

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



**BARNASON ETKİLİLİK BEKLENTİ  
ÖLÇEĞİ (BEBÖ): KARDİAK CERRAHI  
VERSİYONU'NUN TÜRKİYE İÇİN  
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Yüksek Lisans Tezi

SEVCAN AVCI

Ankara\2011

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



**BARNASON ETKİLİLİK BEKLENTİ  
ÖLÇEĞİ (BEBÖ): KARDİAK CERRAHİ  
VERSİYONU'NUN TÜRKİYE İÇİN  
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Yüksek Lisans Tezi  
SEVCAN AVCI

DANIŞMAN:  
YRD. DOÇ. DR. AZİZE KARAHAN


Ankara\2011

T.C  
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:04/02/2011


“Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu'nun Türkiye için geçerlik ve güvenilirlik çalışması”

  
TEZ DANIŞMANI: Yrd.Doç.Dr.Azize Karahan

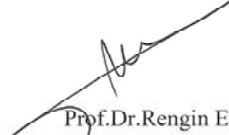
**TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ**

Yrd.Doç.Dr.Azize KARAHAN 

Yrd.Doç.Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK 

Yrd.Doç.Dr. Hülya BULUT 

**ONAY:**Bu tez Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim Kurulu'nun 9 Şubat 2011 tarih, 15 sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

  
Prof.Dr.Rengin Erdal  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim süresince benimle akademik deneyimlerini ve bilgi birikimini paylaşan, ilgi duyduğum bir alanda bana çalışma fırsatı veren, tezimin tüm aşamalarında katkıları olan, hep yanımda hissettiğim değerli danışmanım Sayın Yard. Doç Dr. Azize KARAHAN'a,

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması için izin veren sayın Prof. Dr. Susan BARNASON'a,

Çevirileri ve uzman görüşü ile katkıda bulunan Prof.Dr. Nalân ÖZHAN ELBAŞ, Op. Dr. Aydın YULUĞ, Doç.Dr. Sultan KAV, Doç.Dr. Firdevs ERDEMİR, Doç.Dr. Doğan KÖKDEMİR, Doç.Dr. Bahadır GÜLTEKİN, Doç.Dr. H.Tankut AKAY, Yard. Doç. Dr. Ebru TÖRÜNER, Yard. Doç. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK, Yard. Doç. Dr. Hülya BULUT, Yard. Doç. Dr. Evren ALPASLAN, Öğr. Gör. Aysel ABBASOĞLU, Bilim Uzmanı Hem. Pınar Yeşim KOÇ, Bilim Uzmanı Hem. Münevver OTUZOĞLU, Bilim Uzmanı Hem. Firuze ÇEVİK ve Okutman Selda ERDEM'e

Çalışmaların verilerinin tüm analiz sürecinde danışmanlık aldığım Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı'ndan Yard. Doç.Dr. Ayşe Canan YAZICI ve Uzman Dr. Mustafa Agah TEKİNDAL'a

Yüksek lisans eğitimim boyunca manevi desteklerini esirgemeyen, devamlılığımı sağlayabilmem için gerekli izinleri veren, hoşgörüyü cömertçe gösteren Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü Ziyafet HANOĞLU, Müdür Yardımcısı Nurdan KURAL, C-4 Yoğun Bakımlar Koordinatörü Hemşire Asuman ERSAYIN, Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Firides YILDIRIM, klinikte çalışmakta olan tüm arkadaşlarıma ve Kalp Damar Cerrahisi doktor ekibine,

Yüksek lisans dönemim boyunca zor zamanlarımda sabır, hoşgörü ve tüm destekleriyle yanımda olan sevgili arkadaşlarım Esra GEZER ve Özlem BASMACI'ya,

Her zaman yanımda olmasalar bile manevi desteklerini esirgemeyen ve her zaman yanımda hissettiğim, çok sevdiğim AİLEM'e en içten dileklerle teşekkürlerimi sunarım.

***Canım ANNEM'E ithafen***

## ÖZET

### **BARNASON ETKİLİLİK BEKLENTİ ÖLÇEĞİ (BEBÖ): KARDİAK CERRAHİ VERSİYONU'NUN TÜRKİYE İÇİN GEÇERLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI**

Bu çalışma Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu'nun, Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğinin belirlenmesi amacıyla metodolojik olarak gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin orijinali Susan Barnason tarafından 2002 yılında geliştirilmiş, ölçek 15 madde ve tek faktörden oluşmuştur. Çalışma İç Anadolu Bölgesinde bir ilde Vakıf Üniversitesi Hastanesinin kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesinde, koroner arter bypass greft ameliyatı olan 120 hasta ile yapılmıştır. Çalışmada ölçeğin yanı sıra, hastaların tanımlayıcı özelliklerini belirlemeye yönelik soru formu kullanılmıştır. Ölçek ve soru formu dört hafta sonra tekrar uygulanmıştır. Ölçek, dil geçerliği sağlandıktan sonra, uzman görüşüne sunulmuş ve kapsam geçerlik indeksi 0.85 olarak hesaplanmıştır. Yapılan analizler ölçeğin orijinalinden farklı olarak beş faktör içerdiğini, toplanarak bir ölçek toplam puanı elde edilmesi için uygun olduğunu ve ölçeğin hiçbir maddesinin çıkarılmasına gerek olmadığını göstermiştir. Ölçeğin tüm maddeleri için test -tekrar test puanları arasında korelasyon bulunmaktadır ( $r= 0.818$ ;  $p=0.000$ ). Ölçeğin iç tutarlık güvenilirlik katsayısı (cronbach- $\alpha$ ) 0.837 ve alt ölçekleri için 0.75-0.79 arasında hesaplanmıştır. Hastalar ölçeğin tüm maddelerinden toplam en az 30 ve en fazla 60, ortalama 47.26 puan almışlardır. Erkeklerin, kadınlara; 34-59 yaş aralığındakilerin, 60 yaş ve üzerinelere; daha önce hastaneye yatma deneyimi olmayanların olanlara; sekiz yıldan fazla eğitim alanların, daha az eğitim alanlara göre BEBÖ puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Sonuç olarak BEBÖ Kardiyak Cerrahi Versiyonu'nun Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiş; ölçeğin daha geniş ve farklı örneklerde kullanılması ve KABG gerçekleştirilen bireylerin ameliyat sonrası bakım sürecinde öz-etkililiklerini artırmaya yönelik çalışmaların yapılması önerilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Öz Etkililik, Hemşirelik ve Öz-etkililik, Öz Etkililik-Yeterlik Ölçeği, Koroner Arter By-pass Greft, Geçerlik ve Güvenilirlik



## ABSTRACT

### THE RELIABILITY AND VALIDITY OF BARNASON EFFICACY EXPECTATION SCALE (BEES): CARDIAC SURGERY VERSION FOR TURKEY

This study was developed in a methodological manner to determine the validity and reliability of the Barnason Efficacy Expectation Scale (BEES) Cardiac Surgery Version for the Turkish Society. The original scale was developed by Susan Barnason in 2002 and consists of 15 items and a single factor. The study was conducted on 120 patients at the cardiovascular intensive care unit of a University Hospital at an Inner Anatolian province. The patients had undergone coronary artery bypass graft surgery. A questionnaire directed toward determining the descriptive features of the patients was used besides the scale in the study. The scale and questionnaire were administered again four weeks later. The scale was presented for a specialist opinion once language validity was ensured and the content validity index was calculated as 0.85. Analysis revealed that the scale contained five factors that were different from the original, that it was suitable to obtain a total scale score by addition and that there was no need to remove any of the items. A correlation was present between the test-retest scores for all scale items ( $r= 0.818$ ;  $p=0.000$ ). The internal reliability coefficient (Cronbach  $\alpha$ ) was 0.837 for the scale and 0.75-0.79 for the subscales. The mean score from all items of the scale was 47.26 with a range of 30 to 60. The mean BEES scores were higher in males, patients aged 34 to 59, those with previous hospitalization experience, and those with more than 8 years of education ( $p<0.05$ ). In conclusion, we determined that the BEES Cardiac Surgery Version was a valid and reliable scale for the Turkish society. We suggest that the scale be used in larger and different samples and new studies be performed to increase the self-efficacy of patients who have undergone CABG in the postoperative period.

**Key words:** Self-efficacy, Nursing and Self-efficacy, Self-efficacy Sufficiency Scale, Coronary Artery Bypass Graft, Validity and Reliability

# İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İç Kapak	
Kabul-onay sayfası	
Teşekkür	
Özet ve anahtar sözcükler	vi
İngilizce özet	viii
İçindekiler	ix
Kısaltmalar ve simgeler dizini	xiii
Şekiller dizini	xiv
Tablolar dizini	xv
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
<b>2.GENEL BİLGİLER</b>	<b>8</b>
2.1. Sosyal Bilişsel Kuram ve Öz-Etkililik	8
2.2. Öz-Etkilik Kavramı	9
2.3. Öz Etkilik Algısı ile İlgili Özellikler	10
2.4. Öz Etkililik İnancını Etkileyen Faktörler	12
2.4.1 Kişisel Deneyimler	13
2.4.2. Başkalarının Deneyimlerinden Çıkarılan Sonuçlar	14
2.4.3 Sosyal Onay	14
2.4.4. Kişinin Fizyolojik ve Duygusal Durumu	15
2.5. Sağlık Geliştirme ve Sürdürme Öz-Etkililik	16
2.6. Hastalık Sürecinde Öz-Etkililik	17
2.7. Hemşirelik ve Öz-Etkililik	18
2.8. Kalp ve Damar Hastalıkları	19
2.9. Koroner Arter Hastalığı (KAH)	21
2.9.1. KAH İçin Risk Faktörleri	22
2.9.2.KAH'ın Belirti ve Bulguları	24
2.10. KAH'ın Tedavisi	25
2.11. Koroner Arter Bypass Greft(KABG)	26
2.11.1. KABG'nin Cerrahi Prosedürü	29

2.11.2. KABG Ameliyatı Sonrası Komplikasyonlar	30
2.11.3. KABG Ameliyatlarında Taburculuk Sonrası Dönem	30
2.11.4. KABG Ameliyatları Sonrası Hasta ve Yakınlarının Eğitimi	32
2.12. KABG ve Öz-Etkililik	33
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>37</b>
3.1. Araştırmanın Tipi	37
3.2. Araştırmanın Yeri	37
3.3. Araştırmanın Zamanı	37
3.4. Araştırmanın Evreni	37
3.5. Araştırmanın Örneklemi	38
3.6. Veri Toplama Araçları	41
3.6.1. Tanımlayıcı Özellikler Belirlemeye Yönelik Soru Formu	41
3.6.2. Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ)'nin Kardiyak Cerrahi Versiyonu(Barnason Efficacy Expectation Scales (BEES): Cardiac Surgial Version	41
3.7. Ölçek İçin İzin Alma Süreci	42
3.8. Çalışmanın Araştırma –Etik Kurul ve Hastalardan Onay ve İzin Alma Süreci	43
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	43
3.10. Çalışmanın Uygulama Aşamaları	45
3.10.1. Ölçeğin Dil Geçerliği Çalışmaları	45
3.10.2. Ölçeğin Kapsam (İçerik) Geçerliği Çalışmaları	45
3.10.3. Ölçeğin Güvenirlik Çalışmaları	46
3.11. Verilerin Değerlendirilmesi	49
<b>4. BULGULAR</b>	<b>53</b>
4.1. Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu'nun Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar	51
4.2. Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu Geçerlik Çalışmalarına İlişkin Bulgular	52

4.2.1. Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun “Kapsam (İçerik) Geçerliği”nin Değerlendirilmesi	52
4.2.2. Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Yapı Geçerliğinin Değerlendirilmesi	57
4.3. Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu Güvenirlik Çalışmalarına İlişkin Bulgular	63
4.3.1. Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Tanımlayıcı Bulguları	63
4.3.2. Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Zamana Karşı Değişmezliğinin İncelenmesi	68
4.3.3. Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun İç Tutarlılık Analizleri	71
4.3.3.a. Ölçeğin Güvenirlik Analizleri Kapsamında Madde Analizleri	73
4.4. KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Bu Özelliklere Göre “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun (BEBÖ)’den Aldıkları Puanların Dağılımları	77
4.4.1. KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri	77
4.4.2. KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”ndan Aldıkları Puanların Dağılımları	81
<b>5. TARTIşMA</b>	90
5.1. “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Her İki Formunun Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Yapılan İşlemler/ Dil Uyarlaması	90
5.2. “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Geçerlik Çalışmalarının Değerlendirilmesi	91

