



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KORONER ARTER HASTALIĞI GÜÇLENDİRME (KAHG)
ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI**

ŞİRİN YENEL KÖSE

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ESRA KÖROĞLU ÇAMDEVİREN

İSTANBUL - 2023

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Şirin YENEL KÖSE
Tez Başlığı : Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme (KAHG) Ölçeği'nin
Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 31.01.2023

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

<u>Danışman</u>	<u>Kurumu</u>	<u>İmza</u>
Dr.Öğr.Üyesi Esra K.ÇAMDEVİREN	İstanbul Medipol Üniversitesi	

Sınav Jüri Üyeleri

Dr.Öğr.Üyesi Pınar DOĞAN	İstanbul Medipol Üniversitesi
Doç.Dr. Gülcan BAĞÇIVAN	Koç Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../ tarih ve/..... - sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof. Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI

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

ŞİRİN YENEL KÖSE

TEŞEKKÜR

Araştırma süresi boyunca bilgisiyle bana yol gösteren tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Esra Köroğlu Çamdeviren'e yapmış oldukları katkılarından dolayı Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji ve Kardiyolojiye ait birimlerde görev yapan tüm ekibe, araştırmaya katılan tüm koroner kalp hastalarına, çalışma süresince her daim manevi desteğini ve yardımlarını esirgemeyen sevgili anne/babama, eşim Adem Köse'ye ve kızım İpek Köse'ye sonsuz teőekkürler.



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU	i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
3.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
3.2. Araştırmanın Amacı	4
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. Koroner Arter Hastalığı ve Epidemiyoloji.....	5
4.2. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri	6
4.3. Koroner Arter Hastalığında Belirti ve Bulgular.....	6
4.4. Koroner Arter Hastalığının Sınıflandırılması.....	6
4.5. Koroner Arter Hastalıklarından Korunma	7
4.5.1. Primer korunma.....	7
4.5.2. Sekonder korunma.....	7
4.6. Koroner Arter Hastalıklarından Korunmada Hemşirenin Rolü	8
4.7. Koroner Arter Hastalığında Tedavi.....	8
4.7.1. Farmakolojik tedavi.....	8
4.7.2. Perkütan koroner girişim.....	9

4.7.3. Cerrahi girişim.....	9
4.8. Güçlendirme.....	9
4.8.1. Koroner arter hastalığında güçlendirme.....	12
4.8.2. Koroner arter hastalığında güçlendirmenin değerlendirilmesi.....	12
5. MATERYAL VE METOD.....	13
5.1. Araştırmanın Türü.....	13
5.2. Araştırmanın Sorusu.....	13
5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	13
5.4. Evren ve Örneklem.....	13
5.4.1. Araştırmaya dâhil edilme kriterleri.....	14
5.5. Araştırmanın Etik Yönleri.....	14
5.6. Uygulama.....	15
5.7. Veri Toplama Araçları.....	15
5.7.1. Hasta bilgi formu (Ek 5).....	15
5.7.2. Koroner arter hastalığı güçlendirme (KAHG) ölçeği (Ek 3).....	16
5.7.3. Hasta güçlendirme ölçeği (Ek 4).....	16
5.8. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması Aşamaları.....	17
5.8.1. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik çalışması.....	17
5.8.1.1. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin dil geçerliliği.....	17
5.8.1.2. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin kapsam/içerik geçerliliği.....	19
5.8.1.3. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin yapı geçerliliği.....	19
5.8.1.3.1. Doğrulayıcı faktör analizi.....	19

5.8.1.4. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin ölçüt ve ayrışma geçerliliği	20
5.8.2. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin Türkçe güvenilirlik çalışması	20
5.8.2.1. Güvenilirlik ve madde analizi	20
5.9. Verilerin İstatistiksel Analizi	20
5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	22
6. BULGULAR	23
6.1. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin Geçerlik Çalışması	25
6.1.1. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin içerik/kapsam geçerliliği	26
6.1.2 Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin yapı geçerliliği	27
6.2. Ayırt Edicilik	29
6.3. Ölçüt Geçerliliği ve Ayrışma Geçerliliği	29
6.4. Güvenirlik ve Madde Analizi	30
6.5. Ölçüt Geçerliliği	32
6.6. Test-Tekrar Test Güvenirliği	33
6.7. Ölçek Puanları	33
7. TARTIŞMA	39
7.1. Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özelliklerinin Tartışılması	39
7.2. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Bulgularının Tartışılması	41
7.3. Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özellikleri İle Koroner Arter Hastalarında Güçlendirme Puanlarının Tartışılması	43
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	46
9. KAYNAKLAR	47
10.EKLER	56

11. ETİK KURUL ONAYI.....	62
12. ÖZGEÇMİŞ.....	65



KISALTMALAR LİSTESİ

ADEİ: Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörü

KABG: Koroner Arter Baypass Greft

KAH: Koroner Arter Hastalığı

KAHG: Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KVH: Kardiyovasküler Hastalık

MI: Myokard Enfarktüsü

NSTEMI: ST Segment Yükselmez Miyokard Enfarktüsü

PKG: Perkutan Koroner Girişim

STEMI: ST Segment Elevasyonlu Miyokardiyal Enfarktüs

TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri

TKD: Türk Kardiyoloji Derneği

TABLolar LİSTESİ

Tablo 5.1. İstatistiksel Analizde Kullanılan Testler	21
Tablo 6.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri (n=500).....	23
Tablo 6.2. Koroner Arter Hastalığı Tanısına Sahip Olma Süresine İlişkin Betimsel Veriler	25
Tablo 6.3. Kapsam Geçerliliği.....	26
Tablo 6.4. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi İndeks Değerleri.....	27
Tablo 6.5. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Yükleri	28
Tablo 6.6. Ölçek Puanlarının Alt-Üst %27 Gruplarına Göre Farklılaşma Durumu	29
Tablo 6.7. Yakınsak Geçerliliği ve Ayrışma Geçerliliği.....	30
Tablo 6.8. Madde Analizi.....	31
Tablo 6.9. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme ile Hasta Güçlendirme Puanları Arasında Korelasyon Analizi.....	32
Tablo 6.10. Test-Tekrar Test.....	33
Tablo 6.11. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Puan Ortalamaları	33
Tablo 6.12. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu.....	34

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 5.1. Araştırmanın Akış Şeması	18
Şekil 6.1. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Diyagram.....	28



1. ÖZET

KORONER ARTER HASTALIĞI GÜÇLENDİRME (KAHG) ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

Bu çalışma, Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin (KAHG) Türkçeye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirliğini saptamak amacı ile metodolojik bir araştırma olarak planlanmıştır. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin (KAHG) öz belirleme, duygusal öz düzenleme ve hastalık yönetimi algısının kişisel yeterliliği olmak üzere 3 alt boyutu bulunmaktadır. Araştırmanın evrenini 20 Eylül 2022-30 Aralık 2022 tarihleri arasında Adana ilinde bulunan bir hastaneye ait Kardiyoloji birimine bağlı poliklinik ve kliniklerde tedavi görmekte olan koroner arter hastalığı tanımlı hastalar oluşturmuştur. Örneklem seçiminde ise araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve toplam 500 hasta dahil edildi. Araştırmada veriler araştırmacı tarafından literatür taramaları sonucu oluşturulan 'Sosyodemografik-Tıbbi Özellikli Veri Toplama Formu', 'Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme (KAHG) Ölçeği', 'Hasta Güçlendirme Ölçeği' kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi için SPSS for Windows 22.0 programı ve AMOS programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilebilmesi için tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, standart sapma, ortalama, medyan, yüzde, sayı kullanılmıştır. Ölçeğin dil geçerliliğini test etmek üzere, 3 uzman tarafından Türkçe'ye, 3 uzman tarafından da İngilizce'ye geri çevirisi yapıldı. Aynı zaman da 10 farklı uzman görüşü alınıp, uzman görüşleri dil ve kapsam açısından incelendi. Bu çalışmada kapsam geçerlilik indeksi (KGİ) 0,94 olarak bulunmuştur. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin zamana göre değişmezliğini belirlemek amacı ile test tekrar test yöntemi kullanılmıştır. İki hafta ara ile tekrar test için 103 hasta ile tekrar görüşme sağlandı. Tekrar-test güvenilirliği sonucu tekrar-test korelasyon değerleri arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Sonuç olarak, Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ve Türk toplumunda kullanılmasının uygun olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Geçerlilik ve güvenilirlik, Koroner arter hastalığı, Koroner arter hastalığı güçlendirme ölçeği

2. ABSTRACT

VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF THE CORONARY ARTERY DISEASE STRENGTHENING SCALE

This study was planned as a methodological research with the aim of determining the validity and reliability of the Coronary Artery Disease Strengthening Scale (CAHG) by adapting it to Turkish. The Coronary Artery Disease Empowerment Scale (CAGI) has 3 sub-dimensions: self-determination, emotional self-regulation, and personal efficacy of disease management perception. The population of the research consisted of patients diagnosed with coronary artery disease who were receiving treatment in outpatient clinics and clinics affiliated with the Cardiology unit of a hospital in Adana between 20 September 2022 and 30 December 2022. In the sampling selection, a total of 500 patients who volunteered to participate in the study were included. In the study, data were collected using the 'Sociodemographic-Medical Data Collection Form', 'Coronary Artery Disease Empowerment (CADI) Scale' and 'Patient Empowerment Scale', which were created by the researcher as a result of literature reviews. SPSS for Windows 22.0 program and AMOS program were used for statistical analysis of the data obtained in the study. Descriptive statistical methods, standard deviation, mean, median, percentage and number were used to evaluate the data. To test the language validity of the scale, it was back-translated into Turkish by 3 experts and back-translated into English by 3 experts. At the same time, 10 different expert opinions were received and their opinions were examined in terms of language and scope. In this study, the content validity index (CVI) was found to be 0.94. The test-retest method was used to determine the invariance of the Coronary Artery Disease Strengthening Scale over time. 103 patients were interviewed again for retesting at a two-week interval. As a result of retest reliability, it was determined that there was no significant difference between retest correlation values. As a result, it has been determined that the Coronary Artery Disease Strengthening Scale is a valid and reliable scale and is suitable for use in Turkish society.

Keywords: Coronary artery disease, Coronary artery disease augmentation scale, validity and reliability.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

3.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Koroner Arter Hastalıkları, ani kardiyak ölüm, miyokard enfarktüsü (MI), anstabil angina veya stabil angina, ile kendini gösteren ve inflamatuvar olan aterosklerotik hastalıklar olarak ifade edilmektedir. Koroner Arter Hastalığı, kalbe giden kan ve oksijenin kaynağının azalması ile oluşur (1).

Türkiye İstatistik Kurumu 2019, 2018, 2016 yılları verileri incelendiğinde ölüm nedenleri arasında sırası ile yıllara göre %36,8, %38,4, %39,8 ile dolaşım sistemi hastalıkları ve bu oranların %39,1'ini, %39,7'sini ve %40,5'ini iskemik kalp hastalığının, %25,7'sini ve %24,4'ünü diğer kalp hastalıklarının oluşturduğu görülmüştür (2,3,4).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık 16 milyon kişinin Koroner Arter Hastalığı tanısı aldığı bilinmektedir. Bu hastalarında çoğunluğunun semptom göstermediği görülmüştür (5,6).

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığının yapmış olduğu çalışmanın sonucu incelendiğinde; 15 yaşın üzerindeki erkeklerde koroner kalp hastalığı görülme sıklığı %3,8 iken, kadınlarda %2,3 olduğu görülmüştür. Erkeklerde, görülme sıklığı yaşın artması ile orantılı olarak artarken, 75 yaş üstünde %2 seviyelerine çıktığı görülmüştür (7).

Kardiyovasküler hastalıkların diğer hastalık gruplarına oranla daha fazla maliyet kaybına neden oluyor olması ülkelerin ekonomileri açısından koroner arter hastalığının önemini artırmaktadır (8,9).

Kronik hastalığa sahip olan bireylerde öz bakım ve tedavi sürecine uygun davranışlar kazandırmada hastaya tedavi süreci ve öz bakımı ile ilgili bilgilendirme yapılması dolayısıyla hastanın güçlendirilmesi önemlidir (10).

Güçlendirme, köken olarak İngilizce bir kelime olup “empowerment” kavramından Türkçe'ye “güçlendirme” olarak çevrilmiş bir kelimedir. Literatür incelemesi yapıldığında, güçlendirme ile ilgili ortak bir tanımının olmadığını birden

fazla tanımlamanın yapıldığı görülmektedir. Bu tanımlamalarda ortak olarak bireyin öz becerilerine güveninin yeniden artması ve yaşamının kontrolünü tekrardan sağlayabilmesi vurgulanmaktadır (11,12).

Tabari ve arkadaşlarının KOAH tanılı hastalar ile yapmış oldukları bir çalışmada güçlendirmenin aile merkezli yapılmasının yaşam kalitesini artırdığı görülmüştür (13). Teymori ve arkadaşlarının astım tanısına sahip olan hastalar ile yapmış oldukları bir çalışmanın sonuçlarına göre güçlendirme ve hastalıkla başa çıkma öz yeterlilik arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu ve güçlendirmenin öz yeterliliği artırdığı görülmüştür (14).

Güçlendirme uzun dönem bakım gerektiren kronik hastalıklarda, hastalığa odaklı olmaktan daha çok hastaya ve ailesine odaklı yaklaşımı gerektirir. Bu durum, hastaların güçlendirilmesine ve sağlıkları ile ilgili olan her aşamada yer almalarına olanak sağlayarak, hastaların ihtiyaçlarını daha etkili karşılanması için bakım hizmetlerinin birlikte tasarlanmasına yardımcı olur (15). Türkiye’de bu konu ile ilgili araştırmalar her geçen gün artmaktadır. Koroner arter hastalığı tanısına sahip olan bireylerin hastalığı kabullenme, hastalığı algılama ve hastalıkla yaşama durumlarında etkili olan faktörleri belirlemek üzere daima araştırma ve geliştirme çalışmaları yapılmaktadır. Bu araştırmalar sonucunda yabancı ölçekler toplumumuza uyarlanarak geliştirilmektedir (16). Bu ölçeklerden biri olan “Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği”ne çalışmamızda yer verilmiştir. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği; Kore’de düzenlenen, Koroner Arter Hastalığı tanısı olan hastaların öz-yeterliliğinin belirlenmesi hedeflenerek oluşturulmuş bir ölçektir. Sağlık terminolojisinde oldukça yeni gelişmekte olan, ancak önemli bir yere sahip güçlendirme kavramının Koroner Arter Hastalığı tanılı hasta grubu üzerinde ulusal güçlendirme çalışmasına literatürde rastlanmamış olması çalışmamızın amacını belirlemiştir.

3.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme (KAHG) Ölçeği’nin Türkçeye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirliğini incelemek amacıyla yapılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Koroner Arter Hastalığı ve Epidemiyoloji

Dünyada ve ülkemiz genelinde ölüm ve sakatlık oranı en fazla olan, yaşam kalitesini büyük ölçüde düşüren ve sağlıkta yüksek maliyetli giderleri olan hastalıklardan oluşmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeni ile 2012'de 38 milyon olan ölümlerin 2030'da 52 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. Yeryüzünde bulaşıcı olmayan hastalıkların sebep olduğu ölümlerin yaklaşık %42'sinin 70 yaşından önce meydana geldiği tespit edilmiştir (17). Ülkemizde ise, Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınlamış olduğu bulaşıcı olmayan hastalıklar izlem raporunda ölüm oranı %89, 70 yaşından önce bulaşıcı olmayan bir hastalıklardan ölüm oranı ise %16 olarak açıklanmıştır (18). Bulaşıcı olmayan hastalık ölümlerinin %82'sine başlıca dört hastalığın (kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet) neden olduğu görülmüştür. Bunların arasından ilk sırada kardiyovasküler hastalıklar (%37) yer almaktadır (17).

Dünya genelinde 1990-2013 yılları arasında meydana gelen ölümlerin nedenleri incelendiğinde Kardiyovasküler hastalıkların %41 oranında artışa sebep olduğu ve bu oranın 2030'lu yıllarda yükseleceği ve kalp damar hastalıklarından ölüm oranının artacağı tahmin edilmektedir (19,20). Kardiyovasküler hastalık grupları içerisinde koroner arter hastalığı (KAH), dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de ölüm oranı en yüksek değere sahiptir (21).

