

T.C.  
ORDU ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KARDİYAK ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ'NİN  
TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK  
ÇALIŞMASI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Sibel BAYRAM**  
**ORCID: 0000-0003-3557-7937**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR**

**ORDU-2024**

## ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Sibel BAYRAM tarafından hazırlanan ve Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR danışmanlığında yürütülen “Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği’nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” adlı bu tez, jürimiz tarafından 06 / 08/ 2024 tarihinde oybirliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR

Başkan : Dr. Öğr. Üyesi Ayla HENDEKÇİ İmza  
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı  
Giresun Üniversitesi

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Aslıhan ÇATIKER İmza  
Hemşirelikte Öğretim Anabilim Dalı  
Ordu Üniversitesi

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR İmza  
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı  
Ordu Üniversitesi

## ONAY

... / ... / 20... tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu’nun ...../...../20... tarih ve ..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../20...

Prof. Dr. Dilek KÜÇÜK ALEMDAR  
Enstitü Müdürü

## **TEZ BİLDİRİMİ**

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Sibel BAYRAM

## TEŞEKKÜR

Tüm lisansüstü eğitimim boyunca her konuda desteğini her zaman hissettiğim bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren değerli katkıları ve emeğinden dolayı danışmanım Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR'a,

Beni bugünlere getiren, her konuda arkamda olan, desteğini benden hiçbir zaman esirgemeyen sevgili aileme,

Çalışma sürecinde desteklerini her zaman hissettiğim sevgili arkadaşlarıma ve en iyi arkadaşım Tuna'ya,

Anket sürecinde manevi desteğini hissettiren klinik hemşirelerine ve anketlere sabırla cevap veren değerli kardiyoloji hastalarına sonsuz teşekkürlerimi iletirim.

Sibel BAYRAM

## ÖZET

### KARDİYAK ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

**Amaç:** Bu araştırma “Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin” Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma metodolojik türde 25 Mart 2023-15 Mayıs 2024 tarihleri arasında koroner arter hastaları üzerinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, Giresun Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde yatan hastalar, örneklemini ise Kardiyoloji Kliniğinde yatan ve araştırma kriterlerine uyan 400 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın verileri “Hasta Tanıtım Formu”, “Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği” ve “Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği” ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, korelasyon testi, t testi, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi ve cronbach  $\alpha$  güvenilirlik katsayıları kullanılmıştır.

**Bulgular:** Ölçeğin Türkçe uyarlamasında çeviri-geri çeviri tekniği kullanılmıştır. Ölçeğin kapsam geçerlik indeksi 1.0 bulunmuştur. Ölçeğin KMO değeri 0.878 ve Bartlett testinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.001$ ). Ölçekte toplam varyansın %53.55'ini açıklayan 2 faktörlü (Kontrol Semptomları ve İşlevi Sürdürme) bir yapı oluşmuştur. Doğrulayıcı Faktör Analizinde modelin uyum indekslerinin  $\chi^2/df = 2.172$ , GFI = 0.91, AGFI = 0.87, CFI = 0.95, IFI = 0.95, TLI = 0.93, NFI = 0.91, RMSEA = 0.07 iyi ve kabul edilebilir olduğu tespit edilmiştir. Cronbach Alfa katsayısı toplam ölçek için 0.88, Kontrol Semptomları alt boyutu için 0.86 ve İşlevi Sürdürme alt boyutu için 0.76 olarak bulunmuştur. Ölçeğin birleşik güvenilirliği yüksek bulunmuş ve yakınsak geçerliği sağlanmıştır.

**Sonuç:** Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Kardiyak öz-yeterlilik, ölçme aracı, geçerlik, güvenilirlik, hemşirelik.

## ABSTRACT

### TURKISH VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF THE CARDIAC SELF-EFFICACY SCALE

**Aim:** This study was conducted to determine the Turkish validity and reliability of the “Cardiac Self-Efficacy Scale”.

**Material and Method:** The research was conducted methodologically on coronary artery patients between March 25, 2023 and May 15, 2024. The population of the study consisted of patients hospitalised in the Cardiology Clinic of Giresun University Training and Research Hospital, and the sample consisted of 400 patients hospitalised in the Cardiology Clinic who met the research criteria. The data of the study were collected with “Patient Introduction Form”, “Cardiac Self-Efficacy Scale” and “Self-Efficacy Scale in Chronic Diseases”. Descriptive statistics, correlation test, t test, exploratory and confirmatory factor analyses and cronbach  $\alpha$  reliability coefficients were used to evaluate the data.

**Results:** Translation-back translation technique was used in the Turkish adaptation of the scale. The content validity index of the scale was found to be 1.0. The KMO value of the scale was 0.878 and Bartlett's test was statistically significant ( $p < 0.001$ ). 2-factor structure (Control Symptoms and Maintenance of Function) explaining 53.55% of the total variance was formed in the scale. In the Confirmatory Factor Analysis, it was determined that the fit indices of the model were  $\chi^2/df = 2.172$ , GFI = 0.91, AGFI = 0.87, CFI = 0.95, IFI = 0.95, TLI = 0.93, NFI = 0.91, RMSEA = 0.07 were good and acceptable. Cronbach's alpha coefficient was found to be 0.88 for the total scale, 0.86 for the Control Symptoms subscale and 0.76 for the Maintenance of Functioning subscale. The combined reliability of the scale was found to be high and convergent validity was ensured.

**Conclusions:** Cardiac Self-Efficacy Scale is a valid and reliable measurement tool for Turkish society.

**Keywords:** Cardiac self-efficacy, measurement tool, validity, reliability, nursing.

## İÇİNDEKİLER

<b>TEZ BİLDİRİMİ</b> .....	<b>I</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>II</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>III</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>IV</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>V</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>VIII</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>IX</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b> .....	<b>XI</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Araştırmanın Amacı .....	4
1.2. Araştırma Sorusu .....	4
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>5</b>
2.1. Kalp Hastalıkları.....	5
2.1. Koroner Arter Hastalığı.....	9
2.2.1. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri.....	9
2.2.2. Koroner Arter Hastalığında Belirti ve Bulgular .....	10
2.2.3. Koroner Arter Hastalığının Sınıflandırılması.....	11
2.2.3.1. Akut Koroner Sendromlar .....	11
2.2.3.1.1. ST Segment Yükselmeli Miyokard Infarktüsü.....	11
2.2.3.1.2. ST Segment Yükselmesi Olmayan Miyokard Infarktüsü.....	11
2.2.3.1.3. Kararsız Anjina.....	12
2.2.3.2. Kronik Koroner Sendrom.....	12
2.2.4. Koroner Arter Hastalığında Tanı ve Tedavi.....	12
2.2.4.1. Farmakolojik Tedavi .....	13
2.2.4.1.1. Antitrombotik Tedavi .....	13
2.2.4.1.2. Lipit Düşürücü Tedavi.....	13
2.2.4.1.3. Beta Blokerler.....	13
2.2.4.1.4. Nitratlar ve Kalsiyum Kanal Blokerleri .....	13
2.2.4.1.5. Renin- Anjiyotensin- Aldosteron Sistem İnhibitörleri .....	14
2.2.4.1.6. Proton Pompa İnhibitörleri .....	14
2.2.4.1.7. Aşılama.....	14

2.2.4.1.8. Anti İnflamatuar İlaçlar .....	14
2.2.4.1.9. Hormon Replasman Tedavisi .....	14
2.2.4.2. Perkütan Koroner Girişim .....	15
2.2.4.3. Cerrahi Girişim.....	15
2.3. Kalp Hastalıklarında Öz-Yeterlilik .....	15
2.4. Kalp Hastalarının Öz-Yeterliliğinde Hemşirenin Rolü .....	16
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>18</b>
3.1. Araştırmanın Türü .....	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	18
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme .....	18
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri .....	18
3.3.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri .....	19
3.4. Veri Toplama Araçları.....	19
3.4.1. Hasta Tanıtım Formu.....	19
3.4.2. Cardiac Self-Efficacy Questionnaire (Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği) .....	19
3.4.3. Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği.....	20
3.5. Verilerin Toplanması.....	20
3.6. Araştırmanın Etik Yönü .....	21
3.7. Verilerin Analizi .....	21
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	22
3.9. Araştırma Planı.....	22
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>24</b>
4.1. Tanımlayıcı Özellikler.....	24
4.2. Dil Geçerliliği .....	26
4.3. Kapsam Geçerliliği.....	26
4.4. Pilot Uygulama.....	27
4.5. Yapı Geçerliliği Analizleri .....	28
4.5.1. Açıklayıcı Faktör Analizi .....	28
4.5.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	31
4.6. Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Ayırt Ediciliği-Madde Analizleri .....	32
4.7. Benzer Ölçek Geçerliliği .....	34
4.8. Güvenirlik Analizleri.....	35
4.9. Zamana Karşı Güvenirlik-Test-Tekrar Test Uygulaması.....	37



4.10. Birleşik Güvenirlik .....	38
4.11. Yakınsak Geçerlilik .....	39
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>40</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>45</b>
6.1. Sonuçlar.....	45
6.2. Öneriler.....	46
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>47</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>60</b>
EK 1. Hasta Tanıtım Formu .....	60
EK 2. Cardiac Self-Efficacy Scale .....	62
EK 3. Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği.....	63
EK 4. Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği .....	64
EK 5. Kardiyak Öz Yeterlilik Ölçeği Kullanım İzni.....	67
EK 6. Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği Kullanım İzni .....	68
EK 7. İl Sağlık Müdürlüğü İzni.....	69
EK 8. Etik Kurul Onayı.....	70
EK 9. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	71
EK 10. Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Eğitimi Katılım Belgesi .....	72
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>73</b>

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 3.1.</b> Araştırma Planı.....	23
<b>Şekil 4.1.</b> Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği Scree Plot Grafiği.....	29
<b>Şekil 4.2.</b> Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin DFA Model Yapısı .....	31

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 3.1.</b> Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler.....	21
<b>Tablo 4.1.</b> Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin AFA ve DFA Verilerine Göre Dağılımı (n=400).....	24
<b>Tablo 4.2.</b> Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Kapsam Geçerlik Analizi .....	26
<b>Tablo 4.3.</b> Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğine İlişkin KMO ve Bartlett Testi.....	28
<b>Tablo 4.4.</b> Maddelerin Anti-İmage Korelasyon Değerleri .....	28
<b>Tablo 4.5.</b> Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğine İlişkin Faktör Analizi.....	29
<b>Tablo 4.6.</b> Maddelerin Faktörlere Göre Dağılımı ve Faktör Yükleri .....	30
<b>Tablo 4.7.</b> Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Uyum İndeks Değerleri.....	31
<b>Tablo 4.8.</b> Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin % 27'lik Alt ve Üst Gruplarının Karşılaştırılması .....	32
<b>Tablo 4.9.</b> Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Madde-Toplam Puan Korelasyon Değerleri.....	33
<b>Tablo 4.10.</b> Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği ve Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	34
<b>Tablo 4.11.</b> Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Güvenirlik Analizleri .....	35
<b>Tablo 4.12.</b> Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinden Madde Çıkarıldığında Cronbach Alfa Değerleri .....	36
<b>Tablo 4.13.</b> Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği Madde ve Toplam Puan Dağılımı .....	36
<b>Tablo 4.14.</b> Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyonu .....	37
<b>Tablo 4.15.</b> Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği Test-Tekrar Test Puanlarının Karşılaştırılması .....	38
<b>Tablo 4.16.</b> Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı .....	38
<b>Tablo 4.17.</b> Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Birleşik Güvenirlik (CR) Değerleri.....	38

<b>Tablo 4.18.</b> Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Yakınsak Geçerlik (AVE) Değerleri.....	39
--------------------------------------------------------------------------------------------	----

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>ARVD</b>	:	Aritmojenik Sağ Ventrikül Kardiyomiyopati
<b>ABD</b>	:	Amerika Birleşik Devletleri
<b>DKMP</b>	:	Dilate Kardiyomiyopati
<b>DSÖ</b>	:	Dünya Sağlık Örgütü
<b>EKG</b>	:	Elektrokardiyogram
<b>EF</b>	:	Ejeksiyon Fraksiyonu
<b>HKMP</b>	:	Hipertrofik Kardiyomiyopati
<b>KAH</b>	:	Koroner Arter Hastalığı
<b>NSTEMI</b>	:	ST Segment Yükselmesi Olmayan Miyokard Infarktüsü
<b>PAH</b>	:	Periferik Arter Hastalığı
<b>RKMP</b>	:	Restriktif Kardiyomiyopati
<b>STEMI</b>	:	ST Segment Yükselmesi Olan Miyokard Infarktüsü
<b>SVH</b>	:	Serebrovasküler Hastalıklar
<b>SVT</b>	:	Supraventriküler Taşikardi
<b>TEKHARF</b>	:	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
<b>TÜİK</b>	:	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>UAP</b>	:	Unstable Anjina Pectoris
<b>WHO</b>	:	World Health Organization

## 1. GİRİŞ

Kardiyovasküler hastalıklar, Dünyada ve Türkiye’de giderek prevalansı artan ve ölümlere neden olan önemli bir halk sağlığı sorunudur (Tsao vd., 2023). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre; bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında kardiyovasküler hastalıkların, mortalite ve morbidite sebepleri arasında ilk sırada yer aldığı ve dünya çapındaki ölümlerin %38’sini kardiyovasküler hastalıkların oluşturduğu belirtilmektedir (WHO, 2021). Avrupa’da kardiyovasküler hastalık nedeniyle her yıl 3.9 milyon kişinin öldüğü ve tüm ölümlerin %45’inden kardiyovasküler hastalıkların sorumlu olduğu bildirilmektedir (Wilkins vd., 2017). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2022 yılı ölüm ve ölüm nedeni istatistiklerine göre; dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklı ölümlerin %35.4 ile ilk sırada yer aldığı ve dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin %42.3’ünü iskemik kalp hastalıklarının oluşturduğu belirtilmektedir (TÜİK, 2022). Bununla birlikte Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) 2017 çalışmasının 26 yıllık değerlendirme sonucunda ise, ölümlerin %42’sinin koroner arter hastalık kaynaklı olduğu belirlenmiştir (Onat vd., 2017).

Kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik bir hastalığa sahip olmak bireyleri fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak etkilemekte, hastalığa uyumu zorlaştırabilmekte ve yaşam kalitesini düşürebilmektedir (Erdem ve Ergüney, 2005; Angoulvant ve Bejan-Angoulvant, 2018). Kardiyovasküler hastalıklarda bireylerin merdiven çıkma, yürüme, fiziksel güç gerektiren aktivitelerde zorlanma, fonksiyonel olarak kendi bakımlarını yerine getirme ve günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinim duyma gibi durumları yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilmektedir (Roebuck vd., 2001; Chan vd.,2005; Kumsar, 2014). Hastaların yaşam kalitesindeki düşüş fiziksel, psikolojik, sosyal ve mesleki kısıtlamaları içermektedir (Roebuck vd.,2001; Chan vd.,2005). Kardiyovasküler hastalıklarda düzenli egzersiz, dengeli beslenme, kan basıncı kontrolü ve sigara-alkol kullanımının kısıtlanması gibi önlemler hastalığın kontrolü açısından önemlidir (WHO, 2024).

Kardiyovasküler hastalığa sahip bireylerde öncelikle fiziksel aktivite ihtiyaçları ve düzeyi tespit edilmelidir. Hastalara kas-iskelet sistemi yaralanmasını en aza indirmek için düşük etkili aerobik aktivite (yavaş yürüme, hafif ev işleri vb.) önerilmeli

ve fiziksel aktivite hızında kademeli artış sağlanmalıdır . Hastaların hareketsiz kalma süresi mümkün olduğunca azaltılmalı ve hastanın uygun aktivitelerle hareket etmesi sağlanmalıdır. Hastaların haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta (tempolu yürüyüş, bisiklet binme, bahçe işleri, aerobik dans vb.) ya da haftada 75 dakika daha yüksek yoğunlukta aerobik egzersiz (koşu, yüzme vb.) yapması önerilmektedir . Egzersiz programı günde en az 30 dakika yapılmalı ve mümkünse haftanın yedi günü ya da en az haftada beş gün olarak düzenlenmelidir (Sazak vd., 2020). Beslenmede ise, kolesterol düşürücü diyetin tercih edilmesi, basit şeker kullanımının azaltılması, meyve ve sebze ağırlıklı beslenmenin sağlanması, süt ürünleri, yumurta, balık, kuruyemiş ve kuru baklagillerin tüketilmesi, ambalajlı gıdalardan uzak durulması ve sodyum ve yağ oranlarının düşük olması sağlanmalıdır (Güler vd., 2021; Jaffer ve Blankstein, 2021).

Kardiyovasküler hastalıklarda hipertansiyonu kontrol altına almak için kan basıncı hedef değerlere indirilmelidir. Türk Kardiyoloji Derneği Hipertansiyon Kılavuzu'na göre her yaş için hedef kan basıncı <140/90 mmHg, tip 2 diyabet varlığında <130/80 mmHg ve proteinürisi günde >1gr olan tüm hipertansiyonlu hastalarda <125/75 mmHg olmalıdır . Hipertansiyonda yaşam tarzı değişikliği ile birlikte düzenli ilaç kullanımı sağlanmalıdır. Kardiyovasküler hastalıklarda sigara ve alkol kullanılması kardiyovasküler hastalık riskini artırmaktadır. Sigara kullanan hastaların sigarayı bırakması ve alkol kullanan hastaların alkolü kısıtlaması önemlidir (Montalescot vd., 2014; Sazak vd., 2020).

Kardiyovasküler hastalıklar hasta, sağlık sistemi ve hizmet verenler arasında iş birliğini esas alan bir dizi öz bakım becerileri gerektirmektedir. Kalp hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesinin artırılması hastalığa bağlı olası komorbidite ve sekelleri önleyebilme, tedavi ve diyet rejimine bağlı kalabilme, özbakım sürecini yönetebilme becerisine bağlıdır. Hastaların öz bakım becerileri yaşam kaliteleri açısından önemlidir (Ahçıoğlu, 2020). Kardiyak rehabilitasyonda önemli olan göstergelerden birisi hastaların öz-yeterliliğidir. Kardiyak rehabilitasyon hastaların psikolojik, sosyal ve fiziksel işlevlerini olabilecek en üst seviyeye getirerek, mortalite ve morbiditeyi azaltmayı hedeflemektedir (Boydak, 2017; Karakuş ve Özer, 2021). Öz-yeterlik; kişinin sahip olduğu becerilerle birlikte farklı durumlarda neler yapabileceğine dair inancıdır. Öz-yeterlilik, kişilerin belirli performans türlerini elde etmek için gerekli

olan eylemleri organize etme ve yürütme yeteneklerine ilişkin yargılarını içermektedir (Bandura, 1986; Sakız, 2013; Kaynak, 2022). Öz-yeterlik algısı; kişisel davranış geçmişi ve fiziksel durumdan etkilenmektedir (Reeve, 2010). Öz-yeterlik kişinin davranışları, karşılaştığı sorunlar ya da farklı deneyimler karşısındaki çabasını ve bu çabayı sürdürme gücünü etkilemektedir . Kişinin öz yeterlik algısının yüksek olması mücadele etme ve baş etme çabalarını artırmaktadır (Reeve, 2010; Mohebi vd., 2013; Kaynak, 2022). Literatür incelendiğinde kardiyak rehabilitasyonda öz-yeterliliğin önemli olduğu vurgulamaktadır (Sarkar vd., 2007; Zotti vd., 2007; Woodgate ve Brawley, 2008; Katch ve Mead, 2010; Sol vd., 2011). Kardiyak rehabilitasyonda; hastanın öz-yeterlik düzeyinin artması davranışlarla ilgili öz yönetimi, psikososyal iyilik halini ve yaşam kalitesini artırmaktadır (Sullivan vd., 1998; Zotti vd., 2007; Fors vd., 2015).

Kardiyak rehabilitasyonunun temel hedefi; hastaların yaşam kalitesini arttırmak ve devamlılığını sağlamak, komplike durumların oluşumunu engellemek, psikolojik sıkıntının belirlenmesini ve giderilmesini sağlamak, hastanın kaynaklarının geliştirilmesini sağlayarak aktif yaşama dönüşünü sağlamaktır (Uysal, 2015). Kardiyak rehabilitasyonda multidisipliner yaklaşım önemlidir. Hemşireler kardiyak rehabilitasyonda hastaların öz-yeterliliğini artırmada önemli rol ve sorumluluklara sahiptirler. Hemşireler hastaların öz-yeterlilik düzeylerini belirleyerek eğitim ve danışmanlık yaparak öz yeterliliklerini artırmalıdır (Akbulut vd., 2016; Oğuz vd., 2019). Bu kapsamda hemşireler tarafından kalp hastalıklarına özgü ölçütlerle hastaların öz-yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi önemlidir. Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde; kalp hastalığı ile ilgili “Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği”, “Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği”, “Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği”, “Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği”, “Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastalar İçin İnanç ve Uyum Ölçekleri” ve “Kalp Hastalarında Beslenme Alışkanlıklarının Düzenlenmesinde Öz Yeterlilik Ölçeği” gibi ölçekler kullanılmaktadır (Arıkan vd., 2009; Oğuz vd., 2010; Sevinç ve Argon, 2014; Duğan ve Bektaş, 2020; Metin ve Gülbahar, 2020; Doğru vd., 2021). Ancak kalp hastalarında öz-yeterliliği değerlendiren ölçeklerin kısıtlı olduğu görülmektedir. Bu kapsamda



“Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin” Türkçeye uyarlanması ülkemizdeki kalp hastalarının öz yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi açısından önemlidir.