5.2.1. “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun “İçerik\Kapsam Geçerliği”nin Değerlendirilmesi	91
5.2.2. “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Yapı Geçerliğinin Değerlendirilmesi	91
5.3. “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Güvenirliğinin Değerlendirilmesi	94
5.4. KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Bu Özelliklere Göre “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”ndan Aldıkları Puanların Dağılımları	98
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	102
6.1. Sonuçlar	102
6.2. Öneriler	107
<b>7. KAYNAKLAR</b>	108
<b>EKLER</b>	
<b>EK I</b>	122
<b>EK II</b>	124
<b>EK III</b>	127
<b>EK IV</b>	129
<b>EK V</b>	130
<b>EK VI</b>	133
<b>EK VII</b>	134
<b>EK VIII</b>	135
<b>EK IX</b>	136
<b>EK X</b>	137
<b>EK XI</b>	138
<b>EK XII</b>	139
<b>EK XIII</b>	140
<b>EK XIV</b>	141
<b>EK XV</b>	145

## KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

<b>AHA</b>	American Heart Association
<b>AP</b>	Anjina Pektoris
<b>Ark.</b>	Arkadaşları
<b>B.Ü. Ankara Hst. KVCYB</b>	Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Erişkin Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım
<b>BEBÖ</b>	Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği
<b>BEES</b>	Barnason Efficacy Expectation Scale
<b>DM</b>	Diyabetes mellitus
<b>DSÖ-WHO</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>EF</b>	Ejeksiyon Fraksiyonu
<b>İMA</b>	İnternal Mamary Arter
<b>KABG</b>	Koroner Arter Bypass Greft
<b>KAH</b>	Koroner Arter Hastalığı
<b>KGi</b>	Kapsam Geçerlik İndeksi
<b>KGO</b>	Kapsam Geçerlik Oranları
<b>KKH</b>	Koroner Kalp Hastalığı
<b>KMO</b>	Kaiser-Meyer Olkin
<b>LAD</b>	Left anterior descending
<b>PTCA</b>	Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty
<i>α</i>	Cronbach alpha
<b>TEKHARF</b>	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri

## ŞEKİLLER DİZİNİ

	<b>Sayfa No</b>
<b>Şekil 2.1.</b> Öz-Etkililik İnancını Düzenleyen Mekanizmalar	13
<b>Şekil 2.2.</b> Kalbin Kanlanmasını Sağlayan Damarlar	21
<b>Şekil 2.4.</b> Açık Kalp Ameliyatlarından Kullanılan Kalp Akciğer Makinesi	29
<b>Şekil 3.1.</b> Yöntem	40
<b>Şekil 3.2.</b> Dil Geçerliğinin Sağlanması	44
<b>Şekil 3.3.</b> Ön Uygulama	47
<b>Şekil 3.4.</b> Veri Toplama Formlarının Uygulanması ve Verilerin Değerlendirilmesi	48
<b>Grafik 4.1.</b> BEBÖ Ölçeğinin Faktör Sayısı	60
<b>Grafik 4. 2.</b> Hastaların Daha Önce Hastaneye Yatma Deneyimleri (n=120)	79
<b>Grafik 4.3.</b> Hastaların KABG ameliyatına yönelik eğitim alma durumu (n=120)	80

## TABLULAR DİZİNİ

	Sayfa No
<b>Tablo 3.1.</b> B.Ü. Ankara Hst. KVCYB Ünitesinde 2007-2009 Yılları ve Şubat-Ekim Ayları Arasındaki KABG Vakaların Sayısal Dağılımı	38
<b>Tablo 3.2.</b> Ölçeğin Geçerlik Analizleri İçin Yapılan İşlemler	50
<b>Tablo 3.3.</b> Ölçeğin Güvenirlik Analizleri İçin Yapılan İşlemler	50
<b>Tablo 4.1.</b> Uzman Görüşlerine Göre “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Değiştirilen Maddeleri	54
<b>Tablo 4.2.</b> Uzman Görüşlerine Göre “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Maddelerinin Kapsam Geçerlilik Oranları	56
<b>Tablo 4.3.</b> Kaiser-Mayer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) ve Barlett’s Test of Sphericity Analizleri Sonuçları	58
<b>Tablo 4.4.</b> BEBÖ (Kardiyak Cerrahi Versiyonu) Ölçeğinin Maddelerinin Faktör Yüklerinin Alt Ölçeklerine Göre Dağılımı	61
<b>Tablo 4.5.</b> Ölçeğin Maddelerinin Toplanabilirlik Testi Sonuçları	62
<b>Tablo 4.6.</b> “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun İlk Uygulamasının Yüzde Dağılımı (n=120)	64
<b>Tablo 4.7.</b> “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun İkinci Uygulanmasının Yüzde Dağılımı (n=111)	66
<b>Tablo 4.8.</b> “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Alt Ölçeklerinden Alınan Puanların Ortalamaları	67
<b>Tablo 4.9.</b> “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Test-Tekrar Test	69



Puanlarının Korelasyon Analiz Sonuçları	
<b>Tablo 4.10.</b> “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Alt Ölçeklerinin Test- Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları	70
<b>Tablo 4.11.</b> “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Güvenirlik (Cronbach-alfa) Katsayısı (n=120)	71
<b>Tablo 4.12.</b> “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Alt Ölçeklerinin Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayıları	72
<b>Tablo 4.13.</b> “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Madde Toplam Korelasyonları ve Madde Çıkarıldığında Güvenirlik Katsayılarının İncelenmesi (n=120)	74
<b>Tablo 4.14.</b> “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Madde-Toplam Puanı ile Alt Ölçek Toplamlarının Korelasyonu (n=120).	76
<b>Tablo 4.15.</b> Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri (n=120)	78
<b>Tablo 4.16.</b> KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Cinsiyetlerine Göre BEBÖ (Kardiyak Cerrahi Versiyonu) Madde Toplam Puan ortalamalarının Test ve Re-Test Sonuçları	81
<b>Tablo 4.17.</b> KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Yaşlarına Göre BEBÖ (Kardiyak Cerrahi Versiyonu) Madde Toplam Puan Ortalamalarının Test ve Re-Test Sonuçları	82
<b>Tablo 4.18.</b> KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Medeni Durumlarına Göre BEBÖ (Kardiyak Cerrahi Versiyonu) Madde Toplam Puan Ortalamalarının Test ve Re-Test Sonuçları	83
<b>Tablo 4.19.</b> KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Eğitim Düzeyine Göre, BEBÖ (Kardiyak Cerrahi Versiyonu) Madde Toplam Puan Ortalamalarının Test ve Re-Test Sonuçları	84
<b>Tablo 4.20.</b> KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Yaşadıkları Yere Göre, BEBÖ (Kardiyak Cerrahi Versiyonu) Madde	85

Toplam Puan Ortalamalarının Test ve Re-Test Sonuçları	
<b>Tablo 4.21.</b> KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Hastaneye Yatma Deneyimlerine Göre, BEBÖ (Kardiyak Cerrahi Versiyonu) Madde Toplam Puan Ortalamalarının Test ve Re-Test Sonuçları	86
<b>Tablo 4.22.</b> KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Başka Bir Hastalığa Sahip Olma Durumlarına Göre, BEBÖ (Kardiyak Cerrahi Versiyonu) Madde Toplam Puan Ortalamalarının Test ve Re-Test Sonuçları	87
<b>Tablo 4.23.</b> Ölçeğin Geçerlik Analizleri İçin Yapılan Testler ve Sonuçları	88
<b>Tablo 4.24.</b> : Ölçeğin Güvenirlik Analizleri İçin Yapılan Testler ve Sonuçları	89

## EK TABLOLAR

<b>EK Tablo 1:</b> BEBÖ Ölçeğinin maddelerinin Faktör Yüklerinin Alt Boyutlarına Göre Dağılımı	142
<b>Ek. Tablo 2.</b> : Eğitim Durumunun Çoklu Karşılaştırması	143
<b>Ek. Tablo 3.</b> : Yaşanılan Yer Çoklu Karşılaştırması	144
<b>Ek Tablo 4:</b> KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Mesleklerine Yere Göre BEBÖ (Kardiyak Cerrahi Versiyonu) Madde Toplam Puan Ortalamalarının Test ve Re-Test Sonuçları	145
<b>Ek Tablo 5:</b> KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Hastalık ve Ameliyata Yönelik Eğitim Alma Durumlarına Göre BEBÖ (Kardiyak Cerrahi Versiyonu) Madde Toplam Puan Ortalamalarının Test ve Re-Test Sonuçları	146
<b>Ek Tablo 6:</b> KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Ekonomik Durumlarına Göre BEBÖ (Kardiyak Cerrahi Versiyonu) Madde Toplam Puan Ortalamalarının Test ve Re-Test Sonuçları	147
<b>Ek Tablo 7:</b> KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre. BEBÖ (Kardiyak Cerrahi Versiyonu) Madde Toplam Puan Ortalamalarının Test ve Re-Test Sonuçları	148

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı

Tüm dünya da özellikle de düşük ve orta gelirli birçok ülkede kronik hastalıkların etkisi giderek artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre kronik hastalıkların insan sağlığına etkilerinin öngörülmesi, anlaşılması ve acilen müdahale edilmesi yaşamsal önem taşımaktadır. Kalp ve damar hastalıklarının kronik hastalıklar arasında ayrı bir önemi vardır. Kalp ve damar hastalıkları dünyada yetişkin bireylerde en önemli hastalıkların başında ve ölüm nedenlerinin arasında ilk sıralarda yer almaktadır (Onat, 2009). Kalp ve damar hastalıkları; koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, hipertansiyon, periferik arter hastalığı, romatizmal kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları, kalp yetmezliği ve kardiyomiyopatiler olmak üzere çok sayıda hastalığı içermektedir (WHO (a), 2009).

Hastalık yükü araştırmalarına göre kalp ve damar hastalıkları, tüm kanserlerin toplamının yol açtığından daha fazla ölüme yol açmaktadır (WHO (b), 2009). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2004 yılında dünyada 17.1 milyon kişi kardiyovasküler hastalıklarından dolayı ölmüştür. 2030 yılında ise yaklaşık 23.6 milyon kişinin kardiyovasküler hastalıklardan dolayı öleceği tahmin edilmektedir (WHO (a), 2009). Tüm dünyada ölümlerin % 30'u kalp ve damar hastalıkları nedeniyle olmaktadır. Amerikan Kalp Derneği'ne göre İngiliz Kalp Vakfı (British Heart Foundation) Avrupa'da tüm ölümlerin % 48'inin ve Avrupa Birliği ülkelerinde ise ölümlerin % 42'sinin kalp hastalıkları nedeniyle olduğunu belirtmiştir (AHA, 2009).

Dünya sağlık örgütüne göre Türkiye'de tüm ölümlerin % 27'sini kardiyovasküler hastalıklar oluşturmaktadır (WHO (b), 2009). Sağlık Bakanlığı'nın 2008 yılında yayınladığı Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Raporu'nda belirtildiğine göre 2000 yılında yapılan

ulusal hastalık yükü araştırmasında; Türkiye’de ölüm nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımında ilk sırayı kardiyovasküler hastalıklar (% 47.7) almaktadır. Aynı rapora göre ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 20 hastalık arasında iskemik kalp hastalıkları ilk sırada yer almakta ve erkeklerin % 20.7’si, kadınların ise % 22.9’u bu nedenle ölmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2008). 2004 yılında yapılan ulusal hastalık yükü araştırmasında kalp hastalıklarının ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almıştır (Tusak, 2004).