Koroner arter hastalıklarına neden olan risk faktörlerini Dorlan ve Taylor 1884 yılında ilk kez davranışsal ve psikolojik olarak beş sınıfa ayırmışlardır. 1-Kişilik veya başa çıkma yöntemleri, 2-Duygu durumları, 3- Kişiler arası ikili ilişkiler, 4-Çevresel uyaranlara fizyolojik aşırı tepki durumu ve 5-Sosyokültürel faktörlerdir (22).

Avrupa'da yayınlanan bir kılavuza göre psikososyal risk faktörleri kardiyovasküler hastalıklara sebep olduğu gibi var olan kardiyovasküler hastalıkların seyrinin kötüleşmesine neden olur (23).

4.2. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri

Türk Kardiyoloji Derneği risk faktörlerini değiştirilebilir faktörler ve değiştirilemez faktörler şeklinde iki sınıfa ayırmıştır (24). Yaş, genetik ve cinsiyet gibi risk faktörleri değiştirilemez faktörlerdir. Yaşın artması ile koroner arter hastalığı riski artmakta ve aile bireylerinde koroner arter hastalığı tanısının varlığı cinsiyet fark etmeksizin riski artırmaktadır. Yüksek tansiyon ve kolesterol, diyabet, metabolik sendrom, sigara kullanımı, yüksek BKİ, fiziksel hareketsizlik gibi faktörler ise değiştirilebilir faktörlerdir (25).

4.3. Koroner Arter Hastalığında Belirti ve Bulgular

Belirtiler, damarların daralması veya tıkanması sonucunda görülür. Bulgular çoğunlukla kişiden kişiye değişiklik gösterebilir. Bazı hastalarda belirti göstermeden MI ile kendini gösterirken, çoğu hastada damar sertleşmesi arttıkça belirti göstermeye başlar. Damarlar sertleştikçe kalp beslenemez. Kalbin beslenmesinin bozulması sonucunda efor ile göğüs ağrısı, nefes darlığı görülmeye başlar. İstirahat ile azalan göğüs ağrısı sol ekstremiteye, boyuna, çeneye, sağ ekstremiteye yansiyabilir. Sağ koroner arterde oluşan hasar kalbin mide ile komşu olması sebebiyle mide ağrısı veya yanması olarak görülür. Sırt ağrısı ile kendini gösteren hasar ise kalbin arkasındaki damarların tıkanmış olduğunu işaret eder (24).

4.4. Koroner Arter Hastalığının Sınıflandırılması

Koroner arter hastalığı dört şekilde sınıflandırılır. Kardiyak sebepli göğüs ağrısının gelişmesi ile ortaya çıkarak 5 dakika kadar kısa süren, istirahat ile şiddeti kısa sürede azalan stabil angina pektoris, göğüs ağrısının 5-30 dk aralığında sürdüğü, klinik tablonun kontrol edilmesi zorlaşan istirahat halinde bile görülen anstabil angina pektoris, anginaya benzeyen göğüs ağrısının 30 dakikadan daha uzun süre devam etmesi ve kalbin dokularında dolaşımın yetersiz olmasına bağlı doku hasarının meydana gelerek kalp kası hücrelerinin yetersiz oksijen nedeniyle ölmesi ve kalp krizi olarak da bilinen myokard enfarktüs ve kalp dolaşımının yetersizliği sonucu kalp fonksiyonlarının tamamen durmasına bağlı gelişen ani kalp ölümüdür (24).

4.5. Koroner Arter Hastalıklarından Korunma

Kalp hastalıklarından korunma iki şekildedir. Aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir:

4.5.1. Primer korunma

Kişinin hastalık riski yüksektir ancak hastalık belirtisi yoktur. Bu bireylerde yaşam tarzı değiştirilerek risk faktörleri ortadan kaldırılır. Hastalığın oluşması önlenmiş ya da hastalığın ortaya çıkışı ertelenmiş olur (26).

Bu önlemler yıllık vaka sayıları ile değerlendirilerek ‘toplum stratejisi’ veya ‘yüksek riskli birey stratejisi’ olarak iki şekilde uygulanır (34,65). Toplum stratejisi her bir bireyin riski değil toplumun risk düzeyi değerlendirilir. Toplum stratejisi ile sigara tüketim kontrolü, sağlıklı beslenme ve fizik aktivite için koşulların iyileştirilmesi gibi toplumda davranış değişikliği yaratacak önlemler yer alır. Yüksek riskli birey stratejisinde ise kronik hastalıklar yönünden bireylerin risk durumu ele alınır (27).

4.5.2. Sekonder korunma

Amaç, diğer koroner hastalığı olan bireylerde hastalığın ilerlemesini önlemektir. Sekonder korunma önlemlerinin etkinliği ölüm oranları izlenerek değerlendirilir (28).

Amerikan Kalp Birliği sekonder korunma kapsamında; sigaranın bırakılması, fiziksel aktivitenin artırılması, kilo kontrolü, arter kan basıncının kontrol edilmesi, kan lipid değerlerinin kontrolü, diyabetin tedavi edilmesi, antiagregan /antikoagülan, renin anjiyotensin aldosteron antagonistleri ve beta bloker ilaçların verilmesi gibi hem biyolojik hem de davranışsal risk faktörlerinin kontrol altına alınmasını önermektedir (29).

Klinik uygulamada Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesine ilişkin 2021 ESC kılavuzuna cinsiyete özgü klinik koşulların ve klinik yönetim stratejilerinin mevcut olduğu durumlar dâhil edilmiştir (30).

Sağlık Bakanlığı'nın 2015 yılında hazırladığı kalp ve damar hastalıkları önlenme ve kontrol programı kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörlerinin kontrolüne yönelik Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü'nün

hazırladığı “Birincil, İkincil ve Üçüncül Korunmaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı” vardır (31).

4.6. Koroner Arter Hastalıklarından Korunmada Hemşirenin Rolü

Kronik hastalıklardan korunmada bireylerin katılımının sağlanması ve sağlığını geliştirmede öz sorumluluğunun artırılması çok önemlidir. Primer ve sekonder korunmada hemşireler önemli bir yere sahiptir. Bireyin davranış değişikliği yapması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanması ve bunu sürdürebilmesi konusunda zorlandığı bilinmektedir. Bireyde davranış değişikliği sağlamada ve sürdürmede kullanılacak ideal bir yöntem yoktur, sağlık profesyonelleri ile bireyler ve aileler arasında iş birliğinin sağlanması ile davranış değişikliği yapması ile motivasyonunun devamlı olabileceği üzerinde durulmaktadır (32).

Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses=ICN) kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetiminde, aldıkları eğitim nedeni ile diğer sağlık profesyonellerine göre hemşire iş gücünün önemli olduğunu ve bu iş gücünden etkin şekilde yararlanılması gerektiğini bildirmiştir (32).

4.7. Koroner Arter Hastalığında Tedavi

Koroner arter hastalıklarında tedavi üç şekilde gerçekleştirilir.

1. Farmakolojik tedavi
2. Perkütan Koroner Girişim
3. Cerrahi Girişim

Bu tedavilerin genel amacı miyokardın oksijen gereksinimi azaltmak ve daha fazla oksijenlenmesini sağlamaktır (33,34).

4.7.1. Farmakolojik tedavi

Farmakolojik tedavide; Platelet İnhibitörleri, hem akut hem de kronik hastalar için rutin olarak aspirin (75-162mg/gün) verilir. Beta Blokerler, angina tedavisinde beta reseptörlerini inhibe ederek miyokardın kasılmasını ve kalp hızını azaltarak oksijen ihtiyacını azaltır. Kalsiyum Kanal Blokerleri, düz kas ve kan damarlarının kardiyomiyositlerine etki ederek kalsiyum kanallarını inhibe ederek miyokardın

oksijen ihtiyacını azaltarak koroner damarlara etki eder ve vazodilatasyona sebep olur (35). Nitrogliserin ve Nitratlar, kalbin iş yükünü ve oksijen ihtiyacını azaltarak aterosklerotik koroner arter ve normal kan damarı genişlemesi sağlarken kollateral kan akışını hızlandırmaya destek olurlar. Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörü (ADEİ), bu enzim renin-anjiyotensin sistemini etkiler ve anjiyotensin II salgılamasını durdurarak damarlarda vazokonstriksiyon oluşmasını engeller; böylece kan, damarlarda daha rahat dolaşarak miyokardın oksijenlenmesinin artırılmasına yardımcı olur (36,37). Lipit Düşürücü Ajanlar, ikincil korunmada lipit düşürücü tedavi için statinler ilk tercihtir. Yapılan çalışmalarda Koroner Arter Hastalığı olan bireylerde lipit düşürücü ajanların hastalık sürecini ve kardiyovasküler olayların azaltmasına yardımcı olduğu belirtilmiştir (38).

4.7.2. Perkütan koroner girişim

Bir kateter yardımıyla femoral, radial ya da brakial arterlere girişim yapılarak radyo opak kontrast madde ile koroner arterlerin görüntülenmesidir (6).

4.7.3. Cerrahi girişim

Koroner Arter Baypass Greft (KABG) ameliyatları günümüzde medikal tedavinin ve PKG'lerin yapılmasının imkansız veya başarısız sonuçlanması durumunda tercih edilen bir yöntemdir.

4.8. Güçlendirme

Güçlendirme, hastalar ile sağlık profesyonelleri arasındaki ilişkinin artırılması ve hastanın tıbbi kararda söz sahibi olmasının sağlanması olarak tanımlanır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), güçlendirmeyi “insanların sağlıklarını etkileyen kararlar ve eylemler üzerinde daha çok kontrol sahibi oldukları bir süreç” olarak tanımlamıştır (39). Bonal (2012) ise güçlendirmeyi, hastaların kendi sağlıkları için sorumluluk almaları, uygun davranış değişikliklerinde bulunmaları ve bilinçli seçimler yapmalarına yardımcı olan bir süreç olarak tanımlamıştır (40).

AB'nin Hasta Güvenliği ve Bakım Kalitesi Üzerine Ortak Eylem'i (PASQ) için güçlendirme şu şekilde tanımlanmıştır; ‘insanların kendi hayatlarını kontrol altına

alabilmesi ve kendileri için önemli olarak tanımladıkları konularda harekete geçebilme kapasitelerini arttırmalarına yardımcı olmayı içerir.’ Kolektif güçlendirme ise, ‘bireylerin ve toplumların ihtiyaç olarak hissettikleri değerleri ifade edebilmeleri için; endişelerini ifade edebilmeleri, karar alma süreçlerine dahil olabilmeleri ve bu ihtiyaçların giderilebilmesi için sosyal, kültürel ve siyasi olarak harekete geçebilme süreci’ olarak tanımlanmıştır (15).

Güçlendirme, katılım ve destekleme, hareket, uyum ve alışma, inanç olmak üzere dört basamaktan oluşmaktadır (41).

Güçlendirmeye giden yolda ilk olarak hastaya mevcut sağlık durumuna yönelik bilgilendirme-eğitim yapılır, sonrasında bu durumunu değiştirmek için neler yapabileceği, yapma isteği konuşulur ve plan yapılır. Güçlendirmenin kalbi olan son adım uygulamaya geçmektir (42).

Hastanın güçlendirilmesi; tedavinin daha etkin yönetilebilmesi ve kaynakların verimli bir şekilde kullanılması için önemlidir (43).

‘Güçlendirilmiş hasta’, güçlendirme sürecinde özne konumundadır ve yapabilir hale gelen bireyleri tanımlar. Dolayısıyla güçlendirme sürecinde sürekli olarak bilgi-beceri-güven verilen hasta uzun süre sağlık profesyonellerine ihtiyaç duymayarak, kendi kendini idare edebilir duruma gelir (44).

Güçlendirilmiş bireylerin, hastalığa değil hastaya ve ailesine odaklı olmayı, günlük yaşamlarını en iyi şekilde idare edebilmek için özverili olmaları gerekir (15).

Yapılan araştırma sonuçlarına göre; kronik hastalığı olan bireyler açısından en etkili destek şeklinin “güçlendirme modeli” olduğu görülmüştür (44).

Güçlenmiş hasta modeline sahip bireylerin kendi kendine yetebilen, kontrol ve yetkinlik kazanarak kendi tercihlerini belirtebiliyor olan, karar verme süreçlerinde aktif rol alan, ihtiyaçları doğrultusunda harekete geçebilen, çevreleri ile güçlü ilişkiler oluşturabilen ve daha fazlasını hedefleyen bireyler olmaları gerekir (45). Sonuç olarak hastaların güçlendirilmesi, hastaların aktif katılımları, sağlık, kendi kendilerini yönetim kavramları etkili olmuştur.

Güçlendirmenin geliştirilmesindeki amaç; bireylerin kendi kendilerine başarabilme deneyimlerini arttırarak kendilerini daha iyi hissetmelerini ve problem çözmeye katılmalarını sağlamaktır (46).

Koroner Arter Hastalığı tanılı bireyler için güçlendirme; günlük yaşam aktivitelerini karşılamaya yönelik bilgi sahibi olması, mevcut durumuna uyum sağlaması, koroner arter hastalığının yaşamına getirdiği kısıtlılıklarla yaşamını yönetebilmesi olarak ifade edilebilir.

Literatür incelendiğinde güçlendirme ile ilgili çok sayıda çalışmayla karşılaşılmaktadır.

Sedef Hastalığı Güçlendirme Ölçeği Pagliaerollo ve ark. (2010) tarafından geliştirilmiş, ölçek 12 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri, sedef hastalarının bilgi, beceri ve deneyimleri olmak üzere 3 alt faktörden oluşmaktadır (47).

Diyabet Güçlendirme Ölçeği 2000 yılında, Martha M. Funnell ve Robert M. Anderson tarafından geliştirilmiş; Türkçe geçerlik ve güvenirliği Özcan tarafından (2012) çeşitli güvenirlik testlerinden geçirildikten sonra kullanılmaya başlanmıştır (48). Ölçek tip 2 diyabet tanısı alan bireylerin psikososyal öz-yeterliliğini belirlemek amacıyla Amerika’da geliştirilmiştir (49).

Yapısal güçlendirmeyi ölçmek üzere “Çalışma Etkililiği Koşulları Anketini (Conditions of Work Effectiveness QuestionnaireCWEQ)” geliştirilmiştir (50).

Psikolojik Güçlendirme Ölçeği (PEI) Spreitzer (1995) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek dört alt boyuttan oluşmakta ve her boyut içerisinde üç ifade yer almaktadır. Birinci alt boyutta anlamlılık ölçeği, ikinci alt boyutta yeterlilik ölçeği, üçüncü alt boyutta özerklik ölçeği, dördüncü alt boyutta etki ölçeği yer almaktadır (51).

Ülkemizde yapılan güçlendirme çalışmalarının etkinliğini ölçmek için “Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği’nin Türkçe’ ye uyarlanması iyi bir materyal olarak düşünülmüştür. Araştırmanın sonucunda koroner arter hastalarının güçlendirilmesi sonucu günlük öz yönetim kontrolünün belirlenmesi için Türkiye’de kullanılabilecek bir ölçeği literatüre kazandırmak planlanmaktadır.

4.8.1. Koroner arter hastalığında güçlendirme

Güçlendirme; bireyin sağlığını doğrudan etkileyen faktörler üzerinde kontrolü ele alma sürecidir (52). Güçlendirme çalışmalarında problem çözme, eşitlik, iş birliği, karar verme, terapötik ilişki kavramları vardır. Saygılı olmak, ortak dil oluşturmak, bireylerin tecrübelerine değer vermek, birey merkezli hareket etmek, değerlendirme yapmak, geleceği planlamak güçlendirmenin temel ilkelerindedir (44).

Koroner Arter Hastalığından korunma, erken tanı ve sağlık halinin devamlılığının sağlanmasında sağlığı geliştiren davranışların kullanılması şarttır (53). Bu sayede hastaların hastanelere başvuruları minimuma indirgenebilir. Ayrıca, Koroner Arter Hastalığı ile baş edebilmede, hastaların güçlendirilmesinin faydalı bir girişim olduğu görülmüştür (54). Bu sayede güçlendirme ile hastalarda davranış değişikliğine daha kolay uyum sağlamasına, hastaların kendi sağlıkları için sorumluluk almalarına ve bilinçli seçimler yapmalarına yardımcı olunabilir (40). Böylece hastaların geçmişteki hatalarından deneyim kazanarak, hastalıkla ilgili uygun bilgiler edinmesi ve koroner arter hastalığı ile baş etme becerilerinin geliştirilmesi sağlanabilir.