### **1.1. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma, Sullivan vd. (1998) tarafından geliştirilen “Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin” Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

### **1.2. Araştırma Sorusu**

“Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği” Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı mıdır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kalp Hastalıkları

Kalp hastalıkları dünyada ve ülkemizde en fazla ölüme neden olan, yaşam kalitesini bozan ve yüksek sağlık maliyetlerine neden olan önemli bir halk sağlığı sorunudur (WHO, 2024). Dünya çapında 13 kişiden 1'inin kalp veya dolaşım sistemi hastalıklarına sahip olduğu ve her yıl ortalama 17.9 milyon kişinin kalp hastalıkları nedeniyle yaşamını kaybettiği belirtilmektedir (British Heart Foundation, 2024; WHO, 2024). Amerika Birleşik Devletleri'nde en sık ölüme neden olan hastalıkların kalp hastalıkları olduğu ve her 33 saniyede bir kişinin kalp-damar hastalıkları nedeniyle yaşamını kaybettiği bildirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2021 yılında her 5 ölümden 1'inin kalp hastalıkları kaynaklı olduğu ve yaklaşık 695.000 kişinin kalp hastalığı nedeniyle yaşamını kaybettiği belirlenmiştir (CDC, 2024). Ülkemizde ise, TÜİK 2022 yılı verilerine göre; ölüm nedenleri arasında %35.4 ile dolaşım sistemi hastalıklarının ilk sırada yer aldığı ve dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklı ölümlerin %42.3'ünün iskemik kalp hastalıklarından, %23.5'inin diğer kalp hastalıklarından ve %19.2'sinin serebrovasküler hastalıklardan kaynaklandığı bildirilmektedir (TÜİK, 2022). Kalp hastalıkları; koroner arter hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, hipertansiyon, periferik arter hastalığı, romatizmal kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları, kalp yetmezliği ve kardiyomiyopatiler olarak sınıflandırılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2021; Köprülüoğlu ve Gürşan, 2022).

Koroner Arter Hastalıkları (KAH) koroner arterlerde aterosklerotik plak oluşması ve miyokardiyuma yetersiz kan akımının gitmesiyle oluşan bir hastalıktır (Köprülüoğlu ve Gürşan, 2022). Dünya çapında koroner kalp hastalığı nedeniyle her yıl yaklaşık 9 milyon kişinin yaşamını kaybettiği ve 6 ölümden 1'inin koroner kalp hastalığı nedeniyle meydana geldiği belirtilmektedir (British Heart Foundation, 2024). Serebrovasküler Hastalıklar (SVH), beynin bir bölgesine kan ulaşmaması veya kanama nedeniyle oluşan ve beyni kalıcı ya da geçici olarak etkileyen bir hastalıktır. Aynı zamanda beyni ilgilendiren bir veya birden fazla kan damarının travmatik beyin hasarınıdır. İnme ise aniden gelişen, 24 saatten uzun süren ya da bu zaman sürecinde ölüm ile sonlanan, fokal veya jeneralize nörolojik bir hasardır (Şahin vd., 2015). Dünya çapında en yaygın ikinci ölüm nedeninin serebrovasküler hastalıklar olduğu ve

9 ölümden 1'inin serebrovasküler hastalıklardan kaynaklandığı belirtilmektedir (British Heart Foundation, 2024).

Hipertansiyon, kan damarlarındaki kan basıncının 140/90 mmHg veya daha yüksek olduğu durumdur (Sağlık Bakanlığı, 2021). Dünya çapında 30-79 yaş arası yaklaşık 1.28 milyar kişinin hipertansiyon hastası olduğu ve bunların çoğunun (üçte ikisi) düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşadığı belirtilmektedir (WHO, 2023).

Hipertansiyon; sol ventrikül hipertrofisi, kalp kapak hastalıkları, atriyal fibrilasyon, kalp aritmileri, serebral inme ve böbrek yetmezliği gibi farklı kardiyovasküler hastalıklara neden olabilen önemli bir hastalıktır (Sağlık Bakanlığı, 2021). Hipertansiyon gereğinden fazla tuz tüketimi, aşırı kilo/obezite, zararlı düzeyde alkol kullanımı, fiziksel aktivite azlığı, stres, hava kirliliği ve sigara kullanımı gibi nedenlere bağlı olarak meydana gelebilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021; WHO, 2023).

Periferik arter hastalıkları (PAH), koroner arterler ve aort damarı dışındaki tüm atar damarların hastalıklarını kapsamaktadır (Keleşoğlu, 2020). Amerika Birleşik Devletleri'nde 40 yaş ve üzeri yaklaşık 6.5 milyon kişinin periferik arter hastalıklarına sahip olduğu belirtilmektedir (CDC, 2024). Kalpten pompalanan kanı diğer tüm doku ve organlara (beyin, bacak, kol, karın içindeki tüm organlar) taşıyan arterler periferik arterler olarak adlandırılmaktadır. Periferik arter hastalıklarında yaş, sigara, hipertansiyon, dislipidemi ve diyabet gibi durumlar risk faktörü oluşturmaktadır (Keleşoğlu, 2020).

Romatizmal kalp hastalıkları sistemik inflamatuvar bir hastalık olup, kalbi değişik derecelerde etkilemektedir. Hastalıkta kalbin tutulum alanı, semptom vermeyen veya hastalığa açıkça işaret etmeyen vakalardan yaşamı tehdit eden patolojilere kadar değişiklik gösterebilmektedir (Tekgöz ve Yılmaz, 2017). Dünya çapında, kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin yaklaşık %2'sini romatizmal kalp hastalıkları oluşturmaktadır (WHO, 2021). Romatizmal kalp hastalıklarında hastalığın derecesine göre kalbin tüm katmanları endokardiyum, myokardiyum ve epikardiyum etkilenebilmektedir (Tekgöz ve Yılmaz, 2017).

Konjenital kalp hastalıkları çocukluk çağında ortaya çıkan, prenatal dönemde kalbin tam olarak gelişemediği durumlarda oluşan bir kalp hastalığıdır (Özlu vd., 2020). Dünya çapında teşhis edilebilen kalp hastalıkları içinde en az 13 milyon kişinin

doğuştan kalp hastalığıyla yaşadığı tahmin edilmektedir. Konjenital kalp hastalığı dünya çapında yaklaşık 110 doğumdan 1'inde teşhis edilmekte ve yılda yaklaşık 1.2 milyon, günde ortalama 3300 kişi ve her 26 saniyede bir bebeğe tanı konulmaktadır. Dünya çapında her yıl en az 220.000 ölümün konjenital kalp hastalığı kaynaklı olduğu ve bu ölümlerin çoğunun bir yaşından önce gerçekleştiği bildirilmektedir (British Heart Foundation, 2024). Konjenital kalp hastalıkları nedeniyle çocuklar gelişim aşamalarında yakından gözlenmeli, fonksiyonel ve akademik performansları değerlendirilmeli ve yaşam kalitelerini yükseltmek için problemlerin erken dönemde çözülmesi sağlanmalıdır (Özlü vd., 2020).

Kalp yetmezliği, kalbin çeşitli nedenlerle zarar görerek vücudun ihtiyacı olan kanı doku ve organlara yeterli miktarda gönderememesi durumudur (Türk Kardiyoloji Derneği, 2024). Kalp yetmezliğinin dünya çapında en az 64 milyon kişiyi etkilediği ve bu sayının giderek arttığı belirtilmektedir (British Heart Foundation, 2024). Kalp yetmezliğinin en iyi göstergesi Ejeksiyon fraksiyonu (EF) olup, kalbin normalde EF değeri %60-70 arasındadır. Bu değer %40'ın altına düşmesi kalp yetmezliği olarak değerlendirilmektedir. Kalp yetmezliği herhangi bir yaşta meydana gelebilir, ancak yaş skalasının artışıyla birlikte prevalansı artmaktadır. Toplumda 65 yaş altı kişilerde görülme sıklığı %1 iken, 75-84 yaş arasında %7 ve 85 yaş üzerinde ise %15'e kadar çıkabilmektedir. Kalp yetmezliğinde belirtiler doku ve organlarda sıvı birikmesi ile kalbin kan atım hacminde azalmaya bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Doku ve organlarda sıvı birikmesine bağlı sık görülen yakınmalar; “nefes darlığı, öksürük/hırıltı, kilo artışı, nefes darlığı ile uyanma, bacaklarda şişme, karında şişkinlik, karın ağrısı, iştahsızlık ve bulantıdır”. Kalbin kan atım hacminin azalmasına bağlı olarak ortaya çıkan yakınmalar ise çarpıntı, halsizlik, yorgunluk, efor kapasitesinde azalma, ellerde-ayaklarda soğukluk, idrar miktarında azalma ve solukluk şeklinde sıralanabilir (Sağlık Bakanlığı, 2020; Türk Kardiyoloji Derneği, 2024).

Kardiyomiyopatiler, çeşitli nedenlere bağlı olarak kalp kasında yapısal ve fonksiyonel değişikliklere neden olan heterojen bir patoloji grubudur (Arbustini vd., 2014). Dünya çapında 500 yetişkinden 1'inin kardiyomiyopatisinin olduğu ve her yaşta kadın ve erkekte görülebileceği belirtilmektedir (CDC, 2024). Kardiyomiyopatiler dilate, hipertrofik, restriktif ve aritmojenik olarak sınıflandırılmaktadır. Dilate

kardiyomiyopati (DKMP), kalp yetmezliğinin ve kalp transplantasyon endikasyonlarının en yaygın görölen nedenlerinden birisidir. Hipertrofik kardiyomiyopati (HKMP), çok sayıda gen mutasyonu ile ilişkilidir ve en sık görölen kalıtsal kardiyomiyopatidir. Restriktif kardiyomiyopati (RKMP), diyastolik disfonksiyon ve yüksek diyastol sonu ventriköl basıncına yol açan ventriköl duvar sertliği ile karakterize bir kalp kası hastalığıdır. Aritmojenik sağ ventriköl kardiyomiyopati/displazisi (ARVD), özellikle genç hastalarda aritmi, sistolik fonksiyonda azalma ve ani kardiyak ölüme neden olan miyokardın yerini fibröz yağ dokusunun alması ile karakterize bir patolojidir (Coşkun, 2022; CDC, 2024).

Ritim bozuklukları, karmaşık ve uzun süreli kalp atım düzensizliklerini göstermekte ve aritmi olarak adlandırılmaktadır (British Heart Foundation, 2024). Aritmi prevalansının genel popölasyondaki oranının %1.5 ile %5 arasında değiştii ve en sık atriyal fibrilasyonun göröldüğü belirtilmektedir (National Library of Medicine, 2023). Kalp, elektriksel uyarılar gönderen bir iletim sistemi tarafından kontrol edilmekte ve bu durum kalp atışına neden olmaktadır. Aritmiler, bu iletim sisteminde kalbin yavaş, hızlı veya düzensiz atmasına neden olan bir sorundan kaynaklanmaktadır. Supraventriköl taşikardi (SVT) çok hızlı kalp ritmidir ve kalbin üst odacıklarından alt odacıklarına doğru normal şekilde gitmeyen elektriksel uyarılardan kaynaklanmaktadır. Atriyal fibrilasyon genellikle kalbin üst odacıklarının alt odacıklarına kıyasla çok hızlı kasıldığı bir kalp ritmidir. Bu durum üst odaların son derece hızlı çalışmasına, bazen dakikada 300 vuruşa kadar çıkmasına neden olabilmektedir. Hasta sinüs sendromu çok hızlı veya yavaş kalp atışlarına neden olabilmektedir. Kalp blokları, kalbin üst ve alt odacıkları arasındaki iletim sistemindeki gecikme veya tıkanmadan kaynaklı olup, kalp atış hızının yavaşlamasına neden olmaktadır (British Heart Foundation, 2024). Aritmiler, çarpıntı, baş dönmesi, bayılma hissi, halsizlik, nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi, göğüs ağrısı ve yorgunluk gibi belirtilerle kendini göstermektedir (National Library of Medicine, 2023).

## **2.1. Koroner Arter Hastalığı**

Koroner Arter Hastalığı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunu olup, kalp hastalıkları içinde en yaygın görülen hastalık türüdür. Dünya çapında 200 milyon kişinin koroner kalp hastası olduğu ve bu hastaların yaklaşık 110 milyonun erkek ve 80 milyonun kadın olduğu belirtilmektedir (British Heart Foundation, 2024). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2021 yılında koroner arter hastalığı nedeniyle 375.476 kişinin yaşamını kaybettiği, 20 yaş ve üzeri 20 yetişkinden yaklaşık 1'inde koroner arter hastalığı görüldüğü ve yaklaşık 10 ölümden 2'sinin 65 yaş altı bireylerde gerçekleştiği belirtilmektedir (CDC, 2023).

KAH damar duvarında biriken plaklar nedeniyle lümenin daralmasına ve kan akışının zorlanmasına neden olan ve ateroskleroz genel kategorisinde yer alan bir patolojidir (Cebeci ve Veremci, 2022). Koroner arter hastalığı anjina, miyokard enfarktüsü, iskemik kardiyomiopati ve ani kardiyak ölümü içeren bir hastalık grubudur. Hastalığın ana nedeni koroner ateroskleroz ve trombozun ilerlemesidir. Aterosklerozun patogenezi sadece damarlarda lipid birikimi şeklinde değil, aynı zamanda endotel disfonksiyonu ve kronik inflamasyonun kademeli olarak artması şeklinde görülmektedir (Köprülüoğlu ve Gürşan, 2022). Koroner arter hastalıklarının oluşmasında birbiriyle ilişkili pek çok risk faktörü rol oynamaktadır (Güner ve Nural, 2020).

### **2.2.1 Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri**

KAH'ın değiştirilemeyen ve değiştirilebilen risk faktörleri vardır. KAH'ın değiştirilemeyen risk faktörleri arasında ileri yaş, erkek cinsiyet ve genetik faktörler yer almaktadır (Çeliktürk vd., 2021). KAH'ın değiştirilebilen risk faktörleri ise, "yüksek kolesterol düzeyi, alkol ve sigara tüketimi, hipertansiyon, obezite, psikososyal faktörler, diyabet, viseral yağlanma, artmış bel çevresi genişliği, kadınlarda östrojen eksikliği, yetersiz fiziksel aktivite ve sedanter yaşam şeklinde belirtilmektedir" (Barua vd., 2003; Doğru vd., 2021; Gündoğdu vd., 2021; Salehi vd., 2021). KAH'ın risk faktörlerinin belirlenerek kontrol altına alınması hastalık ve ölüm oranının azaltılması açısından önemlidir (Gündoğdu vd., 2021). KAH ile ilişkili morbidite ve mortalitelerin büyük bir kısmının değiştirilebilir davranışlardan kaynaklanması, KAH insidansının önemli ölçüde azaltılabileceğini göstermektedir. Özellikle düzenli egzersizin

artırılması, kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin sayısını önemli ölçüde azaltabilir (Bruning ve Sturek, 2015; Laughlin vd., 2012; Bruce vd., 2021; Karahan, 2022). Fiziksel hareketsizlik, epidemiyolojik araştırmalarda KAH'ın oluşmasında önemli bir risk faktörü olarak belirtilmektedir (Linke vd., 2008). Haftada en az 2 gün şiddetli fiziksel aktivite yapan orta yaşlı erkeklerde KAH gelişme olasılığının, aktif olmayan akranlarına göre üçte bir oranında daha düşük olduğu bildirilmektedir (Winzer vd., 2018). KAH'ın risk faktörü yönetiminde egzersiz eğitimi, psikososyal destek ve davranış değişikliği temel bileşenlerdir (Piepoli vd., 2016; McGregor, 2020; Bruce vd., 2021). Egzersiz iskemik miyokardiyuma kan akışını artırır ve koroner aterosklerozun ilerlemesini azaltır (Winzer vd., 2018). Koroner Arter Hastalığında tütün ürünlerinden uzak durulması, yeterli ve dengeli beslenme, kilo kontrolü, düzenli fiziksel aktivite ve psikososyal faktörlerin düzenlenmesi gibi faktörler sağlıklı yaşam tarzı için önemlidir (Gündoğdu vd., 2021).

### **2.2.2. Koroner Arter Hastalığında Belirti ve Bulgular**

Koroner arter hastalığı yavaş ve sinsice ilerleyen ve genellikle belirtilerin ileri evrelerde ortaya çıktığı bir hastalıktır (Güner ve Nural, 2020). Koroner arter hastalığında belirti ve bulgular her hastada farklılık göstermektedir. En yaygın görülen belirtisi anjina pektoristir. Göğüs ağrısı sendromu olarak da tanımlanan anjina pektoris, koroner arterlere giden kan akışının ve kardiyak kaslara giden oksijenin azalmasıyla karakterize bir durumdur. Ağrının özelliği genellikle künt olup, hasta sıklıkla göğüste baskı hissinden bahsetmektedir. Bununla birlikte göğüste sıkışma hissi, ağrılık, daralma, baskı ve yanma görülmektedir. Ağrı en sık göğüste görülmekle birlikte sol omuz, kollar, boyun, sırt veya alt çenede hissedilmektedir. Ağrı stabil olgularda eforla meydana gelmekte ve efor sıklıkla yemek sonrası, heyecan, stres veya soğukta fazla görülmektedir. Diyabetik nöropatisi olan kişilerde veya ilerlemiş aterosklerotik stenozu olan yaşlılarda, ağrı olmaksızın en ufak bir soğukta deri altı yağının azalması nedeniyle anjina pektoris görülebilmektedir (Montalescot vd., 2014; Kasapoğlu ve Enç, 2017; Güner ve Nural, 2020; Kola vd., 2020; Sağlık Bakanlığı, 2021; Hassan, 2023). KAH'da görülen diğer belirtiler bilinç kaybı, nefes darlığı, çarpıntı, terleme, bulantı, taşikardi, baş dönmesi ve halsizliktir (Sağlık Bakanlığı, 2021; Yıldırım, 2022).

### **2.2.3. Koroner Arter Hastalığının Sınıflandırılması**

Koroner Arter Hastalıkları, akut koroner sendrom ve kronik koroner sendrom olarak sınıflandırılmaktadır (Meriç, 2012; Toprak ve Demirbağ, 2023).

#### **2.2.3.1. Akut Koroner Sendromlar**

İskemi sonucunda koroner damarlarda aterosklerotik plağın bütünlüğünün bozulması sonucu veya koroner arterlerde trombus oluşmasıyla gerçekleşir . Akut koroner sendrom ST segment yükselmesi görülen akut miyokard infarktüsü (STEMI), ST segment yükselmesi görülmeyen akut miyokard infarktüsü (NSTEMI) ve kararsız angina pectoris (Unstable Angina Pectoris) (UAP) tablosu şeklinde meydana gelebilmektedir (Kasapoğlu ve Enç, 2017; Güner ve Nural, 2020). UAP, NSTEMI ve STEMI aterosklerotik plağının çatlaması ve yırtılması ile başlamaktadır. Plak yırtılması sonucu zedelenme olan bölgede trombosit agregasyonu uyarılır ve fibrin tıkaçı oluşarak trombus oluşur (Meriç, 2012).

##### **2.2.3.1.1. ST Segment Yükselmeli Miyokard Infarktüsü**

Akut miyokard iskemisi olarak bilinen STEMI, majör koroner arterlerden birinin trombus nedeniyle obstrüksiyon oluşması ve bunun sonucunda miyokardiyal nekroz gelişmesiyle oluşmaktadır (Güner ve Nural, 2020). Elektrokardiyogramda (EKG) ST yükselmesinin olması STEMI olarak adlandırılmakta ve tam tıkanıklık nedeniyle kollateral dolaşımın yetersiz kalması sonucu oluşmaktadır. Bu sırada revaskülarizasyonun erken sağlanması oldukça önemlidir (Türen ve Efil, 2014). Kanda kreatin fosfokinaz ve troponin seviyeleri yüksektir. EKG bulgularında ST dalgası yüksek ve 6 saati geçmişse nekroza bağlı derivasyonlarda q dalgası oturmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2020).

##### **2.2.3.1.2. ST Segment Yükselmesi Olmayan Miyokard Infarktüsü**

NSTEMI'da koroner damardaki trombus tıkanmaya yol açar. Kan akımındaki ani azalma, göğüs ağrısı ve iskemiyi gösteren EKG'de değişikliklere sebep olur (Meriç, 2012). Infarktüs kalp duvarının tüm katmanlarını değil bir kısmını etkilemiştir ve EKG'de q dalgası ve ST yükselmesi yoktur . Ancak kandaki bazı



enzimlerin (troponin, kreatinin fosfokinaz) yükselmesi miyokardiyal nekrozu göstermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

#### **2.2.3.1.3. Kararsız Anjina**

Kararsız anjina hastanın daha önceleri ileri eforla gelen ağrısının dinlenme halinde veya hafif eforla gelmeye başlamasıdır. Kararsız anjinada plak yırtılmasıyla gelişen trombüs %70'in üzerinde damarda darlığa sebep olmaktadır (Boydak, 2017). Henüz hücre hasarı oluşmadığı için kardiyak enzimlerde yükselme yoktur. Ağrı çoğunlukla oral nitratlara yanıt verse de etki süresi uzundur. Kararsız anjina için yoğun tıbbi tedavi veya girişimsel tedavi gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

#### **2.2.3.2. Kronik Koroner Sendrom**

Uzun süre göğüs ağrısının karakterinde fark edilecek değişikliklerin olmaması; ağrının sıklığı, şiddeti ve süresinin aynı devam etmesi kronik koroner sendrom olarak adlandırılmaktadır (Toprak ve Demirbağ, 2023). Tedavide öncelikle aterosklerotik sürecin gelişmesini önlemek hedeflenmelidir. Kardiyovasküler risk faktörleriyle birlikte hem yaşam tarzı değişiklikleri hem de anti iskemik olay önleme temelli tedavi planı uygulanmalıdır (Kudat, 2021).