TEKHARF çalışması 2007/08 tarama sonuçlarına göre kalp hastalıklarının ilk sırasında koroner arter hastalığı (KAH) gelmektedir. Koroner mortalite insidansının Türkiye genelinde erkekte yılda binde 5.1, kadında binde 3.4 seviyesinde olduğu ifade edilmiştir. Koroner kökenli ölümlerde ortalama yaşın erkeklerde  $67.0 \pm 12.1$ , kadınlarda ise  $73.7 \pm 8.6$  olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de 2008 yılında yaklaşık 90 bin ölümcül koroner olay (ani ölüm) geliştiği düşünülmektedir. Avrupa ülkelerinde KAH’dan yıllık mortalitenin 45-74 yaş kesiminde erkeklerde binde 2 ile 8, kadınlarda binde 0.6 ile 3 arasında değiştiği bildirilmektedir. Böylece, toplam koroner hastasının halen yılda 200 bin kadar arttığı belirtilmiştir (Onat, 2009).

Gelişmiş ülkelerde, üst sosyo-ekonomik gruplarda yer alan bireylere göre alt sosyo-ekonomik gruplardakilerin risk faktörlerinin prevalansı, hastalık insidansı ve mortalitesi daha büyüktür. Gelişmekte olan ülkelerde de kalp ve damar hastalıkları epidemisi olgunlaştıkça yük daha düşük sosyoekonomik gruplara doğru kaymaktadır. DSÖ’ye göre ekonomik dönüşüm, kentleşme, endüstrileşme ve küreselleşme, kalp hastalıklarını arttıran yaşam tarzı değişikliklerini de beraberinde getirmektedir. Bu risk faktörleri arasında tütün kullanımı, fiziksel inaktivite ve sağlıksız diyet yer almaktadır. Tüm bu faktörler kontrol altına alınabilir ve önlenabilir özellikteyken kalp damar hastalıklarının klinik tedavisi uzun ve maliyeti yüksektir (DSÖ, 2007; Sağlık Bakanlığı 2008).

Kalp hastalıkları, dünyada en yaygın ve ölüme neden olan bir sağlık sorunu olmakla birlikte, gerekli önlemlerle azaltılabileceği vurgulanmaktadır (Owens 2006). Hipertansiyon, sigara kullanımı, kolesterol yüksekliği, obezite gibi kalp sağlığını olumsuz etkileyecek faktörlerin sağlıklı geliştirici davranışlar yoluyla kontrol altına alınabileceği ve önlenebileceği belirtilmektedir. Fiziksel hareketliliğin bir alışkanlık haline getirilmesi ile iskemik kalp hastalığı nedeniyle ortaya çıkacak sakatlıklara bağlı kayıp yaşam yılının (Disability Adjusted Life Year-DALY) önemli ölçüde azaltılabileceği ve 300.000 den fazla ölümün engellenebileceği de vurgulanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2008).

Sağlığın sürdürülmesinde sağlıklı geliştirici davranışların uygulanması ve erken tanı konulmasına yönelik tarama ve kontrollerin gerçekleştirilmesi, hastalıkların azaltılması ve hastalıklardan korunmada önemli girişimlerdir (Owens 2006). Sağlığın geliştirilmesi, bireyin kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü artırma gücünü kazanması olarak tanımlanmıştır. Sağlık davranışları ise sağlığın korunması ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili davranışlar bütünü ve bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve uyguladığı eylemlerdir (Schank, 1999). Pozitif sağlık davranışlarının geliştirilmesi ve kronik hastalıklara uyumun artırılması sürecinde davranış değişikliği üzerinde belirleyici niteliği olan faktörler öz-etkililik (öz yeterlik), hastalığa uyum ve öz-bakım davranışları olarak açıklanmıştır (Bandura, 2006).

Bandura öz etkililiği; "bireyin belli bir performansı göstermek için gerekli etkinlikleri organize edip başarılı olarak yapma kapasitesine ilişkin kendi yargısı olarak tanımlamıştır (Bandura, 1977). Öz-etkililik kavramı, kronik hastalıklarla baş etmek zorunda olan bireylerin davranış değişikliğini gerçekleştirmelerine ve öz-bakımlarının geliştirilmesine katkı sağlamaktadır (Owen, 1999). Öz-etkililik algısı bireyin bir durum ile baş ederken ne kadar enerji sarf edebileceğini belirlemektedir (Schank, 1999).

Yapılan çalışmalarda öz-etkililiğin yaşam şeklinin değiştirilmesi ve sağlık davranışlarındaki önemi gösterilmiştir (Aksayan ve Gözüm, 1998). Bireyin z-etkililik algısının davranış değişikliğini başlatmadaki etkisini değerlendirmek için yapılan çalışmalarda öz etkililik algısı yüksek olan bireylerin sağlığı sürdürme davranışları ve hastalık durumunda yaşam şekli değişimlerine uyumda daha başarılı oldukları belirlenmiştir (Gözüm ve Aksayan 1999; Schwarzer ve Fuchs 1995; Sol ve ark. 2006; nsal ve Kaşıkçı 2008). Koroner Arter Bypass Greft (KABG) yapılan hastalarda egzersiz, stresin azaltılması, uygun diyet, sigarayı bırakma ve sınırlı alkol tüketimi gibi davranış değişikliklerine uyumda öz-etkililiğin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Ewart (1989) KABG ameliyatı yapılan bireylerin öz-etkililik gücünün hastalığın risk faktörlerinin azaltılmasında önemli bir etken olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte birçok hasta cerrahi operasyonu izleyen süreçte davranış değişikliklerine uyumda zorlanmaktadır (Schaffer 2008).

Kişinin bir alanda yeterli olma yönünde çaba göstermesi ve yaşamda karşılaştıkları güçlüklerle mücadele etmesi öz-etkililik algısının güçlenmesine katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle hastalığı olan bireylerin, öz-bakımlarına yönelik öz-etkililik düzeylerinin ve hastalığa uyumlarının tanılanması, sağlık çalışanları tarafından sunulan bakımın bir parçası olmalıdır (Lev ve Owen 2000). Sağlık alışanları arasında hemşireler bireylere, ailelere ve gruplara yaşadıkları ve çalıştıkları ortam içerisinde fiziksel, ruhsal, sosyal potansiyellerini belirlemeleri ve bu potansiyeli değerlendirme konusunda yardımcı olmakta önemli bir pozisyona sahiptirler (Aksayan ve Gözüm, 1998).

Bireylerin kalp hastalıklarından korunmasında, hastalık gelişmesi durumunda ise tedavilerine, özellikle KABG gibi cerrahi girişim sonrası değişen yaşam şekli ve sağlık davranışlarına uyumda da hemşireler önemli bir role sahiptir (Schaffer, 2008). Bu doğrultuda sağlığı geliştirici davranışların kazanılması ve sürdürülmesi için bireyin güçlendirilmesi ve öz-etkililiğini geliştirecek şekilde bakımının planlanması da hemşirenin sorumlulukları arasındadır (Aksayan ve Gözüm, 1998).

Sonuç olarak bireylerin öz etkililik düzeyi hastalıkla baş etmek, uyum ve sağlığı sürdürmekte önemli bir yere sahiptir. Öz etkililik düzeyinin belirlenmesi ise bireylerin bu süreçteki gereksinimlerinin belirlenmesinde sağlık personelleri için önemli bir göstergedir. Öz etkililik düzeyinin belirlenmesinde genel ve duruma özgü farklı ölçekler kullanılmaktadır. Gözüm ve Aksayan (1999) herhangi bir duruma spesifik olmayan öz-etkililik-yeterlik algısını belirleyen bir ölçme aracının (Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği) Türkiye için geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmışlardır.

Bireylerin birçok durum için genel öz etkililik düzeylerinin belirlenmesinin yararlı olacağı belirtilmekte birlikte; Bandura öz etkililik için sadece genel bir değerlendirme yapılmasının bireylerin duruma ya da hastalığa özgü öz etkililiklerini belirlemede sınırlılık oluşturacağını vurgulamaktadır (Bandura, 1977). Bu nedenle birçok hastalığa/duruma özgü öz-etkililik ölçeği geliştirilmiştir ve kullanılmaktadır. Kalp hastalıklarına yönelik olarak da bu amaçla farklı ölçekler kullanılmaktadır. Bu ölçeklerden biri "**Barnason Efficacy Expectation Scale (BEES): Cardiac Surgical Version**" dur. Türkçe çevirisi ile "Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu" Susan Barnason ve arkadaşları tarafından 2002 yılında geliştirilmiştir. BEES ölçeği, KABG sonrası fiziksel fonksiyon, psikososyal fonksiyon, diyet modifikasyonu, egzersiz-aktivite modifikasyonu ve öz bakım yönetimi gibi konularda bireylerin öz-etkililiklerinin belirlenmesinde kullanılmaktadır ve 15 maddeden oluşmaktadır (Barnason ve ark. 2002).

Ülkemizde KABG ameliyatı yapılan hastalarının öz-etkililiklerinin değerlendirilmesi için kullanılan geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracına rastlanmamıştır. Hemşirelik araştırmalarında da, kalp ameliyatı yapılan hastaların öz-etkililiklerini ölçmek için Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ) gibi geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracına gereksinim duyulmaktadır. BEBÖ'nün Türkiye için geçerlik, güvenirlik çalışmasının; kalp cerrahisi sonrası dönemde bireyin optimal seviyesinin değerlendirilmesinin kendi bakımını yönetmede

yararlı olacağı ve bu yolla bireylerin davranış değişikliği gerçekleştirmelerine ve öz-bakımlarının geliştirilmesine katkı sağlanacağı düşünölmektedir.



## **1.2. Amaç**

### **1.2.1. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı, Koroner Arter By-Pass Greft gerçekleştirilen bireylerin öz-etkililik algısını ölçmek amacıyla geliştirilen “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ)’nin Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Türkiye İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin değerlendirilmesidir.

## 2. GENEL BİLGİLER

Günümüz sağlık anlayışı birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayış bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışların kazanılması ve kendi sağlığı ile ilgili bireylerin doğru karar alması görüşüne dayanmaktadır (Sisk, 2000). Sağlıklı yaşam bilincinin gelişmesi ve yaşam tarzının iyileştirilmesi bireylerin sağlığının korunmasını kendi görevleri olarak algılamaları ve bunun sonucunda riskli davranışlardan kaçınarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları uygulamalarına dayanır (Erdoğan ve ark., 1994). Owens (2006); sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışların uygulanması ve erken tanı konulmasına yönelik tarama ve kontrollerin gerçekleştirilmesinin, hastalıkların azaltılması ve hastalıklardan korunmada önemli girişimler olduğunu belirtmiştir (Bahar ve ark., 2008). Pender (1987) tarafından geliştirilen "Sağlığı Geliştirme Modeli"nde sağlığı geliştirici davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik algısının önemli bir belirleyici faktör olduğuna değinilmiştir (Gözüm ve Aksayan, 1999). Sağlığı geliştirme modeli Bandura' nın sosyal bilişsel kuramından yola çıkılarak geliştirilmiştir (Aksayan ve Gözüm, 1998).

### 2.1. Sosyal Bilişsel Kuram ve Öz-Etkililik

Bandura, Sosyal Bilişsel Kuram'ında (Social Cognitive Theory) bireyin öğrenme ve davranış geliştirme sürecinde öz-etkililiğin önemli olduğunu belirtmektedir. Bandura'ya göre gözleyerek öğrenme, sadece bir kişinin diğer bir kişinin etkinliklerini basit olarak taklit etmesi değil, çevredeki olayları bilişsel olarak işleme yoluyla bilgi edinmesidir. Bandura'nın karşılıklı belirleyicilik ilkesi olarak açıkladığı etkileşim; bireysel faktörler, bireyin davranışı ve çevre arasında gerçekleşir. Bu etkileşim bireyin bir sonraki davranışını belirler. Bireyin çevresini etkileyip değiştirmesinin yanında, çevre de insanların davranışlarını etkileyip değiştirebilmektedir (Bandura, 1989; 1991).

Bandura'nın (1986), Sosyal Bilişsel Kuramı davranış değişikliği üzerinde belirleyici niteliği olan faktörlerin ayrıntılı analizine olanak sağlamaktadır. Bu kuramdan genel olarak bireylerde pozitif sağlık davranışlarının geliştirilmesi, kronik hastalığı olan bireylerde ise sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi sürecinde yararlanılmaktadır (Lew ve Owen, 2000). Bu süreçlerde davranış değişikliği üzerinde belirleyici özellikteki faktörler, Bandura tarafından öz-etkililik (öz yeterlik), hastalığa uyum ve öz-bakım davranışları olarak açıklanmıştır (Bandura, 1977). Öz-etkililik bireylerin öz-bakım aktivitelerine katılmasında da anahtar faktördür (Oliver, 2005). Bireyin öz-etkililik algısının; davranışı benimseme, davranışı başlatma ve davranıştaki değişimin sürdürülmesinde çok önemli rol oynadığı belirtilmektedir (Schwarzer ve Fuchs, 1995).