4.8.2. Koroner arter hastalığında güçlendirmenin değerlendirilmesi

Kronik hastalıklarda güçlendirmenin ölçülmesinde çok az sayıda ölçek bulunmaktadır (55). Koroner Arter Hastalarının güçlendirme seviyesini ölçmek için oluşturulan ölçek Kim, Shin ve Lee tarafından 2021 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde ise Koroner Arter Hastalığına ait bir güçlendirme ölçeği henüz bulunmamaktadır.

5. MATERYAL VE METOD

5.1. Araştırmanın Türü

“Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme (KAHG) Ölçeği”nin Türkçe geçerliliğini ve güvenilirliğini belirlemek amacı ile yapılan bu araştırma metodolojik türdedir.

5.2. Araştırmanın Sorusu

Koroner arter hastalığı güçlendirme (KAHG) ölçeği Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçek midir?

5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışma 20 Eylül 2022-30 Aralık 2022 tarihleri arasında Adana ilinde bulunan bir hastanenin Kardiyoloji birimine bağlı poliklinik ve kliniklerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın gerçekleştirilmiş olduğu bu kurumda Koroner Arter Hastalığı tanısı alan hastalar için kliniklerde toplam 90 adet hasta yatağı, 36 uzman doktor ve 160 hemşire ile hizmet sunan 5 farklı klinik 24 saat kesintisiz hizmet sunmaktadır. 3 adet Anjio ünitesi 20 adet hasta yatağı ile hafta içi 5 gün mesai saatleri arasında hizmet sunmaktadır. Poliklinikler ise toplamda 9 adet olmak üzere 5 poliklinik randevu sistemi ile hasta kabulü sağlarken 4 poliklinik randevusuz hasta karşılayarak hafta içi 5 gün 8.30-16.30 mesai saatleri arasında günde yaklaşık 600 hastaya hizmet vermektedir. Bu ünitelere acil servisten, kurum içi kliniklerden ve diğer sağlık kurumlarından hasta kabul edilmektedir.

5.4. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini 20 Eylül 2022 – 30 Aralık 2022 tarihleri arasında Adana ilinde bulunan bir hastaneye ait Kardiyoloji birimine bağlı poliklinik ve kliniklerde tedavi görmekte olan 500 Koroner Arter Hastalığı tanısı olan hastalar oluşturdu.

Çalışmanın örneklem büyüklüğü ise, ölçek çalışmalarında geçerli olan örneklem büyüklüğü belirleme yöntemine göre hesaplanmıştır. Belirtilen örneklem

büyükülüğü hesaplama yöntemine ulaşılması gereken örneklem büyükülüğü, ölçekte kullanılan madde sayısının en az 5-10 katı olması gerekmektedir (56). Koroner arter hastalığı güçlendirme (KAHG) ölçeğinin 25 maddesi bulunmaktadır. Bu doğrultuda örneklemin $25 \times 5 = 125$ ile $25 \times 10 = 250$ arasında bir sayı olması evreni temsil edebilmektedir.

20 Eylül 2022 - 30 Aralık 2022 tarihleri arasında Adana ilinde bulunan bir hastaneye ait Kardiyolojiye bağlı birimler ve kliniklerde tedavi görmekte olan ve araştırma kriterlerine uygun 630 hasta ile görüşme sağlanmış ancak bu hastaların 130'u çalışmaya katılmayı reddettiği için araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uygun toplam 500 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur

5.4.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- Koroner arter hastalığı tanısı olmak
- Araştırmaya dahil olmaya gönüllü olmak
- 18 yaş ve üzeri olmak
- Türkçe okuyup anlayabilmek
- İletişim engeli bulunmamak

5.5. Araştırmanın Etik Yönleri

Çalışmaya başlamadan önce İstanbul Medipol Üniversitesi'nin Girişimsel Olmayan Etik Kuruluna başvuru yapılarak 16/09/2022 tarihli ve E-10840098-772.02-5427 sayılı onay alındı. Çalışmanın ilgili hastanede yürütülebilmesi için Adana İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni 18/10/2022 tarihli ve E-96172664-605.01 sayılı kurum izni elde edildi (Ek 1).

Araştırmacı tarafından hastalara veri toplama formları uygulanmadan önce çalışmanın amacı, ölçeğin yanıtlanması için gereken süre, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı ve istedikleri taktirde araştırmadan geri çekilebilecekleri açıklandı, hastaların sözel ve yazılı onamları alındı (Ek 2).

Araştırmada kullanılan Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme (KAHG) Ölçeği için ölçek yazarından izin alındı (Ek 6). Araştırmanın ölçüt geçerliliğini test etmek amacı ile kullanılan Hasta Güçlendirme Ölçeği'nin çalışmada kullanılabilmesi için ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacılardan izin alındı (Ek 7). Bu çalışma sonucunda elde edilen sonuçlar yalnızca bu çalışmada kullanıldı.

5.6. Uygulama

Veriler, katılımcılara araştırmaya dair bilgi verildikten sonra sözel ve yazılı onamları alınarak toplandı. Veri toplama süresi her bir katılımcı için yaklaşık olarak 15-20 dakika sürdü. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme (KAHG) Ölçeği değişen zaman koşullarına göre tekrar testi ile test edilmelidir (57). Bu nedenle ölçeğin ilk uygulandığı zamanda testin tekrar uygulamasını kabul eden hastalardan tekrar görüşmek üzere iletişim bilgileri alındı. Katılımcılardan 103 hastaya iki hafta sonra ölçek tekrar uygulandı. Tekrar test uygulaması için hastalar yine gönüllülük esasına uygun olarak seçildi ve uygulama yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından gerçekleştirildi.

5.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Hasta Bilgi Formu, Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği (KAHG) ve KAHG'nin yanı sıra ölçeğin ölçüt geçerliliğini test etmek amacıyla Hasta Güçlendirme Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

5.7.1. Hasta bilgi formu (Ek 5)

Bu form literatür doğrultusunda hazırlanmış olup yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni hali, gelir durumu, aile durumu, başvuru nedeni, ailede koroner kalp hastalığı öyküsü, tıbbi tanı, ilaç kullanım durumu, hastalık süresi gibi durumları sorgulayan 12 soru içermektedir (58,59).

5.7.2. Koroner arter hastalığı güçlendirme (KAHG) ölçeği (Ek 3)

Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme ölçeği Kim ve ark. (2021) tarafından Koroner Arter Hastalığı olan bireylerde güçlendirmeyi ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek 25 maddeden oluşmakta ve cevaplar likert tipindeki ölçekte “kesinlikle katılmıyorum ve kesinlikle katılıyorum” arasında 1 ile 5 arasında puanlanmaktadır. İlk 12 soru (1-12) öz-belirleme, 7 soru (13-19) duygusal öz düzenleme, 6 soru (20-25) hastalık yönetimi algısının kişisel yeterliliği olmak üzere ölçek 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Öz-belirleme alt boyutu, stresle başa çıkma, manevi yetenek ve öz yönetim gibi davranışsal yönler; destek sistemleri (aile, arkadaşlar) gibi etkileşimsel yönler; ekonomik destek araştırması ve sağlık profesyonelleri ile aktif iletişime ilişkin; Duygusal öz düzenleme alt boyutu, fiziksel değişiklikleri kabul etme, kişinin kendi sağlık bakımını kontrol etme duygusu ve gönüllü davranış motivasyonu ile ilgili; Hastalık yönetimi algısının kişisel yeterliliği alt boyutu hastaların yaşam tarzı yönetimi konusundaki yeterlilikleri ve bilgileri konusundaki farkındalıklarına ilişkin soruları içerir. Orjinal ölçeğin Cronbach’s Alpha değeri 0.93 olarak bulunmuştur (60).

5.7.3. Hasta güçlendirme ölçeği (Ek 4)

Hasta Güçlendirme Ölçeği Small (2012) tarafından geliştirilmiş, Kaya ve Işık (2018) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek Kimlik/Özdeşleşme, Kişisel Kontrol, Karar Alma, Bilme ve Anlama, Başkaları ile Etkileşim olmak üzere 5 alt boyut ve 37 maddeden oluşmaktadır. İfadeler likert tipindeki ölçekte “kesinlikle katılmıyorum ve kesinlikle katılıyorum” arasında 1 ile 5 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe hasta güçlendirme yüksek, azaldıkça hasta güçlendirme zayıf olarak değerlendirilmektedir (Kaya ve Işık, 2018). Ölçeğin genel Cronbach’s Alpha değeri 0,92 olarak bulunmuştur (43).

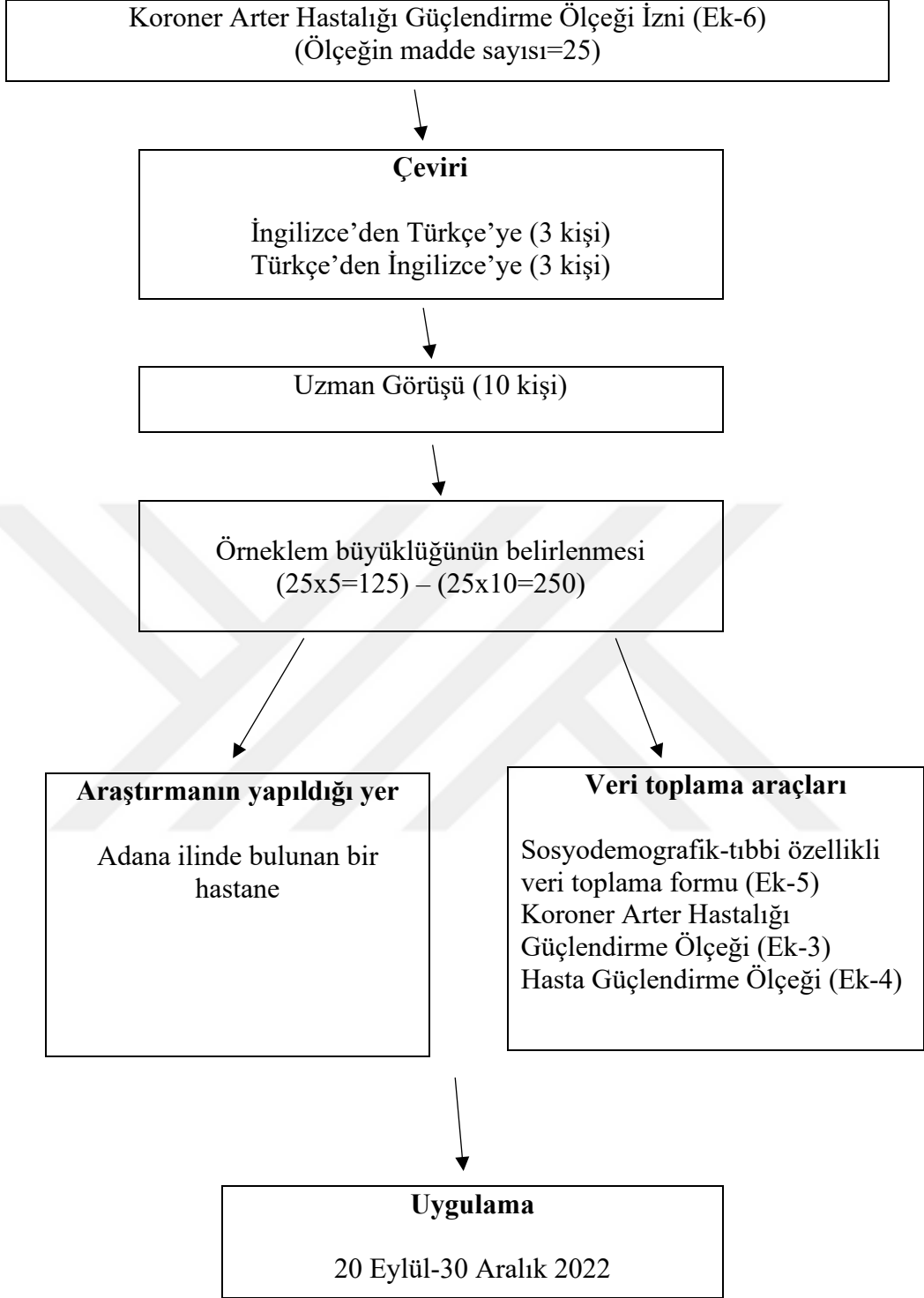
5.8. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması Aşamaları

5.8.1. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik çalışması

Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin geçerlilik çalışmasında; dil geçerliliği, kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği, madde ayırt edicilik işlemi, yakınsak geçerliliği ve ayrışma geçerliliği değerlendirildi.

5.8.1.1. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin dil geçerliliği

Ölçeğin dil geçerliğini sağlamak için ana dili Türkçe olan ve ileri düzeyde İngilizce bilen alanlarında uzman 3 farklı çevirmen tarafından birbirlerinden bağımsız olarak Türkçe'ye çevrisi sağlandı. Türkçe'ye çevrilmiş olan 3 farklı ölçekten araştırmacı tarafından en uygun ifadeler seçilerek tek bir Türkçe ölçek oluşturuldu. Elde edilen Türkçe ölçek tekrar ileri düzey İngilizce bilen üç farklı kişi tarafından İngilizce'ye çevrisi sağlandı. İngilizce çevirilerden en uygun ifadeler seçilip tek bir İngilizce ölçek elde edildi. Bu İngilizce ölçek ile orijinal ölçek karşılaştırılarak anlam açısından fark olmadığı belirlendi.



Şekil 5.1. Araştırmanın Akış Şeması

5.8.1.2. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin kapsam/içerik geçerliliği

Yapılan ölçeğin kapsam geçerliliği belirlemek üzere alanında uzman 10 kişiden görüş alındı. Uzmanlardan ölçeğin Türkçe maddelerini açıklık, yalınlık, dilin Türkçe'ye uygun kullanımı ve anlaşılabilirliği açısından görüş belirtmeleri istendi. Davis tekniği kullanılarak uzman kişilerden ölçekteki her madde için “tamamen uygun (4)”, “uygun (3)”, “kısmen uygun (2)” ve “uygun değil (1)” ifadelerinden en uygun olanı seçerek 1-4 arasında puanlama yapması istendi. Puanlama haricinde ek öneri yazmak isteyen uzman kişiler öneri kısmında öneri ve görüşlerini bildirdi. Uzman kişilerden alınan öneriler doğrultusunda ölçekten herhangi bir madde çıkarılma önerisinde bulunulmadı. Orijinal ölçekteki tüm maddeler kullanıldı. Uzman kişilerden alınan önerilerden yola çıkılarak tek bir form oluşturuldu ve daha sonra oluşturulan ölçeğin son hali yazara gönderilerek onayı alındı. Kapsam geçerlik indeksi 0.8 olmalıdır ki indeks kabul edilebilir olsun (61). Bu çalışma için ölçek kapsam geçerlilik indeksi $KGİ=0,944$ olarak, kapsam geçerlilik oranları 0,8-1 arasında bulunmuştur.

5.8.1.3. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin yapı geçerliliği

Araştırmada yapı geçerliliği saptamak için doğrulayıcı faktör analizleri hesaplandı.

5.8.1.3.1. Doğrulayıcı faktör analizi

Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin değerlendirilmesinde DFA kullanılmıştır. DFA, gözlemlenen değişken ile gizli değişken arasındaki ilişkiyi ölçen yapısal eşitlik modelinin bir çeşididir (62). DFA bir ölçeği doğrulamak için kullanılır (63).

Çalışmada literatürde bulunan araştırmalarda en sık kullanılan uyum iyiliği indeksleri kullanılmıştır. Doğrulayıcı Faktör Analizi için χ^2/sd değeri, GFI (Uyum İyiliği İndeksi), AGFI, CFI (Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), RMR uyum indeksleri değerlendirildi. Araştırmanın modeli yapısal eşitlik yol (path) analizi ile test edildi.