#### **2.2.4. Koroner Arter Hastalığında Tanı ve Tedavi**

Koroner arter hastalığında tanı EKG, Eko, Göğüs röntgeni, stres testi, kardiyak kateterizasyon ve kan tahlili gibi çeşitli yöntemlerle konulmaktadır (Komilovich, 2023). KAH tedavisinde tıbbi tedavi, perkutan işlemler, damar içine stent ya da koroner arter baypas ameliyatı ile revaskülarizasyon oluşturma girişimleri önerilmektedir. KAH yönetiminde riskli bireylerde hastalık oluşumunun engellenmesi, hastalığın erken tanınması ve yaşam tarzı değişikliklerinin sağlanması oldukça önemlidir (Park vd., 2016; Tundjungsari vd., 2018; Şahan ve Gezer, 2021). KAH'ın tedavisinde genel amaç miyokardın oksijenlenmesindeki bozuklukları gidermek olup, farmakolojik tedavi, perkütan koroner girişim ve cerrahi girişim uygulanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020).

### **2.2.4.1. Farmakolojik Tedavi**

#### **2.2.4.1.1. Antitrombotik Tedavi**

Antiplateletler koroner trombüs oluşumunu önler ve trombositlerin agregasyonunu azaltır. Antiplatelet ilaçlar; aspirin, klopidogrel, prasugrel, ticagrelor, cangrelor, eftifibatid, tirofiban vb. dir. Aspirin tedavisine mümkün olan en kısa sürede yükleme doz ile başlanır ve günde 75-100 mg idame doz ile devam edilir (Byrne vd., 2023). Aspirin dışındaki ajanlar, piridin türevleridir (klopidogrel, prasugrel ve tikagrelor). Antitrombotikler içinde sıklıkla uygulanan tedavi klopidogreldir ve stent takıldıktan sonra en az bir yıl kullanılmalıdır. Dualantiplatelet tedavi olarak da aspirin ile kombinasyon tedavisi kullanılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020; Bergmark vd., 2022; Doenst vd., 2023).

#### **2.2.4.1.2. Lipit Düşürücü Tedavi**

Avrupa Ateroskleroz Derneğinin önerileri doğrultusunda lipit yüksekliği statin ile tedavi edilmelidir (Montalescot vd., 2014). Yüksek yoğunluklu bir statine (örn. atorvastatin veya rosuvastatin) hastaneye yatıştan sonra mümkün olduğunca erken, tercihen planlanan perkütan koroner girişimden önce başlanması ve kolesterol hedeflerine ulaşmak için tolere edilen en yüksek doza kadar reçete edilmesi önerilmektedir (Byrne vd., 2023).

#### **2.2.4.1.3. Beta Blokerler**

Beta blokerler koroner vazodilatör etki ve myokardın enerji ihtiyacını azaltarak anti anjinal etki göstermektedir. Beta blokerler kardiyovasküler ölüm ve MI tedavisinde %30 azalma sağlamaktadır. Bu amaçla en sık metoprolol kullanılmaktadır (Montalescot vd., 2014; Sağlık Bakanlığı, 2020; Byrne vd., 2023).

#### **2.2.4.1.4. Nitratlar ve Kalsiyum Kanal Blokerleri**

İntravenöz nitratlar, hipertansiyon veya kalp yetmezliği olan STEMI hastalarında akut faz sırasında etkili olabilmektedir (Byrne vd., 2023). Bununla birlikte bu ilaçlar kan basıncı düşüklüğü ve ciddi kalp yetmezliğinde önerilmemektedir. Amlodipin vb. dipidirin grubu kalsiyum kanal blokerleri güçlü anti-hipertansif etkileri ile tedavi etmek için kullanılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020).

#### **2.2.4.1.5. Renin- Anjiyotensin- Aldosteron Sistem İnhibitörleri**

Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörlerinin klinik kalp yetmezliği ve/veya sol ventrikül EF  $\leq$  % 40, diyabet, kronik böbrek hastalığı ve hipertansiyon gibi ek durumları olan hastalarda sonuçlarının etkili olduğu belirtilmektedir (Byrne vd., 2023).

#### **2.2.4.1.6. Proton Pompa İnhibitörleri**

Proton pompa inhibitörleri, antiplatelet ilaçları kullanan hastalarda üst gastroduodenal kanama riskini azaltır. Gastrointestinal kanama riski yüksek olan ve herhangi bir antitrombotik tedavi alan hastalarda proton pompa inhibitörlerinin verilmesi uygundur (Posadas-Collada vd., 2022; Byrne vd., 2023).

#### **2.2.4.1.7. Aşılama**

Stabil aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklarda yıllık influenza aşısının, MI insidansını azalttığı, kalp yetmezliği hastalarında prognozu iyileştirdiği ve 65 yaş ve üzeri yetişkinlerde kardiyovasküler hastalık riskini azalttığı belirtilmektedir (Byrne vd., 2023).

#### **2.2.4.1.8. Anti İnflamatuar İlaçlar**

Enflamasyon ateroskleroz ve kardiyovasküler olayların patogenezinde merkezi bir rol oynamaktadır. Anti-enflamatuar ajan kolsişinin akut ve koroner sendromlardaki rolünü test etmiş ve kolsişinin kardiyovasküler olayları azaltmadaki faydalarının akut koroner öyküsü ve zamanlamasından bağımsız olarak tutarlı olduğu görülmüştür (Posadas-Collada vd., 2022; Byrne vd., 2023).

#### **2.2.4.1.9. Hormon Replasman Tedavisi**

Menopoz sonrası kadınlarda akut koroner sendrom riski artmaktadır. Hormon replasman tedavisinin kardiyovasküler hastalık riskini artırdığı ve bu nedenle menopoz sonrası kadınlarda hormon replasman tedavisinin koruyucu amaçla, hastanın semptomları, tercihleri ve genel kardiyovasküler hastalık riski dikkate alınarak uygulanması gerektiği belirtilmektedir (Posadas-Collada vd., 2022; Byrne vd., 2023).

#### **2.2.4.2. Perkütan Koroner Girişim**

Girişimsel işlemler olarak Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti ve stent implantasyonu KAH tedavisinde yaygın kullanılan yöntemlerdir. Hastaya çoğunlukla lokal anestezi yapılarak femoral arterden ya da daha az sıklıkla radyal veya brakial arterlerden kesi yapmadan sadece ponksiyon ile girilerek işlem yapılmaktadır .

Damar duvarı içerisindeki plağın tedavisi için çok sayıda balon ve/veya kateter tipi bulunmaktadır . Yapılan işlemin etkili olabilmesi için işlem sonrası anti-trombosit tedavisinin erken dönemde başlanması ve düzenli kullanılması önemlidir (Posadas-Collada vd., 2022; Sağlık Bakanlığı, 2020). Perkütan koroner girişim, özellikle uygulama hızı nedeniyle akut miyokard enfarktüsünün tedavisinde kullanılan en uygun tedavi yöntemidir. Semptomların hafifletilmesi ve yaşam süresinin uzamasında etkilidir. Kılavuzlar, kronik KAH hastalarında fonksiyonel olarak anlamlı stenozun perkütan koroner girişim ile tedavi edilmesini önermektedir. Bu girişim ilk etapta egzersize bağlı iskemiye ve dolayısıyla semptomları azaltmaktadır (Doenst vd., 2023).

#### **2.2.4.3. Cerrahi Girişim**

Akut koroner sendromda, primer perkütan koroner girişimin yapılamadığı veya komplikasyonların ortaya çıktığı durumlarda bypass cerrahisi bir tedavi seçeneğidir (Doenst vd., 2023). Miyokardiyal revaskülarizasyon için damar grefti ile bir veya birden fazla tıkalı koroner artere bypass yapılmaktadır. Damar greftleri için safen venler veya mamariyen, radyal arterler kullanılarak miyokardın oksijenlenmesi sağlanmaktadır (Posadas-Collada vd., 2022; Sağlık Bakanlığı, 2020).

### **2.3. Kalp Hastalıklarında Öz-Yeterlilik**

Öz-yeterlilik, “bireyin belirli performans kazanımları elde etmek için gerekli davranışları gerçekleştirme kapasitesine olan inancı” olarak tanımlanmaktadır (Ma vd., 2023). Bireyin bilişsel öz-yeterlilik algısı ne kadar fazla olursa, hedeflere ulaşma kararlılığı da o kadar yüksek olmaktadır. Kişiler kendi öz-yeterlilik düzeylerini değerlendirerek hangi zorluklarla karşılaşacaklarını ve bu zorlukların üstesinden gelmek için ne kadar çaba sarf etmeleri gerektiğini belirlemelidirler (Shorey ve Lopez, 2021).

Kalp hastalıklarında öz-yeterlilik düzeyi hastaların yaşam kalitesi açısından önemlidir. Kalp hastalıklarında en sık koroner arter hastalığı görülmektedir. KAH'ta sigaranın bırakılması, kilo kontrolü ve fiziksel aktivitenin artırılması gibi sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri önemlidir (Tundjungsari vd., 2018). Bu değişiklikler risk faktörlerini kontrol edebilmek, ilaç tedavisine uyumu artırmak, hastalığa ait belirti ve bulgularla ilgili farkındalık kazanmak ve hastalık yönetimi açısından gereklidir (Neubeck vd., 2015; Park vd, 2016).

Kalp hastalıklarında öz-yeterlilik bireylerin yaşam tarzı değişikliğine olan inançları, çaba göstermeleri ve bu çabayı devam ettirmeleri açısından önemlidir (Akşab ve Türk, 2022). Öz-yeterlilik algısı yüksek olan bireyler, hedeflerine ulaşmak için daha fazla çaba göstermekte ve engelle karşılaştıklarında daha sabırlı davranış sergilemektedirler (Bandura, 1997; Akşab ve Türk, 2022). Öz-yeterlilik algısı düşük olan bireyler ise, karşılaştıkları zorluklarla baş etmede güçlük yaşamaktadırlar (Bandura, 1993; Akşab ve Türk, 2022). KAH hastalarında öz-yeterlilik düzeyinin artırılması hastalık yönetimi, hastaların sorunlarla baş etmeleri, hastalığa uyumları ve yaşam kaliteleri açısından önemlidir. Öz-yeterlilik düzeyi artan bireylerin yaşam tarzı değişikliklerine daha kolay uyum sağladığı belirtilmektedir (Sullivan vd. 1998; Haskett, 2006; Katch ve Mead, 2010; Fors vd. 2015; Zuhur ve Özpancar, 2017; Kavradım ve Özer, 2018). Sağlık profesyonelleri içinde hemşireler kalp hastalarının öz-yeterliliklerinin artırılmasında önemli rol ve sorumluluklara sahiptir (Haskett, 2006; Zuhur ve Özpancar, 2017).

#### **2.4. Kalp Hastalarının Öz-Yeterliliğinde Hemşirenin Rolü**

Hemşireler hastaların primer bakımından sorumlu sağlık profesyonelleridir (Sazak vd., 2020). Hemşireler, kaliteli sağlık hizmetlerinin verilmesinde, bakım yönetiminde ve olumlu hasta sonuçlarının sağlanmasında önemli bir rol oynamaktadırlar (Ma vd., 2023). Kalp hastalarında sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerinin hayata geçirilmesinde hemşirelere önemli roller düşmektedir (Güneş ve Çelik, 2022). Kalp hastalıklarının yönetiminde hemşireler, multidisipliner ekip ile iş birliği içinde hastalık risklerinin önlenmesi, yaşam tarzı değişikliğinin sağlanması ve hastanın tedaviye uyumunun iyileştirilmesinde etkin rol almaktadır (Uysal, 2015; Güner ve Nural, 2020).

Hemşireler kalp hastalıklarında; tuz kullanımının azaltılması, düzenli fiziksel aktivite yapılması, sigara ve alkol kullanımının kısıtlanması, beden kitle indeksinin belirli sınırlar içinde tutulması ve dengeli beslenmede rol almaktadırlar (Sağlık Bakanlığı, 2020). Hemşireler kalp hastalıklarında komplikasyonların önlenmesini, fiziksel sağlığın sürdürülmesini ve hastanın problem çözme becerilerinin artırılmasını sağlamalıdır (Sazak vd., 2020). Kalp hastalarının uzun süre hastalıkla mücadele etmesi yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (Kökcü ve Kutlu, 2020). Hemşirelerin kalp hastalarına bakım sürecinde, hastalığa özgü kılavuzları kullanarak hemşirelik girişimlerini uygulamaları güvenilir ve etkin kararlar almalarına yardımcı olacak ve hasta bakım sonuçlarına önemli katkılar sunacaktır (Uysal, 2015).

Kalp hastaları yeni yaşam tarzlarına uyumda, yeni ilaçları kullanma, beslenme tarzı değişikliği, fiziksel aktivite ve psiko-sosyal desteği içeren uyuma ihtiyaç duymaktadırlar (Al-Smadi vd., 2016; Valaker vd., 2017). Hemşireler kalp hastalarının yeni yaşam tarzına uyumlarında eğitim ve danışmanlık yaparak hastalara destek olmalıdırlar (Schiele vd., 2017). Kalp hastalarında bakımın sürekliliği için hemşireler kaliteli bakımın sağlanmasına ve hastaların öz-yeterliliklerinin artırılmasına destek olmalıdırlar (Alghanem ve Clements, 2020).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Bu araştırma metodolojik türde yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma Giresun Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde yatan hastalar üzerinde 25 Mart 2023- 15 Mayıs 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür. Kardiyoloji kliniği 32 yataklı olup, 13 hemşire ve 19 hekim çalışmakta ve hastalar klinikte ortalama 2 gün kalmaktadırlar.

#### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, Giresun Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde yatan koroner arter hastaları oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise, Kardiyoloji Kliniğinde yatan ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan 400 koroner arter hastası oluşturmuştur. Şencan (2005), “ölçek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında 100’ün altında örneklemini çok düşük, 100-200 arasındakini düşük, 200-300 arasını orta, 300-500 arasını iyi, 500-1000 arasını çok iyi, 1000 ve üstünü mükemmel olarak kabul etmiştir . Bu çalışmada iyi örneklem büyüklüğü olarak kabul edilen 400 kişi üzerinde çalışılmış, AFA için (n=200) ve DFA için (n=200) kişi randomizasyon yapılarak ayrılmıştır (random.org) ve 200 kişi üzerinde açıklayıcı faktör analizi, 200 kişi üzerinde doğrulayıcı faktör analizi ve 400 kişi üzerinde güvenilirlik analizleri yapılmıştır (Doğan vd., 2017).

##### **3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

- 18 yaş ve üstü olan,
- Koroner arter hastası olan,
- En az 6 ay öncesinde tanı almış olan,
- Okur-yazar olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden kişiler araştırma kapsamına alınmıştır.

Ölçeğin orijinalinde koroner arter hastalarında çalışıldığı için bu çalışmada koroner arter hastası olan kalp hastaları üzerinde çalışılmıştır (Sullivan vd., 1998).

### **3.3.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri**

- Psikiyatrik hastalığı olan
- İletişim kurulmakta güçlük çekilen ve
- Dil problemi olan hastalar araştırma dışında tutulmuştur.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri, “Hasta Tanıtım Formu” (**Ek 1**) ve Sullivan vd., (1998) tarafından geliştirilen ve Türkçeye uyarlanan “Cardiac Self-Efficacy Questionnaire” (**Ek 2**) “Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği” (**Ek 3**) ve paralel form olarak “Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği” (**Ek 4**) ile toplanmıştır.

#### **3.4.1. Hasta Tanıtım Formu**

Bu form araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Sullivan vd.,1998; Katch vd., 2010; Sakız, 2013, Angoulvant vd., 2018; Oğuz vd., 2019). Formda hastaların sosyo-demografik özelliklerini belirleyen (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aile tipi, kiminle yaşadığı, çalışma durumu, yaşanılan yer, sosyal güvence ve gelir düzeyi) 10 soru ve hastaların hastalıklarıyla ilgili özelliklerini belirleyen (hastalık süresi, kaç yıldır ilaç kullanma, ilaç sayısı, tıkalı damar sayısı, EF değeri, alınan tedaviler, başka kronik hastalık varlığı) 7 soru olmak üzere toplam 17 soru yer almıştır (**Ek 1**).

#### **3.4.2. Cardiac Self-Efficacy Questionnaire (Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği)**

“Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği” Sullivan vd. (1998) tarafından koroner kalp hastalarının öz-yeterliliklerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (**Ek 2**). Ölçekte “Kontrol Semptomları” alt boyutu 8 maddeden (1,2,3,4,5,6,7,8.maddeler) ve “İşlevi Sürdürme” alt boyutu 5 maddeden (9,10,11,12,13.maddeler) oluşmaktadır. Hastalardan 13 maddenin her birini bilme veya bunlara göre hareket etme konusundaki güvenlerini 5'li likert ölçeğinde derecelendirmeleri istenmektedir (0=Hiç Emin Değilim, 1 =Biraz Eminim; 2=Orta Derecede Eminim, 3=Çok Eminim ve 4=Tamamen



Eminim). Ölçekten en az 0 en çok 52 puan alınmaktadır. Ölçek puanı arttıkça hastaların özyeterlilikleri artmaktadır. Ölçeğin orijinalinde işlevi sürdürme alt boyutu Cronbach alfa değeri 0.87 ve kontrol semptomları alt boyutu Cronbach alfa değeri 0.90 olarak bulunmuştur (Ek 3).

### 3.4.3. Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği

Ölçek Lorig ve arkadaşları (1996) tarafından kronik hastalığı olan bireylerin Öz-Etkililik algılarını ölçmek için geliştirilmiştir . Türkçeye Ceyhan ve Ünsal (2017) tarafından uyarlanmıştır. Ölçek toplam 10 alt boyuttan oluşmaktadır. “Ölçek düzenli spor yapmak, hastalığı hakkında bilgi almak, toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma ve hekim ile iletişim kurmak, genel olarak hastalığı yönetmek, gündelik işleri yapmak, sosyal/eğlence etkinliklerine katılmak, semptomlarla başa çıkmak, nefes darlığı ile başa çıkmak ve depresyon ile başa çıkmak alt boyutları yer almaktadır”.

Ölçek 0'dan 10'a kadar likert tipinde cevaplanmakta ve 0 rakamı “hiç güvenim yok” ifadesini, 10 rakamı ise “tamamen güvenim var” ifadesini temsil etmektedir . Bireyin ölçekten aldığı toplam puanı, madde sayısına bölünerek ortalama bir öz etkililik skoru belirlenmektedir (Lorig vd., 1996). Ölçeğin orijinalinde toplam Cronbach's  $\alpha$  değeri 0.95 olarak bulunmuştur (Ek 4). Bu çalışmada Cronbach's  $\alpha$  değeri 0.94 bulunmuştur.

### 3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Giresun Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde yatan ve araştırma kriterlerine uyan koroner arter hastalarından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. “Hasta Tanıtım Formu”, “Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği” ve “Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği” katılımcılara ortalama 25 dakikada uygulanmıştır. Araştırmada 50 kişiye test tekrar test güvenilirliği için ön test ve son test 1 gün ara ile uygulanmıştır. Literatürde test tekrar test uygulamasının ölçeğin konu kapsamına göre farklı zamanlarda yapılabileceği bildirilmektedir (Ercan ve Kan, 2004). Bu araştırmanın yapıldığı Kardiyoloji Kliniğinde hastalar ortalama 2 gün yattıkları için 1 gün ara ile uygulama yapılmıştır.

### 3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Sullivan vd. (1998) tarafından geliştirilen ve Türkçeye uyarlanan “Cardiac Self-Efficacy Questionnaire” için yazarlardan e-posta ile ölçek kullanım izni alınmıştır (**Ek 5**). “Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği” için Dr. Öğr. Üyesi Yasemin CEYHAN’dan (**Ek 6**) e-posta ile ölçek kullanım izni alınmıştır. Giresun İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izni (**Ek 7**) ve Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan Etik Kurul onayı (03.03.2023/Karar Sayısı:76) (**Ek 8**) alınmıştır. Araştırmada hastaların sözlü ve yazılı onamı alınmış ve Helsinki Bildirgesi Kurallarına uyulmuştur (**Ek 9**).

### 3.7. Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin analizi uzman istatistikçi tarafından SPSS 22.0, AMOS V 24.0 istatistik paket programları kullanılarak yapılmıştır. İstatistiksel testler için anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan testler Tablo 3.1’de verilmiştir.