## **2.2. Öz-Etkililik Kavramı**

Öz-etkililik kavramı ilk kez psikolog Albert Bandura tarafından 1977 yılında, "Sosyal Öğrenme Kuramı" kapsamında açıklanmıştır (Bandura, 1977). Öz-etkililik, Türkçe literatürde "öz-etkililik" ve "öz yeterlilik" olmak üzere iki şekilde karşılık bulmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 1999; Senemoğlu, 1998). Öz-etkililik ifadesi yerine "algılanmış öz-etkililik" ifadesi de kullanılmaktadır (Senemoğlu, 1998).

Öz etkililik, kelime olarak algılama; farkındalık kazanmak, hislerin farkında olmak ya da anlamak şeklinde kullanılmaktadır. Etkililik; "bir etkiyi ortaya koymak için güç" olarak tanımlanırken, öz /kendi "kişinin kimliği" olarak ifade edilmektedir (Oliver, 2005; Zulkosky, 2009). Öz-etkililik algısı bireyin bir durum ile baş ederken ne kadar enerji sarf edebileceğini belirlemektedir (Barnason, 2002).

Literatürde öz-etkililiğin birçok tanımı yer almaktadır. Öz-etkililik; insan davranışları üzerinde etkili olan ve bireyin belli bir davranışı başarılı bir şekilde yapabileceğine ilişkin kendisi hakkındaki yargısı ve inancıdır (Bandura 1989). Bandura öz etkililiği; “bireyin belli bir performansı göstermek için gerekli etkinlikleri organize edip başarılı olarak yapma kapasitesine ilişkin kendi yargısı” olarak tanımlamıştır (Bandura, 1977). Öz-etkililik, bireyin belli bir eylemi başarıyla yapma ve olayları kontrol edebilme algısı veya yargısını göstermektedir (Bandura, 1982). Donald, öz yeterliliği ifade etmede kullanılan anahtar kelimeyi “bu işi başarabilir miyim?” şeklinde açıklamıştır (Donald, 2003).

Güçlü bir bireysel etkililik; daha sağlıklı olma, daha yüksek başarı elde etme ve daha iyi sosyal bütünleşmeyi sağlamaktadır. Bu özelliği ile öz-etkililik okul başarısı, emosyonel bozukluklar, mental ve fiziksel sağlık, kariyer seçimi ve sosyo-politik değişim gibi pek çok farklı alanda ele alınmıştır (Schwarzer ve Fuchs, 1995). Bandura’ya göre, başarı için gerekli becerilere sahip olmak yeterli değildir; başarı aynı zamanda bu becerilerin etkin şekilde ve güvenle kullanımını gerektirmektedir (Bandura, 1997). Kişi herhangi bir işi yapabilecek beceriye sahip olmasına rağmen bunu yapabileceği konusunda özgüveni yoksa yapamama olasılığı yüksektir (Kurbanoglu, 2004).

İki tür öz etkililikten söz edilmektedir. Birincisi, belli bir alandaki davranışı ortaya koymak için algılanan “yapabilme becerisi”dir. Kirsch buna “akademik öz yeterlilik” adını vermiştir. Kirsch’in akademik öz yeterlilik kavramı, Bandura’nın sosyal öğrenme kuramında belirttiği öz yeterlilik kavramı ile hemen hemen aynıdır. Bir diğeri ise potansiyel zorluklarla mücadele etmek için gösterilen “performans” dır. Bu kavrama Kirsch “mücadeleci öz yeterlilik” adını vermiştir (Donald, 2003).

### **2.3. Öz Etkililik Algısı ile İlgili Özellikler**

Öz-etkililik; bireyin nasıl hissedeceği, düşüneceği ve davranacağını belirleyen önemli bir özelliğidir ve davranış sonuçlarının güçlü bir öngörüsüdür

(Schwarzer ve Fuchs, 1995). Bireyin bir davranışı yerine getirme konusunda kendine inanması, bir davranışın gerçekleştirilmesi için en önemli faktördür (Teno, 2002). Bireylerin kendi becerilerine inanması, davranışları etkilediği kadar motivasyon ve başarıyı da etkilemektedir (Henson ve ark., 2001). Ayrıca bireyler kendilerini güvenli ve yeterli hissettikleri işleri yapma eğilimi gösterirler. Bu durum, öz-etkililik inancının bireylerin yaptıkları tercihlerde etkili olduğunu göstermektedir (Bandura, 1986; Zulkosky, 2009). Gerçek kişisel amaçlar belirleyen, bu amaçlara ulaşmayı düşünen, kendi sarf ettiği güçle amaçlarına ulaşabileceğine inanan, karşılaştıkları zorluklara rağmen amaçlarına ulaşmak için azim göstermeye devam eden, kendi çevresindeki ve dış olayları kontrol edebileceğine inanan, diğer başarılı davranışları örnek alan bireylerin yüksek öz-etkililik düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir (Oliver, 2005).

Öz-etkililiği yüksek olan bireylerin daha karmaşık/zorlu ya da riskli işleri seçtikleri, kendilerine yüksek hedefler belirledikleri ve bu hedeflere ulaşmak için daha çok çaba sarf ettikleri görülmüştür. Güçlü bir bitirme hissine sahip olan bireyler amaçlarına ulaşmak için kendilerini yönlendirebilmektedirler (Bandura, 1977; Schwarzer ve Fuchs, 1995). Öz-etkililik inancı arttıkça gösterilen gayret, dayanıklılık ve azim de artmaktadır (Pajares, 2002). Bu nedenle, öz-etkililiğin bireyin doğrudan ya da dolaylı hedef ya da beklentilerine ulaşmasında yaşamsal bir kaynak olduğu belirtilmektedir (Bandura, 1982).

Bireylerin duygu, düşünce ve davranışları öz-etkililik düzeyine göre farklılık gösterir. Bu durum bireylerin bir eylem için harekete geçmelerini hızlandırabilir ya da engelleyebilir. (Schwarzer ve Fuchs, 1995). Bireyler eylemlerini gerçekleştirirmeden önce neleri yapıp, neleri yapamayacaklarını düşünürler. Gerekli davranışları yapamayacaklarını düşündükleri zaman, bu davranışlara ya hiç başlamazlar ya da davranışları bitirmede ısrarcı olmazlar (Bandura, 1977). Öz-etkililik algısı yüksek olan bireyler bir engelleme ile karşılaştıklarında, kendilerini daha çabuk toparlayıp, hedeflerine ulaşmak için mücadeleye devam ederler (Schwarzer ve Fuchs, 1995). Öz-etkililik algısının yüksek olması aynı zamanda insanlara zorlayıcı ortamlar seçme, çevrelerini

araştırma ya da yeni çevreler yaratma fırsatı vermektedir (Bandura, 1977; 1982).

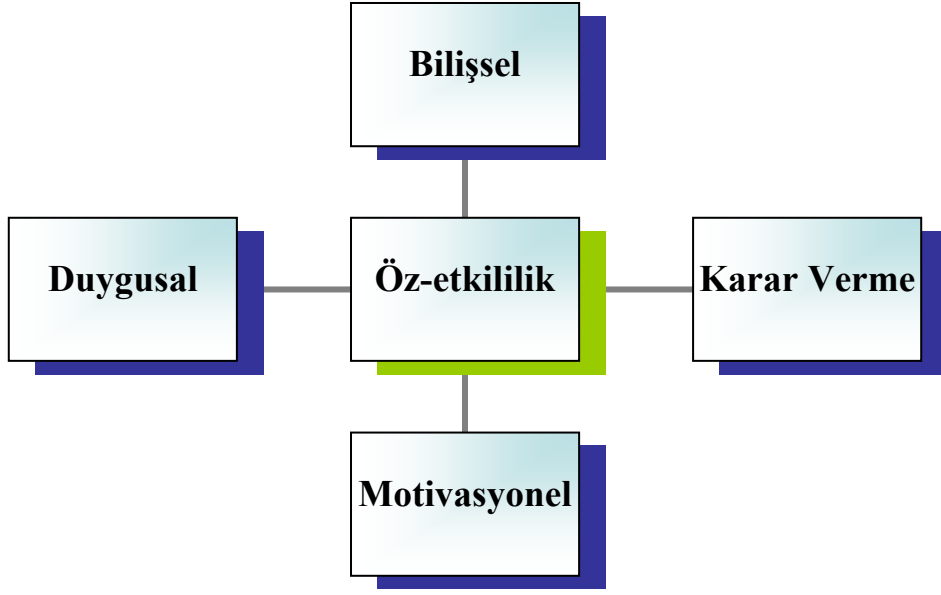
Düşük öz-etkililik-yeterlik algısı bireylerde anksiyete, depresyon ve çaresizlik duygularını da beraberinde getirmektedir. Düşük öz etkililik algısı olan bireylerin düşük benlik saygısına sahip oldukları, kişisel gelişimleri hakkında negatif düşünceleri olduğu ve başladıkları işleri sürdürmekte ve bitirmekte zorlandıkları belirtilmektedir (Schwarzer ve Fuchs, 1995).

Bir alanda güçlü öz-etkililik inancı taşıyan kişinin, başka bir alanda zayıf öz-etkililik inancı taşıyabileceğini belirtilmektedir (Cassidy ve Eachus, 2002). Bu durum bireylerin davranışları ile gerçek kapasitelerinin bazen birbirini tutmadığını ve benzer bilgi, becerilere sahip olmalarına rağmen performanslarının farklı düzeylerde olduğunu açıklamaktadır (Pajares, 2002). Bu nedenle, aynı becerilere sahip bireylerin, hatta aynı kişinin farklı durumlarda farklı düzeylerde (kötü, yeterli, çok iyi) performans sergiledikleri belirtilmektedir (Bandura, 1986).

Öz-etkililik algısının bir başkasına aktarılabilirdiği de belirtilmektedir. Gözüm ve Aksayan (1999)'ın belirttiğine göre Leonard ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada öz-etkililik algısı yüksek olan annelerin diyabetik çocuklarının öz bakım ve kendi kendilerini yönetme süreçlerinin, öz-etkililik algısı düşük olan annelerin çocuklarına göre daha iyi olduğu bulunmuştur.

#### **2.4. Öz Etkililik İnancını Etkileyen Faktörler**

Bandura öz etkililiğin bireylerde her zaman aynı düzeyde olmadığını, öz etkililik algısının durum ve davranışa özgü olduğunu belirtmektedir. Öz-etkililik inancı bilişsel, motivasyonel, duygusal ve karar verme süreci ile düzenlenmektedir (Bandura 1986; 1995; Benight ve Bandura 2004). (Şekil 2.1).



**Şekil 2.1. Öz-Etkililik İnancını Düzenleyen Mekanizmalar**

Öz-etkililik inancının oluşmasında bazı faktörler rol oynamaktadır. Bandura öz-etkililik algısını etkileyen faktörleri;

- Kişisel deneyimler,
- Başkalarının deneyimlerinden çıkarılan sonuçlar (dolaylı yaşantılar),
- Sosyal onay ve
- Kişinin fizyolojik ve duygusal durumu olmak üzere dört grupta toplamıştır (Bandura 1986; 1995).

#### **2.4.1. Kişisel Deneyimler**

Öz-etkililik inancını etkileyen faktörlerden en önemlisinin ve etkilisinin kişisel deneyim olduğu belirtilmektedir. Davranış değişikliği geçmiş deneyim ve başarılarından etkilenebilmektedir (Lew ve Owen, 2000). Bireyin giriştiği işlerde gösterdiği başarı onun daha sonra benzer işlerde başarılı olacağını göstermektedir. Dolayısıyla yaşanan başarı ödül etkisi yapabilmekte ve bireyi gelecekte de benzer davranışlar için güdülemektedir (Bandura, 1995). Değişen durumlarda başarılı ve başarısız geçmiş deneyimleri olan birey kendisi için

genel bir yargı oluşturmaktadır ve bu genel yargı onun duruma özel beklentisini etkilemektedir (Aksayan ve Gözüm, 1998).