5.8.1.4. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin ölçüt ve ayırma geçerliliği

Ölçüm modelinde yer alan değişkenlerin yapı geçerliliğini test edebilmek için yapı güvenirliğini (CR-composite reliability) ve Ortalama Açıklanan Varyans (AVE-average variance extracted) değerleri incelenmiştir. AVE değeri standardize edilmiş faktör yüklerinin karelerinin toplamının madde sayısına bölünmesiyle bulunur. Bu koşulun sağlanması yakınsak geçerliliğin sağlandığı anlamına gelmektedir. Yakınsak geçerliliği gösteren diğer bir gösterge de, CR değerinin 0,7 den büyük olmasıdır (64). Yakınsak geçerliliğin değerlendirilebilmesi için, CR değeri AVE değerinden büyük olmalı ve AVE değerinin de 0,5'ten büyük olmalıdır.

5.8.2. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin Türkçe güvenirlik çalışması

Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenirliğinin belirlenmesinde iç tutarlılık, madde toplam korelasyon katsayısı, test-tekrar test güvenirliği hesaplanmıştır.

5.8.2.1. Güvenirlik ve madde analizi

Güvenirliğin değerlendirilmesi için iç tutarlılık hesaplanmıştır. Güvenirlik analizi ölçekte yer alan her bir maddenin birbiri ile ve ölçeğin tamamı ile tutarlılığını gösterir. Araştırmaya dahil edilen hastalar tarafından aynı anlaşılıp anlaşılmadığını da belirlemektedir. Ölçeğin güvenirliği Cronbach's Alpha katsayısı ile belirlendi.

5.9. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı ve AMOS programı kullanılarak analiz edilmiştir. İstatistiksel analizde kullanılan testler aşağıda listelenmiştir.

Tablo 5.1. İstatistiksel Analizde Kullanılan Testler

Değişkenler	İstatistiksel Yöntemler
Bireysel Özellikler	Sayı Yüzde Ortalama Medyan Standart Sapma
Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği	Basıklık ve Çarpıklık Analizi Güvenirlilik analizi <ul style="list-style-type: none"> • Cronbach's Alpha Madde Analizi Doğrulayıcı Faktör analizi <ul style="list-style-type: none"> • Uyum İyiliği (χ^2/sd, GFI, AGFI, CFI, RMSEA, RMR) • Faktör Yüklerinin Anlamlılığı Tekrar Test Analizi Ayırt Edicilik Analizi Ölçüt Geçerliliği (Hasta Güçlendirme Ölçeği) <ul style="list-style-type: none"> • Pearson Korelasyon Analizi
Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeğinin Bireysel Özelliklerle Karşılaştırılması	Ortalama Standart Sapma Tek yönlü (One way) Anova testi, Bağımsız Gruplar T-Testi

Verilerin analizinde, geçerlilik ve güvenirlik analizleri yapıldı, analiz türleri olarak dil geçerliliği, kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği, madde ve ayırt edicilik işlemi, yakınsak geçerlilik ve ayrışma geçerliliği kullandı. Geçerlik analizleri kapsamında, dil geçerliliği için dil uzman görüşü alındı. Kapsam geçerliliği için kapsam geçerlilik indeksi (KGI) hesaplandı. Yapı geçerliliği için DFA'da, düzeltilmiş ki kare istatistiği (χ^2/sd), uyum indeksi (GFI), düzeltilmiş uyum indeksi (AGFI), karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI), yaklaşık hataların karekökü (RMSEA) ve artık kareler ortalama karekökü (RMR) kullanıldı. Madde ayırt edicilik işlemi için bağımsız gruplar t-testi (%27'lik Alt ve Üst Gruplar) kullanıldı. Yakınsak geçerlilik ve ayrışma geçerliliği için AVE ve CR değerlerine bakıldı. Güvenirlik analizinde, iç tutarlılık için Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı bulundu. İç tutarlılık ve madde analizi için

madde-korelasyon değerleri, zamana karşı tutarlılık içinde test tekrar test yöntemi ve sınıf içi korelasyon katsayısı kullanıldı.

5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın kapsamında, araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında Adana ilinde bulunan bir hastanesinin kardiyoloji birimlerine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul edip onam formunu (Ek-2) imzalayan hastalardan elde edilen bulgular ile sınırlıdır.



6. BULGULAR

Tablo 6.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri (n=500)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş Ortalaması: 53,57±12,50		
40 ve Altı	92	18,4
41-60	243	48,6
61 ve üzeri	165	33
Cinsiyet		
Kadın	252	50,4
Erkek	248	49,6
Medeni Durum		
Evli	473	94,6
Bekar	27	5,4
Eğitim Durumu		
Okur Yazar	61	12,2
İlköğretim	221	44,2
Lise	180	36,0
Lisans ve üstü	38	7,6
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	254	50,8
Çalışmıyor	246	49,2
Gelir Durumu		
Geliri Giderden Az	321	64,2
Geliri Giderine Eşit	151	30,2
Geliri Giderinden Fazla	28	5,6

Kiminle Yaşadığı		
Eşi ve Çocukları ile	442	88,4
Yalnız	58	11,6
Başvuru Nedeni*		
Göğüs Ağrısı	360	72,0
Nefes Darlığı	189	37,8
Yorgunluk	168	33,6
Diğer**	81	16,2
Ailede KAH Öyküsü Varlığı		
Evet	366	73,2
Hayır	134	26,8
Tıbbi Tanı		
MI	295	59
Stabil Anjina	146	29,2
Anstabil Anjina	59	11,8
İlaç Kullanma Durumu		
Evet	404	80,8
Hayır	96	19,2
Hastalık Süresi		
1 Ay ve Daha Az	255	51,0
1 Aydan Daha Fazla	245	49,0

* Birden fazla seçilen madde

** Bulantı-kusma, baş dönmesi, çarpıntı

Hastaların 92'si (%18,4) 40 yaş ve altı, 243'ü (%48,6) 41-60 yaş , 165'i (%33) 61 yaş ve üzeri olup yaş ortalaması $53,57 \pm 12,50$ dir.

Hastaların 252'si (%50,4) kadın, 473'ü (%94,6) evli, 221'i (%44,2) ilköğretim mezunu, 180'i (%36,0) lise mezunu, 254'ü (%50,8) çalışan, 321'inin (%64,2) geliri giderinden az ve 442'si (%88,4) eşi ve çocukları ile birlikte yaşamakta idi.

Hastaların 360'ının (%72,0) göğüs ağrısı, 189'unun (%37,8) nefes darlığı, 168'inin (%33,6) yorgunluk şikayeti ile, 81'inin (%16,2) diğer şikayetler ile başvurduğu ve 366'sının (%73,2) ailesinde KKH öyküsü olduğu, 404'ünün (%80,8) ilaç kullandığı saptandı. Hastaların 295'ünün (%59) MI, 146'sının (%29,2) stabil anjina, 59'unun (%11,8) anstabil anjina tıbbi tanısı bulunmaktaydı. Hastalık süresi 255'inde (%51,0) 1 ay ve daha az, 245'inde (%49,0) 1 aydan daha fazla olarak belirlendi.

Tablo 6.2. Koroner Arter Hastalığı Tanısına Sahip Olma Süresi

Ortalama	Standart Sapma	Medyan	En Az	En Fazla
266,36	569,33	28	2	3650

Katılımcıların koroner arter hastalığı tanısına sahip olma sürelerine ilişkin ortalamalarına ait betimsel veriler tablo 6.2 de görülmektedir. Tablodaki verilere göre koroner arter hastalığı tanısına sahip hastaların hastalığa sahip oldukları sürelerin ortalaması (M=28) olarak bulunmuştur.

6.1. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin Geçerlilik Çalışması

Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin geçerlilik çalışmasında; dil, kapsam, yapı ve paralel form geçerliliği değerlendirildi

6.1.1. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin içerik/kapsam geçerliliği

Kapsam geçerliliğini saptamak için 10 uzman kişiden görüş alındı. Türkçe çevirisi yapılan ölçek hakkında dilin uygun kullanımı, anlaşılabilirlik ve yalınlık açısından değerlendirmeleri istendi. Bilir kişiler, her maddeyi “A. Uygun”, “B. Biraz gözden geçirilmeli”, “C. Ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve “D. Uygun değil” olarak derecelendirmiştir. Kapsam geçerliliği hem madde düzeyinde KGO hemde ölçek düzeyinde KGİ hesaplanmıştır. Çalışmada elde edilen verilere göre kapsam geçerlilik indeksinin (KGİ) 0,94 olduğu bulundu.

Tablo 6.3. Kapsam Geçerliliği

	Uzman 1	Uzman 2	Uzman 3	Uzman 4	Uzman 5	Uzman 6	Uzman 7	Uzman 8	Uzman 9	Uzman 10	CVR (KGO)	
Madde 1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1	
Madde 2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1	
Madde 3		x	x	x	x	x	x	x	x	x	0,8	
Madde 4	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1	
Madde 5	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1	
Madde 6	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1	
Madde 7	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1	
Madde 8	x	x	x	x	x	x		x	x	x	0,8	
Madde 9	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1	
Madde 10	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1	
Madde 11	x	x	x	x		x	x	x	x	x	0,8	
Madde 12	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1	
Madde 13	x	x	x	x		x	x	x	x	x	0,8	
Madde 14	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1	
Madde 15	x	x	x	x		x	x	x	x	x	0,8	
Madde 16	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1	
Madde 17	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1	
Madde 18	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1	
Madde 19	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1	
Madde 20	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1	
Madde 21	x	x		x	x	x	x	x	x	x	0,8	
Madde 22	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1	
Madde 23	x	x	x	x	x	x	x			x	0,8	
Madde 24	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1	
Madde 25	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1	
											CVI (KGİ)	0,94

6.1.2 Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin yapı geçerliliği

Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği faktörlerin yapı geçerliliğine ilişkin doğruluğunu belirlemek için doğrulayıcı faktör analizi sonucu elde edilen uyum iyiliği kriterleri aşağıda tabloda verilmektedir.

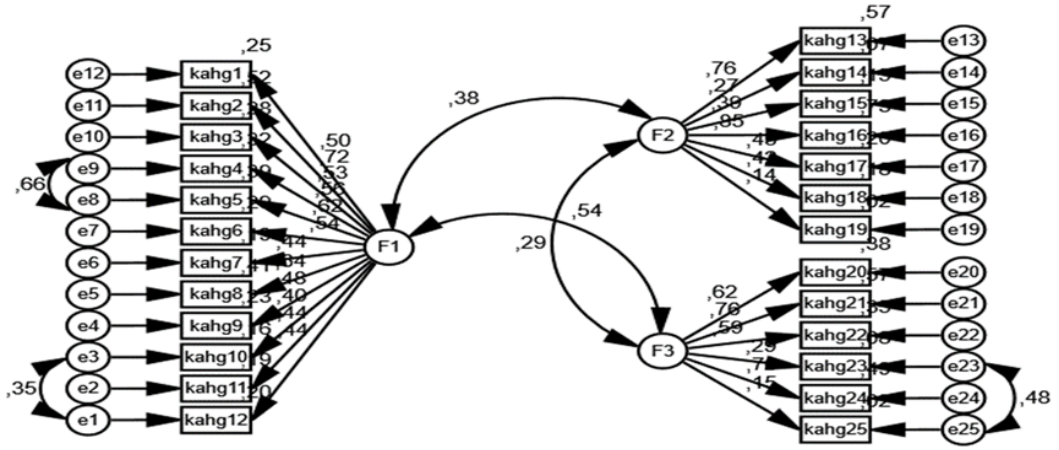
Tablo 6.4. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi İndeks Değerleri

İndeks	Normal Değer*	Kabul Edilebilir Değer**	Değer
χ^2/sd	<2	<5	3,87
GFI	>0,95	$\geq 0,90$	0,90
AGFI	>0,95	$\geq 0,90$	0,90
CFI	>0,95	>0,90	0,93
RMSEA	<0,05	<0,08	0,06
RMR	<0,05	<0,08	0,07

Tablo 6.4'e göre; χ^2/sd : Ki Kare/Serbestlik derecesi değeri 3,87, GFI: uyum iyiliği indeks değeri 0,90, AGFI: düzeltilmiş uyum iyiliği indeks değeri 0,90, CFI: karşılaştırılmalı uyum indeks değeri 0,93, RMSEA: yaklaşık hataların ortalama karekökü indeks değeri 0,06, RMR: standartlaştırılmış hata kareleri ortalamalarının karekök değeri 0,07 olarak bulundu.

Analiz sonuçları, doğrulayıcı faktör analizi ile hesaplanan uyum istatistiklerinin ölçeğin daha önce belirlenen faktör yapısı ile kabul edilebilir düzeyde uyumlu olduğu saptandı.

Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'ne göre DFA diyagramı aşağıda verilmiştir.



Şekil 6.1. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Diyagram

Tablo 6.5. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Yükleri

Maddeler ve Faktörler		β	Std. β	S.Hata	t	p
KAHG12	F1	1,00	0,44			
KAHG11	F1	0,9	0,43	0,12	7,04	$p \leq 0,001$
KAHG10	F1	1,006	0,39	0,12	8,15	$p \leq 0,001$
KAHG9	F1	1,35	0,47	0,18	7,41	$p \leq 0,001$
KAHG8	F1	1,79	0,64	0,20	8,58	$p \leq 0,001$
KAHG7	F1	1,01	0,43	0,14	7,03	$p \leq 0,001$
KAHG6	F1	1,42	0,53	0,18	7,90	$p \leq 0,001$
KAHG5	F1	1,67	0,62	0,19	8,47	$p \leq 0,001$
KAHG4	F1	1,64	0,56	0,2	8,06	$p \leq 0,001$
KAHG3	F1	1,43	0,53	0,18	7,85	$p \leq 0,001$
KAHG2	F1	2,07	0,72	0,23	8,97	$p \leq 0,001$
KAHG1	F1	1,46	0,5	0,19	7,62	$p \leq 0,001$
KAHG13	F2	1	0,75			
KAHG14	F2	0,64	0,43	0,08	5,52	$p \leq 0,001$
KAHG15	F2	0,47	0,38	0,06	7,9	$p \leq 0,001$
KAHG16	F2	1,11	0,85	0,07	14,59	$p \leq 0,001$
KAHG17	F2	0,61	0,44	0,06	9,13	$p \leq 0,001$
KAHG18	F2	0,56	0,42	0,06	8,62	$p \leq 0,001$
KAHG19	F2	0,63	0,4	0,04	2,79	0,005
KAHG20	F3	1	0,61			
KAHG21	F3	1,09	0,75	0,09	11,87	$p \leq 0,001$
KAHG22	F3	0,96	0,58	0,09	10,2	$p \leq 0,001$
KAHG23	F3	0,51	0,43	0,05	5,52	$p \leq 0,001$
KAHG24	F3	1,02	0,7	0,08	11,46	$p \leq 0,001$
KAHG25	F3	0,94	0,48	0,06	2,99	0,003

Standardize edilmiş katsayılar incelendiğinde faktör yüklerinin yüksek, standart hata değerlerinin düşük, t değerlerinin anlamlı olduğu belirlendi. Belirlenen sonuçlara göre faktör yapısına ilişkin yapı geçerliliği doğrulanmaktadır.

6.2. Ayırt Edicilik

Maddelerin analiz edilmesinde kullanılan bu yöntem, ölçeğin toplam puanının Alt %27 ve Üst %27 şeklinde gruplara ayrılarak oluşan gruplar arasında önemli farkın belirlenmesidir. Oluşturulan gruplar arasında farkın olması ayırt ediciliği ifade etmektedir. Gruplar arasında farkın olmaması ise en düşük ve en yüksek puan aralığının küçük olduğunu göstermektedir (65).

Tablo 6.6. Ölçek Puanlarının Alt-Üst %27 Gruplarına Göre Farklılaşma Durumu

Gruplar	Alt %27 (n=135)		Üst %27 (n=135)		t	sd	p
	Ort	Ss	Ort	Ss			
Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Toplam	72,00	6,37	100,14	4,36	-42,353	268	≤0,001
Öz Belirleme	34,97	5,10	51,05	3,98	-28,871	268	≤0,001
Duygusal Öz Düzenleme	18,39	3,44	25,90	2,69	-19,928	268	≤0,001
Hastalık Yönetimi Algısının Kişisel Yeterliliği	18,63	3,37	23,17	1,82	-13,785	268	≤0,001

Bağımsız Gruplar T-Testi

Ölçeğinin Alt%27 ile Üst %27 grupları arasında anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır($p<0,05$). Bu sonuçlara göre ölçeğin ayırt edecek hassas ölçüm yaptığı saptandı.