**Tablo 3.1.** Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Değerlendirilen Özellikler	İstatistiksel Yöntemler
Verilerin Normal Dağılıma Uygunluğunun Belirlenmesi	<ul style="list-style-type: none"><li>• Çarpıklık Katsayısı</li><li>• Basıklık Katsayısı</li></ul>
Katılımcıların Özelliklerinin Belirlenmesi ve Karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tanımlayıcı ve Yüzdelerlik Dağılımı</li><li>• Frekans Dağılımı</li><li>• Ki-kare Testi (Pearson kare testi, Fisher'sExact testi, Fisher-Freeman-Halton testi)</li><li>• Bağımsız Gruplar T-Testi</li></ul>
Yapı Geçerliliği	<ul style="list-style-type: none"><li>• Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)</li><li>✓ Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO)</li><li>✓ Barlett'in Küresellik Testi</li><li>✓ Temel Bileşenler Analizi (Principal Component Factoring)</li><li>✓ Varimax Dik Döndürme Testi</li><li>✓ ScreePlot Testi</li><li>• Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)(maximum likelihood)</li><li>✓ <math>\chi^2/df</math> ratio (X2/df)</li><li>✓ Goodness Fit Index (GFI)</li><li>✓ Adjusted Goodness Fit Index (AGFI)</li><li>✓ Comparative Fit Index (CFI)</li><li>✓ Incremental Fit Index (IFI)</li><li>✓ Tucker-Lewis Index (TLI)</li><li>✓ Normed Fit Index (NFI)</li><li>✓ Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)</li></ul>
Benzer Ölçek Geçerliliği	<ul style="list-style-type: none"><li>• Korelasyon Analizi</li></ul>

**Tablo 3.1.** (Devam) Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

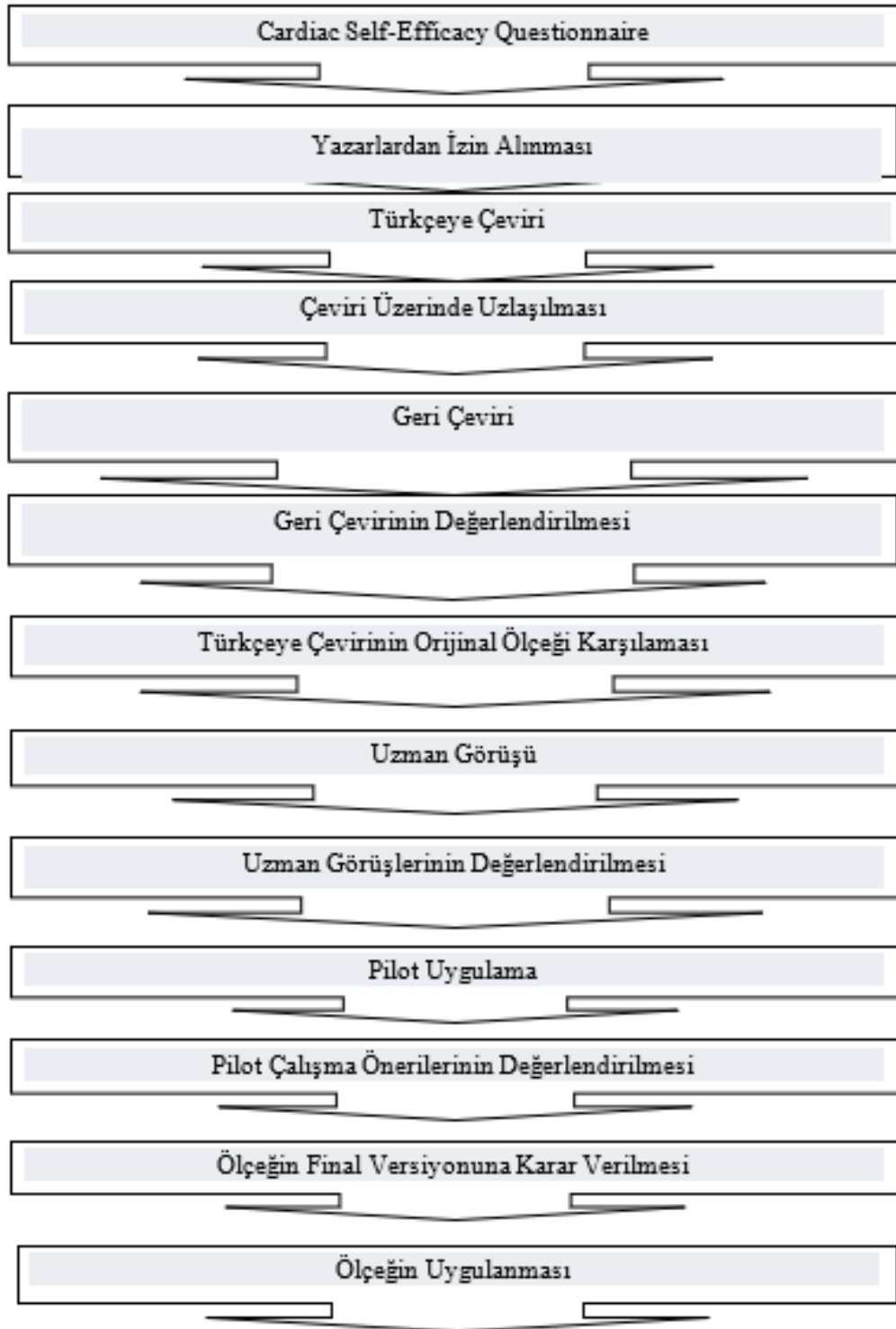
Madde Analizleri	<ul style="list-style-type: none"><li>• % 27'lik Alt ve Üst Grup Karşılaştırması</li><li>✓ Bağımsız Gruplar T-Testi</li><li>• Madde-Toplam Korelasyon Değerleri</li></ul>
Zamana Karşı Güvenirlik	<ul style="list-style-type: none"><li>• Test-Tekrar Test Uygulaması</li><li>✓ Bağımlı Gruplar T Testi</li><li>✓ Pearson Korelasyon Analizi</li><li>• Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (Intraclass Correlation Coefficient testi-ICC)</li></ul>
Güvenirlik	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı</li><li>• Yarıya Bölme Yöntemi</li><li>✓ Spearman Brown</li><li>✓ Guttman Split-Half</li><li>Yakınsak Geçerlik Değeri (Average Variance Extracted-AVE)</li><li>Birleşik Güvenirlik Değeri (Composite Reliability-CR)</li></ul>

### 3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada “Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği” geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Araştırmanın sadece koroner arter hastaları üzerinde uygulanması “Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği’nin” geçerlik güvenilirliği için sınırlılık oluşturmaktadır. Ayrıca araştırmanın sadece bir hastanede yatan koroner arter hastaları üzerinde yürütülmüş olması sınırlılık içermektedir.

### 3.9. Araştırma Planı

Araştırma için öncelikle ölçek sahibinden yazılı izin alınmıştır. Ölçeğin Türkçeye çevirisi yapılmış, çeviri üzerinde uzlaşım ve geri çevirisi yapılmıştır. Uzman görüşü alınıp, değerlendirilmiş, pilot uygulama yapılmış, ölçeğin final versiyonuna karar verilmiş ve ölçek uygulanmıştır. Araştırma planı Şekil 3.1’ de verilmiştir.



Şekil 3.1. Araştırma Planı

## 4. BULGULAR

Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik bulguları bu bölümde verilmiştir.

### 4.1. Tanımlayıcı Özellikler

**Tablo 4.1.** Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin AFA ve DFA Verilerine Göre Dağılımı (n=400)

Özellikler	AFA (n=200)		DFA (n=200)		Toplam (n=400)		Test İstatistiği p değeri
	n	%	n	%	n	%	
<b>Cinsiyet</b>							
Kadın	76	38.0	73	36.5	149	37.3	$x^2=0.096a$
Erkek	124	62.0	127	63.5	251	62.7	$p=0.756$
<b>Medeni durum</b>							
Evli	139	69.5	136	68.0	275	68.8	$x^2=0.105a$
Bekar	61	30.5	64	32.0	125	31.3	$p=0.746$
<b>Eğitim Durumu</b>							
Okuryazar	63	31.5	83	41.5	146	36.5	
İlkokul	87	43.5	77	38.5	164	41.0	$x^2=5.493a$
Ortaokul	24	12.0	15	7.5	39	9.8	$p=0.240$
Lise	18	9.0	18	9.0	36	9.0	
Üniversite	8	4.0	7	3.5	15	3.8	
<b>Aile Türü</b>							
Çekirdek aile	163	81.5	165	82.5	328	82.0	$x^2=0.531a$
Geniş aile	8	4.0	10	5.0	18	4.5	$p=0.783$
Parçalanmış aile	29	14.5	25	12.5	54	13.5	
<b>Kiminle Yaşadığı</b>							
Aile ile	174	87.0	179	89.5	353	88.3	$x^2=1.457c$
Yalnız	21	10.5	19	9.5	40	10.0	$p=0.498$
Diğer	5	2.5	2	1.0	7	1.8	
<b>Çalışma Durumu</b>							
Çalışıyor	17	8.5	14	7.0	31	7.8	$x^2=0.315a$
Çalışmıyor	183	91.5	186	93.0	369	92.3	$p=0.709$
<b>En Uzun Süre Yaşadığı Yer</b>							
Köy	80	40.0	75	37.5	155	38.8	$x^2=0.538a$
Belde	6	3.0	6	3.0	12	3.0	$p=0.919$
İlçe	43	21.5	41	20.5	84	21.0	
İl Merkezi	71	35.5	78	39.0	149	37.3	
<b>Sosyal Güvence Varlığı</b>							
Var	177	88.5	174	87.0	351	87.8	$x^2=0.209a$
Yok	23	11.5	26	13.0	49	12.3	$p=0.761$
<b>Gelir Düzeyi</b>							
Gelir gidere eşit	111	55.5	97	48.5	208	52.0	$x^2=2.301a$
Gelir giderden az	77	38.5	86	43.0	163	40.8	$p=0.317$
Gelir giderden fazla	12	6.0	17	8.5	29	7.2	
<b>Tıkalı Damar Sayısı</b>							
1 damar	40	20.0	46	23.0	86	21.5	
2 damar	70	35.0	76	38.0	146	36.5	$x^2=2.712a$
3 damar	50	25.0	43	21.5	93	23.3	$p=0.610$
4 damar	25	12.5	26	13.0	51	12.8	
5 damar ve üzeri	15	7.5	9	4.5	24	6.0	

**Tablo 4.1.** (Devam) Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin AFA ve DFA Verilerine Göre Dağılımı (n=400)

<b>Kullanılan İlaç Sayısı</b>							
1-3 ilaç	30	15.0	37	18.5	67	16.8	$x^2=2.692c$
4-7 ilaç	115	57.5	121	60.5	236	59.0	$p=0.441$
8 ilaç ve üzeri	55	27.5	42	21.0	97	24.3	
<b>EF Değeri</b>							
<50	79	39.5	77	38.5	156	39.0	$x^2=0.042a$
>50	121	60.5	123	61.5	244	61.0	$p=0.918$
<b>Kalp Hastalığına Yönelik Alman Tedaviler*</b>							
Tıbbi tedavi	199	99.5	198	99.0	397	99.3	$x^2=0.336a$ $p=1.000b$
CABG	56	28.0	51	25.5	107	26.8	$x^2=0.319a$ $p=0.652$
Anjiyo	195	97.5	190	95.0	385	96.3	$x^2=1.732a$ $p=0.292$
Stent	114	57.0	126	63.0	240	60.0	$x^2=1.500a$ $p=0.262$
Kalp pili	23	11.5	15	7.5	38	0.5	$x^2=1.861a$ $p=0.232$
<b>Kronik Hastalık Durumu</b>							
Var	194	97.0	189	94.5	383	95.7	$x^2=1.536a$
Yok	6	3.0	11	5.5	17	4.3	$p=0.322$
<b>Toplam</b>							
	200	100	200	100	400	100	
<b>Ort Ss Ort Ss Ort Ss</b>							
<b>Yaş</b>	70.71	11.52	71.60	10.81	71.15	11.17	$t= -0.801$ $p=0.424$
<b>Hastalık Süresi</b>	11.13	7.91	10.43	7.50	10.78	7.70	$t= 0.914$ $p=0.361$
<b>İlaç Kullanım Süresi</b>	10.72	7.91	10.03	7.61	10.37	7.76	$t= 0.882$ $p=0.378$

a= Pearson kıkare testi;b= Fisher'sExact testi ;c= Fisher-Freeman-Halton testi; d=Bağımsız örneklem t-testi

\*Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %62.7'sinin erkek, %68.8'nin evli, %41'inin ilkokul mezunu, yaş ortalamalarının 71.15±11.17 yıl olduğu, %82'sinin çekirdek ailede, %88.3'ünün ailesiyle yaşadığı, %92.3'ünün gelir getiren bir işte çalışmadığı, %38.8'inin köyde yaşadığı, %87.8'inin sosyal güvenceye sahip olduğu, %52'sinin gelirinin giderine eşit olduğu, hastalık sürelerinin ortalama 10.78±7.70 yıl olduğu, %36.5'inin iki damarında tıkanıklık bulunduğu, %59'unun 4-7 ilaç kullandığı, ilaç kullanım sürelerinin ortalama 10.37±7.76 yıl olduğu, %61'inin EF değerinin 50'den büyük olduğu, %99.3'ünün kalp hastalığı için tıbbi tedavi aldığı ve %95.7'sinin kronik hastalığının bulunduğu belirlenmiştir. AFA (n=200) ve DFA (n=200) için iki veri seti arasında katılımcıların tanımlayıcı özellikleri açısından anlamlı farklılık bulunmadığı belirlenmiştir (p>0.05) (Tablo 4.1).

## 4.2. Dil Geçerliliği

Araştırmada Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin dil geçerliliği için "çeviri-geri çeviri" tekniği kullanılmıştır . Her iki dili ve kültürü iyi bilen iki uzman tarafından ölçek önce İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir . Türkçeye çevrilen ölçek incelenmiş ve araştırmacılar her bir madde için uygun çeviriyi kabul etmiştir. Ölçek sonra alanda uzman iki bağımsız çevirmen tarafından Türkçe'den İngilizce'ye çevrilmiştir . Türkçeden İngilizceye geri çevrilen ölçeğin orijinali ile uyumlu olduğu belirlenmiş ve dil geçerliliği sağlanmıştır.

## 4.3. Kapsam Geçerliliği

**Tablo 4.2.** Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Kapsam Geçerlik Analizi

				Uygun	Madde hafifçe gözden geçirilmeli	Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli	Madde uygun değil
1. Aktivite seviyenizi değiştirerek göğüs ağrınızı kontrol edebilir misiniz?	1.0	10/10	11111111	11			
2. Aktivite seviyenizi değiştirerek nefes darlığınızı kontrol edebilir misiniz?	1.0	10/10	111111	1111			
3. İlaçlarınızı alarak göğüs ağrınızı kontrol edebilir misiniz?	1.0	10/10	111111111	1			
4. İlaçlarınızı alarak nefes darlığınızı kontrol edebilir misiniz?	1.0	10/10	1111111	111			
5. Kalp hastalığımızla ilgili doktorunuzu ne zaman aramanız veya ziyaret etmeniz gerektiğini biliyor musunuz?	1.0	10/10	111111111	1			
6. Kalbinizle ilgili endişelerinizi doktorunuzun anlayabileceği şekilde nasıl anlatacağımızı biliyor musunuz?	1.0	10/10	1111111	111			

**Tablo 4.3.** (Devam) Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Kapsam Geçerlik Analizi

7. Kalp ilaçlarınızı nasıl alacağınızı biliyor musunuz?	1.0	10/10	11111111	11
8. Ne kadar fiziksel aktivitenin sizin için iyi olduğunu biliyor musunuz?	1.0	10/10	11111111	11
9. Her zamanki sosyal aktivitelerinizi devam ettirebilir misiniz?	1.0	10/10	11111111	11
10. Evinizde ailenizle birlikte her zamanki aktivitelerinizi devam ettirebilir misiniz?	1.0	10/10	11111111	11
11. İşteki her zamanki aktivitelerinizi devam ettirebilir misiniz?	1.0	10/10	11111111	1
12. Eşinizle cinsel ilişkinizi devam ettirebilir misiniz?	1.0	10/10	11111111	11
13. Düzenli aerobik egzersiz (terleme ve kalp atış hızını artırma) yapabilir misiniz?	1.0	10/10	11111111	11
GENEL	1.0	130/130		

Ölçeğin kapsam geçerliği Davis Tekniği ile değerlendirilmiştir. Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği kapsam geçerliği için 4 Halk Sağlığı Hemşireliği, 3 Dahiliye Hemşireliği, 2 Hemşirelik Esasları ve 1 Koroner Yoğun Bakım hemşiresinin uzman görüşüne sunulmuştur. Değerlendirmeler sonucunda her bir test maddesinin kapsam geçerlik indeksinin 1.0 olduğu ve atılması gereken herhangi bir madde olmadığı belirlenmiştir. Ölçeğin geneline ilişkin kapsam geçerlik puanının 1.0 olduğu bulunmuştur. Tablo 4.2’de ölçeğin 13 maddesi için kapsam geçerlilik oranları ve toplam kapsam geçerlilik indeksi verilmiştir.

#### **4.4. Pilot Uygulama**

Bu araştırmada 50 koroner arter hastası üzerinde pilot uygulama yapılmıştır. Ölçek çalışmalarında 30-40 kişi üzerinde pilot uygulama yapılması önerilmektedir (Çapık vd., 2018). Çalışmada literatüre göre yeterli kişi üzerinde pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulamada ölçek hastalar tarafından anlaşılabilirlik açısından değerlendirilmiş ve herhangi bir ölçek maddesinde düzeltme yapılmasına gerek duyulmamıştır.



#### 4.5. Yapı Geçerliği Analizleri

Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin açıklayıcı (n=200 hasta) ve doğrulayıcı (n=200 hasta) faktör analizleri veriler rastgele ikiye bölünerek yapılmıştır.

##### 4.5.1. Açıklayıcı Faktör Analizi

**Tablo 4.4.** Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğine İlişkin KMO ve Bartlett Testi

Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO)		0.878
Bartlett's Küresellik Testi	Ki-kare	1118.642
	Ss	78
	p	0.000

\*Sd=Serbestlik derecesi

Araştırmada Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değerinin 0.878 ve Bartlett küresellik testinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.001$ ). Böylece veri yapısının faktör oluşturmak için uygun olduğu ve maddelerin ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3).

**Tablo 4.5.** Maddelerin Anti-İmage Korelasyon Değerleri

Madde	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	0.825a												
2		0.842a											
3			0.840a										
4				0.874a									
5					0.895a								
6						0.911a							
7							0.894a						
8								0.942a					
9									0.855a				
10										0.879a			
11											0.829a		
12												0.908a	
13													0.933a

a: Örneklem Uygunluk Ölçüsü (Measures of Sampling Adequacy-MSA)

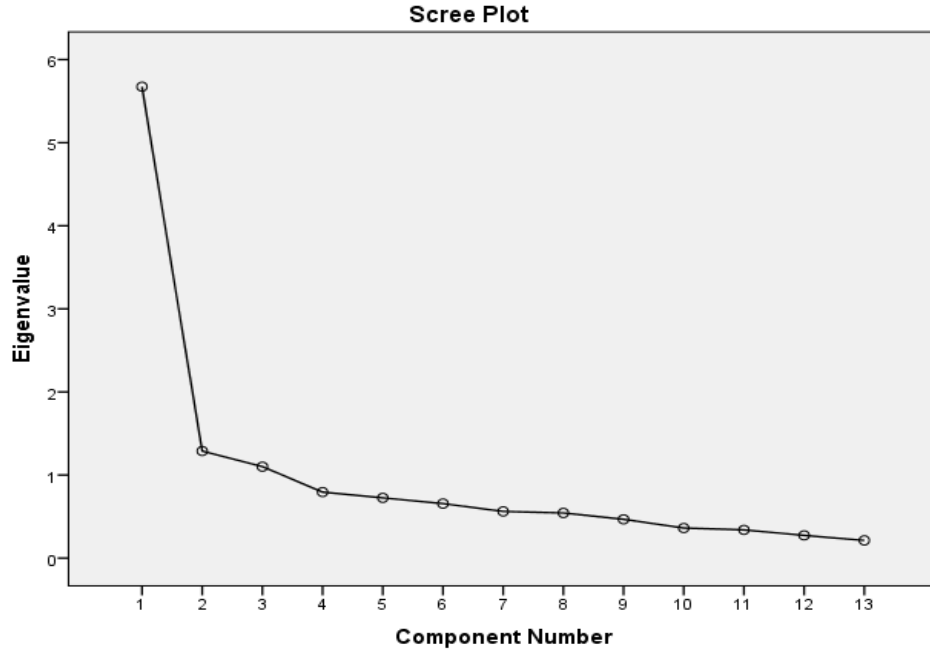
Açıklayıcı faktör analizi kapsamında maddelerin anti imaj korelasyonları değerlendirilmiş ve sonuçları Tablo 4.4'te sunulmuştur.

**Tablo 4.6.** Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğine İlişkin Faktör Analizi

Bileşenler	Başlangıç Öz değerleri			Döndürme Sonrası Yüklerin Kareler Toplamı		
	Öz Değer	Varyansın %	Yığılmalı %	Öz Değer	Varyansın %	Yığılmalı %
1	5.673	43.641	43.641	3.989	30.681	30.681
2	1.289	9.912	53.553	2.973	22.872	53.553
3	1.101	8.469	62.022			
4	0.794	6.109	68.131			
5	0.725	5.580	73.711			
6	0.656	5.049	78.760			
7	0.562	4.324	83.084			
8	0.544	4.183	87.266			
9	0.467	3.593	90.859			
10	0.362	2.781	93.640			
11	0.340	2.615	96.255			
12	0.273	2.102	98.357			
13	0.214	1.643	100.000			

\*Extraction Method: Principal Component Analysis; Rotation Method: Varimax

Verilere temel bileşenler analizi (principal component analysis) ve varimax dik döndürme testi uygulanmıştır . Sonuçlara göre toplam varyansın %53.55'ini açıklayan ve öz değeri 1'in üzerinde olan 2 faktörlü bir yapı oluşmuştur (Tablo 4.5).



**Şekil 4.1.** Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği Scree Plot Grafiği

Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin iki faktörlü yapısı Scree plot grafiğinde görülen kırılmalar ile desteklenmiştir (Şekil 4.1).