Başarılı deneyimler öz-etkililik inancını artırırken, üst üste yaşanan başarısızlıklar öz-etkililik inancının azalmasına neden olabilmektedir (Pajares, 2002; Zulkosky, 2009). Bandura, güçlü öz-etkililik inancının zamanla, başarılı deneyimler sayesinde gelişebileceğini, arada sırada yaşanan başarısızlıklardan kolay etkilenmeyeceğini de belirtmektedir (Bandura, 1986).

#### **2.4.2. Başkalarının Deneyimlerinden Çıkarılan Sonuçlar (Dolaylı Yaşantılar)**

Bireyler başkalarının deneyimlerinden yola çıkarak öz-etkililik inancını geliştirebilmektedirler (Bandura, 1986; Pajares, 2002). Bir bireyin beklentileri, diğer kişilerin deneyimlerinden etkilenebilmektedir. Başka kişilerin başarılarını gözlemek, kişinin başarılı olabileceği beklentisine girmesini sağlayabilmektedir (Bandura, 1995). Eğer bir alanda bireyin deneyimi çok sınırlı ise, birey kendisiyle model aldığı kişinin deneyimleri arasında bir bağlantı kuruyor ve yaş, eğitim düzeyi, cinsiyet gibi özellikler bakımından benzerlikler görüyor ise başkalarının deneyimlerinden daha fazla etkilenebilmektedir (Bandura, 1986; Pajares, 2002).

#### **2.4.3. Sosyal Onay**

Bireyler öz-etkililik inançlarını geliştirirken diğer insanlardan gelen tepkilerden de etkilenebilmektedirler. Bireyin bir davranışın başarıyla yapılabileceğine ilişkin teşvik ve öğütlerle cesaretlendirilmesi, öz-etkililik inancının değişmesine neden olabilmektedir (Bandura, 1995). Özellikle saygı duyulan bir kişiden destek\teşvik görme benzer davranışı başarma konusunda bireyin kendine olan güvenini artırabilmektedir. Bireylerin bir işi gerçekleştirebilecek kapasitede olduğu konusunda bir başkasından gelen değerlendirmenin, öz-etkililik inancı üzerine çok güçlü olmamakla birlikte olumlu



bir etkisi olduğu belirtilmektedir. Olumsuz değerlendirmeler ise öz-etkililik inancını zayıflatabilmektedir (Lew ve Owen, 2000; Pajares, 2002).

#### **2.4.4. Kişinin Fizyolojik ve Duygusal Durumu**

Bireylerin bir konudaki öz-etkililik inançları o işi yaparken deneyimledikleri fizyolojik ve duygusal reaksiyonlardan da etkilenebilmektedir. Stres tepkisinin öz-etkililikte anahtar bir kelime olduğu belirtilmektedir (Benight ve Bandura, 2004). Herhangi bir eyleme karşı kişinin deneyimlediği heyecan, stres, korku gibi güçlü duygusal reaksiyonlar, sonucun başarılı veya başarısız olacağı konusunda belirleyici olabilmektedir. Bireyin davranışa girişeceği sırada bedensel ve duygusal olarak iyi durumda olması girişimde bulunma olasılığını arttırabilmektedir (Gözüm ve Aksayan, 1999). Pozitif duygular öz-etkililik inancını güçlendirirken, negatif duygular stres ve heyecan yaratarak öz-etkililik inancını azaltabilmektedir (Bandura, 1986; Pajares, 2002; Benight ve Bandura, 2004).

Öz-etkililik bireylerin düşünce süreçlerini de etkileyebilmektedir. Analitik düşünme, öngörü tahmin etme ve motivasyon öz-etkililikten etkilenebilmektedir. Öz-etkililik algısı yüksek olan bireyler, güçlü problem çözme kapasitesine sahip olduklarına inanmaktadırlar. Güçlü problem çözme kapasitesine sahip olduğuna inanan bireyler zor kararlar alma sürecinde analitik düşüncelerinden yüksek düzeyde yararlanabilmektedirler (Erel, 2000).

Bandura, öz-etkililik beklentilerinin ve sonuç beklentilerinin davranışı etkilediğini belirtmektedir (Bandura, 1977). Etkililik inancı, önemli bir karar verme gücü ve amaçların peşinden koşmada süreklilik sağlamaktadır (Barnason ve ark., 2003). Öz-etkililik gücü yüksek olanların akademik başarılarının daha yüksek, davranışlarında daha kararlı ve tutarlı oldukları saptanmıştır (Andrew ve Vialle, 1998; Atıcı 2001).

İnsan davranışları öz-etkililik dışında başka faktörlerden de etkilenmektedir. Kişinin kendini bir konuda yeterli hissetmesi o işi yapması için tek başına yeterli olmayabilmektedir. Bu nedenle güçlü bir öz-etkililik inancının da davranışın gerçekleştirilmesinde tek başına yeterli olamayacağı bilinmelidir (Pajares, 2002).

## **2.5. Sağlığı Geliştirme ve Sürdürmede Öz-Etkililik**

Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuramı hemşire araştırmacılara sağlığı geliştirme, kronik hastalıklarda sağlığı sürdürmede, sağlık davranışıyla ilişkili araştırmalarda bir rehber oluşturmuştur (Lenz ve Shortridge-Baggett, 2002).

Sosyal Bilişsel Kuram'ın önemli bir bileşeni olan öz-etkililik, olumlu sağlık davranışlarının başlatılmasında ve sürdürülmesinde önemli bir faktördür (Lev ve Owen, 2000; Kara ve Mirici, 2002). Yüksek düzeyde öz-etkililiğe sahip olan bireyler, uygun baş etme yöntemlerini kullanarak içinde buldukları durum ve koşullara daha iyi uyum sağlayabilmektedir (Keskin ve Orgun, 2006). Öz-etkililik algısının güçlü olması aynı zamanda sağlık davranışlarını da pozitif yönde etkilemektedir (Akın, 2002).

Olumlu sağlık davranış değişikliğinin başlatılması ve sürdürülmesi yüksek düzeydeki öz-etkililiğe bağlıdır (Aksayan ve Gözüm, 1998). Riskli cinsel davranışlar ve bağımlılık yapan madde kullanımı ile ilgili davranışların kontrolünde; egzersiz, diyet ve kilo kontrolüne yönelik sağlıklı davranışların geliştirilmesinde bireyin öz-etkililik algısının önemi belirtilmektedir (Schwarzer ve Fuchs, 2005).

Yapılan bir çalışmada; Obez insanların kilo kontrolü üzerindeki öz-etkililik algısının obez olmayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Baş ve Dönmez, 2009). Sigara içen diyabetik hastalarda da sigarayı bırakma davranışı ile ilişkili öz-etkililik algısının anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur (Bijl, 1999).

## 2.6. Hastalık Sürecinde Öz-Etkililik

Hastalık süreci bireylerin yaşamında birçok değişikliğin olduğu zorlu bir süreçtir. Özellikle kronik hastalıklarda davranış değişikliğinin gerekli olduğu durumlarda bireyler yardıma ve desteğe gereksinim duyabilmekte, böylece onların öz-bakımlarının gelişmesine de yardımcı olunabilmektedir (Lev, 1997).

Öz-etkililik; güçlü bir öz-bakım öngörüsüne katkı sağlayarak ve bireyin öz-bakımını gerçekleştirmesini teşvik ederek hastalıkla mücadele sürecine yardımcı olmaktadır (Lev ve Owen, 2000). Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyici olan öz-etkililik; KOAH, astım, diyabet gibi kronik hastalıklarda da sağlığı geliştirme davranışlarının oluşmasında önemli bir bileşendir (Stuifbergen ve ark., 2000).

Öz-etkililik algısı, bireylerin hangi aktiviteleri yapacaklarını ya da yapmayacaklarını belirlemede etkili olabilmektedir. Hastalar yüksek öz-etkililiğe sahip oldukları alanlardaki davranışları tekrarlamaya, düşük öz etkililiğe sahip oldukları alanlarda ise davranışlardan kaçınmaya eğilim göstermektedirler (Kara ve Mirici, 2002). Örneğin KOAH'lı bazı hastalar solunum güçlüğü azaltmak için az bir çaba ile bile gerçekleştirebilecekleri bazı aktivitelerde güven eksikliği hissedebilmektedirler. Bu durumda hastalar fiziksel yeterliliğe sahip olsalar bile, öz etkililiklerinin düşük olması nedeni ile günlük yaşam aktivitelerinde kendilerini sınırlandırabilmektedirler (Scherer ve Schiemeder, 1996). Artrit hastalığına sahip bireylerden öz etkililiği yüksek olanların hastalığa bağlı hareket kısıtlılığına rağmen, yapabilecekleri aktiviteler konusunda daha fazla çaba harcadıkları belirlenmiştir (Gözüm ve Aksayan, 1999; Ünsal ve Kaşıkçı, 2008). Öz-etkililik inançları yüksek olan kişilerin ağrıyı, düşük olanlardan daha iyi şekilde yönetebildikleri belirlenmiştir (Schwarzer ve Fuchs, 1995).

## 2.7. Hemşirelik ve Öz-Etkililik

Öz-etkililik kavramı, hemşirelik ve psikoloji alanlarında sağlık ile ilgili davranışlar incelenirken yaygın olarak ele alınmıştır (Akın, 2007). Hastalığa sahip bireylerin, öz-bakımlarına yönelik öz-etkililik düzeylerinin ve hastalığa uyumlarının tanımlanması, sağlık çalışanları tarafından sunulan bakımın bir parçasıdır (Lev ve Owen, 2000). Hemşireler, Orem'in hemşirelik alanındaki kuramında olduğu gibi, bireyin kendi potansiyel gücünü kullanmasına yardım etmeyi sağlayarak, sağlığın geliştirilmesi ve korunmasında önemli bir rol oynamaktadırlar (Fawcett, 2001).

Sağlığı bozulmuş bireylerin yeniden sağlığına kavuşması ve hastalığın olumsuz etkilerinin önlenmesinde öz etkililiğin geliştirilmesi önem taşımaktadır (Bahar ve Ark., 2008). Hemşireler değiştirilebilir özelliği olan öz-etkililik algısının geliştirilmesi yönünde girişimlerde bulunmalı ve duruma özel davranış değişimi için bireyin kendi başarısına ilişkin algısını güçlendirmeye çalışmalıdır (Aksayan ve Gözüm, 1998; Stuijbergen ve ark., 2000). Kalp hastalıklarının iyileşme ve rehabilitasyon sürecinde de öz-etkililiğin önemi ortaya konulmuştur (Bastone and Kerns, 1995). Bireyleri sağlığa zarar veren olumsuz davranışlardan koruyup, sağlığı geliştiren olumlu davranışlar kazandırmaya çalışan hemşirelerin, bireyin davranışlarının kontrolünde etkili olan öz-etkililiğe ilişkin bilgisinin olması önemlidir (Gözüm, 1999). Hemşirelerin;

- Bireyin genel ve duruma özel öz-etkililik algısını değerlendirme,
- Bireylerin başarılı davranışlarını takdir etme,
- Bireylere kalıcı davranışları gerçekleştirme konusunda ikna etme,
- Bireylerin sosyal destek sistemleriyle birlikte hareket etme,
- Davranışın başlatılıp sürdürülmesini olumsuz etkileyebilecek anksiyete ve stresin azaltılmaya çalışılması gibi bazı teknik ve stratejileri kullanarak bireylerin öz-etkililik algısını artırarak sağlıksız davranışı terk etme ve sağlıklı davranışı başlatarak sürdürme konusunda bireylere yardımcı olabileceği belirtilmektedir

(Aksayan ve Gözüm, 1998; Stuijbergen ve ark., 2000; Schwarzer ve Fuchs, 2005)

Öz-etkililik algısının geliştirilmesi bireyin davranışlarını, motivasyonunu, düşünme biçimini ve emosyonel iyilik durumunu olumlu yönde etkilemektedir (Teno, 2002). Öz- etkililik algısının geliştirilmesi gerçekçi ve olumlu hedeflerin belirlenmesi, belli bir davranışta bulunma konusunda çaba gösterilmesi, deneyim kazanılması, davranışların ödüllendirilmesi, motive etme ve geri bildirimde bulunulması esasına dayanmaktadır (Bandura, 1982). Bilgi eksikliği bireyin motivasyonunu, kendisine olan güvenini azaltacağından bilgi gereksinimi ile ilgili hasta gereksiniminin karşılanması ve eğitim bu noktada önem taşımaktadır (Teno, 2002).