6.3. Ölçüt Geçerliliği ve Ayrışma Geçerliliği

Ölçüm modelinde yer alan değişkenlerin yapı geçerliliğini test edebilmek için yapı güvenilirliğini (CR - composite reliability) ve Ortalama Açıklanan Varyans (AVE – average variance extracted) değerleri incelenmiştir. AVE (average variance extracted) standardize edilmiş faktör yüklerinin karelerinin toplamının madde sayısına

bölünmesiyle bulunur. Bu koşulun sağlanması yakınsak geçerliliğin sağlanması demektir. CR değerinin 0,7 değerinden yüksek olması yakınsak geçerliliği temsil eder. Ölçüt geçerliliği için, ölçeğin CR değerlerinin AVE değerlerinden büyük, AVE değerinin ise 0,5'ten büyük olması istenmektedir. Ayrışma geçerliliği Fornell and Larcker'ın yaklaşımı ile test edilmiştir. Bu yaklaşımda her kavram için açıklanan varyans değerinin karekökünün, bu kavram ile diğer kavramlar arasındaki korelasyondan yüksek olmalıdır.

Tablo 6.7. Yakınsak Geçerliliği ve Ayrışma Geçerliliği

	CR	AVE
F1	0,74	0,56
F2	0,81	0,54
F3	0,84	0,58

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi CR değerleri AVE değerlerinden büyük ve AVE değerleri 0,5'ten büyüktür. Ölçeğe ilişkin ölçüt geçerliliği sağlanmıştır. Her bir faktörün AVE değerinin karekökü söz konusu faktörün diğer faktörlerle olan korelasyon değerlerinden büyük çıkmıştır. Buna göre ayrımsal geçerliğin söz konusu olduğu da söylenebilir.

6.4. Güvenirlilik ve Madde Analizi

“Ölçeğin iç tutarlılığını belirlemek üzere güvenirlilik analizi uygulanmıştır. Güvenirlilik analizi ölçekte bulunan maddelerin birbirleri ve ölçek geneli ile tutarlı olup olmadığını göstermektedir. Aynı zamanda ölçek ifadelerinin denekler tarafından aynı anlaşılıp anlaşılmadığını belirlemektedir. Güvenirlilik, katılımcıların ölçek maddelerine verdikleri yanıtlar arasındaki tutarlılıktır” (65). Literatürde ölçeğin güvenirliliği (iç tutarlılık) yaygın olarak Cronbach's Alpha katsayısı ile belirlenmektedir. Cronbach's Alpha Katsayısının değerlendirilmesinde kullanılan değerlendirme kriteri olarak “ $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir”, “ $0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir”, “ $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilir”, “ $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir” olarak belirlenmektedir (66).

Ölçeğe ilişkin güvenilirlik analizi uygulanmış ve Alpha katsayısı 0,852 olarak bulunmuştur. Maddelerin iç tutarlılığa etkisine yönelik madde analizi aşağıda verilmektedir.

Tablo 6.8. Madde Analizi

	Madde silindiğinde ölçek puanı	Madde silindiğinde varyans	Madde toplam korelasyonu	Madde silindiğinde crombach alpha
kahg1	82,96	118,65	0,44	0,84
kahg2	83,75	115,38	0,59	0,83
kahg3	83,10	121,63	0,35	0,84
kahg4	83,21	117,82	0,48	0,84
kahg5	83,22	117,7	0,53	0,84
kahg6	83,41	119,76	0,45	0,84
kahg7	83,06	122,71	0,37	0,84
kahg8	83,62	116,6	0,56	0,84
kahg9	82,98	117,67	0,50	0,84
kahg10	82,76	121,62	0,38	0,84
kahg11	82,22	122,91	0,42	0,84
kahg12	82,34	121,47	0,45	0,84
kahg13	83,23	123,15	0,40	0,84
kahg14	83,65	121,48	0,46	0,84
kahg15	84,02	121,83	0,4	0,84
kahg16	83,25	122,07	0,35	0,84
kahg17	83,93	119,05	0,46	0,84
kahg18	83,67	124,73	0,43	0,84
kahg19	82,41	125,01	0,39	0,84
kahg20	83,43	124,59	0,47	0,84
kahg21	82,98	121,34	0,51	0,84
kahg22	83,44	122,97	0,45	0,84
kahg23	82,89	128,33	0,46	0,84
kahg24	83,28	121,16	0,51	0,84
kahg25	82,61	127,87	0,46	0,84

“Maddelere verilen yanıtların maddeler arasında ve ölçek toplamı ile pozitif korelasyona sahip olması beklenir. Bu durum katılımcıların önermeleri doğru

anladıklarını ve objektif yanıt verdiklerini göstermektedir. Ölçekteki bir maddenin, maddeler toplamı ile korelasyon katsayısının 0,3 ve üzeri olması ayırt ediciliğinin yüksek olduğunu göstermektedir” (65).

6.5. Ölçüt Geçerliliği

Ölçüt-bağıntı geçerlik için Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme ile Hasta Güçlendirme Ölçeği arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Tablo 6.9. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme ile Hasta Güçlendirme Puanları Arasında Korelasyon Analizi

		Hasta Güçlendirme Toplam
Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Toplam	r	0,599**
	p	≤0,001
Öz Belirleme	r	0,574**
	p	≤0,001
Duygusal Öz Düzenleme	r	0,303**
	p	≤0,001
Hastalık Yönetimi Algısının Kişisel Yeterliliği	r	0,457**
	p	≤0,001

*<0,05; **<0,01; Pearson Korelasyon Analizi

Koroner arter hastalığı güçlendirme ile hasta güçlendirme arasında korelasyon ilişkileri incelediğinde pozitif yönde korelasyon saptanmıştır(p<0,05).

6.6. Test-Tekrar Test Güvenirliği

Tablo 6.10. Test-Tekrar Test

Ölçümler	Test		Tekrar		n	t	p ^a	ICC ^b	r ^c
	Ort	Ss	Ort	Ss					
Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Toplam	86,58	11,96	86,36	12,09	103	0,97	0,33	0,95	0,9
Öz Belirleme	43,65	7,23	43,48	7,22	103	0,88	0,37	0,95	0,91
Duygusal Öz Düzenleme	21,49	4,21	21,54	4,21	103	-1,68	0,09	0,94	0,91
Hastalık Yönetimi Algısının Kişisel Yeterliliği	21,43	3,22	21,28	3,34	103	1,5	0,13	0,95	0,9

^a Bağımlı Grup T-Testi, ^b Intraclass Correlation Coefficient, ^c Pearson Korelasyon

Test-tekrar test ölçümleri arasındaki uyuma ilişkin Intraclass Correlation Coefficient ve test-tekrar test korelasyon değerlerinin yüksek bulunduğu, test-tekrar test korelasyon değerleri arasında fark olmadığı saptanmıştır(p<0,05). Bu bulguya göre ölçeğin zamana göre tutarlı ölçüm yaptığı söylenebilir.

6.7. Ölçek Puanları

Hastaların koroner arter hastalığı güçlendirme yönelik; aritmetik ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum düzeyleri aşağıda yer almaktadır.

Tablo 6.11. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Puan Ortalamaları

	n	Ort	Ss	En az	En fazla	Alpha
Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Toplam	500	86,64	11,44	55	115	0,85
Öz Belirleme	500	43,07	7,27	21	60	0,82
Duygusal Öz Düzenleme	500	22,34	4,19	10	31	0,68
Hastalık Yönetimi Algısının Kişisel Yeterliliği	500	21,22	3,08	9	30	0,71

*<0,05; **<0,01; Pearson Korelasyon Analizi

Koroner arter hastalığı güçlendirme toplam, öz belirleme, duygusal öz düzenleme, hastalık yönetimi algısının kişisel yeterliliği, puanları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde; öz belirleme ile koroner arter hastalığı güçlendirme toplam puanları arasında $r=0.908$ pozitif çok yüksek ($p=0,000<0.05$), duygusal öz düzenleme ile koroner arter hastalığı güçlendirme toplam puanları arasında $r=0.699$ pozitif orta ($p=0,000<0.05$), duygusal öz düzenleme ile kendi kaderini öz belirleme arasında $r=0.43$ pozitif zayıf ($p=0,000<0.05$), hastalık yönetimi algısının kişisel yeterliliği ile koroner arter hastalığı güçlendirme toplam puanları arasında $r=0.62$ pozitif orta ($p=0,000<0.05$), hastalık yönetimi algısının kişisel yeterliliği ile öz belirleme arasında $r=0.425$ pozitif zayıf ($p=0,000<0.05$), hastalık yönetimi algısının kişisel yeterliliği ile duygusal öz düzenleme arasında $r=0.218$ pozitif çok zayıf ($p=0,000<0.05$) düzeyde korelasyon bulunmuştur.

Koroner arter hastalığı güçlendirme puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumunu incelemek için yapılan analiz sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 6.12. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Toplam	Öz Belirleme	Duygusal Öz Düzenleme	Hastalık Yönetimi Algısının Kişisel Yeterliliği
Yaş		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
40 ve Altı	92	87,82±10,26	44,08±6,28	22,33±4,47	21,4±2,56
41-60	243	86,95±11,99	42,39±7,07	22,46±4,06	21,09±3,21
61 ve üzeri	165	86,99±11,99	43,50±7,98	22,17±4,25	21,32±3,16
F		1	2,23	0,23	0,43
p		0,36	0,1	0,79	0,64
Cinsiyet					
Kadın	252	86,82±11,30	43,15±7,13	22,32±4,25	21,35±3,07
Erkek	248	86,45±11,61	42,99±7,42	22,36±4,14	21,097±3,09
t		0,36	0,23	-0,11	0,94
p		0,71	0,81	0,91	0,34

Medeni Durum					
Evli	473	86,42±11,32	42,94±7,24	22,29±4,16	21,18±3,08
Bekar	27	90,48±12,98	45,29±7,61	23,18±4,78	22±3
t		-1,79	-1,63	-1,07	-1,33
p		0,07	0,10	0,28	0,18
Eğitim Durumu					
Okur Yazar	61	89,87±13,09	44,64±8,69	23,39±4,53	21,83±2,55
İlköğretim	221	86,75±11,47	43,53±7,65	22,46±4,07	20,75±3,33
Lise	180	87,19±11,11	43,45±6,8	22,3±4,44	21,43±3
Lisans ve üstü	38	87,24±12,53	43,03±7,25	22,45±4,16	21,75±2,64
F		2,17	1,93	1,38	1,62
p		0,05	0,08	0,22	0,15
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	254	86,63±11,22	43,05±6,96	22,56±4,16	21,01±3,09
Çalışmıyor	246	86,65±11,69	43,09±7,59	22,11±4,22	21,45±3,06
t		-0,02	-0,05	1,19	-1,59
p		0,97	0,95	0,23	0,11
Gelir Durumu					
Geliri Giderden Az	321	86,15±11,40	42,84±7,28	22,32±4,27	20,98±3,08
Geliri Giderine Eşit	151	88,09±10,84	43,84±7,24	22,55±3,88	21,7±2,91
Geliri Giderinden Fazla	28	84,39±14,41	41,53±7,17	21,39±4,83	21,46±3,67
F		2,06	1,62	0,91	2,88
p		0,12	0,19	0,4	0,05
Kiminle Yaşandığı					
Eşi Ve Çocukları İle	442	86,45±10,985	43±6,93	22,3±4,13	21,14±3,07
Yalnız	58	88,1±14,52	43,62±9,52	22,65±4,68	21,82±3,08
t		-1,03	-0,6	-0,6	-1,57
p		0,4	0,63	0,54	0,11

Ailede KAH Öyküsü Varlığı					
Evet	366	86,70±11,32	43,22±7,30	22,29±4,15	21,18±3,12
Hayır	134	86,47±11,8	42,65±7,19	22,47±4,31	21,35±2,98
t		0,19	0,77	-0,41	-0,53
p		0,84	0,43	0,68	0,59
Tıbbi Tanı					
Mı	295	85,95±11,89	42,79±7,72	22,18±4,16	20,98±3,20
Stabil Anjina	146	86,77±12,13	44,02±6,87	22,38±3,84	21,66±2,66
Anstabil Anjina	59	86,78±10,49	42,69±6,35	23,03±4,62	21,05±2,99
F		1,38	2,12	0,52	1,33
p		0,23	0,07	0,72	0,25
İlaç Kullanma Durumu					
Evet	404	86,60±11,7	43,09±7,41	22,29±4,22	21,2±3,13
Hayır	96	86,82±10,34	42,96±6,68	22,53±4,09	21,32±2,88
t		-0,17	0,15	-0,49	-0,33
p		0,86	0,87	0,62	0,73
Hastalık Süresi					
1 Ay ve Daha Az	255	85,56±11,96	42,9±7,76	21,5±4,37	21,16±3,05
1 Aydan Daha Fazla	245	87,76±10,79	43,24±6,73	23,21±3,82	21,29±3,12
t		-2,15	-0,52	-4,66	-0,49
p		0,03	0,59	≤0.001	0,620

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc: Tukey, LSD

Hastaların koroner arter hastalığı güçlendirme ölçeği toplam, öz belirleme, duygusal öz düzenleme, hastalık yönetimi algısının kişisel yeterliliği alt boyut puanları yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastaların koroner arter hastalığı güçlendirme ölçeği toplam, öz belirleme, duygusal öz düzenleme, hastalık yönetimi algısının kişisel yeterliliği alt boyut puanları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastaların koroner arter hastalığı güçlendirme ölçeği toplam, öz belirleme, duygusal öz düzenleme, hastalık yönetimi algısının kişisel yeterliliği alt boyut puanları medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastaların koroner arter hastalığı güçlendirme ölçeği toplam, öz belirleme, duygusal öz düzenleme, hastalık yönetimi algısının kişisel yeterliliği alt boyut puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastaların koroner arter hastalığı güçlendirme ölçeği toplam, öz belirleme, duygusal öz düzenleme, hastalık yönetimi algısının kişisel yeterliliği alt boyut puanları çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastaların koroner arter hastalığı güçlendirme ölçeği toplam, öz belirleme, duygusal öz düzenleme, hastalık yönetimi algısının kişisel yeterliliği puanları maddi durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastaların koroner arter hastalığı güçlendirme ölçeği toplam, öz belirleme, duygusal öz düzenleme, hastalık yönetimi algısının kişisel yeterliliği alt boyut puanları kiminle yaşandığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastaların koroner arter hastalığı güçlendirme ölçeği toplam, öz belirleme, duygusal öz düzenleme, hastalık yönetimi algısının kişisel yeterliliği alt boyut puanları ailede kkh öyküsü varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastaların koroner arter hastalığı güçlendirme ölçeği toplam, öz belirleme, duygusal öz düzenleme, hastalık yönetimi algısının kişisel yeterliliği alt boyut puanları tıbbi tanıya göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastaların koroner arter hastalığı güçlendirme ölçeği toplam, öz belirleme, duygusal öz düzenleme, hastalık yönetimi algısının kişisel yeterliliği alt boyut puanları ilaç kullanımlarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastalık süresi 1 ay ve daha az olanların koroner arter hastalığı güçlendirme ölçeği toplam puanları ($ort\pm ss=85,56$), hastalık süresi 1 aydan daha fazla olanlardan ($ort\pm ss=87,76$) anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($t=-2,15$; $p=0.03<0.05$; $d=0,19$; $\eta^2=0,009$). Hastalık süresi 1 ay ve daha az olanların duygusal öz düzenleme puanları ($ort\pm ss=21,5$), hastalık süresi 1 aydan daha fazla olanlardan

(ort±ss=23,216) anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($t=-4,66$; $p=0<0.05$; $d=0,41$; $\eta^2=0,04$). Hastaların öz belirleme, hastalık yönetimi algısının kişisel yeterliliği alt boyut puanları hastalık süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).



7. TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde kardiyoloji ve kardiyolojiye bağlı birimlerde tanı almış olan hastalara Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme (KAHG) Ölçeği'nden elde edilen bulguların tartışması sunulmuştur. Öncelikle araştırmaya dahil edilen hastaların sosyodemografik ve tıbbi özellikleri ve Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme (KAHG) Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik bulgularının tartışılması ele alınmıştır.

7.1. Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmaya toplamda 500 hasta alınmış olup, katılan bireylerin yaş ortalaması $53,570 \pm 12,507$ ve 252 (%50,4)'ünün kadın olduğu bulunmuştur (Tablo 6.1.2.). Orijinal ölçeğin geliştirildiği çalışmada ise; katılımcıların yaş ortalaması 64,75 (40-87 yıl) ve 137 (%45,5)'i kadındır (60). Araştırmaya katılanların yaşa göre dağılımına bakıldığında en çok yaş ortalaması 48,6 (243) 41-60 olarak dağılım göstermektedir. Araştırmanın yaş ve cinsiyet ile ilişkili katılımcı özelliklerinin, orijinal araştırma ile benzer olduğu görülmektedir (60). Köseoğlu ve Enç'in kronik kalp hastalarında ilaç uyumu çalışmasında yaş ortalamasını 67.32 ± 12.05 olarak belirtilmektedir (67). Yaş değiştirilemez bir risk faktörü ve yaş arttıkça kardiyovasküler hastalık riski artmaktadır (68). Çalışma sonuçlarımız yukarıdaki çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda katılımcılara 295 hasta (%59) ile koroner arter hastalıklarından en sık konulan tanı MI iken orijinal ölçeğin geliştirildiği çalışmada ise; 163 hasta (%54,2) ile en sık konulan tanının kararsız angina olduğu görülmüştür (60).

Çalışmaya katılan hastalara koroner arter hastalıklarından konulan tıbbi tanı dağılımları 295 (%59)'unun MI, 146 (%29,2)'sinin Stabil Angina, 59 (%11,8)'inin Anstabil Angina olduğu bulunmuştur. Orijinal ölçeğin geliştirildiği çalışmada ise; 163 (%54,2)'sinin Kararsız Angina, 71 (%23,6)'sının Kararlı Angina, 23 (%7,6)'sının Akut Angina, 5 (%1,7)'sinin Varyant Angina, 39 (%13)'ünün diğer hastalık tanılı olduğu belirlenmiştir (60).

Araştırmaya dahil olan hastaların sosyodemografik ve tıbbi özellikleri incelendiğinde; ailesinde koroner arter hastalığı tanısı olan evli bireylerde MI tanısının

yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan literatür araştırmalarında medeni durum ile MI tanısının birlikte ele alındığı çalışmaya rastlanmamıştır.

Yunanistan’da 18 yaş ve üzeri 3042 kişinin 2001-2006 yılları arasında izlendiği 5 yıllık bir çalışmada Koroner Kalp Hastalığı yönünden risk altında olan erkeklerde %11,0, kadınlarda %6,1 bulunmuştur (69). Bizim çalışmamızda ise erkeklerde %49,6 kadınlarda %50,4 olarak daha yüksek görülmesine rağmen, benzer olarak cinsiyete göre anlamlı farklılık görülmemiştir.

İzmir’de 1997 yılında 315 hastanın katılımı ile yapılan bir çalışmada yaş arttıkça Koroner Kalp Hastalığı insidansının arttığı görülmüştür (70). Bizim çalışmamızda yaşa göre anlamlı fark görülmemiştir. Katılımcıların yaş aralıklarının farklı olması gibi sosyodemografik ve tıbbi özelliklerin farklı olması farklı sonuçları ortaya çıkarabilmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların büyük bir çoğunluğunun (%94,6) evli olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.1.2.). Kronik kalp hastalıkları ile ilgili yapılan bir çalışmada hastaların %90’ının evli olduğu bulunmuştur (71). Yapılan başka bir çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun (%71,1) evli olduğu, %12’sinin ise boşanmış veya ayrı yaşadığını saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımız yukarıdaki çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan hastaların, % 64,2’sinin geliri giderinden az, %30,2’sinin geliri giderine eşit, %5,6’sının ise gelirinin giderinden fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 6.1.). Rosengren ve ark. 20 ülkede yapmış olduğu PURE çalışmasında düşük sosyoekonomik düzeye sahip olan ülkelerde kardiyovasküler hastalıkların fazla olduğu, düşük gelir seviyesi ile düşük eğitime sahip olma arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (72). Kalp yetersizliği olan yaşlı 97 hastada Psikososyal Uyum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi isimli çalışmada hastaların %62,9’ının gelir düzeyinin orta düzeyde olduğunu belirlenmiştir (73). Literatürde kronik kalp hastalarında gelir durumunun benzer olduğu başka çalışmalar da bulunmaktadır (74,75). Çalışmamız yukarıdaki çalışmalarla benzerlik göstermemektedir.

Bu çalışmada hastaların yarıdan fazlasının (%80,8) kronik kalp hastalığı tanılarına yönelik ilaç kullandıkları saptandı (Tablo 6.1.). Hızlı kalp atışına yol açabilen sinir sisteminin bazı etkilerini engelleyerek kalbin iş yükünü azaltan ilaçlar

son yıllarda kalp ve damar hastalıklarının tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. TAKTİK çalışmasında hastaların %95'i Betabloker, %79'u ACE inhibitörü, %22'si ARB, %98'i diüretik, %49'u digoxin, %3'ü kalsiyum kanal blokeri ve %13'ü antiaritmik ilaç kullanmakta olduğu saptanmıştır (76). Yapılan başka bir çalışmada hastaların % 55'i antikoagülan, %26,3'ü ARB, %24,9'u ACE inhibitörü kullandığı saptanmıştır (77).Çalışmamız yukarıdaki çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

7.2. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Bulgularının Tartışılması

Bu bölümde Kim, Shin ve Lee tarafından 2021 yılında geliştirilen 'Development and Evaluation of The Coronary Artery Disease Empowerment Scale' ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasından elde edilen bulguların tartışmasına yer verilmiştir.

Güçlendirme ile ilgili birçok çalışma sadece içsel faktörlere odaklanırken (Brookings ve Bolton, 2000; Peterson ve diğerleri, 2006) bu çalışma çeşitli faktörleri kapsayan bir araç geliştirerek önemli bir katkı sağlamaktadır (60). Shin&Park (2015) meme kanserli kadın hastaların güçlendirilmesine yönelik geliştirdikleri ölçek çalışmasında ölçek etkileşimsel ve davranışsal faktörlere ayrılmıştır. Bu çalışmada ise etkileşimsel ve davranışsal faktörler bütünleşmiş olarak gösterilmiştir (60).

Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirliğinin belirlenebilmesi için öncelikle araştırmanın dil geçerliliği üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Dil geçerliliği belirlenmek üzere ölçek birbiri ile bağımlılığı olmayan ileri düzeyde İngilizce bilen 3 kişi tarafından İngilizceden Türkçe'ye çevrilmiştir. Elde edilen çeviriler birbirleri ile karşılaştırılmış en uygun ifadeler belirlenmiş Türkçe ölçek elde edilmiştir. Elde edilen Türkçe ölçek tekrar İngilizceye çevrilmek üzere ileri düzeyde İngilizce bilen 3 kişi tarafından çevirisi yapılmıştır. Çeviriler karşılaştırılmış en uygun ifadeler seçilmiş ve İngilizce ölçek oluşturulmuştur. Oluşturulan İngilizce ölçek ile orijinal ölçek karşılaştırılarak ölçeğin maddelerinde anlamsal olarak herhangi bir değişikliğin olmadığı saptanmıştır.

Ölçeğin kapsam geçerliliği için alanında uzman 10 kişinin görüşüne başvurulmuştur. Ölçek 25 maddeden oluşmaktadır. Uzman kişiler tarafından alınan öneriler doğrultusunda ölçekten herhangi bir madde çıkarılmayıp 25 madde olarak tek

bir form oluşturuldu. Kapsam geçerlilik oranlarının 0,8 ile 1 arasında değiştiği saptandı. Ölçeğin kapsam geçerlilik indeksi (KGI) 0,94 olarak bulundu.

Ölçeğin yapı geçerliliğini değerlendirmek üzere DFA kullanılmıştır. Bu analiz sonucunda uyum indeksleri incelenmiştir. Uyum indekslerinin $\chi^2/sd=3,87$, GFI=0,90, AGFI=0,90, CFI=0,93, RMSEA=0,06, RMR=0,07 olduğu saptanmıştır. Elde edilen veriler ölçeğin daha önce belirlenen faktör yapısı ile uyumlu olduğunu göstermektedir.

χ^2/sd oranı uyum iyiliğini temsil etmektedir. Bu değer 5'in altında olması ölçeğin iyi uyum iyiliğinin olduğunu ortaya koymaktadır (78). Bu değer bizim çalışmamızda 3,87 olduğu saptanmış ve kabul edilebilir düzeyde uyumlu olduğu belirlenmiştir.

GFI uyum iyiliği indeksini temsil etmekte ve 0 ile 1 arasında değer almaktadır. Sonucun 1'e yakın olması iyi uyum gösterdiğini belirtmektedir (78). Bu değer bizim çalışmamızda 0,90 olduğu saptanmış ve kabul edilebilir düzeyde uyumlu olduğu belirlenmiştir.

AGFI düzeltilmiş uyum iyiliğini temsil etmekte ve 0 ile 1 arasında değer almaktadır. Sonucun 1'e yakın olması iyi uyum gösterdiğini belirtir (78). Bu değer bizim çalışmamızda 0,90 olduğu saptanarak kabul edilebilir düzeyde uyumlu olduğu belirlenmiştir.

CFI karşılaştırmalı uyum iyiliğini temsil etmekte ve 0 ile 1 arasında değer alması iyi uyumu göstermektedir (78). Bu değer bizim çalışmamızda 0,93 olduğu ve kabul edilebilir düzeyde uyum gösterdiği görülmektedir.

RMSEA tahmini kök hata kareler toplamını temsil eder. Kötü uyum indeksi olarakta bilinir. Bu sebeple 0 değer mükemmel uyumu temsil ederken, 0,05'in altında kalan değer iyi uyumu, 0,08'in altında kalan değer ise makul uyumu temsil eder (79). Bu değer bizim çalışmamızda 0,06 olduğu saptanmış ve kabul edilebilir düzeyde uyumlu olduğu belirlenmiştir.

RMR 0 ile 1 arasında değere sahip olmalıdır. Kök artık kareler ortalamasını temsil etmektedir. Değerin 0 a yakın olması iyi uyumu temsil etmektedir(78). Bu değer bizim çalışmamızda 0,07 olduğu saptanmış ve kabul edilebilir düzeyde uyumlu olduğu belirlenmiştir.

Literatür incelemesi yapıldığında ölçeğin güvenilirliğinin (iç tutarlılığının) genellikle Cronbach's Alpha katsayısı ile değerlendirildiği görülmüştür. Cronbach

Alfa katsayısı değerlendirilirken değerlendirilme kriteri olarak ' $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir', ' $0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir', ' $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilir'dir', ' $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir' olarak tanımlanmaktadır.

Yapılan bu araştırmada ise koroner arter hastalığı güçlendirme ölçeğinin güvenilirliği Cronbach's Alpha=0,852 olarak bulunmuştur. Maddelere verilmiş olan cevapların maddeler arasında ve ölçeğin toplamı ile pozitif korelasyona sahip olması katılımcıların ifadeleri doğru anladığını ve objektif yanıt verdiklerini gösterir.

Ölçek güvenilirliğinde kullanılan diğer bir yöntem, ölçek toplam puanının ALT%27 ile ÜST%27 olarak gruplandırılan ve gruplar arasında anlamlı farkın belirlenmesidir. Bunun sonucunda anlamlı fark gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla t testi hesaplanmıştır. Bu sonuçlara göre ölçeğin ayırt edecek hassas ölçüm yaptığı saptanmıştır.

Test-tekrar test ölçümleri arasındaki uyuma ilişkin İntraclass Correlation Coefficient ve test-tekrar test korelasyon değerinin yüksek bulunduğu, test-tekrar test korelasyon değerleri arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu bulguya göre ölçeğin zamana göre tutarlı ölçüm yaptığı belirlenmiştir.

Sonuç olarak Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin Türk toplumu için güvenilir ve geçerli bir ölçme aracı olarak belirlenmiştir.

7.3. Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özellikleri İle Koroner Arter Hastalarında Güçlendirme Puanlarının Tartışılması

Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin puanlaması 1 ile 5 arasındadır. Puan yükseldikçe hastaların güçlendirilme ihtiyacının azaldığı, puan azaldıkça hastaların güçlendirilme ihtiyacının arttığı kabul edilebilir. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme puan ortalamaları; öz belirleme ile koroner arter hastalığı güçlendirme toplam puanları arasında $r=0,9$ pozitif çok yüksek, duygusal öz düzenleme ile koroner arter hastalığı güçlendirme toplam puanları arasında $r=0,69$ ve hastalık yönetimi algısının kişisel yeterliliği ile koroner arter hastalığı güçlendirme toplam puanları arasında $r=0,62$ pozitif orta, duygusal öz düzenleme ile öz belirleme toplam puanları arasında $r=0,43$ ve hastalık yönetimi algısının kişisel yeterliliği ile öz

belirleme toplam puanları arasında $r=0,42$ pozitif zayıf, hastalık yönetimi algısının kişisel yeterliliği ile duygusal öz düzenleme toplam puanları arasında $r=0,21$ pozitif çok zayıf düzeyde korelasyon bulunmuştur. Orijinal ölçeğin geliştirildiği çalışmada ise; Kardiyovasküler hastaların öz yeterliliği ile Kore'nin üst düzey sağlık güçlendirmesi arasındaki ilişkiyi belirledikten sonra, nihai hale getirilen 25 sorudaki tüm maddeler ve alt faktörler anlamlıydı. Ayrıca, bulgular öz yeterlik ile zayıf bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bu sonuç, öz yeterliliğin güçlendirme ile benzer anlamda ve güçlendirmenin bir bileşeni ve sonucu olarak kullanıldığını (80,81) ancak aynı kavram olarak yorumlanamayacağını göstermektedir, güçlendirmenin daha geniş bir teori olduğunu ima eder. Ayrıca geçerlilik testi yapılırken korelasyon katsayısının 0,4 ile 0,8 arasında olması ve 0,4'ün altında bir korelasyon katsayısının olması, yeni geliştirilen araç ile diğer referans araçların farklı bir kavramı ölçebileceğini düşündürmektedir (82, 83). Bu çalışmada geliştirilen araç, Sağlığı Güçlendirme Ölçeği ile orta düzeyde bir korelasyon göstererek, eşzamanlı geçerliliği sağladı. Park C.& Park Y. (2013) yaptıkları çalışmada Sağlığı Güçlendirme Ölçeği'nin toplam puanları ile Egzersiz Öz-Yeterlik Ölçeği arasındaki anlamlı korelasyonlarla desteklenmiştir (Pearson katsayısı = 0,6) (84).

Hastaların koroner arter hastalığı güçlendirme ölçeği toplam, öz belirleme, duygusal öz düzenleme, hastalık yönetimi algısının kişisel yeterliliği alt boyut puanları yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Yılmaz A. Ve ark.(2020) yaptığı hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi çalışmasının sonuçları incelendiğinde ise yaş grupları ile hasta güçlendirme arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Yaş gruplarına göre en yüksek hasta güçlendirme skorunun en genç yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir. Yaş arttıkça hasta güçlendirme skorunda düşüş olduğu gözlemlenmiştir (85).

Hastaların koroner arter hastalığı güçlendirme ölçeği toplam, öz belirleme, duygusal öz düzenleme, hastalık yönetimi algısının kişisel yeterliliği puanları incelendiğinde cinsiyetleri ile anlamlı fark görülmediği belirlenmiştir.

Hastalık süresi 1 ay ve daha az olanların koroner arter hastalığı güçlendirme ölçeği toplam puanları ($ort\pm ss=85,56$), hastalık süresi 1 aydan daha fazla olanlardan ($ort\pm ss=87,76$) anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Hastalık süresi 1 ay ve daha az olanların duygusal öz düzenleme puanları ($ort\pm ss=21,5$), hastalık süresi 1 aydan daha

fazla olanların duygusal öz düzenleme puanlarından ($ort\pm ss=23,21$) düşük bulunmuştur.