**Tablo 4.7.** Maddelerin Faktörlere Göre Dağılımı ve Faktör Yükleri

Maddeler	Faktör Yükleri
<b>Faktör 1: Kontrol Semptomları</b>	
1 Aktivite seviyenizi değiştirerek göğüs ağrınızı kontrol edebilir misiniz?	0.797
2 Aktivite seviyenizi değiştirerek nefes darlığınızı kontrol edebilir misiniz?	0.742
3 İlaçlarınızı alarak göğüs ağrınızı kontrol edebilir misiniz?	0.761
4 İlaçlarınızı alarak nefes darlığınızı kontrol edebilir misiniz?	0.776
5 Kalp hastalığınızla ilgili doktorunuzu ne zaman aramanız veya ziyaret etmeniz gerektiğini biliyor musunuz?	0.378
6 Kalbinizle ilgili endişelerinizi doktorunuzun anlayabileceği şekilde nasıl anlatacağınızı biliyor musunuz?	0.634
7 Kalp ilaçlarınızı nasıl alacağınızı biliyor musunuz?	0.562
8 Ne kadar fiziksel aktivitenin sizin için iyi olduğunu biliyor musunuz?	0.696
<b>Faktör 2: İşlevi Sürdürme</b>	
9 Her zamanki sosyal aktivitelerinizi devam ettirebilir misiniz?	0.784
10 Evinizde ailenizle birlikte her zamanki aktivitelerinizi devam ettirebilir misiniz?	0.697
11 İşteki her zamanki aktivitelerinizi devam ettirebilir misiniz?	0.481
12 Eşinizle cinsel ilişkinizi devam ettirebilir misiniz?	0.658
13 Düzenli aerobik egzersiz (terleme ve kalp atış hızını artırma) yapabilir misiniz?	0.551
Öz değerler	5.673 1.289
Açıklanan varyans oranı (%)	30.68 22.87
Total varyans oranı (%)	30.68 53.55

\*Extraction Method: Principal Component Analysis; Rotation Method: Varimax

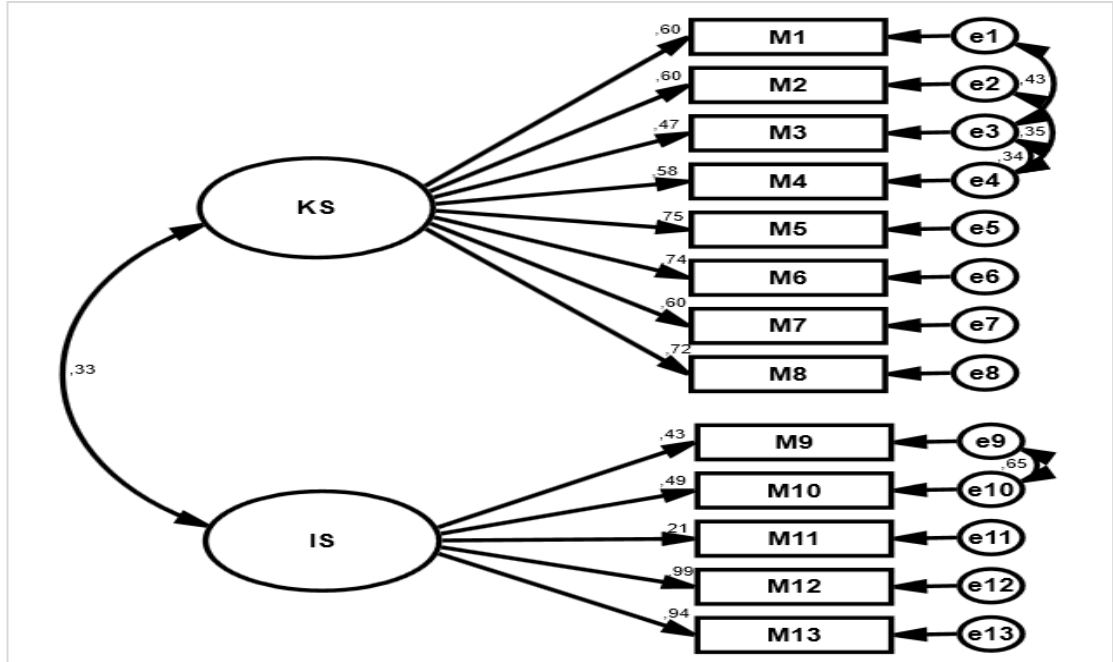
Ölçek yapısı incelendiğinde; Faktör 1-Kontrol Semptomlarında faktör yükleri 0.378-0.797 olan 8 maddenin, Faktör 2-İşlevi Sürdürmede faktör yükleri 0.481-0.784 olan 5 maddenin bulunduğu belirlenmiştir. Faktörlerin açıkladıkları varyans oranları, öz değerleri ve maddelerin faktör yükleri Tablo 4.6'da sunulmuştur.

#### 4.5.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi

**Tablo 4.8.** Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Uyum İndeks Değerleri

Model	Uyum İndeksleri							
	$\chi^2/df$	GFI	AGFI	CFI	IFI	TLI	NFI	RMSEA
İyi Uyum Değerleri	$\leq 3$	$\geq 0.90$	$\geq 0.90$	$\geq 0.97$	$\geq 0.95$	$\geq 0.95$	$\geq 0.95$	$\leq 0.05$
Kabul Edilir Uyum Değerleri	$\leq 5$	$\geq 0.85$	$\geq 0.85$	$\geq 0.95$	$\geq 0.90$	$\geq 0.90$	$\geq 0.90$	$\leq 0.08$
Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği	<b>2.172</b>	<b>0.91</b>	<b>0.87</b>	<b>0.95</b>	<b>0.95</b>	<b>0.93</b>	<b>0.91</b>	<b>0.07</b>
Ölçeğe İlişkin Değerlendirme	İyi Uyum	İyi Uyum	Kabul Edilir Uyum	Kabul Edilir Uyum	İyi Uyum	Kabul Edilir Uyum	Kabul Edilir Uyum	Kabul Edilir Uyum

AFA sonrası 13 madde içeren ölçeğin yapısını doğrulamak için DFA yapılmıştır. Maddelerin yapılan modifikasyonlar sonrasında kendi faktörlerine 0.206-0.988 değerler ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüklendiği belirlenmiştir ( $p < 0.001$ ). Model uyum indekslerinin ( $\chi^2/df = 2.172$ , GFI = 0.91, AGFI = 0.87, CFI = 0.95, IFI = 0.95, TLI = 0.93, NFI = 0.91, RMSEA = 0.07) iyi ve kabul edilebilir uyum düzeyinde olduğu tespit edilmiş ve ölçeğin yapısı doğrulanmıştır (Tablo 4.7; Şekil 4.2).



**Şekil 4.2.** Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin DFA Model Yapısı

\*KS = Kontrol Semptomları; IS = İşlevi Sürdürme; M = Madde

#### 4.6. Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Ayırt Ediciliği-Madde Analizleri

**Tablo 4.9.** Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin % 27'lik Alt ve Üst Gruplarının Karşılaştırılması

Ölçek Maddeleri ve Toplamı	Grup	n	Ort	Ss	Test İstatistiği	p değeri
Madde 1	Alt %27	54	0.96	0.930	$t = -14.016$	0.000
	Üst %27	54	3.03	0.930		
Madde 2	Alt %27	54	0.85	0.939	$t = -14.347$	0.000
	Üst %27	54	3.07	0.928		
Madde 3	Alt %27	54	1.20	1.034	$t = -11.196$	0.000
	Üst %27	54	3.35	0.804		
Madde 4	Alt %27	54	0.85	1.016	$t = -11.413$	0.000
	Üst %27	54	3.24	0.698		
Madde 5	Alt %27	54	0.33	0.582	$t = -13.027$	0.000
	Üst %27	54	2.90	1.217		
Madde 6	Alt %27	54	1.07	0.987	$t = -11.705$	0.000
	Üst %27	54	3.42	0.689		
Madde 7	Alt %27	54	1.42	1.381	$t = -3.940$	0.000
	Üst %27	54	3.70	0.570		
Madde 8	Alt %27	54	1.18	1.047	$t = -7.420$	0.000
	Üst %27	54	3.25	0.828		
Madde 9	Alt %27	54	0.53	0.794	$t = -9.400$	0.000
	Üst %27	54	2.83	1.023		
Madde 10	Alt %27	54	1.09	1.120	$t = -30.074$	0.000
	Üst %27	54	3.42	0.943		
Madde 11	Alt %27	54	0.12	0.515	$t = -14.016$	0.000
	Üst %27	54	0.96	1.466		
Madde 12	Alt %27	54	0.11	0.501	$t = -14.347$	0.000
	Üst %27	54	1.75	1.553		
Madde 13	Alt %27	54	0.35	0.827	$t = -11.196$	0.000
	Üst %27	54	2.20	1.187		
Ölçek Toplamı	Alt %27	54	10.11	4.932	$t = -11.413$	0.000
	Üst %27	54	37.18	4.408		

Ort=Ortalama, Ss=Standart Sapma, t=Bağımsız gruplar t testi

Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin yüksek ve düşük puanları ayırt edebilme yeterliği her bir madde ve ölçek toplamı için analiz edilmiştir. Ölçek puanları yüksekten düşüğe doğru sıralandıktan sonra %27'lik üst (n=54) ve %27'lik alt (n=54) gruplar karşılaştırılmıştır. Buna göre ölçeğin toplamı ve maddeleri düzeyinde üst ve

alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ( $p<0.001$ ) tespit edilmiş ve analiz sonuçları Tablo 4.8’de verilmiştir .

**Tablo 4.10.** Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Madde-Toplam Puan Korelasyon Değerleri

Maddeler	Test İstatistiği
1 Aktivite seviyenizi değiştirerek göğüs ağrınızı kontrol edebilir misiniz?	0.618*
2 Aktivite seviyenizi değiştirerek nefes darlığınızı kontrol edebilir misiniz?	0.600*
3 İlaçlarınızı alarak göğüs ağrınızı kontrol edebilir misiniz?	0.631*
4 İlaçlarınızı alarak nefes darlığınızı kontrol edebilir misiniz?	0.674*
5 Kalp hastalığınızla ilgili doktorunuzu ne zaman aramanız veya ziyaret etmeniz gerektiğini biliyor musunuz?	0.603*
6 Kalbinizle ilgili endişelerinizi doktorunuzun anlayabileceği şekilde nasıl anlatacağınızı biliyor musunuz?	0.713*
7 Kalp ilaçlarınızı nasıl alacağınızı biliyor musunuz?	0.589*
8 Ne kadar fiziksel aktivitenin sizin için iyi olduğunu biliyor musunuz?	0.620*
9 Her zamanki sosyal aktivitelerinizi devam ettirebilir misiniz?	0.638*
10 Evinizde ailenizle birlikte her zamanki aktivitelerinizi devam ettirebilir misiniz?	0.626*
11 İşteki her zamanki aktivitelerinizi devam ettirebilir misiniz?	0.259*
12 Eşinizle cinsel ilişkinizi devam ettirebilir misiniz?	0.464*
13 Düzenli aerobik egzersiz (terleme ve kalp atış hızını artırma) yapabilir misiniz?	0.477*

\*  $p<0.05$ ;  $r$ =Pearson korelasyon katsayısı

Ölçeğe yönelik ayırt ediciliğin diğer adımında madde-toplam puan korelasyonu incelenmiş ve analiz sonuçları Tablo 4.9’da sunulmuştur. Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin madde-toplam puan korelasyonlarının 0.259-0.713 aralığında yer aldığı ve istatistiksel olarak anlamlı oldukları belirlenmiştir (Tablo 4.9).

#### 4.7. Benzer Ölçek Geçerliliği

**Tablo 4.11.** Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği ve Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeğinin Alt Boyutları		Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği Toplam
Düzenli Bir Şekilde Spor Yapma	r	0.318
	p	0.000
Hastalık Hakkında Bilgi Alma	r	0.279
	p	0.000
Toplum, Aile ve Arkadaşlardan Yardım Alma	r	0.122
	p	0.015
Doktorla İletişim	r	0.245
	p	0.000
Genel Hastalık Yönetimi	r	0.285
	p	0.000
Ev İşlerini Yapma	r	0.337
	p	0.000
Sosyal/Eğlence Aktiviteleri	r	0.233
	p	0.000
Semptomlarla Başa Çıkma	r	0.251
	p	0.000
Nefes Darlığı İle Başa Çıkma	r	0.260
	p	0.000
Depresyonu Yönetme/Kontrol	r	0.230
	p	0.000

r = Pearson korelasyon analizi

Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin benzer ölçek geçerliliği için Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeğinin alt boyutları ile arasındaki ilişki belirlenmiştir. Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği toplam puanı ile “Düzenli Bir Şekilde Spor Yapma” alt boyutu arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde ( $r = 0.318$ ;  $p = 0.000$ ), Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği toplam puanı ile “Hastalık Hakkında Bilgi Alma” alt boyutu arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde ( $r = 0.279$ ;  $p = 0.000$ ) ve Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği toplam puanı ile “Toplum, Aile ve Arkadaşlardan Yardım Alma” alt boyutu arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde ( $r = 0.122$ ;  $p = 0.015$ ) ilişki bulunmuştur. Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği toplam puanı ile “Doktorla İletişim” alt boyutu arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde ( $r = 0.245$ ;  $p = 0.000$ ), Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği toplam puanı ile “Genel Hastalık Yönetimi” alt boyutu arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde ( $r = 0.285$ ;  $p = 0.000$ ) ve Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği toplam puanı ile “Ev İşlerini

Yapma” alt boyutu arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde ( $r = 0.337$ ;  $p = 0.000$ ) ilişki belirlenmiştir. Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği toplam puanı ile “Sosyal/Eğlence Aktiviteleri” alt boyutu arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde ( $r = 0.233$ ;  $p = 0.000$ ), Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği toplam puanı ile “Semptomlarla Başa Çıkma” alt boyutu arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde ( $r = 0.251$ ;  $p = 0.000$ ), Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği toplam puanı ile “Nefes Darlığı İle Başa Çıkma” alt boyutu arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde ( $r = 0.260$ ;  $p = 0.000$ ) ve Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği toplam puanı ile “Depresyonu Yönetme/Kontrol” alt boyutu arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde ( $r = 0.230$ ;  $p = 0.000$ ) ilişki saptanmıştır (Tablo 4.10)”.

#### 4.8. Güvenirlilik Analizleri

**Tablo 4.12.** Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Güvenirlilik Analizleri

Güvenirlilik Analizleri	Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği Toplamı			Kontrol Semptomları Alt Boyutu			İşlevi Sürdürme Alt Boyutu		
	AFA (n=200)	DFA (n=200)	Tüm Örneklem (n=400)	AFA (n=200)	DFA (n=200)	Tüm Örneklem (n=400)	AFA (n=200)	DFA (n=200)	Tüm Örneklem (n=400)
Cronbach Alfa	0.88	0.86	<b>0.88</b>	0.87	0.85	<b>0.86</b>	0.73	0.79	<b>0.76</b>
Spearman-Brown	0.82	0.71	<b>0.76</b>	0.80	0.74	<b>0.77</b>	0.75	0.66	<b>0.69</b>
Guttman Split-Half	0.80	0.70	<b>0.75</b>	0.80	0.73	<b>0.76</b>	0.72	0.65	<b>0.68</b>
İki Yarı Arası Korelasyon	0.70	0.55	<b>0.62</b>	0.66	0.58	<b>0.62</b>	0.60	0.49	<b>0.53</b>

\*AFA: Açıklayıcı Faktör Analizi Örneklemi, DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi Örneklemi

Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin güvenirlilik analizleri açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizlerinin uygulandığı örneklemelerde ve toplam örnekleme ( $n=400$ ) gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda Cronbach Alpha, Spearman Brown, Guttman Split-Half testleri yapılmıştır. Tüm örnekleme ilişkin belirlenen Cronbach Alfa katsayısı ölçek toplamı için 0.88, Kontrol Semptomları alt boyutu için 0.86 ve İşlevi Sürdürme alt boyutu için 0.76 olarak tespit edilmiştir. Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Spearman-Brown değeri ölçek toplamı için 0.76, Kontrol Semptomları alt boyutu için 0.77 ve İşlevi Sürdürme alt boyutu için 0.69 olarak tespit edilmiştir. Guttman Split-Half değeri ölçek toplamı için 0.75, Kontrol Semptomları alt boyutu için 0.76 ve İşlevi



Sürdürme alt boyutu için 0.68'dir (Tablo 4.11). Ölçeğin toplamı ve alt boyutları için AFA ve DFA örneklemelerinde belirlenen Cronbach Alfa, Spearman-Brown ve Guttman Split-Half bulguları Tablo 4.11'de sunulmuştur.

**Tablo 4.13.** Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinden Madde Çıkarıldığında Cronbach Alfa Değerleri

	Madde 1	Madde 2	Madde 3	Madde 4	Madde 5	Madde 6	Madde 7	Madde 8	Madde 9	Madde 10	Madde 11	Madde 12	Madde 13
Madde Çıkarıldığında Cronbach Alfa Değerleri	0.865	0.866	0.868	0.864	0.866	0.862	0.868	0.865	0.863	0.865	0.881	0.872	0.872

Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinden madde çıkarıldığında Cronbach Alfa değerlerinin 0.863-0.881 aralığında olduğu ve maddelerin ölçek güvenirliğine katkı sağladığı belirlenmiştir (Tablo 4.12).

**Tablo 4.14.** Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği Madde ve Toplam Puan Dağılımı

Ölçek Bilgisi	Min	Maks	Ort.	Ss
1 Aktivite seviyenizi değiştirerek göğüs ağrınızı kontrol edebilir misiniz?	0.00	4.00	1.92	1.16
2 Aktivite seviyenizi değiştirerek nefes darlığınızı kontrol edebilir misiniz?	0.00	4.00	1.99	1.25
3 İlaçlarınızı alarak göğüs ağrınızı kontrol edebilir misiniz?	0.00	4.00	2.16	1.21
4 İlaçlarınızı alarak nefes darlığınızı kontrol edebilir misiniz?	0.00	4.00	2.08	1.23
5 Kalp hastalığınızla ilgili doktorunuzu ne zaman aramanız veya ziyaret etmeniz gerektiğini biliyor musunuz?	0.00	4.00	1.90	1.45
6 Kalbinizle ilgili endişelerinizi doktorunuzun anlayabileceği şekilde nasıl anlatacağınızı biliyor musunuz?	0.00	4.00	2.44	1.27
7 Kalp ilaçlarınızı nasıl alacağınızı biliyor musunuz?	0.00	4.00	2.86	1.33
8 Ne kadar fiziksel aktivitenin sizin için iyi olduğunu biliyor musunuz?	0.00	4.00	1.80	1.32

**Tablo 4.15.** (Devam) Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği Madde ve Toplam Puan Dağılımı

<b>Kontrol Semptomları Alt Boyutu Toplam</b>		<b>0.00</b>	<b>32.00</b>	<b>17.18</b>	<b>7.38</b>
<b>9</b>	Her zamanki sosyal aktivitelerinizi devam ettirebilir misiniz?	0.00	4.00	1.74	1.36
<b>10</b>	Evinizde ailenizle birlikte her zamanki aktivitelerinizi devam ettirebilir misiniz?	0.00	4.00	2.29	1.38
<b>11</b>	İşteki her zamanki aktivitelerinizi devam ettirebilir misiniz?	0.00	4.00	0.38	0.97
<b>12</b>	Eşinizle cinsel ilişkinizi devam ettirebilir misiniz?	0.00	4.00	0.82	1.30
<b>13</b>	Düzenli aerobik egzersiz (terleme ve kalp atış hızınızı artırma) yapabilir misiniz?	0.00	4.00	1.14	1.34
<b>İşlevi Sürdürme Alt Boyutu Toplam</b>		<b>0.00</b>	<b>20.00</b>	<b>6.38</b>	<b>4.60</b>
<b>Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği Toplam</b>		<b>0.00</b>	<b>52.00</b>	<b>23.57</b>	<b>10.60</b>

\*Min=Minimum, Maks=Maksimum, Ort=Ortalama, Ss=Standart sapma

Kardiyak Öz-Yeterlilik toplam puan ortalaması  $23.57 \pm 10.60$  (Min=0.00/ Maks=52.00) olarak belirlenmiştir. Ölçek alt boyut puan ortalamaları Kontrol Semptomları için  $17.18 \pm 7.38$  (Min=0.00/ Maks=32.00) ve İşlevi Sürdürme için  $6.38 \pm 4.60$  (Min=0.00 / Maks=20.00)'dır (Tablo 4.13).

#### 4.9. Zamana Karşı Güvenirlilik-Test-Tekrar Test Uygulaması

**Tablo 4.16.** Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyonu

<b>Test-Tekrar Test Uygulaması</b>	<b>n</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
Ön Uygulama ve Son Uygulama	50	0.909	0.000

Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin zamana göre değişmezliğini belirlemek için test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Katılımcılardan alınan iki ölçümden elde edilen puanlar arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde bir ilişki saptanmıştır ( $r=0.909$ ;  $p=0.000$ ) (Tablo 4.14).

**Tablo 4.17.** Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği Test-Tekrar Test Puanlarının Karşılaştırılması

Test-Tekrar Test Uygulaması	n	Ort±SS	t	p
İlk Uygulama	50	21.98±10.48	-0.019	0.985
Son Uygulama	50	22.02±10.65		

Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin test-tekrar test puanları karşılaştırıldığında, bu iki uygulama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $t=-0.019$ ;  $p=0.985$ ) (Tablo 4.15).