Öz etkililik düzeyleri yüksek olan bireyler başkalarını da olumlu etkileyebilmektedirler Buna göre hemşirelerin öz etkililik düzeylerinin yüksek olması bakım verdikleri hastaları da olumlu etkilemeleri açısından önemlidir (Schwarzer ve Fuchs, 2005). Sertbaş ve Sergek (2006) 'in 140 hemşirenin öz-etkililik düzeyini ve buna etki eden sosyo-demografik faktörleri belirlemek amacı ile yaptıkları bir çalışmada; bekar olanların, il merkezinde yaşayanların, çocuk sahibi olmayan hemşirelerin öz etkililik-yeterlilik düzeylerinin evlilere, il merkezi dışında yaşayanlara ve çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada meslekteki çalışma yılı arttıkça öz etkililik-yeterlilik algısının olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. Hastane yöneticileri de hemşirelerin olumlu yönlerini takdir etme, karmaşık işlemleri ya da işleri parçalara bölme, hizmet içi eğitim programlarıyla bilgi donanımlarını arttırmak ve motivasyonlarını sağlayıcı faaliyetler düzenleyerek öz-etkililik/yeterlilik algısının geliştirilmesine katkıda bulunabileceği belirtilmiştir (Sergek ve Sertbaş, 2006).

## **2.8. Kalp ve Damar Hastalıkları**

Kalp hastalıkları günümüzde tüm dünyada yaygın ve ölüme yol açan faktörlerin başında yer almaktadır (WHO, 2009-b). Kalp hastalıklarında

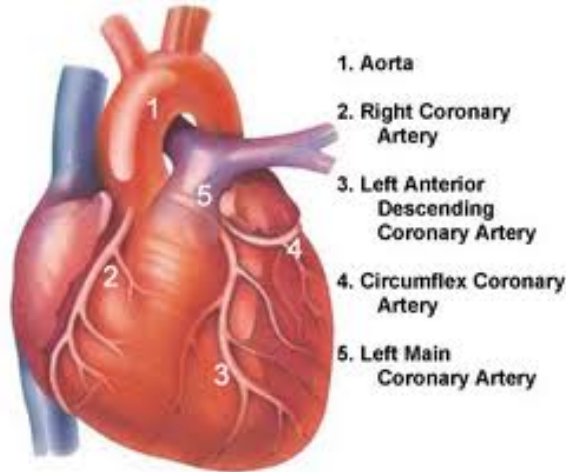
mortalitede azalma olmasına rağmen, teknolojik gelişmeler ve yaşam şekillerine bağlı olarak bu hastalıklar gelişmiş ülkelerde hala önemli bir sorun olmaya devam etmektedir (Onat, 2004). Tüm dünyada kardiyovasküler hastalıklardan ölüm oranınının 1990 ve 2020 yılları arasında, % 28.9'dan % 36.3'e yükseleceği öngörülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre koroner kalp hastalığı, 2002 yılında tüm dünyada gerçekleşen ölümlerin % 19,5'ini oluşturmuştur (WHO, 2009-b). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 2006'da yayınlanan bir rapora göre her altı ölümden birinin kardiyovasküler hastalıklardan dolayı gerçekleştiği; 81 milyon kişinin (% 36.9) kardiyovasküler hastalıklara sahip olduğu; 39 milyonunun erkek, 42 milyonunun kadın ve 38 milyonunun 60 yaş ve üstü kişilerden oluştuğu belirtilmektedir. Ayrıca bu raporda 65 yaş ve üstü bireylerin % 80'inin kardiyovasküler hastalıklar sonucu öldüğü bildirilmiştir (Heart Disease and Stroke Statistics, 2010). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre 2030 yılında 23.6 milyon kişinin kalp ve damar hastalıklarından öleceği tahmin edilmektedir (WHO, 2010). Avrupa' da ve Türkiye'de de kalp hastalıklarına bağlı ölümler tüm ölümler arasında ilk sırada yer almaktadır (AHA, 2009; Sağlık Bakanlığı, 2008).

Kalp damar hastalıklarının risk faktörlerinin bazılarının kontrol altına alınabileceği ve önlenebileceği de bilinmektedir (WHO, 2007; Sağlık Bakanlığı, 2008; Owens, 2006). Özcan (2008) 'ın belirttiğine göre Duran; hastalığın ortaya çıkmasına yol açacak risk faktörlerinin kontrol altına alınabilmesi bireylerin sağlıklı yaşam şeklini değiştirmesi ile mümkün olacağını belirtmiştir. Örneğin fiziksel hareketliliğin bir alışkanlık haline getirilmesi ile iskemik kalp hastalığı nedeniyle ortaya çıkabilecek sorunların azaltılabileceği belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2008). Kalp ve damar hastalıkları; kapsamında birçok farklı hastalık bulunmakla birlikte kalp ve damar hastalıkları arasında koroner arter hastalığı ilk sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2008).

## 2.9. Koroner Arter Hastalığı (KAH)

Koroner arter hastalığı (KAH) en yaygın görülen kardiyovasküler sistem hastalığıdır. Koroner kalp hastalığı (KKH), olarak da adlandırılmaktadır. Bu hastalık, mortalite ve morbitide oranının yüksek olması, üretken yaş grubunda daha sık görülmesi, tedavi maliyetinin yüksek olması ve ciddi komplikasyonlara yol açması gibi nedenlerden dolayı önemli bir toplum sağlığı sorunudur (Karadakova ve Aslan, 2010).

Sağ ve sol koroner arterler kalbin miyokard tabakasının kanlanmasını sağlayan damarlardır (Şekil 2.2). Kalbi besleyen koroner damarların ateroskleroza bağlı olarak daralması ya da tıkanması sonucu miyokardda iskemi ve nekroz oluşmasına koroner arter hastalığı (KAH) adı verilir (Akdemir ve Birol, 2004; Abanonu, 2005; Karadakova ve Aslan, 2010). Ateroskleroz arterlerin intima tabakasının lipid parçacıklarının, karbonhidrat, fibröz doku, bazı kan elemanları ve kalsiyum gibi maddelerin lokal olarak birikimi ile oluşan ve damarların lümenini (boşluğunu) tıkayarak normal kan akımını engelleyen patolojik bir süreçtir (Akdemir ve Birol, 2004; Abanonu, 2005; Karadakova ve Aslan, 2010).



**Şekil 2.2. Kalbin Kanlanmasını Sağlayan Damarlar**

[http://www.communitymemorial.com/services/heart/coronary\\_art.cfm](http://www.communitymemorial.com/services/heart/coronary_art.cfm)

(Resmin kullanımı için Froedtert Health'den izin alınmıştır) (EK XIII)

KAH'ın, ABD'deki kadın ve erkek olmak üzere her iki cinsiyette de tek başına en büyük mortalite ve sakatlık nedeni olduğu belirtilmektedir. ABD'de 2006 yılı itibariyle 20 yaş ve üstü 17 milyon 600 bin kişinin KAH'a sahip olduğu ve 733.000 kişinin akut koroner sendrom tanısıyla izlendiği bildirilmektedir (Heart Disease and Stroke Statistics, 2010).

TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri) çalışması 2007/08 tarama örnekleminde olan 449 kişide KAH olduğu ve 35 yaş ve üzerindeki 29.5 milyon nüfusta 3.1 milyon kişinin, yani bin yetişkin başına Türkiye genelinde 105 kişinin KAH olduğu belirlenmiştir. Bu tespit KAH'ın 1990 yılından beri yılda % 6.4 oranında, diğer bir ifadeyle 200 bin kişi arttığını göstermiştir (Onat, 2009). Türkiye'nin coğrafi bölgelerine göre bakıldığında Karadeniz ve Marmara bölgelerinde Doğu Anadolu, Ege ve Akdeniz bölgelerine göre daha fazla yoğunlukta bireylerde KAH gözlemlendiği belirtilmektedir (Onat, 2009).

TEKHARF çalışması 2007/08 tarama örnekleminde koroner kalp hastalarının % 6'sının 45-54 yaş grubunda, % 17'sinin 55-64 yaş grubunda, % 28'inin 65 yaş ve üzerindeki grupta olduğu belirtilmektedir. Bu oranların 1990 yılı oranlarına göre 50 yaş üstü grupta % 80 oranında arttığı belirtilmektedir (Onat, 2009).

### **2.9.1. KAH İçin Risk Faktörleri**

KAH için risk faktörlerinin bir bölümünün kontrol edilmesi mümkün olmamasına rağmen, kontrol altına alınabilecek risk faktörleri de bulunmaktadır. Buna göre;

#### **Kontrol Edilemeyen Risk Faktörleri:**

- Aile öyküsü\genetik yatkınlık (birinci derece akrabalarından erkekte 55, kadında 65 yaşından önce koroner arter hastalığı bulunması)



- Yaş (Erkeklerde  $\geq 45$ , Kadınlarda  $\geq 55$  ) ve
- Cinsiyettir (erkek cinsiyette fazla)

#### **Kontrol Edilebilen Risk Faktörleri:**

- Sigara\Alkol kullanımı
- Kan basıncı yüksekliği (140\90 mmHg üzeri)
- Diyabetes mellitüs (DM)
- Düşük HDL kolesterol (45 mg\dl altı)
- Yüksek LDL kolesterol (130 mg\dl üzeri)
- Total kolesterol (200mg\dl üzeri)
- Dengesiz diyet
- Şişmanlık\Obezite
- Stres
- Düzenli egzersiz yapılmaması ve
- Hareketsiz yaşamdır.

(Grundy, 1999; Akdemir ve Birol, 2004; Tekbaş, 2008; Abanonu, 2005; Onat, 2009; Heart Disease and Stroke Statistics, 2010; Karadakova ve Aslan, 2010).

Aile öyküsünde KAH olması, özellikle birinci derece akrabalarından erkekte 55, kadında 65 yaşından önce KAH bulunması riski artırmaktadır. Yaş ilerledikçe KAH riski artmaktadır. Genel olarak erkeklerde 45 yaşından sonra kadınlara göre risk daha fazla artmaktadır. Ancak menapozdan sonra (yaklaşık 55 yaşından sonra) östrojenin kandaki alfa ve beta lipoproteinleri düşürücü etkisi ortadan kalkmaya başladığı için risk açısından kadın erkek farkı ortadan kalkmaktadır (Akdemir ve Birol, 2004; Abanonu, 2005; Karadakova ve Aslan, 2010).

Sigaranın karbon monoksit düzeyini artırması nedeniyle kanda oksijenin taşınması azalmaktadır. Kullanılabilir oksijenin azalması ise kalbin pompa gücünü olumsuz etkilemektedir. Ayrıca nikotinin vazokonstrüktör etkisi ile

koroner kan akımı azalmakta ve nikotin, katekolaminlerin salınımına neden olarak kan basıncını yükseltmektedir. Bunlara ek olarak, sigara trombositlerin kümelenmesini ve damar duvarına yapışmasını kolaylaştırarak trombüs gelişme olasılığını artırmaktadır. Günde bir paket sigaranın koroner kalp hastalığı riskini iki kat; sigaraya bağlı miyokard infarktüsü ve kardiyak ölüm riskini erkekte 2.7 ve kadında 4.7 kat artırdığı belirtilmektedir (Akdemir ve Birol, 2004; Abanonu, 2005; Karadakova ve Aslan, 2010).

Hipertansiyon, ateroskleroz nedeniyle miyokardın oksijen gereksinimini artırmaktadır. Hiperglisemi ise trombositlerin kümelenmesini artırmaktadır. İnsülin damar duvarının zedelenmesine neden olarak enflamasyon reaksiyonunu başlatarak ateroskleroz gelişimini kolaylaştırmaktadır (Akdemir ve Birol, 2004; Abanonu, 2005; Karadakova ve Aslan, 2010).