8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin Türk diline uyarlanarak Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini saptamak amacıyla yapılan çalışmamızdan elde edilen sonuçlara yer verilmiştir.

Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'ni, koroner arter hastalarının güçlenmelerini değerlendirmek ve hastalığı ve sağlıklarını kendi başlarına nasıl yöneteceklerini öğrenmek, semptomları tanımak ve kendileri için en iyi olan tedaviyi belirlemek için sağlık hizmetlerinde kullanmaları gerekir.

Çok sayıda çalışma güçlendirmeyi değerlendirmiş kronik hastalıkları olan hastalar için müdahalelerin etkinliğini doğrulamıştır. Ancak koroner arter hastalarında bu konuda yapılan çalışmalar oldukça az olduğundan bu çalışma geliştirilmiştir.

Türk kültüründe algılara göre orijinal ölçeğin yapı geçerliliği doğrulayıcı faktör analizi ölçüm modeli ile test edilmiş, modele ilişkin uyum iyiliği sağlanmıştır. Elde edilen gözlenen değişkenlere neden olan örtük değişkenlerin (faktörler) t değerlerinin anlamlı, standart hataların küçük, standardize yol katsayılarının 0,388 ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Ölçek genel güvenilirliğinin yüksek olduğu, maddelerin iç tutarlılığına ilişkin madde toplam korelasyon değerlerinin 0,3 ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Ayrıca ölçek faktörlerinin düşük ve yüksek özellikli iki grubu ayırt edebildiği belirlenmiştir. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme (KAHG) Ölçeği'nin güvenilirlik kat sayısı Cronbach's Alpha=0.852 olarak yüksek bulunmuştur. Bu sonuca göre ölçeğimizin yüksek düzeyde güvenilir bir ölçek olduğu saptanmıştır.

Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği kullanılarak hemşirelik uygulamalarında koroner arter hastalarının güçlendirilmesi ve ilişkili faktörlerin araştırılması önerilmektedir.

Ölçeğin Koroner Arter Hastalığı tanılı farklı örneklem gruplarında uygulanarak daha geniş çaplı araştırma yapılması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

1. Malakar AK, Choudhury D, Halder B, Paul P, Uddin A, Chakraborty S. (2019). A review on coronary artery disease, its risk factors, and therapeutics. *Journal of Cellular Physiology*, 234(10), 16812-16823.
2. Türkiye İstatistik Kurumu Sağlık İstatistikleri Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olumve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> adresinden 11.02.2022 tarihinde erişilmiştir.
3. Türkiye İstatistik Kurumu Sağlık İstatistikleri Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olumve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-33710> adresinden 11.02.2022 tarihinde erişilmiştir.
4. Türkiye İstatistik Kurumu Sağlık İstatistikleri Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2016. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olumve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2016-33710> adresinden 11.02.2022 tarihinde erişilmiştir.
5. Gao D, Ning N, Guo Y, Ning W, Niu X, Yang J. Computed tomography for detecting coronary artery plaques: a meta-analysis. *Atherosclerosis*, 219: 603-9, 2011.
6. Badır A, Demir KF. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, 5.Baskı.Ankara, Akademisyen Kitapevi, 389-560, 2017.
7. Ünal B. Kalp ve Damar hastalıkları. (eds) Ünal B, Ergör G. "Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması" içinde. Ankara, Anıl Matbaa Ltd. Şti. Sağlık Bakanlığı Yayın no:909, 191-203, 2013.
8. Sun ZH, Cao Y, Li HF. Multislice computed tomography angiography in the diagnosis of coronary artery disease. *J Geriatr Cardiol*, 8: 104-13, 2011.
9. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone G, et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics 2010 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 121: 948-54, 2010.
10. Tekir Ö, ve Esen A. (2012). Güçlendirme kavramı ve diyabetli bireyin güçlendirilmesi. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*, 4 (1), 15-21.

11. Lenz, A. (2009). Empowerment–eine Perspektive für die psychosoziale Praxis. *PiDPsychotherapie im Dialog*, 10 (04), 341-346. doi: 10.1055/s-0029-1223390
12. Winterberg, W., & Needham, I. (2010). Empowerment und Forensik Wunschtraum oder Wirklichkeit? Sicherheitsanforderungen vs. Eigenverantwortung. *Psychiatrische Pflege*, 16, 184-188.
13. Tabari, F., Pedram Razi, S.H., Asadi Gharabaghi, M., Torabi, S., Mehran, A., Mohamadinejad, F., Amini, F., Abbaszadeh, R. ve Rezaie Zivlaei, M., Effect of Education Based on Family-Centered Empowerment Model on The Quality of Life of Elderly Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *Medical Science*, 22(91):301-311, 2018.
14. Teymori, F., Alhani, F. ve Kazemnejad, A., The Effect of Family-Centered Empowerment Model on Self-Efficacy and Self-Esteem of The Children Eith Asthma, *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal*, 7(1): 18-26, 2017.
15. European Patients Forum, EPF Background Brief: Patient Empowerment. 3-11. Brussels, Belgium: European Patients Forum,3-11, 2015.
16. Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber 1: ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*. 2002;4(1):9-14.
17. Üner S, Balcılar M. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). Ankara, Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, 2018:2.
18. Türkiye Sağlık Platformu. Ulusal ve uluslararası ölçekte sağlık finansmanında hastalık yükü: Sağlık Finansmanı Raporu. 2020. https://tusap.org/wp-content/uploads/2021/06/16-16nciTOPLANTI_yeni.pdf adresinden 11.02.2022 tarihinde erişilmiştir.
19. Roth GA, Forouzanfar MH, Moran AE, Barber R, Nguyen G, Feigin VL et al. Demographic and epidemiologic drivers of global cardiovascular mortality. *N Engl J Med*, 372(14): 1333-41, 2015.

20. Tundjungsari V, Yugaswara H, Trisna A, Putra D, Sofro ASM. Development of mobile health application for cardiovascular disease prevention. JACSA, 9(11):543-50, 2018.
21. Ünal ve ark, 2013; T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015.
22. Arslan H, Arkar H, Danaoğlu Z. Miyokard infarktüsü geçiren kişilerde mizaç ve karakter boyutları ve öfke, anksiyete ve depresyon düzeyleri. Klinik Psikiyatri, 14:143-149, 2011.
23. Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu (versiyon 2012), Türk Kardiyol Dern Arş 2012, Suppl. 3. Erişim adresi: www.tkd.org.tr/~media/files/tkd/kilavuzlar/esc.../tkda_40_70_1_76.pdf Erişim tarihi: 07.08.2015.
24. Türk Kardiyoloji Derneği (TKD). Türk Kardiyoloji Derneği koroner kalp hastalığı korunma ve tedavi kılavuzu 2002.
25. Türk Kardiyoloji Derneği (TKD). Avrupa klinik uygulamada kardiyovasküler hastalıklardan korunma kılavuzu: Özet. Türk Kardiyol Dern Arş 2008; Suppl 1: 153-192, 2008.
26. Yüksel H. Aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklarda primer ve sekonder korunma. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Ateroskleroz Koroner, Serebral, Periferik Arter Tutulumu Sempozyum Dizisi, 52; 77-88, 2006.
27. Mendis S, Puska P, Norrving B, editors. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: World Health Organization (WHO); 2011.
28. Lowther M, Mordue A. Primary prevention of cardiovascular disease in Scotland. Glasgow: NHS Health Scotland 2006.
29. Smith SC, Allen J, Blair SN, Bonow RO, Brass LM, Fonarow GC, et.al AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update. Circulation, 113: 2362-72, 2006.

30. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, Benetos A, Biffi A, Boavida JM, Capodanno D, Cosyns B, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2021;42(34):3227-3337
31. T.C. Sağlık Bakanlığı (SB). Türkiye kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programı. Ankara: Anıl Matbaacılık Ltd. Şti.; 2015-2020.
32. International Council of Nurses (ICN). Delivering quality, serving communities: Nurses leading chronic care. International Nurses Day, Geneva: ICN; 2010.
33. Rosamond W, Flegal K, Furie K, Go A, Greenlund K, Hong Y. Heart disease and stroke statistics. *Circulation*, 117:31-50, 2008.
34. Nichols M, Townsend N, Scarborough P, Rayner M. Cardiovascular disease in Europe. *Europe Heart Journal*, 35:2950-9, 2014.
35. Türk Kardiyoloji Derneği. Hipertansiyonda koruma ve tedavi. https://tkd.org.tr/kilavuz/k03/4_2c93c.htm?wbnum=1107. 25 Haziran 2020.
36. Turgut S. Anjiotensin dönüştürücü enzim ve I/D polimorfizmi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 12: 53-57, 2005.
37. Grobe JL, Xu D, Sigmund CD. An intracellular renin-angiotensin system in neurons: fact, hypothesis, or fantasy. *Journal Physiology*, 23:187-193, 2008.
38. Kalyoncuoğlu M, Öztürk S, Durmuş G., Keskin B, Can MM. Güncel Tedavi Kılavuzları Işığında Kronik İskemik Kalp Hastalığı Tedavisine Yaklaşım. *Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tıp Bulteni*, 55:85-100, 2017.
39. World Health Organization. Regional Office for Europe. Health 2020 policy framework and strategy document [Inter-net]. Geneva: WHO; 2012 [cited 28 dec 2022]. ISBN: 9789289054201
40. Bonal Ruiz, R., Almenares Camps, H. B., & Marzán Delis, M. (2012). Coaching de salud: un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles. *Medisan*, 16(5), 773-785. ISSN: 1029-3019.

41. Vossebrecher, D., & Jeschke, K. (2007). Empowerment zwischen Vision für die Praxis und theoretischer Diffusion. *Forum Kritische Psychologie*, 51, 53-66.
42. Funnell, M.M. (2004). Patient empowerment. *Critical Care. Nursing Quarterly*, 27(1), 201-204.
43. Kaya, N. ve Işık, O. (2018). Hasta güçlendirme ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. *İşletme Bilimi Dergisi*, 6(1), 27-42.
44. Olgun, N. ve Ulupınar, S., Hasta Güçlendirme ve Diyabetli Bireyin Güçlendirilmesi. *Diyabet Forumu Dergisi*, 1(1-2): 57-65, 2004.
45. Tekin, A., Kaya, E., Demirel, M. ve Yazıcı, S. Ö., Güçlendirme Bağlamında İnternetin Hasta-Hekim İlişkilerine Etkisi. *Selçuk İletişim* , 6(1):23-36, 2009.
46. Jahanpeyma, P. (2018). Yaşlı Bireylerde Otago Egzersizlerinin Fiziksel Performans, Denge, Düşme, Kırılabilirlik ve Güçlendirme Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Tez Danışmanı Prof. Dr. Fisun Şenuzun Aykar
47. Pehlivan, Seda; Şen, Şafak; Bursa Uludağ Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Sağlık Bilimleri Fakültesi/Hemşirelik Anabilim Dalı.; 0000-0002-9444-6550
48. Fraenkel JR, Wallen N, Hyun H. *How To Design And Evaluate Research In Education*(Eight edition). New York: McGraw-Hill.2012.
49. Anderson RM, Fitzgerald JM, Funnell MM, et al. The diabetes empowerment scale, a measure of psychosocial self-efficacy, *Diabetes Care*. 2009;23:739-743.
50. Hauck vd.,2011; Kluska vd.,2004; Laschinger vd.,2001; Laschinger vd.,2009a; O'Brien,2010; Sarmiento vd.,2004
51. Hancer, M. (2005). Dimensions of the Turkish version of the Psychological Empowerment Scale. *Psychological Reports*, 97(2), 645-650.
52. Yeh, M.Y., Wu. S.C. ve Tung, T.H., The Relation Between Patient Education, Patient Empowerment and Patient Satisfaction: A Cross-Sectional Comparison Study, *Applied Nursing Research*, 39:11-17, 2018.

53. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F ve ark. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;12:1-12.
54. Hammond, A., Bryan, J., & Hardy, A. (2008). Effects of a modular behavioural arthritis education programme: a pragmatic parallel-group randomized controlled trial. *Rheumatology*, 47(11), 1712-1718. doi: 10.1093/rheumatology/ken380
55. Bulsara, C., Styles, I., Ward, A. M., & Bulsara, M. (2006). The psychometrics of developing the patient empowerment scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 24(2), 1-16. Erişim adresi: https://doi.org/10.1300/J077v24n02_01
56. Fraenkel JR, Wallen N, Hyun H. How To Design And Evaluate Research In Education(Eight edition). New York:McGraw-Hill.2012.
57. Ural, A. Ve Kılıç, İ. Bilimsel araştırma süreci ve spss ile veri analizi. Ankara: Detay Yayıncılık. 2005.
58. Bozbay, S., Koroner kalp hastalarında durumluk-sürekli umutsuzluk ölçeği Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması / Validity and reliability of the status-continuous despite scale in coronary HEART patients, 2022.
59. Aytaş Ö, Kartalcı Ş, Ünal S. Bir Grup Hemşirenin Sosyodemografik Verileri ve Tükenmişlik Düzeyleri Bağlamında Organ Bağışına Bakış Açılımları, 18(1):26-32, 2011
60. Kim J., Shin N., Kyungmi L. Development and evaluation of the Coronary Artery Disease Empowerment Scale (CADES) in Korea, *Klinik Hemşirelik Araştırması* . 2021;30(8):1241-1250.
61. Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 2014; 40:39-49.
62. Brown, T.A. (2006). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. The Guilford Press, New York, USA.
63. Şimşek ÖF. Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş, Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları. Ankara: Ekinoks; 2007. p.4-22.

64. Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate data analysis: A global perspective* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
65. Büyüköztürk, Ş. (2011). *Sosyal Bilimler için veri analizi el kitabı*. Ankara: Pegem Yayıncılık.
66. Özdamar, K.(2004). *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi*, Eskişehir, Kaan Kitabevi.
67. Köseoğlu N., Enç N. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde İlaç Uyumuna Engel Olan Faktörlerin İncelenmesi. *Journal Of Cardiovascular Nursing*, 7(14):162:168, 2016
68. Türkmen E., Badır A., Ergün A. Koroner Arter Hastalıkları Risk Faktörleri: Primer ve Sekonder Korunmada Hemşirelerin Rolü, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012.
69. Panagiotakos DB, Pitsavos C, Chrysohoou C, Skoumas I, Stefanadis C. Prevalence and five-year incidence (2001-2006) of cardiovascular disease risk factors in a Greek sample: The ATTICA Study. *Hellenic J Cardiol* 2009;50(5):388–95.
70. Badıllıoğlu, O. , Ünal Toğrul, B. & Uçku, Ş. R. (2011). İzmir, Güzelbahçe’de koroner kalp hastalığı beş yıllık insidansı ve risk faktörleri ile ilişkisi . *Turkish Journal of Public Health* , 9 (3) , 129-132 . DOI: 10.20518/tjph.173058
71. Boğan F., Korkmaz M. Kalp Yetersizliği Olan Hasta Grubunda İlaç Uyumunu Yaşam Kalitesini Etkiliyor Mu? *SdÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2020.
72. Rosengren A, Smyth A, Rangarajan S, Ramasundarahettige C, Bangdiwala SI, AlHabib KF et al. Socioeconomic status and risk of cardiovascular disease in 20 low-income, middle-income, and high-income countries: the Prospective Urban Rural Epidemiologic (PURE) study. *The Lancet Global Health*, 7(6), e748-e760, 2019.
73. Vural Doğru B, Karadakovan A. Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Hastalarda Psikososyal Uyum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 7(13), 88-104, 2016.