**Tablo 4.18.** Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı

Test-Tekrar Uygulaması	Test n	%95 Güven Aralığı		Test İstatistiği	p değeri
		Alt Sınır	Üst sınır		
ICC Değeri	50	0.918	0.973	0.953	0.000

Katılımcıların iki farklı ölçümdeki puanlarının uyumunun değerlendirilmesi için sınıf içi korelasyon katsayısı (Intraclass correlation coefficient-ICC) kullanılmıştır . Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin ICC değerinin 0.953 ( $p=0.000$ ) ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.16) . Değer 0.70'den büyük olduğu için ölçeğin farklı zamanlarda birbiriyle uyumlu ve güvenilir ölçümler yaptığı belirlenmiştir (Ateş vd., 2009; Souza vd., 2017).

#### 4.10. Birleşik Güvenirlik

**Tablo 4.19.** Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Birleşik Güvenirlik (CR) Değerleri

Birleşik Güvenirlik	Ölçek Bilgisi		
	Kardiyak Yeterlilik Toplam	Öz- Kontrol Semptomları Ölçeği Alt Boyutu	İşlevi Sürdürme Alt Boyutu
CR Değeri	0.90	0.86	0.78

Ölçeğin birleşik güvenirliliği (composite reliability) CR değerleriyle belirlenmiştir. Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin CR değerinin ölçek toplamında 0.90, Kontrol Semptomları alt boyutunda 0.86 ve İşlevi Sürdürme alt boyutunda 0.78 olduğu tespit edilmiştir. Analizler sonucunda CR değerleri 0.70'den yüksek olduğu için ölçeğin birleşik güvenirliliğinin yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.17).

#### 4.11. Yakınsak Geçerlilik

**Tablo 4.20.** Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Yakınsak Geçerlik (AVE) Değerleri

Yakınsak Geçerlik	Ölçek Bilgisi		
	Kardiyak Ölçeği Toplam	Öz-Yeterlilik Kontrol Semptomları Alt Boyutu	İşlevi Sürdürme Alt Boyutu
AVE Değeri	0.43	0.41	0.46

Ölçeğin yakınsak geçerliği açıklanabilecek ortalama varyans (AVE) değerleriyle belirlenmiştir. Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin AVE değeri ölçek toplamında 0.43, Kontrol Semptomları ve İşlevi Sürdürme alt boyutlarının değerleri ise sırasıyla 0.41 ve 0.46 olarak tespit edilmiştir. Literatüre göre ölçeklerin CR değerleri 0.6'dan yüksek olduğu durumlarda 0.5'ten düşük AVE değerleri kabul edilebilmektedir (Fornell and Larcker, 1981). Araştırmada Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin CR değerlerinin 0.60 sınır değerinin üzerinde olması nedeniyle yakınsak geçerliğinin sağlandığı belirlenmiştir (Tablo 4.18).

## 5. TARTIŞMA

Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinden elde edilen bulgular bu bölümde literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Araştırmada, Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin dil geçerliği çeviri-geri çeviri tekniği ile değerlendirilmiştir. Ölçek İngilizce'den Türkçeye bağımsız 2 uzman tarafından çevrilmiş ve 2 uzman tarafından Türkçeden İngilizceye geri çevrilişi yapılmış ve orijinal ölçekle örtüştüğü belirlenmiştir.

Literatür incelendiğinde; Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin Çince versiyonunda İngilizce'den Çinceye iki uzman tarafından ve Çince'den İngilizce'ye bir uzman tarafından çeviri yapıldığı belirlenmiştir (Zhang vd., 2018). Ölçeğin İsveç versiyonunda İngilizce'den İsveççe'ye bağımsız iki uzman tarafından ve geri çevirinin ana dili İngilizce olan 1 uzman tarafından yapıldığı tespit edilmiştir (Fors vd., 2014). Ölçeğin İspanyol versiyonunda İngilizceden İspanyolcaya bağımsız iki uzman tarafından ve geri çevirisinin anadili İngilizce olan 1 araştırmacı tarafından yapıldığı belirlenmiştir (Arenas vd., 2024). Ölçeğin Arapça versiyonunda 2 uzman tarafından İngilizceden Arapçaya çevri yapılarak uygun çevirinin kabul edildiği ve geri çevirisinin iki dili iyi bilen bağımsız iki uzman tarafından yapıldığı görülmüştür (Shajrawi, 2020). Ölçeğin Tayca versiyonunda 2 uzman tarafından İngilizceden Taycaya ve 2 uzman tarafından Taycadan İngilizceye çeviri yapıldığı belirlenmiştir (Saengsiri vd., 2013). Araştırmada literatürle benzer şekilde ölçeğin dil geçerliliği sağlanmıştır. Araştırmada literatürle benzer şekilde ölçeğin anadilinden Türkçeye çevirisinde 2 dil uzmanının ve geri çevirisinde İngilizceyi ve Türkçeyi iyi bilen iki uzmanın geri çeviri yaptığı ve ölçeğin dil geçerliğinin yapıldığı görülmektedir.

Araştırmada Davis tekniği kullanılarak Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği için uzman görüşleri alınmış ve her bir ölçek maddesi ve toplam ölçek için kapsam geçerlik indeksi 1.0 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.2). Ölçeğin Tayland ve Arapça versiyonunda kapsam geçerlilik indeksi 1.0 ve Çince versiyonunda ölçek maddelerinin kapsam geçerliliği 0.81-0.96 arasında ve toplam ölçeğin kapsam geçerlilik indeksi 0.87 olarak bulunmuştur (Saengsiri vd., 2013; Zhang vd., 2018; Shajrawi vd., 2020). Araştırmada literatürle benzer şekilde ölçeğin her bir madde düzeyinde ve toplam ölçekte kapsam geçerlilik indeksinin oldukça uygun düzeyde olduğu bulunmuştur.

Araştırmada 50 koroner arter hastası üzerinde ölçeğin pilot uygulaması yapılmıştır. Pilot uygulamada ölçek maddeleri anlaşılabilirlik açısından değerlendirilmiş ve herhangi bir ölçek maddesinde düzeltme yapılmasına gerek duyulmamıştır. Literatür incelendiğinde; ölçeğin Arapça versiyonunda 10 koroner kalp hastası ve Tayca versiyonunda 30 koroner arter hastası üzerinde pilot uygulama yapıldığı belirlenmiştir (Saengsiri vd., 2013; Shajrawi vd., 2020). Ölçek çalışmalarında en az 30-40 kişi üzerinde pilot uygulama yapılması önerilmektedir (Çapık vd., 2018) . Bu çalışmada literatüre göre oldukça uygun kişi üzerinde 50 koroner arter hastası üzerinde pilot uygulama yapılarak ölçeğin anlaşılabilirliği değerlendirilmiştir.

Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin KMO değerinin 0.878 ve Bartlett testinin anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0.001$ ) (Tablo 4.3). Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin Tayca versiyonu incelendiğinde KMO değerinin 0.91 ve Bartlett testinin anlamlı olduğu (Saengsiri vd., 2013), İspanyol versiyonunda KMO değerinin 0.85 olduğu ve Bartlett testinin anlamlı olduğu bulunmuştur (Arenas vd., 2024). Araştırmada literatürle benzer şekilde KMO değerinin uygun aralıkta olduğu, Bartlett testinin anlamlı olduğu ve verilerin faktör analizine uygun olduğu belirlenmiştir.

Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasında toplam varyansı %53.55 açıklayan ve öz değeri 1'in üzerinde olan 2 faktörlü (Kontrol Semptomları ve İşlevi Sürdürme) bir yapı elde edilmiştir (Tablo 4.5; Şekil 4.1). Ölçeğin orijinalinde toplam varyansı %66.70 açıklayan iki faktörlü (Kontrol Semptomları ve İşlevi Sürdürme) bir yapı bulunmuştur (Sullivan vd., 1998). Arapça versiyonunda toplam varyansı %70 açıklayan 3 faktörlü (Kontrol Semptomları, İşlevi Sürdürme ve Davranış Değişikliği) (Shajrawi vd., 2020), İspanyol versiyonunda toplam varyansı %61.13 açıklayan üç faktörlü (Kontrol Semptomları, Hastalık Kontrolü ve İşlevi Sürdürme) (Arenas vd., 2024), Tayca versiyonunda 2 faktörlü (Kontrol Semptomları ve İşlevi Sürdürme) (Saengsiri vd., 2013), İsveç versiyonunda üç faktörlü (Kontrol Semptomları, Hastalık Kontrolü ve İşlevi Sürdürme) (Fors vd., 2015) ve Çince versiyonunda üç faktörlü (Kontrol Semptomları, Hastalık Kontrolü ve İşlevi Sürdürme) bir yapı elde edilmiştir (Zhang vd., 2018). Bu araştırmada orijinal ölçekle benzer 2 faktörlü (Kontrol Semptomları ve İşlevi Sürdürme) bir yapı oluşmuştur.

Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin Kontrol Semptomları alt boyutunda faktör yükleri 0.378-0.797 arasında ve İşlevi Sürdürmede alt boyutunda faktör yükleri 0.481-0.784 arasında bulunmuştur (Tablo 4.6). Ölçeğin orjinalinde Kontrol Semptomlarında faktör yükleri 0.63-0.88 arasında ve İşlevi Sürdürmede faktör yükleri 0.61-0.92 arasında bulunmuştur (Sullivan vd., 1998). İspanyol versiyonunda Hastalık Kontrolünde faktör yükleri 0.639- 0.718 arasında, Semptom kontrolünde faktör yükleri 0.662-0.854 arasında ve İşlevselliği Sürdürmede faktör yükleri 0.406- 0.817 arasında olduğu belirlenmiştir (Arenas vd., 2024). Bu çalışmada Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin tüm maddelerinde faktör yüklerinin literatürle benzer şekilde 0.30'un üzerinde olduğu ve ölçeğin yapı geçerliğinin uygun olduğu belirlenmiştir.

Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nde AFA sonrası 13 maddeyi içeren ölçeğin yapısını doğrulamak için DFA yapılmıştır. Maddelerin yapılan modifikasyonlar sonrasında kendi faktörlerine 0.206-0.988 değerler ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüklendiği belirlenmiştir ( $p < 0.001$ ). Model uyum indekslerinin ( $\chi^2/df = 2.172$  iyi uyum, GFI = 0.91 iyi uyum, AGFI = 0.87 kabul edilebilir uyum, CFI = 0.95 kabul edilebilir uyum, IFI = 0.95 iyi uyum, TLI = 0.93 kabul edilebilir uyum, NFI= 0.91 kabul edilebilir uyum ve RMSEA = 0.07 kabul edilebilir uyum) iyi ve kabul edilebilir uyum düzeyinde olduğu tespit edilmiş ve ölçeğin yapısı doğrulanmıştır (Tablo 4.7; Şekil 4.2). İsveç versiyonunda model uyumlu çıkmış ve CFI=0.965 mükemmel uyum, SRMR=0.047 iyi uyum ve RMSEA=0.058 iyi uyum düzeyinde bulunmuştur (Fors vd., 2015). İspanyol versiyonunda model mükemmel uyumda  $\chi^2/df = 84.828$  (CFI=0.972, GFI=0.960, SRMR=0.039, AGFI=0.929, TLI=0.958 ve RMSEA=0.052) bulunmuştur (Arenas vd., 2024). Çince versiyonunda model iyi uyumda  $\chi^2/df = 2.572$  (RMSEA = 0.084, CFI = 0.954, NFI = 0.927, IFI = 0.954) bulunmuştur (Zhang vd., 2018). Tayca versiyonunda model  $\chi^2/df = 54.51$  mükemmel uyumda bulunmuştur. Araştırmada ölçeğin model uyum indeksi literatürle benzer şekilde kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur.

Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin yüksek ve düşük puanları ayırt edebilme yeterliği her bir madde düzeyinde ve ölçeğin toplamında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ) (Tablo 4.8). Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin madde-toplam puan korelasyonlarının 0.259-0.713 aralığında yer aldığı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.9). Ölçeğin Tayca versiyonunda Madde-Toplam

Korelasyonlarının 0.47 ile 0.74 arasında (Saengsiri vd., 2013) ve İspanyol versiyonunda 0.35 ile 0.62 arasında olduğu bulunmuştur (Arenas vd., 2024). Bu çalışmada ölçeğin madde-toplam korelasyon sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir.

Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin benzer ölçek geçerliği için "Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği" kullanılmış ve bu ölçeğin tüm alt boyutları ile uyarlanan ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 4.10). İsveç versiyonunda Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği ile Genel Öz Yeterlilik ölçeği arasında güçlü bir korelasyon olduğu (Fors vd., 2015), Çince versiyonunda Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği ile Genel Öz Yeterlilik ölçeği arasında orta düzeyde bir korelasyon olduğu (Zhang vd., 2018) ve İspanyol versiyonunda Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği ile Kalp Yetersizliği (KY) Öz Yeterlilik Ölçeği arasında ilişki olduğu bulunmuştur (Arenas vd., 2024). Bu çalışmada Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği ile "Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği" arasında ilişki olduğu belirlenmiştir.

Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nde tüm ölçek için Cronbach Alfa katsayısı 0.88, Kontrol Semptomları alt boyutu için 0.86 ve İşlevi Sürdürme alt boyutu için 0.76 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.11). Ölçeğin orijinalinde Kontrol Semptomları alt boyutu Cronbach alfa değeri 0.90 ve İşlevi Sürdürme alt boyutu Cronbach alfa değeri 0.87 olarak bulunmuştur (Sullivan vd., 1998). Tayca versiyonunda toplam ölçek Cronbach alfa değeri 0.92, Kontrol Semptomları için 0.91 ve İşlevselliği sürdürme için 0.87 olarak belirlenmiştir (Saengsiri vd., 2013). İsveç versiyonunda Cronbach alfa 0.89 (Fors vd., 2015), İspanyol versiyonunda Cronbach alfa 0.84 (Arenas vd., 2024), Arapça versiyonunda Cronbach alfa 0.90 (Shajrawi vd., 2020) ve Çince versiyonunda Cronbach alfa 0.926 olarak bulunmuştur (Zhang vd., 2018). Bu çalışmada literatürle benzer şekilde ölçeğin Cronbach Alpha değeri geçerli ve güvenilir aralıkta bulunmuştur.

Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin toplam puan ortalaması  $23.57 \pm 10.60$  (Min=0.00/ Maks=52.00) olarak belirlenmiştir. Ölçek alt boyut puan ortalamaları Kontrol Semptomları için  $17.18 \pm 7.38$  (Min=0.00/ Maks=32.00) ve İşlevi Sürdürme için  $6.38 \pm 4.60$  (Min=0.00 / Maks=20.00)'dir. Maddelerin aritmetik ortalaması 0.38 ile 2.86 ve standart sapması 0.97 ile 1.45 arasında değişmektedir (Tablo 4.13). Ölçeğin Çince versiyonunda toplam ölçek puanı aritmetik ortalaması 27.54 (SD = 9.63) iken,



maddelerin aritmetik ortalama puanları 2.11 ile 2.50 ve standart sapması 0.80–1.17 arasında değişmektedir (Zhang vd., 2018). Ölçeğin Tayca versiyonunda maddelerin aritmetik ortalaması 2.03 ile 3.13 arasında ve standart sapma 0.84 ile 1.21 arasında değişmiştir (Saengsiri vd., 2013). Arapça versiyonunda kontrol semptomları aritmetik ortalaması 2.13, standart sapması 0.58 bulunmuştur. İşlevi sürdürmek aritmetik ortalaması 2.0, standart sapması 0.70 bulunmuştur. Sağlıklı yaşam tarzı aritmetik ortalaması 1.92 ve standart sapması 0.72 olarak bulunmuştur (Shajrawi vd., 2020). İspanyol versiyonunda kontrol semptomları aritmetik ortalaması 5.66, standart sapması 1.17, Hastalık kontrolü aritmetik ortalaması 6.20, standart sapması 0.94 ve işlevi sürdürme aritmetik ortalaması 5.43 ve standart sapması 1.05 olarak bulunmuştur (Arenas vd., 2024). Araştırmada ölçek maddelerinin aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları literatürdeki iki alt boyutlu yapılar ile benzerlik göstermektedir.

Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin zamana göre değişmezliğinde, ön ve son uygulama arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde bir ilişki saptanmıştır ( $r=0.909$ ;  $p=0.000$ ) (Tablo 4.14). Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin test-tekrar test puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $t=-0.019$ ;  $p=0.985$ ) (Tablo 4.15). Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin iki farklı ölçümdeki puanlarının ICC değerinin 0.953 ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p=0.000$ ) (Tablo 4.16). ICC değeri 0.70'den büyük olduğu için ölçeğin farklı zamanlarda birbiriyle uyumlu ve güvenilir ölçümler yaptığı belirlenmiştir (Ateş vd., 2009; Souza vd., 2017).

Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin AVE değeri ölçek toplamında 0.43, Kontrol Semptomları ve İşlevi Sürdürme alt boyutlarının değerleri ise sırasıyla 0.41 ve 0.46 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.18). Benzer şekilde ölçeğin İspanyolca, İsveççe ve Çince versiyonlarında yakınsak geçerlilik iyi düzeyde bulunmuştur (Fors vd., 2015; Zhang vd., 2018; Arenas vd., 2024). Literatüre göre ölçeklerin CR değerleri 0.6'dan yüksek olduğu durumlarda 0.5'ten düşük AVE değerleri kabul edilebilmektedir (Fornell and Larcker, 1981; Işık vd., 2020). Araştırmada Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin CR değerlerinin 0.60 sınır değerinin üzerinde olması nedeniyle yakınsak geçerliliğinin sağlandığı belirlenmiştir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinden elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

### 6.1. Sonuçlar

- Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin kapsam geçerlilik indeksinin 1.0 ile yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2).

- Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin KMO değerinin uygun aralıkta olduğu, Bartlett testinin anlamlı bulunduğu ve verilerin faktör analizine uygun olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

- Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin tüm maddelerinde anti imaj korelasyon değerlerinin 0.825'nin üzerinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4).

- Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasında Kontrol Semptomları ve İşlevi Sürdürme olmak üzere iki faktörlü bir yapı elde edilmiştir (Tablo 4.5).

- Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin Kontrol Semptomlarında ve İşlevi Sürdürmede faktör yüklerinin uygun aralıkta olduğu ve ölçeğin yapı geçerliğinin uygun olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

- Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin doğrulayıcı faktör analizi için modelin iyi düzeyde anlamlı ve uyum indekslerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7).

- Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin yüksek ve düşük puanları ayırt edebilmede yeterliği olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8).

- Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği ile Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği'nin tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 4.10).

- Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin güvenilir olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.11).

- Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin zamana göre değişmezliği incelendiğinde katılımcılardan alınan iki ölçümden elde edilen puanlar arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.14).

- Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin test-tekrar test puanları karşılaştırıldığında, iki uygulama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.15)”.

- Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin iki farklı ölçümdeki puanlarının uyumlu olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.16).

- Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin birleşik güvenilirliğinin yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.17).

- Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin yakınsak geçerliliğinin sağlandığı belirlenmiştir (Tablo 4.18).

## **6.2. Öneriler**

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Koroner arter hastalarında öz-yeterlilik düzeyinin belirlenmesi için Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin kullanılması,

- Koroner arter hastalarında Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin kullanılarak hastaların öz yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi ve bireysel bakımlarının planlanması,

- Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin ülkemizde farklı yerlerdeki koroner arter hastaları üzerinde kullanılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Ahçioğlu, A. (2020). *Koroner arter hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyi ile psikososyal ve davranışsal faktörler arasındaki ilişki*. (Tez No. 638934) [Yüksek Lisans Tezi, Hitit Üniversitesi]. Hitit Üniversitesi Akademik Veri Yönetim Sistemi <http://earsiv.hitit.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11491/5878/asuman-ahcioglu2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Akbulut, E., Tülüce, D., & Kahraman, B. B. (2016). Kardiyak rehabilitasyonda hemşirenin rolü. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(14), 140-146. <https://dx.doi.org/10.5543/khd.2016.54254>
- Akşab, G., & Türk, F. (2022). Psikolojik danışmanların psikolojik danışma öz-yeterlik algılarına ilişkin bir derleme çalışması. *Okul Psikolojik Danışmanlığı Dergisi*, 5(1), 1-40. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1685048>
- Alghanem, F., & Clements, J. M. (2020). Narrowing performance gap between rural and urban hospitals for acute myocardial infarction care. *The American Journal of Emergency Medicine*, 38(1), 89-94. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.04.030>
- Al-Smadi, A. M., Ashour, A., Hweidi, I., Gharaibeh, B., & Fitzsimons, D. (2016). Illness perception in patients with coronary artery disease: a systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 22(6), 633-648. <https://doi.org/10.1111/ijn.12494>
- Angoulvant, D., & Angoulvant T. B. (2018). The best in coronaryarterydisese management is yet tocome. *Archives of Cardiovascula rDiseases*, 111, 621–624. <https://doi.org/10.1016/j.acvd.2018.10.001>
- Arbustini, E., Narula, N., Tavazzi, L., Serio, A., Grasso, M., & Favalli, V., vd. (2014). The moge(s) classification of cardiomyopathyforclinicians. *Journal of The American College of Cardiology*, 64(3), 304-318. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2014.05.027>
- Arenas, A., Cuadrado, E., Castillo-Mayén, R., Luque, B., Rubio, S., & Gutiérrez-Domingo, T., vd. (2024). Spanish validation of the cardiac self-efficacy scale: a gender invariant measure. *Psychology, Health & Medicine*, 29(2), 334-349. <https://doi.org/10.1080/13548506.2023.2177683>

- Arıkan, İ., Metintaş, S., Kalyoncu, C., & Yıldız, Z. (2009). Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (karrif-bd) ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 37(1), 35-40. [https://jag.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA\\_37\\_1\\_35\\_40.pdf](https://jag.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_37_1_35_40.pdf)
- Ateş, C., Öztuna, D., & Genç, Y. (2009). Sağlık araştırmalarında sınıf içi korelasyon katsayısının kullanımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Biostatistics*, 1(2), 59-64. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/saglik-arastirmalarinda-sinif-ici-korelasyon/docview/751869475/se-2>
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. *The Health Psychology*, Sage Publications, New Delhi, 94-106. <https://doi.org/10.4135/9781446221129.n6>
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117-148.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy. SF Brennan & Hasting C (Eds.) *The exercise of control*. (s.1-604). W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A., & Freeman, WH. (1997). Self -efficacy: the exercise of control. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13(2), 158-166. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.13.2.158>
- Barua, R. S., Ambrose, J. A., & Srivastava, S. (2003). Reactive oxygen species are involved in smoking-induced dysfunction of nitric oxide biosynthesis and upregulation of endothelial nitric oxide synthase: an in vitro demonstration in human coronary artery endothelial cells. *Circulation*, 107(18), 2342-2347. <https://doi.org/10.1161/01.cir.0000066691.52789.be>
- Bergmark, B. A., Mathenge, N., Merlini, P. A., Lawrence-Wright, M. B., & Giugliano, R. P. (2022). Acute coronary syndromes. *The Lancet*, 399(10332), 1347-1358. [https://doi.org/10.1016%2FS0140-6736\(21\)02391-6](https://doi.org/10.1016%2FS0140-6736(21)02391-6)
- Boydak, B. (2017). Cardiac rehabilitation in the elderly patient. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 45(5), 117-119. <https://dx.doi.org/10.5543/tkda.2017.53988>
- British Heart Foundation. (2024a). Arrhythmias. <https://www.bhf.org.uk/information-support/conditions/arrhythmias>.