Diyabetes mellitus'ün (DM) önemli bir kardiyovasküler risk faktörü olduğu ve çeşitli mekanizmalarla ateroskleroz gelişimini kolaylaştırdığı belirtilmektedir. Kardiyovasküler hastalığa bağlı ölüm oranı diyabetik olmayanlarla kıyaslandığında diyabetiklerde 2-4 kat daha fazla olduğu, morbiditenin de daha yüksek olduğu belirtilmektedir. (Oto, 2007; Zorlu ve ark., 2010).

Düşük HDL ve yüksek LDL kolesterol düzeyi KAH riskini artıran diğer bir faktördür. Şişmanlıkta gerek beslenme şekli, kan glikoz ve kolesterol düzeyleri, gerekse hareket sınırlılığı nedenleri ile KAH riskinin fazla olduğu bilinmektedir. Sürekli stres durumunun organizmada yarattığı değişiklikler nedeniyle de KAH riski artmaktadır (Akdemir ve Birol, 2004; Abanonu, 2005; Karadakova ve Aslan, 2010).

### **2.9.2. KAH'ın Belirti ve Bulguları**

KAH, belirti ve bulguları arter lümenindeki daralmanın lokalizasyonu ve derecesine göre değişiklik göstermektedir. Miyokarda kan akımının azalmasına

bağlı olarak iskemi ortaya çıkmakta ve iskeminin neden olduğu göğüs ağrısı anjina pektoris (AP) olarak tanımlanmaktadır. Miyokarda kan akımının azalması ileri düzeyde ise miyokard hücrelerinin ölümü sonucu akut miyokard infarktüsü (AMİ) gelişebilmektedir (Akdemir ve Birol, 2004; Karadakova ve Aslan, 2010).

KAH'dan korunma stratejilerinin temeli, hastalığa yol açan yaşam tarzını ve çevresel faktörleri değiştirmek ve yüksek riskli bireyleri belirleyip bu bireylerde özel önlemler almaya dayanmaktadır (Karadakova ve Aslan, 2010). KAH'ın risk faktörlerinin uzun dönem ilaç tedavisi ve sigaranın ve\veya alkolün bırakılması, sağlıklı beslenme, kilo verme, uygun egzersiz ve stres ile baş etme gibi kalıcı yaşam stili değişiklikleri ile azaltılabileceği belirtilmektedir (Sol B. ve ark., 2006; Karadakova ve Aslan, 2010).

## **2.10. KAH'ın Tedavisi**

Koroner arterlerdeki aterosklerotik plaklar genellikle birden fazla koroner arteri etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada üç koroner arteri tıkalı olan hastaların 5 yıllık yaşam süresinin % 70, sol koroner arteri tıkalı olan hastaların 5 yıllık yaşam süresinin % 40–60 olduğu ve bu hastaların 15 yıllık yaşam süresinin ise %15 kadar düştüğü belirlenmiştir (Heper ve ark., 2000).

Koroner arter hastalığının tedavisinde ilaç, anjiyoplasti ve revaskülarizasyon cerrahisi yani koroner arter bypass greft (KABG) gibi farklı yöntemler uygulanmaktadır. Minimal invaziv girişimlerin gelişmesi ile birlikte açık kalp cerrahisi en son tercih edilen yöntem olmuştur. Bununla birlikte KABG hala yaygın ve etkili bir yöntem olarak kabul edilmektedir (AHA, 2001; Abacı, 2009). KABG ameliyatı günümüzde ilaç tedavisine yanıt vermeyen, PTCA (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty) veya stent girişimlerinin mevcut koşullarda olanaksız veya başarısız olduğu koroner arter hastalıklarının tedavisinde tüm dünyada başarıyla uygulanan, hastaların hem hayat

kalitesinde, hem de hayatta kalma süresinde yarattığı olumlu etkisiyle kabul görmüş bir girişimdir (Kırali ve ark., 1998; Onat, 2004; Abacı, 2009).

### **2.11. Koroner Arter Bypass Greft (KABG)**

KABG, vücudun diğer bölümlerinden çıkarılmış arter ve venler ile ya da protez greftler kullanılarak koroner damarlardaki darlık veya tıkanıklık sonucu ortaya çıkan miyokardiyal iskeminin ortadan kaldırılması için gerçekleştirilen ameliyatlardır. İlk kez safenöz ven ile koroner aorta bypass greft 1964' de gerçekleştirilmiş ve bundan sonra koroner arter hastalıkları için kabul edilir bir prosedür olmaya başlamıştır (Göksel, 2004).

Medikal tedavi ile karşılaştırıldığında by-pass etkin olarak ağrının rahatlatılması, egzersiz toleransının artırılması, hastanın yaşam süresinin uzatılması ve zayıf sol ventrikül fonksiyonuyla beraber üç damar hastalığı durumunda yaşam süresinin artırılması yönünden daha üstün bir tedavi şekli olarak benimsenmiştir (Duits ve ark., 1997).

Amerika'da yılda 460 binden fazla KABG operasyonu gerçekleşmektedir (Anthony ve Sendelbach, 2007; Grundy, 1999). Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association-AHA)'nin 2006 verilerine göre; yılda 1.3 milyon angioplasti gerçekleştirildiği, 448.0000 KABG ameliyatı yapıldığı ve bu vakaların 323.000'inin erkeklerden, 125.000' inin kadınlardan oluştuğu bildirilmiştir. Avrupa'da 2001 ve 2002 yılları arasında 31 ülkeden 130 hastaneden 5619 hasta ile gerçekleştirilen Avrupa kalp çalışması sonuçları ile 1980-2005 yılları arasında anjioplasti ve KABG gerçekleştirilen hastaların sonuçlarının karşılaştırıldığı randomize kontrollü bir çalışmada Avrupa kalp çalışmasına göre hastaların (n:4713) %54'ine anjioplasti, % 23'üne KABG ve % 23'üne tıbbi tedavi yapılırken, diğer grupta bulunan hastaların (n:8647) % 49'una anjioplasti, % 48'ine KABG ve %3'üne tıbbi tedavi uygulanmıştır. Çalışmaya alınanların sırası ile % 77 ve % 76'sını erkekler oluşturmuştur (Hordijk-Trion ve ark., 2006; AHA, 2006).

KAH'nın tedavisinde, cerrahi tedavinin ilaç tedavisine göre daha başarılı olduğu belirtilmektedir (Göksel, 2004). KABG'in en büyük avantajı, hastanın ameliyattan sonraki yaşam süresinin ilaç tedavisine göre daha uzun olmasıdır. Yapılan bir çalışmada koroner arter bypass ameliyatından sonra hastaların %70-90'ında göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı gibi semptomların azaldığı ve egzersiz performansının ameliyat öncesine göre % 20-50 oranında arttığı saptanmıştır (Duits ve ark., 1997).

Günümüzde KABG için aday olan hastalar şu şekilde sıralanmaktadır:

- Sol ana arter stenozu ile anjinal yakınması olan,
- Proksimal LAD (Left Anterior Descending) ya da sirkumfleksde % 50-% 70'den fazla tıkanıklığı bulunan,
- Üç damar hastalığı ile anjina tarifleyen (EF (Ejeksiyon Fraksiyonu) <%50 ya da yaygın iskemi),
- Damar hastalığı ile birlikte yaşamı tehdit eden ventriküler aritmisi bulunan;
- Önemli oranda canlı, kasılmayan ve revaskülarize edilebilir myokarda sahip ve
- Sol ventrikül fonksiyonu iyi olmayan hastalara, diğer yöntemlerin başarısız olduğu durumlarda KABG uygulanabilir (Grundy, 1999; Göksel, 2004).

KABG için vücudun farklı yerlerinden alınan damarlar kullanılmaktadır. Bu damarların birbirlerine göre çeşitli avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır (Hudak ve ark., 1998). En sık kullanılan damarlar safen ven, radial arter ve internal mamary (IMA) arterdir. Gastro epiploik arter ve Inferior epigastrik arter daha nadir kullanılan damarlardır (Hudak ve ark., 1998).

En sık kullanılan damarların KABG için avantaj ve dezavantajları şu şekilde açıklanmaktadır:

**a. Safen Ven:** Koroner arterin çapına daha uygun olduğu için genel olarak dizin altındaki safenöz ven bypass için kullanılmaktadır. Bacağın i tarafı boyunca insizyon yapılmakta ve ven buradan çıkarılmaktadır. Anostomoz venin bir ucunun aortayla (proksimal anastomoz) ve diğer ucuyla obstrüksiyonun hemen gerisine ( distal anastomoz) yapılmaktadır. Safenöz ven greftinin on yıldan sonra %50' sinin tıkanığı belirtilmektedir (Grundy, 1999; Göksele, 2004).

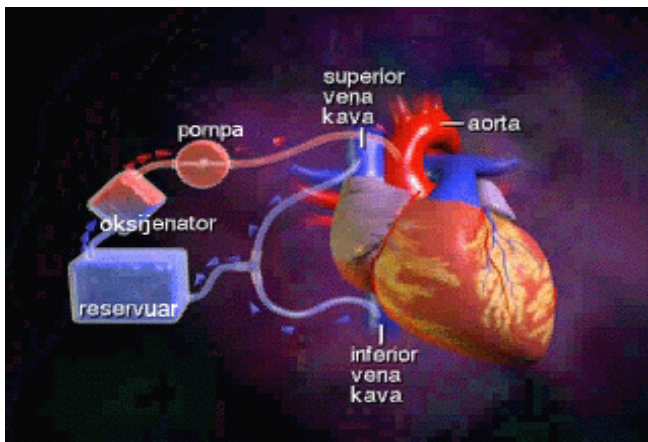
**b. İnternal Mamary Arter (İMA):** İMA subklaviyen arterin ikinci dalı olup; ön göğüs duvarının hemen yanında sternum gerisinde kostal kartilaja doğru inmektedir. İMA, miyokardın yeniden damarlanmasında safenöz vene alternatif olarak uygulanmaktadır. Safenöz venle karėılařtırıldıėında, erken ve geç greft açıklığı oranı daha yüksek olduğu belirtilmektedir. İMA'nın ameliyattan sonra % 90 oranında on yılın üzerinde açık kaldığı ve İMA greftinin yaşam süresini uzattığı belirtilmektedir. Sol İMA sağdan daha uzun ve geniş olduğu için genellikle sol inen koroner artere bypass için kullanılmaktadır (Erdil ve Elbaş, 2001; Özcan, 2008; Elitoğ ve Erkuş 2008). Kadınlarda İMA kullanımıyla mortalite ve aritmi azalmakta ve hastanede kalış süresi kısalmaktadır (Babalık, 2005).

**c. Radial Arter:** Radial arterin İMA gibi elastik arterlerden yapısal farkı media tabakasının daha kalın ve tunika media içindeki miyositlerin çok sıkı organize olmasıdır. Bu nedenle radial arter, vazoaktif ajanlara karėı daha şiddetli bir kontraksiyon cevabı oluşturmaktadır. Radial arterin bir yıllık açıklık oranının %95'in ve 1.5 yıllık açıklık oranının %90'ın üzerinde olduğu söylenmektedir (Hudak ve ark., 1998).

### 2.11.1. KABG'nin Cerrahi Prosedürü

KABG, çalışan kalpte ve ECC (ekstrakorporeal dolaşım) olmak üzere iki şekilde gerçekleştirilmektedir. Çalışan kalpte KABG ameliyatı, ECC kullanılmadan ve "pompa görevini devam ettiren kalp üzerinde" bypass işleminin gerçekleştirilmesidir (Kıralı ve ark., 1998). Miyokardiyal revaskülarizasyon ve kalp cerrahisi için kullanılan en yaygın cerrahi yaklaşım median sternotomi insizyonudur. Sternum sternal bir testere ile manibriumdan ksifoid çıkıntıya kadar kesilmekte, kaburgalar anterior mediastinum ve perikardiumu görmek için ayrılmakta ve öncelikle perikardium açılarak kalp ve aorta açığa çıkarılmaktadır. Hasta kardiopulmoner by-pass için hazır hale getirilmektedir (Hudak ve ark., 1998).