74. Navıdian A, Yaghoubinia F, Ganjali A, Khoshsimae S. The effect of selfcare education on the awareness, attitude, and adherence to self-care behaviors in hospitalized patients due to heart failure with and without depression. *PloS one*, 10.6: e0130973, 2015.
75. Jaarsma T, Strömberg A, Gal TB, Cameron J, Driscoll A, Duengen HD. et al. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. *Patient Educ Couns*,92(1):114–20, 2013.
76. Çavuşoğlu Y, Zoghi M, Eren M, Bozçalı E,Kozdağ G, Şentürk T ve ark. Post-discharge heart failure monitoring program in Turkey: HitPoint. *Anatolian journal of cardiology*, 17(2), 107, 2017.
77. Riley J. The key roles for the nurse in acute heart failure management. *Cardiac failure review*, 1(2), 123, 2015.
78. Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu Sy. Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Uyum İndeksleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*;33(1), Syf. 210-223, 2013.
79. Çapık C, Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası Ölçek Uyarlama Aşamaları, Dil ve Kültür Uyarlaması: Güncellenmiş Rehber. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(3): 199-210, 2018.
80. Kashani, M., Eliasson, A. H., Walizer, E. M., Fuller, C. E., Engler, R. J., Villines, T. C., & Vernalis, M. N. (2016). Early empowerment strategies boost self-efficacy to improve cardiovascular health behaviors. *Global Journal of Health Science*, 8(9), 322. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n9p322>
81. Köhler, A. K., Tingström, P., Jaarsma, T., & Nilsson, S. (2018). Patient empowerment and general self-efficacy in patients with coronary heart disease: A cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 19(1), 76. <https://doi.org/10.1186/s12875018-0749-y>
82. Lee, E. O., Im, N. Y., Park, H. A., Lee, I. S., Kim, J. I., Bae, J., & Lee, S. M. (2009). *Nursing research and statistical analysis* (4th ed.).
83. Park, H. A. (2005). Problems and issues in developing measurement scales in nursing. *Journal of Nursing Query*, 14(1), 46–72.


84. Park, C., & Park, Y. H. (2013). Validity and reliability of Korean version of Health Empowerment Scale (K-HES) for older adults. *Asian Nursing Research*, 7(3), 142-148. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2013.07.004>

85. Yılmaz, A. , Kar, A. & Kaya, M. (2020). HASTA GÜÇLENDİRME VE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ . *İşletme Bilimi Dergisi* , 8 (1) , 97-114 . DOI: 10.22139/jobs.682555



10.EKLER

Ek 1. Kurum İzni


T.C.
ADANA VALİLİĞİ
II Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-96172664-605.01
Konu : Bilimsel Çalışma İzni (Şirin Yenel KÖSE)

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Istanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Şirin YENEL KÖSE tarafından Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütülmek istenen, "Koronar Arter Hastalığı Güçlendirme (KAHG) Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması" başlıklı, ekte bulunan bilimsel araştırma talebi Müdürlüğümüz "Sağlık Tesislerinde Klinik Araştırma, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma ile Bilimsel Araştırma ve Proje Çalışmaları Ön İzin Değerlendirme Komisyonu" tarafından 18 Ekim 2022 tarihli toplantıda değerlendirilmiştir.

Başvuru talebinin, Covid-19'a karşı gerekli önlemlerin alınması, çalışmaya katılacak gönüllülerin açık rızasının alınması, kişisel veri elde edilmesi/işlenmesi durumunda 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve alt düzenlemelerine uygun şekilde hareket edilmesi ve çalışma sonuçlarının Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı Ar-Ge ve Proje Koordinatörlüğüne sunulması koşulu ile, uygun bulunduğu talep sahibine bildirilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr. Ahmet Yücel ÇOMU
Müdür a.
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Ek: Bilimsel Araştırma Talebi (Şirin YENEL KÖSE)

Adana İl Sağlık Müdürlüğü Pınar Mahallesi Ek Hizmet Binası Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı
Telefon: Faks No:
e-Posta: gulay.kece@saglik.gov.tr İnternet Adresi: gulay.kece@saglik.gov.tr

Bilgi için: GÜLAY KECE
HEMŞİRE

Ek 2. Aydınlatılmış Onam Formu

KORONER ARTER HASTALIĞI GÜÇLENDİRME (KAHG) ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Sayın katılımcı; ismim Şirin YENEL KÖSE, Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşirelik Yüksek Lisans programında öğrenciyim. Adana Şehir Hastanesi Kardiyoloji Kliniği ve Kardiyoloji birimine bağlı kliniklerde koroner arter hastalığı güçlendirme ölçeğinin uyarlama çalışmasını yapmak istiyorum. Bu amaç doğrultusunda, sizlerin cevaplama için kişisel bilgilerinizi, sağlık bakımını kontrol etme duygusunu ve sağlığı güçlendirmeyi değerlendirmek için anketler hazırlanmıştır. Anketleri eksiksiz yanıtlamanız, koroner arter hastalığı güçlendirme ölçeğinin etkili olabilmesi açısından önemlidir. Toplanacak olan bu veriler sadece araştırma kapsamında kullanılacaktır. Gizlilik esastan kaynaklı isim alınmayacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederim.

Ek 3. Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği

	Öğeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Tarafısızım	Biraz Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Kendi stresimi atabilirim	1	2	3	4	5
2	Hastalık yönetimi için yapmam gerekeni sürekli yapıyorum	1	2	3	4	5
3	Zihnimi kontrol etmek için kendi yöntemlerimi uyguluyorum(dua,meditasyon,ses siz düşünme,yürüme)	1	2	3	4	5
4	Hastalığımı yönetmek için kullandığım yanlış yöntemleri iyileştirmeye çalışırım	1	2	3	4	5
5	Hastalığımı yönetmenin önündeki engelleri aşmaya çalışıyorum	1	2	3	4	5
6	Stresin nedenlerini bulabilir ve düzeltebilirim	1	2	3	4	5
7	Hastalığımı yönetmek için planlar kurabilirim	1	2	3	4	5
8	Hastalık semptomlarını yönetmek için uygun şekilde aktivite ve dinlenmeyi birleştiririm	1	2	3	4	5
9	Ani göğüs ağrısı durumunda hemen harekete geçebilirim(ilaç almak gibi)	1	2	3	4	5
10	İhtiyacım olduğunda finansal destek alabilirim	1	2	3	4	5
11	Sağlık uzmanlarım ile duygularım hakkında açıkça konuşabilirim	1	2	3	4	5
12	Çevremdeki insanlarla iyi bir ilişkim var(aile, arkadaş vb.)	1	2	3	4	5
13	Durumum bir hastalıktan dolayı kötüleştiğinde bunu kabul etmeye çalışırım	1	2	3	4	5
14	Çevremdeki insanların hastalığımı bilmesi umrumda değil	1	2	3	4	5

15	Mevcut durumuma olumlu bir perspektiften bakıyorum	1	2	3	4	5
16	Hastalığımı kabullenmeye çalışıyorum	1	2	3	4	5
17	Sağlığımı iyileştirebilecek kişi benim	1	2	3	4	5
18	Hastalığın neden olduğu fiziksel değişiklikleri(zayıflık gibi) kabul ediyorum	1	2	3	4	5
19	Hayatta ulaşmak istediğim bir hedefim var	1	2	3	4	5
20	Gelecekte oluşabilecek olumsuz sonuçların(nüks, diğer kalp hastalıkları türleri vb.) farkındayım	1	2	3	4	5
21	Belirtiler ortaya çıktığında ne yapacağımı biliyorum(ilaç almak, dinlenmek vb.)	1	2	3	4	5
22	Tekrar tedavi edilmesi gereken semptomların neler olduğunu biliyorum	1	2	3	4	5
23	Şuanki hastalık durumumun çok iyi farkındayım	1	2	3	4	5
24	Hastalığımı nasıl yöneteceğimi biliyorum(egzersiz, diyetler, sigarayı bırakmak vb.)	1	2	3	4	5
25	Hastalığımı nasıl tedavi edeceğimi biliyorum(ilaç alma, stent işlemi, ameliyat vb.)	1	2	3	4	5

Ek 4. Hasta Güçlendirme Ölçeği

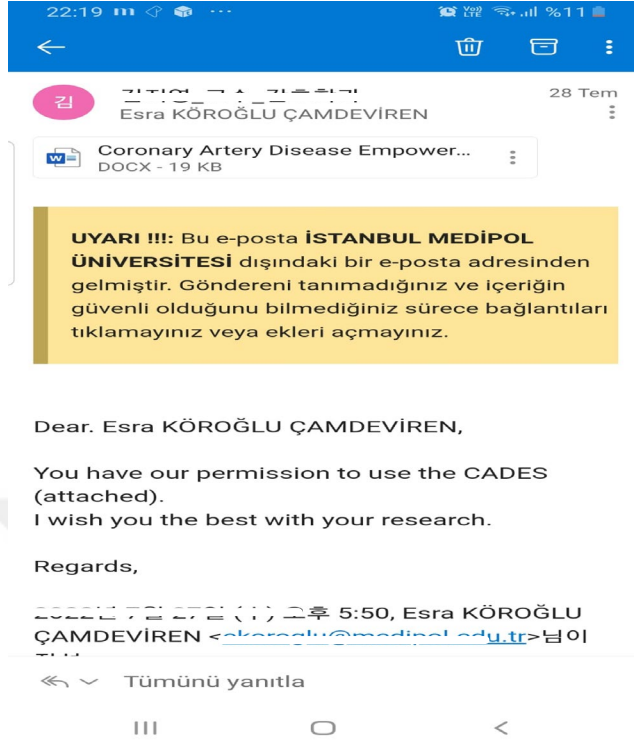
Öğeler	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILMIYORUM	KESİNLİKLE KATILMIYORUM
1-Doktorumdan sık sık ilave/detaylı sağlık bilgileri talep ederim.					
2-Tedavi hakkında fikrimi değiştirebileceğimin farkındayım.					
3-Sağlık durumumu idare edebilme yeteneğine sahibim.					
4- Farklı tedavi tercihlerini seçebileceğimin farkındayım.					
5- Sağlık durumumun bulguları üzerindeki kontrolümden memnunum.					
6- Sağlık durumumla ilgili ihtimallere karşı umutluyum.					
7- Benzer sağlık durumundaki insanlara, durumlarıyla başa çıkmada farklı yollar bulmalarına yardım ettim.					
8- Gerektiğinde daha fazla sağlık durumu bilgisine ulaşabilirdim.					
9- Sağlık bulgularımın yaşamım üzerindeki etkilerini en aza indirgeyebilirim.					
10- Sağlık durumumla başa çıkmadaki deneyimlerimi, benzer sağlık problemleri olan kişilerle paylaştım.					
11- Sağlık durumum hakkında bir şeyler öğrenmek için nereye gideceğimi biliyorum.					
12- Sağlık durumuma rağmen eğlenceli bir şeyler yapmak için planlarım var.					
13- Sağlık durumum üzerinde bir kontrol duygusu hissediyorum.					
14- Sağlık durumuma rağmen çok iyi bir hayatım olduğunu hissediyorum.					
15- Sağlık durumumla ilgili zorluklarla başa çıkabilmek için bilgiye sahibim.					
16- Nasıl kaygılanmamam gerektiğini, başkalarıyla paylaştım.					
17- Sağlık durumumu kontrol altında hissetmeme yardımcı olan becerilere sahibim.					
18- Benim için en iyi olmadığını düşündüğüm bir tedaviyi reddederdim.					
19- Sağlık durumum hakkında daha fazla bilgiye sahip olmak onunla başa çıkmamda yararlı olur.					
20- Sağlık durumuma rağmen günlük hayatta kendimi işe yarar hissediyorum.					
21- Tedavi hakkında görüşümü değiştirirsem bunu doktorumla konuşabilirim.					
22- Test sonuçlarımın ne anlama geldiğini biliyorum.					
23- Sağlık durumuma rağmen normal bir hayat yaşayabilirim.					
24- Sağlık durumumla ilgili doktor seçimimden memnunum.					
25- Sağlık problemlerime rağmen hayatıma aktif bir şekilde bağlandığımı hissediyorum.					
26- Benzer sağlık durumuna sahip insanlarla sağlık durumumu anlayışla kavrayabildiğimi paylaştım.					
27- Sağlık durumum hakkında karar verme sürecine katılıyorum.					
28- Sağlık durumumla ilgili zorluklarla nasıl başa çıkılacağını biliyorum.					

29- Sağlık durumuma rağmen hayatımın tadını çıkarmaya çalışıyorum.					
30- Sağlık durumumu anlıyorum.					
31- Sağlık durumum hakkında doktorum tarafından verilen bir kararı reddedebilmeyi isterdim.					
32- Sağlık durumumla ilgili pozitif bir görüşe sahibim.					
33- Benzer sağlık durumlarıyla mücadele eden insanlar benden tavsiye isterler.					
34- Sağlık durumumla başa çıkabilmek için ihtiyacım olan tüm bilgiye sahibim.					
35- Sağlık problemlerimi nasıl kontrol altında tutacağımı biliyorum.					
36- Sağlık durumum hakkında yeterince şey biliyorum.					
37- Sağlık problemlerime rağmen hayatımın bir anlamı ve amacı olduğunu hissediyorum.					

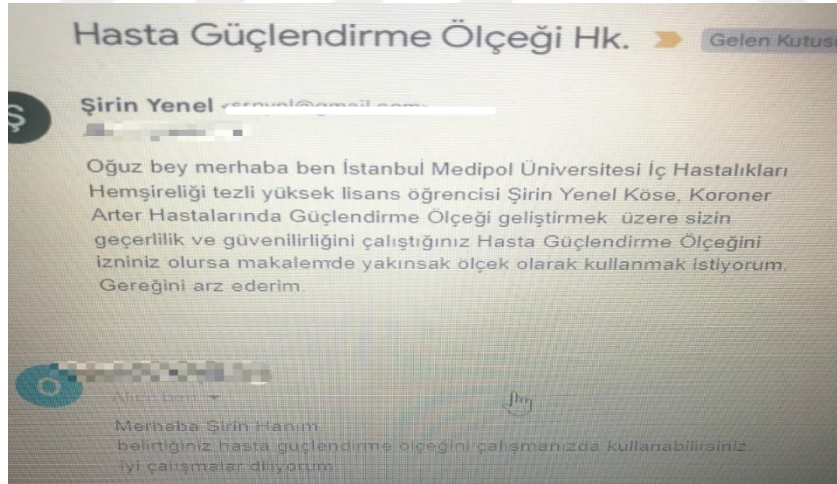
Ek 5. Sosyodemografik-Tıbbi Özellikli Veri Toplama Formu

Sosyodemografik-Tıbbi Özellikli Veri Toplama Formu	
Yaş	
Cinsiyet	KADIN ERKEK
Medeni Hali	EVLİ BEKAR
Eğitim Durumu	Okur-Yazar İlköğretim Lise Lisans ve Üstü
Çalışma Durumu	Çalışıyor Çalışmıyor
Gelir Durumu	Geliri giderden az Geliri giderine eşit Geliri giderinden fazla
Kiminle yaşadığı	Eşi veya Çocukları Yalnız
Başvuru Nedeni	Göğüs Ağrısı Nefes Darlığı Yorgunluk Diğer
Ailede Koroner Kalp Hastalığı Öyküsü	Evet Hayır
Tıbbi Tanı	MI Stabil Anjina Anstabil Anjina
Kullanılan İlaç	
Hastalık Süresi (Ay/Yıl)	

Ek-6 Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme Ölçeği İzin Yazısı



Ek-7 Hasta Güçlendirme Ölçeği İzin Yazısı



11. ETİK KURUL ONAYI

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Sayı : E-10840098-772.02-5427

16/09/2022

Konu: Etik Kurulu Kararı

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Koroner Arter Hastalığı Güçlendirme (Kahg) Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	ESRA KÖROĞLU ÇAMDEVİREN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakımızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden 53170B4AXB kodu ile doğrulayabilirsiniz.



İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No:794	Tarih: 13/09/2022				
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “ oybirliği ” ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ	Tıp Tarihi ve Etik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Doç. Dr. Mehmet Kemal ÖZDEMİR	Elektrik ve Elektronik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Dr. Öğr. Üyesi Neziha HACİHASANOĞLU ÇAKMAK	Biyokimya	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Dr. Öğr. Üyesi Pakize YİĞİT	Sayısal Yöntemler/ Biyoistatistik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur

* :Toplantıda Bulunma

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrağımızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden 53170B4AXB kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

COVID-19 (Pandemi) nedeniyle etik kurulumuz sanal olarak toplanmış olup kurul üyelerimizden uygunluk kararı sanal ortamda alınmıştır. Araştırmacı tarafından talep edilirse, COVID-19 (Pandemi) sonrası ıslak imzalı karar formu ayrıca hazırlanabilir.

Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sekreteri
Bilge KAYA

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakımızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden 53170B4AXB kodu ile doğrulayabilirsiniz.