- British Heart Foundation. (2024b). Global Heart & Circulatory Diseases Fact sheet. <https://www.bhf.org.uk/-/media/files/for-professionals/research/heart-statistics/bhf-cvd-statistics-global-factsheet.pdf>
- Bruce, C., Achan, V., & Rathore, S. (2021). Yoga-based cardiac rehabilitation: current perspectives from randomized controlled trials in coronary artery disease. *Vascular Health and Risk Management*, 17, 779-789. <https://doi.org/10.2147/vhrm.s286928>
- Bruning, R. S., & Sturek, M. (2015). Benefits of exercise training on coronary blood flow in coronary artery disease patients. *Prog Cardiovasc Dis*, 57(5), 443-453. <https://doi.org/10.1177/26324636231158460>
- Byrne, R. A., Xavier Rossello, J. J. C., & Barbato, E. (2023). Roberto E, ESC Scientific Document Group, 2023 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes: developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, 44, 3720-3826. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>
- Cebeci, S. P., & Veremci, Ş. (2022). Koroner anjiyografi planlanan hastalara yönelik hemşirelik bakım girişimlerinin değerlendirilmesi. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 45-53. <https://doi.org/10.53493/avryasbd.1077505>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024a, Mayıs). *Cardiomyopathy*. Public Health Genomics, Children's Cardiomyopathy Foundation. <https://www.cdc.gov/heartdisease/cardiomyopathy.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024b, Mayıs). *Heart Disease Facts*. National Heart, Lung and Blood Institute, CDC: Heart Disease Communications Kit. <https://www.cdc.gov/heartdisease/facts.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024c, Mayıs). *Peripheral Arterial Disease (PAD)*. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; About the Division for Heart Disease and Stroke Prevention. <https://www.cdc.gov/heartdisease/PAD.htm>
- Ceyhan, Y. Ş., & Ünsal, A. (2017). Kronik hastalıklarda öz-etkililik ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 19(2), 1-13.

- Chan, D. S., Chau, J. P., & Chang, A. M. (2005). Acute coronary syndromes: cardiac rehabilitation programmes and quality of life. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 591-599. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03334.x>
- Coşkun, G., (2022). Kardiyomiyopati tanı ve tedavisine güncel yaklaşım. S Olt (Ed.), Sağlık & Bilim: İç Hastalıkları (1.baskı, s.1-202). Efe Akademik Yayıncılık. [https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=vZGgEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA53&dq=kardiyomiyopati&ots=zpDUoNoNlr&sig=rBTI7thkDRf9GYZ1bpFjUogWeCA&redir\\_esc=y#v=onepage&q=kardiyomiyopati&f=false](https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=vZGgEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA53&dq=kardiyomiyopati&ots=zpDUoNoNlr&sig=rBTI7thkDRf9GYZ1bpFjUogWeCA&redir_esc=y#v=onepage&q=kardiyomiyopati&f=false)
- Çapık, C., Gözüm, S., Aksayan, S. (2018). Intercultural scale adaptation stages, language and culture adaptation: Updated guideline. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26 (3), 199–210. <https://doi.org/10.26650/FN397481>
- Çeliktürk, N., Öden, T. N., & Korkmaz, F. D. (2021). Koroner arter baypas cerrahisi geçiren hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sürdürülmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 25(2), 92-101. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1681765>
- Doğan, N., Soysal, S., ve Karaman, H. (2017). Küreselleşen Dünyada Eğitim. Ö. Demirel ve S. Dinçer (Eds.), *Aynı örnekleme açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi uygulanabilir mi?* (s. 373-400). <https://doi.org/10.14527/9786053188407.25>
- Doğru, B. V., Utli, H., & Karaman, E. (2021). Kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı değerlendirme ölçeği: Türkçe versiyonun psikometrik özellikleri. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(27), 18-25. <https://doi.org/10.5543/khd.2021.05914>
- Duğan, Ö., & Bektaş, H. (2020). Koroner arter hastalarında kalp yaşam kalitesi ölçeği'nin Türkçeye uyarlama çalışması. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(25), 71-81. <https://dx.doi.org/10.5543/khd.2020.38278>
- Ercan, İ., & Kan, İ. (2004). Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 211-216.
- Erdem, N., & Ergüney, S. (2005). Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(3), 1–9. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/29277>

- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18, 39-50. <https://doi.org/10.2307/3151312>
- Fors, A., Ulin, K., Cliffordson, C., Ekman, I., & Brink, E. (2015). The cardiac self-efficacy scale, a useful tool with potential to evaluate person-centred care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(6), 536-543. <https://doi.org/10.1177/1474515114548622>
- Gül, Z., Şems, P., & Makaryus, A. N. (2024). Silent Myocardial Ischemia. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536915/>
- Güler, M. S., Fedai, H., & Demirbağ, R. (2021). Kardiyovasküler hastalıklarda sağlıklı beslenme önerileri. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(2), 342-348. <https://doi.org/10.35440/hutfd.947849>
- Gülhan Güner, S., ve Nural, N. (2020). Koroner arter hastalığı: etiyoloji ve patogenez. N Nural (Ed.), *Kalp damar hastalıkları hemşireliği* (1. baskı, s. 1-6). Türkiye Klinikleri.
- Gündoğdu, N. A., Gündüz, E. S., & Mert, Z. T. (2021). Kardiyovasküler risk faktörlerini ne kadar biliyoruz? *Hastane Öncesi Dergisi*, 6(1), 99-116.
- Güneş, Z., & Çelik, D. (2022). Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde öz etkililik ve etkileyen faktörler. *Göbeklitepe Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(9), 60-70. <https://doi.org/10.55433/gsb.209>
- Haskett, T. (2006). Chronic illness management: Changing the system. *Home Health Care Management & Practice*, 18(6), 492-494. <https://doi.org/10.1177/1084822306289988>
- Hassan, M. A. (2023). Angina pectoris. *Eurasian Journal of Chemical*, 2(5), 212-220. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8263036>
- Işık, U., Kalkavan, A., & Demirel, M. (2020). Ciddi boş zaman ölçüğü-kısa formu (18-madde)'nin faktör yapısının Türkiye örneğine yönelik sınanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Spormetre: The Journal of Physical Education & Sport Sciences/Bedensel Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 18(3), 136-145. <https://www.researchgate.net/publication/>
- Jaffer, F. A., & Blankstein, R. (2021). Getting down with diet and exercise for coronary artery disease treatment: insights from the DISCO-CT study.



- Cardiovascular Imaging*, 14(6), 1203-1205.  
<https://doi.org/10.1016/j.jcmg.2021.01.003>
- Karahan, Z. (2022). Koroner Arter Hastalarında Egzersiz Reçetesi ve Fiziksel Aktivite Danışmanlığı. *Hitit Medical Journal*, 4(3), 118-122.  
<https://doi.org/10.52827/hititmedj.996796>
- Karakuş, M. B., & Özer, A. Y. (2021). Toplum temelli kardiyak rehabilitasyon kavramı ve uluslararası örnekleri. *Journal of Health Sciences and Management*, 1(2), 89-93. <http://dx.doi.org/10.29228/johesam.4>
- Kasapoğlu, E. S., & Enç, N. (2017). Koroner arter hastaları için bir rehber. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(15), 1-7. <https://dx.doi.org/10.5543/khd.2017.42713>
- Katch, H., & Mead, H. (2010). The role of self-efficacy in cardiovascular disease self-management: A review of effective programs. *PatientIntell*, 2, 33-44.  
<http://dx.doi.org/10.2147/PLS12624>
- Kavradım, S. T., & Özer, Z. (2018). Koroner kalp hastalıklarının yönetiminde uyum ve öz yeterlilik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(3), 334-345.  
<https://doi.org/10.18863/pgy.328723>
- Kaynak, G. K. (2022). Kronik hastalıklarda öz yeterlilik algısı: Türkiye’de gerçekleştirilen çalışmalar üzerine bir derleme. *Oltu Journal of Faculty of Humanities and Social Sciences*, 3(2), 79-86.  
<https://doi.org/10.5152/OJFHSS.2022.22714>
- Keleşoğlu, Ş. (2020). Periferik arter hastalıkları. Okyay K. (Ed.). Temel kardiyoloji ve pratik çözümler (s.1-328). Nobel Yayınevi.  
<https://avesis.erciyes.edu.tr/yayin/3a1b6d14-2a3e-4c78-bd55-8fc5adfb1886/periferik-arter-hastaliklari>
- Kola, E., Kola, I., Brati-Dervishi, M., Guy, A., Horjeti, E., & Dajci, V., vd., (2020). Occurrence of cutaneous melanoma in a patient with previous history of uveal melanoma. Same embryology, different driver mutation landscape. *The Journal of Surgical Research*, 3 (2), 140-146. <http://dx.doi.org/10.26502/jsr.10020065>
- Komilovich, E. B. (2023). Coronary arter disease. *European Journal of Modern Medicine and Practice*, 3(12), 81-87.  
<https://inovatus.es/index.php/ejmmp/article/view/2186>

- Kökcü, Ö. D., & Kutlu, Ö. (2020). Kardiyovasküler sistem hastalıklarında spiritüel bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 36(1), 53-59. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1046706>
- Köprülüoğlu, M., & Gürşan, İ. N. (2022). Physical activity and exercise in cardiovascular disease. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*, 6(2), 663-672. <https://doi.org/10.30621/jbachs.1063539kor>
- Kudat, H. (2021). Kronik koroner sendromlarda medikal tedavi (Yaşam Tarzı Değişiklikleri, Farmakolojik Tedavi). *Türkiye Klinikleri Cardiology-Special Topics*, 14(4), 43-51. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-kronik-koroner-sendromlarda-medikal-tedavi-yasam-tarzi-degisiklikleri-farmakolojik-tedavi-96843.html>
- Kumsar, A. K., & Yılmaz, F. T. (2014). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2) 62-70. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/66956>
- Laughlin, M. H., Bowles, D. K., & Duncker, D. J. (2012). The coronary circulation in exercise training. *The American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology*, 302(1), 10-23. <https://doi.org/10.1152/ajpheart.00574.2011>
- Linke, A., Erbs, S., & Hambrecht, R. (2008). Effects of exercise training upon endothelial function in patients with cardiovascular disease. *Front Biosci*, 13(1), 424-32. <https://doi.org/10.2741/2689>
- Lorig K, Stewart A, Ritter P, Gonzalez V, Lynch J, Laurent D. (1996). Outcome measures for health education and other health care interventions. *Sage Publications*, 112.
- Ma, G., Han, Z., & Ma, X. (2023). Core self-evaluation and innovative behavior: Mediating effect of error orientation and self-efficacy of nurses. *Frontiers in Psychology*. 14, 1298986. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1298986>
- McGregor, G., Powell, R., Kimani, P., & Underwood, M. (2020). Does contemporary exercise-based cardiac rehabilitation improve quality of life for people with coronary artery disease? A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 10, e036089. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036089>
- Meriç, M. (2012). ST yükselmesi olmayan akut koroner sendromlar. *Deneyisel ve Klinik Tıp Dergisi*, 29, 133-139. <https://doi.org/10.5835/jecm.omu.29.s3.007>

- Metin, Z. G., & Gülbahar, M. (2020). Kalp yetersizliği semptom durumu ölçeğinin türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*, 7(2), 95-103. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.763128>
- Mohebi, S., Azadbakht, L., Feizi, A., Sharifirad, G., & Kargar, M. (2013). Review the key role of self-efficacy in diabetes care. *Journal of Education and Health Promotion*, 2, 36. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.115827>
- Montalescot, G., Sechtem, U., Achenbach, S., Andreotti, F., Arden, C., & Budaj, A. (2014). Q 2013 ESC Kararlı Koroner Arter Hastalığı Yönetimi Kılavuzu: Avrupa. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 4, 73-134. [https://jag.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA\\_42\\_80\\_73\\_134.pdf](https://jag.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_42_80_73_134.pdf)
- National Library of Medicine. 2023. Arrhythmias. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558923/>
- Neubeck, L., Lowres, N., Benjamin, E. J., Freedman, S. B., Coorey, G., & Redfern, J. (2015). The mobile revolution-using smartphone apps to prevent cardiovascular disease. *Nature Reviews Cardiology*, 12(6), 350-360. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2015.34>
- Oğuz, S., Enç, N., & Yiğit, Z. (2010). Kronik kalp yetersizliği olan hastalar için inanç ve uyum ölçeklerinin türkçeye uyarlanması. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 38(7), 480-485. <https://toad.halileksi.net/wp-content/uploads/2022/07/diyete-uyum-hakkindaki-inanclar-olgegi-toad.pdf>
- Oğuz, S., Erguvan, B., Ünal, G., Bayrak, B., & Çamcı, G. (2019). Üniversite öğrencilerinde kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin belirlenmesi. *MN Kardiyoloji*, 26(3), 184-191. <https://openaccess.marmara.edu.tr/server/api/core/bitstreams/289bf9a0-67fb-433f-904f-611704b567d8/content>
- Onat, A., Can, G., Yüksel, H., Ademoğlu, E., Ünal, N. E., & Kaya., vd. (2017). TEKHARF 2017, Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük (s. 1-294). Logos Yayıncılık. <https://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf>
- Özlu, F., Eşsizoglu, P., Şimşek, H., & Erdem, S. (2020). Konjenital kalp hastalığı ve nörolojik etkileri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 29(3), 163-172. <http://doi.org/10.17827/aktd.624603>

- Park, L. G., Beatty, A., Stafford, Z., & Whooley M. A. (2016). Mobile phone interventions for the secondary prevention of cardiovascular disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 58(6), 639-50. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2016.03.002>
- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., & Catapano, A. L. vd. (2016). 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: the sixth joint task force of the european society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) developed with the special contribution of the european association for cardiovascular prevention & rehabilitation (eacpr). *European Heart Journal*, 37(29), 2315-2381. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>
- Posadas-Collado, G., Membrive-Jiménez, M. J., Romero-Béjar, J. L., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., & Suleiman-Martos, N., vd. (2022). Continuity of nursing care in patients with coronary artery disease: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 3000. <https://doi.org/10.3390/ijerph19053000>
- Reeve, J. (2010). Personal control beliefs. Understanding motivation and emotion. (6th Edition, s. 229–262). John Wiley & Sons, Inc. <https://www.scribd.com/document/702013953/Download-eBook-PDF-Understanding-Motivation-and-Emotion-6th-Edition-pdf>
- Roebuck, A., Furze, G., & Thompson D. R. (2001). Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 787-794. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01809.x>
- Saengsiri, A. O., Thanasilp, S., & Preechawong, S. (2013). A psychometric evaluation of the Thai version of the cardiac self-efficacy questionnaire for patients with coronary artery disease. *Journal of Health Research*, 27(6). <https://www.researchgate.net/publication/324565485>
- Sağlık Bakanlığı, (2020). Birinci Basamakta Çalışan Hekimler için Koroner Arter Hastalığı İl Eğitim Rehberi (s. 1-106). Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı.

- Sağlık Bakanlığı. (2021). Türkiye kalp ve damar hastalıkları önleme ve kontrol programı (2021-2026). <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligidb/Dokumanlar/Kitaplar/KalpDamarEylemPlani2021-2026.pdf>
- Sakız, G. (2013). Başarıda anahtar kelime: Öz-yeterlik. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 26(1), 185–210. <http://kutuphane.uludag.edu.tr/Univder/uufader.htm>
- Salehi, N., Janjani, P., Tadbiri, H., Rozbahani, M., & Jalilian, M. (2021). Effect of cigarette smoking on coronary arteries and pattern and severity of coronary artery disease: a review. *Journal of International Medical Research*, 49(11), 1-11. <https://doi.org/10.1177/03000605211059893>
- Sarkar, U., Ali, S., & Whooley, M. A. (2007) Self-efficacy and health status in patients with coronary heart disease: findings from the heart and soul study. *Psychosomatic Medicine* 69(4), 306–312. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e3180514d57>
- Sazak, Y., Kanadlı, K. A., & Olgun, N. (2020). Kardiyak rehabilitasyon ve ekip çalışmasında hemşirenin rolü. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(3), 217-226. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ybhd/issue/59354/772676>
- Schiele, F., Ecarnot, F., & Chopard, R. (2017). Coronary artery disease: risk stratification and patient selection for more aggressive secondary prevention. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(3), 88-100. <https://doi.org/10.1177/2047487317706586>
- Sevinç, S., & Argon, G. (2014). Kalp Hastalarında beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesinde öz-yeterlilik ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30(1), 19-22. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/825250>
- Shajrawi, A., Granat, M., Jones, I., & Astin, F. (2021). Physical activity and cardiac self-efficacy levels during early recovery after acute myocardial infarction: A Jordanian study. *Journal of Nursing Research*, 29(1), e131. <https://doi.org/10.1097/00006842-199807000-00014>
- Shajrawi, A., Khalil, H., Al-Smadi, A. M., Al Dweik, G., Slater, P., Granat, M., & Astin, F. (2020). A cross-cultural translation and adaptation of the Arabic

- Cardiac Self-Efficacy Questionnaire for patients with coronary heart disease. *International Journal of Nursing Practice*, 26(4), e12827. <https://doi.org/10.1111/ijn.12827>
- Shorey, S., & Lopez, V. (2021). Self-efficacy in a nursing context. G. Haugan, M. Eriksson (Ed.), *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*, [https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_12)
- Sol, G. M., Graaf, Y., Petersen, R., & Visseren, F. (2011). The effect of self-efficacy on cardiovascular lifestyle. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(3), 180–186. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2010.06.005>
- Souza, A. C., Alexandre, N. M., & Guirardello, E. D. (2017). Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(3), 649–659. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>
- Sullivan, M. D., Lacroix, A. Z., Russo, J. R., & Katon, W. J. (1998). Self-efficacy and self-reported functional status in coronary heart disease: A six-month prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 60(4), 473-478. <https://doi.org/10.1097/00006842-199807000-00014>
- Şahan, D., & Gezer, N. (2021). Koroner arter hastalarında çevrimiçi sağlık uygulamalarının kullanımı. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1), 106-113. <https://doi.org/10.52976/vansaglik.717090>
- Şahin, A. D, Üstü, Y., & Işık, D. (2015). Serebrovasküler hastalıklarda önlenebilir risk faktörlerinin yönetimi. *Ankara Medical Journal*, 15(2), 106-113. <https://doi.org/10.17098/amj.48090>
- Şencan, H. (2005). Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. Ankara (1. Baskı s. 1-867). Seçkin Yayıncılık.
- Tekgöz, E., & Yılmaz, S. (2017). Romatizmal hastalıklar ve kalp. *Türkiye Klinikleri JCardiol-Special Topics*, 10(3), 167-172. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-romatizmal-hastaliklar-ve-kalp-78866.html>
- Toprak, İ. H., & Demirbağ, R. (2023). Kronik koroner sendromlar. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 20(3), 688-694. <https://doi.org/10.35440/hutfd.1257611>

- Tsao, C. W., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Anderson, C. A. M., Arora, P., & Avery, C. L., vd. (2023). Heart disease and stroke statistics—2023 update: A report from the. *Circulation*, *145*(8), e153-e639. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001123>
- Tundjungsari, V., Sofro, A. S. M., Yugaswara, H., & Putra, A. T. D. (2018). Development of mobile health application for cardiovascular disease prevention. *International Journal Of Advanced Computer Science and Applications*, *9*(11). <https://dx.doi.org/10.14569/IJACSA.2018.091175>
- Türen, S., & Efil, S. (2014). Akut koroner sendromlar ve hemşirelik yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, *18*(2), 43-51. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/260158>
- Türk Kardiyoloji Derneği. (2024). *Toplum için bilgiler*. <https://tkd.org.tr/kalp-yetersizligi-calisma-grubu/sayfa/toplum-icin-bilgiler>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2022). *Ölüm ve ölüm nedeni İstatistikleri*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679>
- Uysal, H. (2015). Günümüzde hemşire liderliğinde kardiyovasküler hastalık yönetim programları. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, *6*(9), 1-14. <https://dx.doi.org/10.5543/khd.2015.001>
- Valaker, I., Norekval, T. M., Raholm, M. B., Nordrehaug, J. E., Rotevatn, S., & Fridlund, B., vd. (2017). Continuity of care after percutaneous coronary intervention: the patient's perspective across secondary and primary care settings. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *16*(5), 444-452. <https://doi.org/10.1177/1474515117690298>
- Wilkins, E., Wilson, L., Wickramasinghe, K., Bhatnagar, P., Leal, J., & Luengo-Fernandez, R., vd. (2017). European cardiovascular disease statistics 2017. European Heart Network, Brussels. <https://ehnheart.org/wp-content/uploads/2023/07/CVD-Statistics.pdf>
- Winzer, E. B., Woitek, F., & Linke, A. (2018). Physical activity in the prevention and treatment of coronary artery disease. *Journal of the American Heart Association*, *7*(4), e007725. <https://doi.org/10.1161%2FJAHA.117.007725>

