaretleyiniz)

	Evet	**Hayır**
a) İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden **çalışma zamanınızı azalttınız mı?**	1	2
b) İşlerinizde **amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?**	1	2
c) İş ve aktivitelerinizi **zahmetsiz/kolay olanlarla sınırladınız mı?**	1	2
d) İş ve aktivitelerinizi gerçekleştirirken **zorluk çektiniz mi?** (Örneğin ekstra çaba harcadınız mı?)	1	2

5. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde **ruhsal durumunuzun sonucu olarak (örneğin sinirli veya stresli)**, aşağıdaki problemlerin herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamlardan birini yuvarlak içine alarak yanıtınızı işaretleyiniz)

	Evet	**Hayır**
a) İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden **çalışma zamanınızı azalttınız mı?**	1	2
b) İşlerinizde **amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?**	1	2
c) İş ve aktivitelerinizi her zamankinden **daha az dikkatlimi yaptınız?**	1	2

6. Geçen 4 hafta boyunca, **fiziksel ve ruhsal sağlığınız** ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz).

Pek etkilemedi 1
Çok az 2
Orta 3
Oldukça 4
Aşırı 5

7. Geçen 4 hafta boyunca, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz).

Hiç 1
Çok hafif 2
Hafif 3
Orta 4
Fazla 5
Çok fazla 6

8. Geçen 4 hafta boyunca, ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi? (Evde ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere) (sadece bir rakamı işaretleyiniz).

Çok değil 1

Az 2

Orta 3

Oldukça fazla 4

Aşırı 5

DUYGULARINIZ

9. Bu sorular **geçen ay boyunca**, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her ifade için, size en uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alın.

Geçen ay boyunca	**Ne kadar süre**					
	Her zaman	Çoğunlukla	Biraz fazla	Bazen	Çok az	Hiç
a) Tam enerjik (zinde) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
b) Çok sinirli biriydiniz	1	2	3	4	5	6
c) Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkkındı	1	2	3	4	5	6
d) Sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
e) Fazla enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6
f) Moralsiz ve kederli hissettiniz	1	2	3	4	5	6
g) Çok yorgun/bitkin hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
h) Mutlu muydunuz ?	1	2	3	4	5	6
i) Yorgun hissettiniz	1	2	3	4	5	6
j) Sağlığınız akraba veya arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?	1	2	3	4	5	6

GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

10. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Emin Değilim	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle Yanlış
a) Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim					
b) Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım					
c) Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum					
d) Sağlığım mükemmel					

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 17 Nisan 1984 yılında Afyon'da doğmuştur. İlk, orta ve lise eğitimini Afyon'da tamamlamıştır. 2008 yıllında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünden mezun olmuştur. 2008 yılında İstanbul Acıbadem Bakırköy Hastanesinde Acil Servis Hemşiresi ve Süpervizör Hemşire olarak çalışmıştır. 2010 yılında İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne atanmış ve Fizik Tedavi (Spinal Kord Lezyonları:SKL) Yataklı Servisinde çalışmıştır. 2011 yılında Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kurumları Yöneticiliği Tezli Yüksek Lisans Programından mezun olmuştur. 2013-2014 yılında Kars Harakani Devlet Hastanesi FTR-Nöroloji-Enfeksiyon Karma Servisinde ve 2014-2016 yılında Göğüs Hastalıkları servisinde çalışmıştır. 2016 yılından itibaren Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servisinde çalışmaya başlamış ve halen aynı serviste hemşire olarak çalışmaktadır. Araştırmacı 2018 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Tezli Yüksek Lisans Programına başlamış ve birçok sertifika, kurs, sempozyum ve kongrelere katılmıştır. Araştırmacı iyi derecede İngilizce bilmekte olup evli ve bir çocuğa sahiptir.