- Woodgate, J., & Brawley, L. R. (2008) Self-efficacy for exercise in cardiac rehabilitation review and recommendations. *Journal of Health Psychology*, 13(3), 366–387. <https://doi.org/10.1177/1359105307088141>
- World Health Organization. (2021, June 11). Cardiovascular diseases (CVDs). [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- World Health Organization. (2023, March 16). Hypertension. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- World Health Organization. (2024, May 20). Cardiovascular diseases. [https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1)
- Yıldırım, G. (2022). Koroner arter hastalığı ve hemşirelik bakımı. Güler S (Ed.), Sağlık & Bilim 2022 Hemşirelik-1. (1.baskı, s.35). Efe Akademi.
- Zhang, X., Zhan, Y., Liu, J., Chai, S., Xu, L., Lei, M., & Wang, W. (2018). Chinese translation and psychometric testing of the cardiac self-efficacy scale in patients with coronary heart disease in mainland China. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0872-4>
- Zotti, A. M., Balestroni, G., Cerutti, P., Ferrario, S. R., Angelino, E., & Miglioretti M. (2007). Application of the general perceived self-efficacy scale in cardiovascular rehabilitation. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 68(3), 178-183. <https://doi.org/10.4081/monaldi.2007.451>
- Zuhur, Ş., & Özpancar, N. (2017). Türkiye’de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 19(2), 57-74. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hemarge/issue/52751/696111>



## **EKLER**

### **EK 1. Hasta Tanıtım Formu**

Bu araştırma Sullivan ve ark. (1998) tarafından geliştirilen “Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin” Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapmak amacıyla uygulanacaktır. Formların doldurulması ortalama 25 dakikanızı alacaktır. Tüm soruların eksiksiz cevaplanması bilimsel açıdan önemlidir. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

**Sibel BAYRAM**

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

- 1.Yaşınız nedir?...
- 2.Cinsiyetiniz nedir? 1.Kadın 2.Erkek
- 3.Medeni durumunuz nedir? 1.Evli 2.Bekar
- 4.Eğitim durumunuz nedir? 1.Okur-yazar 2.İlkokul 3.Ortaokul 4.Lise 5.Üniversite
- 5.Aile tipiniz nedir? 1.Çekirdek aile 2.Geniş aile 3.Parçalanmış aile
- 6.Kimle yaşıyorsunuz? 1.Ailemle 2.Yalnız 3.Diğer....
- 7.Çalışma durumunuz nedir? 1.Çalışıyor 2.Çalışmıyor
- 8.En uzun süre yaşadığınız yer neresidir? 1.Köy 2.Belde 3.İlçe 4.İl merkezi
- 9.Sosyal güvenceniz var mı? 1.Var 2.Yok
- 10.Gelir düzeyiniz nedir? 1.Gelir giderime eşit 2.Gelir giderimden az 3.Gelir giderimden fazla
11. Hastalık süreniz nedir?...
12. Kaç yıldır ilaç kullanıyorsunuz? ...
13. Kaç tane ilaç kullanıyorsunuz? ...

**EK 1. (Devam) Hasta Tanıtım Formu**

**14. Kaç damarınız tıkalı? 1.1 damar 2.2 damar 3.3 damar 4.4 damar 5.5 ve üzeri damar**

**15. EF değeriniz nedir? 1.<50 2.>50**

**16. Kalp hastalığınız için aldığınız tedaviler nelerdir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)**

1.Tıbbi tedavi 2.Koroner arter bypass greft cerrahisi 3.Anjiyo 4.Stent 5.Kalp pili  
6.Diğer...

**17.Başka kronik bir hastalığınız var mı? 1.Evet 2.Hayır**

## EK 2. Cardiac Self-Efficacy Scale

How <i>confident</i> are you that you...?	Not at all confident	Somewhat confident	Moderately confident	Very confident	Completely confident
1. Can control your chest pain by changing your activity levels?	0	1	2	3	4
2. Can control your breathlessness by changing your activity levels?	0	1	2	3	4
3. Can control your chest pain by taking your medications?	0	1	2	3	4
4. Can control your breathlessness by taking your medications?	0	1	2	3	4
5. Know when you should call or visit your doctor about your heart disease?	0	1	2	3	4
6. Know how to make your doctor understand your concerns about your heart?	0	1	2	3	4
7. Know how to take your cardiac medications?	0	1	2	3	4
8. Know how much physical activity is good for you?	0	1	2	3	4
9. Can maintain your usual social activities?	0	1	2	3	4
10. Can maintain your usual activities at home with your family?	0	1	2	3	4
11. Can maintain your usual activities at work?	0	1	2	3	4
12. Can maintain your sexual relationship with your spouse?	0	1	2	3	4
13. Can get regular aerobic exercise (work up a sweat and increase your heart rate)?	0	1	2	3	4

### EK 3. Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği

<b>Kendinizden ne kadar eminsiniz...?</b>	<b>Hiç Emin Değilim</b>	<b>Biraz Eminim</b>	<b>Orta Derecede Eminim</b>	<b>Çok Eminim</b>	<b>Tamamen Eminim</b>
1. Aktivite seviyenizi değiştirerek göğüs ağrınızı kontrol edebilir misiniz?	0	1	2	3	4
2. Aktivite seviyenizi değiştirerek nefes darlığınızı kontrol edebilir misiniz?	0	1	2	3	4
3. İlaçlarınızı alarak göğüs ağrınızı kontrol edebilir misiniz?	0	1	2	3	4
4. İlaçlarınızı alarak nefes darlığınızı kontrol edebilir misiniz?	0	1	2	3	4
5. Kalp hastalığınızla ilgili doktorunuzu ne zaman aramanız veya ziyaret etmeniz gerektiğini biliyor musunuz?	0	1	2	3	4
6. Kalbinizle ilgili endişelerinizi doktorunuzun anlayabileceği şekilde nasıl anlatacağınızı biliyor musunuz?	0	1	2	3	4
7. Kalp ilaçlarınızı nasıl alacağınızı biliyor musunuz?	0	1	2	3	4
8. Ne kadar fiziksel aktivitenin sizin için iyi olduğunu biliyor musunuz?	0	1	2	3	4
9. Her zamanki sosyal aktivitelerinizi devam ettirebilir misiniz?	0	1	2	3	4
10. Evinizde ailenizle birlikte her zamanki aktivitelerinizi devam ettirebilir misiniz?	0	1	2	3	4
11. İşteki her zamanki aktivitelerinizi devam ettirebilir misiniz?	0	1	2	3	4
12. Eşinizle cinsel ilişkinizi devam ettirebilir misiniz?	0	1	2	3	4
13. Düzenli aerobik egzersiz (terleme ve kalp atış hızını artırma) yapabilir misiniz?	0	1	2	3	4

#### EK 4. Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği

<p>Biz sizin belirli eylemleri icra etmede kendinize ne kadar güven duyduğunuzu bilmek istiyoruz. Aşağıdaki her bir soru için, lütfen şu anda düzenli bir şekilde altta yazılı görevleri yerine getirme öz güveninize karşılık gelen numarayı daire içine alın.</p> <p>Her bir alt boyut 0-10 arasında artan öz-etkililik algısını gösterecek şekilde puanlanmaktadır. 0; hiç güvenim yok, 10; tamamen güvenim var ifadesini temsil etmektedir.</p>										
<b><u>OZ-YONETIM DAVRANISLARINI GERCEKLESTIRMEK ICIN OZ-ETKILILIK</u></b>										
<b><u>Düzenli Bir Sekilde Spor Yapma</u></b>										
1. Aktif-pasif egzersiz, ağırlık kullanma gibi hafif bir şekilde kas güçlendirme veya esnetme çalışmalarını haftada 3 ya da 4 kez yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Yürüme, yüzme veya bisiklete binme gibi aerobik egzersizlerini haftada 3 veya 4 kez yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Semptomları daha kötü hale getirmeden, egzersiz yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b><u>Hastalık Hakkında Bilgi Alma</u></b>										
4. Hastalığınız hakkında toplum kaynaklarından bilgi almada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b><u>Toplum, Aile ve Arkadaşlardan Yardım Alma</u></b>										
5. Alışveriş yapma, yemek pişirme ve ulaşım gibi günlük ihtiyaç duyduğunuz ev işlerinde, aile ve arkadaşlarınızdan yardım almada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Birinin size dinlemesi ya da sorunlarınız üzerine konuşmada, aile ve arkadaşlarınızdan duygusal destek almada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Bahçe işleri, yemek hazırlama veya kişisel temizlik gibi günlük işlerinize ilişkin, ihtiyaç duyduğunuzda aileniz veya arkadaşlarınız dışındaki kaynaklardan yardım almada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b><u>Doktorla İletişim</u></b>										
8. Hastalığınız hakkında doktora bir şeyler sormada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Hastalığınızla ilgili olabilecek kişisel bir sıkıntınızı açık bir şekilde doktorunuzla paylaşmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										

#### EK 4. (Devam) Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Hastalığınızın seyrinde farklılıklar yaşadığınızda bunları doktorunuzla çözümlenmede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>GENEL OZ-ETKILILIK</b>										
<b>Genel Hastalık Yönetimi</b>										
11. Hasta olma, genellikle hastalığı yönetmek için farklı görev ve aktiviteleri yapmak anlamına gelir. Hastalığınızı düzenli bir şekilde yönetmek için ihtiyaç duyduğunuz tüm şeyleri yapabilmeye kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Sağlık durumunuzu yönetmek adına bir doktora muayene olma ihtiyacınızı azaltmak için gereksinim duyduğunuz farklı görev ve aktiviteleri yapabilmeye kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Günlük yaşantınızı etkilememesi için sağlık durumunuzdan kaynaklı duygusal gerginliğinizi azaltmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Hastalığınızın günlük yaşantınızı etkileme düzeyini azaltmak için sadece ilaç almanın dışında bir şeyler yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>SONUÇLARA ULAŞMAK İÇİN OZ-ETKILILIK</b>										
<b>Ev İşlerini Yapma</b>										
15. Sağlık sorunlarınıza rağmen getir götür işlerinizi yaptırma kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Sağlık sorunlarınıza rağmen alışverişinizi yaptırma kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Sosyal/Eğlence Aktiviteleri</b>										
17. İlgi alanlarınız ve sizi eğlendiren etkinlikleri sürdürmede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Sosyal ziyaretler ve eğlence gibi arkadaşlarınız ve ailenizle birlikte yapmayı sevdiğiniz aktiviteleri sürdürmede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Semptomlarla Başa Çıkma</b>										
19. Fiziksel rahatsızlığınızı veya ağrınızı azaltmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

#### EK 4. (Devam) Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği

20. Hastalığınızdan kaynaklı yorgunluğunuzun yapmak istediğiniz şeylerden sizi alıkoymasını önlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. Hastalığınızdan kaynaklanan fiziksel rahatsızlığınızın veya ağrınızın, yapmak istediğiniz şeyleri gerçekleştirmenize engel olmasını önlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. Hastalığınızdan kaynaklı herhangi bir başka belirtinin veya sağlık sorununun yapmak istediğiniz şeyleri gerçekleştirmenize engel olmasını önlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

23. Herhangi bir belirtinin veya sağlık sorununun, yapmak istediğiniz şeyleri gerçekleştirmenize engel olmasını kontrol edebilmede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b><u>Nefes Darlığı İle Başa Çıkma</u></b>										
24. Nefes darlığınızın, yapmak istediğiniz şeyleri gerçekleştirmenize engel olmasını önlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b><u>Depresyonu Yönetme/Kontrol</u></b>										
25. Yaptığınız herhangi bir şeyin herhangi bir farklılık yaratmadığını gördüğünüzde cesaretinizin kırılmasını engellemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26. Uzgun veya moral yönünden çökmüş hissetmenizi engellemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27. Kendinizi yalnız hissetmenizi engellemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28. Yalnız hissettiğinizde kendinizi daha iyi hissettirecek bir şeyler yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29. Cesaretiniz kırılmış hissettiğinizde kendinizi daha iyi hissettirecek bir şeyler yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30. Uzgun veya moral yönünden çökmüş hissettiğinizde kendinizi daha iyi hissettirecek bir şeyler yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## EK 5. Kardiyak Öz Yeterlilik Ölçeği Kullanım İzni

Cardiac Self-Efficacy Scale Gelen Kutusu x



**sibel bayram** <sibell.bayram.55@gmail.com>

Alıcı: sullimar ▼

Dear Mark Sullivan,

My name is Sibel BAYRAM. I am a master student at Department of Nursing of Ordu University in Turkey.

I want to adapt " Cardiac Self-Efficacy Scale" in Turkish society in my master thesis study with the consultancy of Associate Professor Hacer GÖK UĞUR.

Could you give me permission to adapt " Cardiac Self-Efficacy Scale" to Turkish Society?

Best Regards...



**Mark Sullivan** <sullimar@uw.edu>

Alıcı: ben ▼

İngilizce ▼ > Türkçe ▼ İletiyi çevir

Yes you have my permission

Mark D. Sullivan, MD, PhD

Professor, Psychiatry and Behavioral Sciences

Adjunct Professor, Anesthesiology and Pain Medicine,

Bioethics and Humanities

University of Washington

Seattle, WA 98195

Phone: (206) 685-3184

Fax: (206) 221-5414



## EK 6. Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği Kullanım İzni

Ölçek kullanma izni Gelen Kutusu x

26 Ocak Per 16:14 (13 gün önce) ☆ ↶ ⋮

**sibel bayram** <sibell.bayram.55@gmail.com>  
Alıcı: yasemin-ceyhan@hotmail.com ▼

Merhaba Sayın Hocam,

Ben Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliğinde Yüksek Lisans öğrencisiyim.  
Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR danışmanlığında yürüteceğim tezimde sizin tarafınızdan Türkiye uyarlanan 'Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği'ni kullanmak istiyorum.  
Ölçeği kullanmam konusunda izin verirseniz çok memnun olurum.

Saygılarımla.

---

**Yasemin Ceyhan**  
Alıcı: ben ▼

26 Ocak Per 17:32 (13 gün önce) ☆ ↶ ⋮

Merhaba Sibel Bayram,

Ölçeği kullanmanızda herhangi bir sakınca yoktur.

Çalışmanızda başarılar dilerim.

---

**Gönderen:** sibel bayram <sibell.bayram.55@gmail.com>  
**Gönderildi:** 26 Ocak 2023 Perşembe 16:14  
**Kime:** yasemin-ceyhan@hotmail.com <yasemin-ceyhan@hotmail.com>  
**Konu:** Ölçek kullanma izni

...

**EK 7. İl Sağlık Müdürlüğü İzni**



T.C.  
GİRESUN VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-41544352-799-211797013  
Konu : Araştırma İzin Talebi (Doç. Dr. Hacer  
GÖK UĞUR)

21.03.2023

**GİRESUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE**

İlgi : 10.03.2023 tarihli ve E-53593568-929-211045263 sayılı yazınız.

İlgi tarihli ve sayılı yazınıza istinaden; Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR' un "Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması" konulu çalışmasını ilgi yazı ekindeki Araştırma Çalışmaları Başvuru Formunda adı soyadı belirtilen yardımcı araştırmacı Hemşire Sibel BAYRAM ile birlikte 25 Mart 2023-25 Aralık 2023 tarihleri arasında Hastaneniz Kardiyoloji Kliniğinde yapmaları Komisyonumuzca uygun mütalaa edilmiştir.

Söz konusu verilerin kullanılmasında kişisel verilere/özel hayata özen gösterilmesi ve çalışma sonuçlarının tarafımıza gönderilmesi hususunda;

Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

Mehmet ŞAHİN  
İl Sağlık Müdürü a.  
Destek Hizmetleri Başkanı

Ek: Komisyon Kararı (1 Adet)

## EK 8. Etik Kurul Onayı



Tarih: 07/03/2023 14:38  
Sayı: E-91120269-20040841969  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



0000841969

**T.C.**  
**ORDU ÜNİVERSİTESİ**  
**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI**

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
03.03.2023	05	15:30	76

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, “Klinik Araştırmalar ve Biyoyararlanım/Biyoesdeğerlik Çalışmaları Etik Kurullarının Standart Çalışma Yöntemi Esasları” 11.2.1 maddesi uyarınca Etik Kurul Başkanı Prof. Dr. Ahmet KAYA başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

**KARAR NO: 2023/76**

Sorumlu yürütücü Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR’un, KAEK 68 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu “Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği’nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” başlıklı araştırmasının Giresun İl Sağlık Müdürlüğü İzni onayı sonrası başlanabileceğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-İmzalıdır  
Prof. Dr. Ahmet KAYA  
Ordu Üniversitesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

## EK 9. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

### Değerli Katılımcı,

Ben Sibel Bayram, Ordu Üniversitesi'nde yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezi olarak Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR danışmanlığında "Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" adlı çalışmayı yürütmekteyim.

Bu bilimsel araştırma ile; koroner arter hastalarında kardiyak öz-yeterliliği belirlemek amacıyla yurt dışında Sullivan ve ark. (1998) tarafından geliştirilen "Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeğinin" Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılacaktır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler doğrultusunda, koroner arter hastalarında öz-yeterlilik düzeyini geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı ile belirleyebilmek mümkün olacaktır.

Araştırma için Giresun İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır. Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadaki işlemlerin size hiçbir zararı olmayacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır, katılmanız için hiçbir zorunluluk yoktur.

Araştırmada kullanılan kişisel bilgi formu ve ölçeği cevaplamanız ortalama 25 dakikanızı alacaktır. Formlara isim yazmanız gerekmemektedir. Soru formlarını doldurmanız çalışmaya katılmayı kabul ettiğinizi göstermektedir. Çalışmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz ve çekilmeniz halinde hiçbir şekilde olumsuz etkilenmeyeceksiniz. Sorulara yanıtlarınız gizli tutulacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır. Bu çalışmayla ilgili her türlü soruyu istediğiniz zaman aşağıda bulunan telefon numarasını arayarak yöneltebilirsiniz.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Saygılarımla...

### Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanıdı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin araştırmada kullanılması konusunda araştırmacıya yetki veriyorum ve araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

<b>Katılımcının Adı Soyadı:</b>	<b>Araştırmacının Adı Soyadı: Sibel BAYRAM</b>
<b>Adres:</b>	<b>İş Adresi:</b>
<b>Telefonu:</b>	<b>Telefonu:</b>
<b>Tarih ve İmzası:</b>	<b>E-Posta:</b>
<b>Görüşme Tanığı/ Katılımcı Yakını</b>	<b>Tarih ve İmzası:</b>
<b>Adı Soyadı:</b>	
<b>Adres:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Tarih ve İmzası:</b>	

**EK 10. Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Eğitimi Katılım Belgesi**



## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı** : Sibel BAYRAM  
**Doğum Yeri** : Çarşamba/Samsun  
**Doğum Tarihi** : 05.07.1998  
**Yabancı Dili** : İngilizce  
**E-posta** : sibell.bayram.55@gmail.com  
**İletişim Bilgileri** : 05427709555

### Öğrenim Durumu

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Y. Lisans	Hemşirelik Anabilim Dalı	Ordu Üniversitesi	2021-2024
Lisans	Hemşirelik	Erciyes Üniversitesi	2016-2020

### İş Deneyimi

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2021-2024

### Yayınlar

1. Gök Uğur, H., **Bayram, S.**, Gümüş, S., & Demirhan, N. (2022, Aralık 23-24). Radikal retropubik prostatektomi ameliyatı olan bir hastanın Omaha sınıflandırma sistemine göre incelenmesi: Olgu sunumu. II. Lisansüstü Hemşirelik Araştırmaları Sempozyumu, Çevrimiçi Sempozyum. <https://www.omu.edu.tr/tr/icerik/etkinlik/sempozyum/ii-lisansustu-hemsirelik-arastirmalari-sempozyumu>
2. Gök Uğur, H., Demirhan, N., **Bayram, S.**, & Gümüş, S. (2022, Aralık 23-24). Gebelikte covid-19 aşısı ve halk sağlığı hemşiresinin rolü. II. Lisansüstü Hemşirelik Araştırmaları Sempozyumu, Çevrimiçi Sempozyum. <https://www.omu.edu.tr/tr/icerik/etkinlik/sempozyum/ii-lisansustu-hemsirelik-arastirmalari-sempozyumu>

3. Gök Uğur, H., Gümüş, S., Demirhan, N., & **Bayram, S.** (2022, Mart 10-12). The relationship between covid-19 fear and vaccine attitude in adolescents. [Kongre sunum özeti]. 5th International Health Sciences and Life Congress, Online Kongre. [https://drive.google.com/file/d/1\\_sRxVBZvQLO-vDz8vb0jVCgrEXNdHxUE/view](https://drive.google.com/file/d/1_sRxVBZvQLO-vDz8vb0jVCgrEXNdHxUE/view)