KABG çalışan kalbe ya da çoğunlukla açık kalp ameliyatı tekniği ile yapılmaktadır. Açık kalp ameliyatı tekniğinde, cerrahi esnasında kalbin boş olması ve çalışmıyor olması gerekmektedir. Bu amaçla kalp-akciğer makinesi (ekstra korporeal dolaşım) diğer bir ifade ile kardiopulmoner by-pass makinesi kullanılmaktadır (Şekil 2.4). Bu makine oksijenatör pompası olarak da bilinmekte ve kalbin ve akciğerin görevi geçici bir süre için bir makineye devredilerek hastanın kan dolaşımına oksijen sağlanmaktadır (Hudak ve ark, 1998; Erdil ve Elbaş, 2001).



Şekil 2.3. Açık Kalp Ameliyatlarından Kullanılan Kalp Akciğer Makinesi

### **2.11.2. KABG Ameliyatı Sonrası Komplikasyonlar**

Açık kalp cerrahisinde, kalp akciğer makinesinin ve soğuk kardioplejinin postoperatif miyokardial depresyon, ventriküler aritmiler, renal kan akımında azalma, serebral kan akımında azalma, geri dönüşsüz trombosit fonksiyon bozukluğu gibi çeşitli komplikasyonları tanımlanmıştır (Hudak ve ark.,1998, Fortino ve O'Brien, 2008). Gültekin ve Özbayır (2002)'in yaptıkları bir çalışmada, açık kalp ameliyatı olan hastaların % 85'inin ameliyat yerinde akıntı ve sızıntının arttığı, % 77'sinin ameliyat yerinin çevresinde kızarıklık, ödem, ısı artışı olduğu ve % 51.4'ünün ameliyat yerinde ağrısında artma ifade ettiklerini belirlemişlerdir. KABG sonrası ortaya çıkan diğer komplikasyonlar:

- solunum fonksiyonlarında bozulma
- kardiyak tamponad,
- kanama ve
- enfeksiyondur (Hudak ve ark., 1998; Özcan, 2008; Güneş, 2001;).

KABG sonrası mortalite ve morbiditenin kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Cerrahi girişime bağlı mortalitenin 50 yaş altındaki kadınlarda aynı yaştaki erkeklerden üç kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Mortalitedeki cinsiyet farkının yaş ilerledikçe azaldığı ve 74 yaşından eşitlendiği belirtilmektedir (Babalık, 2005). Açık kalp ameliyatı sonrası ortaya çıkabilecek bu komplikasyonların önlenmesi ameliyat sonrası dönemde özellikle yoğun bakım hemşirelerinin bakım sorumluluklarını göstermesi açısından da büyük önem taşımaktadır.

### **2.11.3. KABG Ameliyatlarında Taburculuk Sonrası Dönem**

KABG cerrahisindeki uzun ve kısa dönem başarı, hastanın koroner damarlarının ve by-pass greftin tıkanıklığının önlenmesine, diğer bir ifade ile açık kalmasına bağlıdır. Zellweger ve ark. (2001), KABG sonrası ilk bir yıl içinde greft venlerin yaklaşık % 12-20'sinin tekrar tıkanıldığını ve on yıl içinde tıkanıklıkların %41-50' ye ulaştığını, hastaların yaklaşık % 9'unun KABG'den



beş yıl sonra tekrar bir ameliyata ihtiyaç duyduklarını belirtmektedirler. Amerika'da KABG cerrahisinin tekrarlanma olasılığının % 8 olduğu belirtilmektedir (Krannich ve ark., 2008). Yapılan bir çalışmada greft tıkanma oranlarının her iki cinste de benzer olduğu bulunmuştur (Babalık, 2005).

Çalışmalar dikkate alındığında, KABG aterosklerozun kesin tedavisi değildir. Aterosklezun ilerlemesini ve greftin yeniden tıkanmasını önlemek için ateroskleroza neden olan risk faktörlerini azaltmanın ve yaşam şeklini değiştirmenin önemli olduğu belirtilmektedir (Güneş, 2001). Ameliyat sonrası dönemde bireyler ilk üç ay ile bir yıl içinde fiziksel, psiko-sosyal ve ekonomik boyutları ile birçok sorun yaşayabilmektedirler. Bu sorunların her biri, bir diğerinden bağımsız olarak düşünülmemeli ve birbirlerini etkileyebileceği dikkate alınmalıdır:

**a. Fiziksel sorunlar:** Açık kalp cerrahisinin iyileşme döneminde özellikle bireylerin taburculuktan sonraki ilk haftada çeşitli fiziksel sorunlar ortaya çıkmaktadır (Redeker ve Brassard, 1996). Taburculuğun ilk haftasında göğüste ve bacadaki insizyon alanında rahatsızlık, aktivite intoleransı (yorgunluk, halsizlik, güçsüzlük) gibi problemler hastaların % 50'den fazlasında altıncı haftaya kadar devam edebilmektedir (Brunner, 2004; Elitoğ ve Erkuş, 2008). Hastaneden taburcu olduktan sekiz hafta sonrasında da ağrı, aktivite intoleransı, uyku örüntüsünde bozulma ve beslenmede değişim (vücut gereksinimden az beslenme) gibi sorunların devam ettiği bildirilmektedir (King, ve ark., 2000; Theobald ve ark., 2005; Elitoğ ve Erkuş, 2008). Ameliyat sonrası ilk bir yıla kadar sıklıkla ortaya yaşanan fiziksel sorunlar:

- fiziksel aktivitede değişim,
- solunum sıkıntısı ve anjinal ağrı,
- genellikle iştahta azalma,
- göğüs ve bacak insizyon bölgesinde ağrı- hassasiyet,
- cinsel yaşamda değişim,
- boşaltım alışkanlığında değişim,

- uykusuzluk olarak sıralanmaktadır.

**b. Psiko-sosyal sorunlar:** Hastaneden taburcu olduktan sekiz hafta sonrasında etkisiz bireysel baş etme görülebilmektedir (King, Parinello 1988).

Sıklıkla karşılaşılan psiko-sosyal sorunlar:

- mutsuzluk,
- stresörlerle baş edememe,
- aile içinde rol karmaşası,
- yaşam biçiminde ve sosyal yaşamında değişiklikler,
- evlilik- aile ve arkadaş ilişkilerinde bozulma ve
- tüm bu sorunlara bağlı olarak da; anksiyete, depresyon, yorgunluk, postkardiyotomi psikozu; sinirlilik ve sık duygusal durum değişikliği yaşanabilmektedir (Erdil ve Elbaş, 2001; Güneş, 2001; Elitoğ ve Erkuş 2008).

**c. Ekonomik sorunlar:** Emeklilik, iş yaşamında değişim, statü kaybı ve bunlara bağlı olarak da ekonomik sorunları içermektedir (Mittaga, ve ark. 2001).

#### **2.11.4. KABG Ameliyatları Sonrası Hasta ve Yakınlarının Eğitimi**

Hastaların ve yakınlarının ameliyat sonrası erken ve geç dönemde ortaya çıkabilecek bu sorunların önlenmesi; sorunlar ortaya çıktığında baş edebilmeleri ve hastalığın tekrarlamaması için yeterli donanımı kazanabilmelerinde eğitim büyük önem taşımaktadır. Hasta ve hasta yakınlarına verilen taburculuk eğitimi; hastaların iyileşme süreçlerini hızlandırdığı, komplikasyonların önlenmesine yardımcı olduğu, öz-bakım yeteneklerini ve öz güvenlerini arttırdığı, sağlık bakımı ve bu bakım ile ilgili karar alma mekanizması içine dahil ederek daha iyi sonuç almaya yardımcı olduğu, hastaneye/polikliniğe tekrarlı başvuruları azalttığı buna bağlı olarak da hasta bakım maliyetinin azalttığı ve bakım kalitesinin yükselttiği belirtilmektedir (Özcan, 2008; Elitoğ ve Erkuş, 2008).

Hasta ve hasta yakınlarına verilen taburculuk eğitimi bireylerin yaşam biçimindeki değişikliklere ve hastalığa uyum sağlamalarında uygun baş etme yöntemi kullanmalarını sağlamak amacıyla doktor, hemşire, diyetisyen ve fizyoterapist gibi sağlık çalışanları tarafından verilmektedir. Sağlık eğitimi konusunda bilgi ve beceri sahibi hemşirelerin hasta ile her an beraberlikleri nedeniyle, eğitim ve bilgilendirmede önemli bir yere sahip oldukları belirtilmektedir (Özcan, 2008). KABG gerçekleştirilen hastalara taburculuk eğitimi kapsamında yer alması gereken konular:

- ilaç kullanımı,
- ağrının kontrolü,
- yara bakımı,
- kanama ve enfeksiyon gibi komplikasyonların önlenmesi,
- diyet,
- egzersiz,
- dinlenme (uyku, oturma ve yatma pozisyonu),
- hijyen,
- alkol, sigara gibi zararlı alışkanlıklar,
- cinsel yaşam,
- acil durumlar,
- günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme,
- işe başlama,
- seyahat etme ve otomobil kullanma,
- sosyal faaliyetlerini yerine getirme ve
- kontrollere gelmesi gereken durumlardır (Erdil ve Elbaş, 1998; Özcan, 2008; Elitoğ ve Erkuş, 2008; Elitoğ ve Erkuş, 2010).

## **2.12. KABG ve Öz-Etkililik**

Cerrahi girişimin bireyleri fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönlerden etkileyen ve onların hayatındaki önemli deneyimlerden birisi olduğu belirtilmektedir. Ameliyat olan hastaların yeni yaşam biçimine uyum sağlaması

vücut imajındaki değişikliği kabullenmesi ve sonraki yaşamını olabildiğince bağımsız sürdürebilmesi için gerekli bilgi ve beceriyi öğrenmesi gerekmektedir (Gültekin ve Özbayır, 2003; Akyolcu, 2005). KABG ameliyatları hastalarda fiziksel, emosyonel ve sosyal bazı değişikliklere yol açan ve bireylerin bu değişikliklere uyum sağlamaları gerektiği büyük zorlu ameliyatlardır (Erdil ve Elbaş, 2001; Güneş, 2001; Brunner, 2004; Elitoğ ve Erkuş, 2008). KABG ameliyatı sonrası döneme bireylerin uyum sağlayabilmesi için davranış değişikliği gerekebilmektedir. Bireylerin davranışlarını değiştirmesinin oldukça zor olduğu; çünkü bazı değişikliklerin öz yönetim becerisi diğer bir ifade ile kişinin kendi duygularını ve tepkilerini kontrol altında tutabilme ve değişen koşullar karşısında sakin kalabilme ve uyum sağlayabilme becerisinin gerekli olduğu belirtilmektedir. Bu yüzden kalp ve damar hastalıklarına sahip bireylerin önemli bir kısmı kendi tedavi amaçlarına her zaman ulaşamamaktadırlar (Theobald ve ark. 2005).

Öz-etkililik; kardiyak rehabilitasyon sürecinde fiziksel aktiviteyi de içine alacak şekilde sağlık davranışında gerekli değişimi gerçekleştirebilmek için bireyin kendi kapasitesine yönelik algısını ortaya koymaktadır (Sol ve ark., 2006). Bu yüzden KABG gerçekleştirilen bireylerde, davranışı değişikliği geliştirmek; değiştirilen bu davranışın sürekliliğini sağlamak için öz-etkililiğin önemli olduğu belirtilmektedir (Schwarzer ve Fuchs, 1995; Berkhuisen ve ark., 1999; Sol ve ark. 2006).

Kalp ve damar hastalıklarına yönelik yakınmaları olan bireylerden öz etkililiği düşük olanlar, tanı konulması için hastaneye gitmekte daha fazla zorlanabilmektedirler. Benzer şekilde kalp hastalığı olan bir birey öz-etkililik algısı da düşük ise; sodyum ve su kısıtlaması, kilo takibi, uygun ilacı alma gibi sorumlulukları almaktan kaçınabilmektedirler (Pegus ve ark., 2002) Kalp damar hastalığına sahip öz-etkililik algısı düşük olan bireylerin, öz-etkililik gücü yüksek olan bireylere göre stres düzeylerinin daha yüksek olduğu ve daha fazla depresyon görüldüğü belirlenmiştir (Kristen, 2010). Kalp ve damar hastalıklarının risk faktörlerinin azaltılması, iyileşme ve rehabilitasyon sürecinde

öz-etkililiğin gücü, son zamanlarda daha fazla dikkat önem kazanmış olsa da bu konuda çalışmalar sınırlıdır (Bastone ve Kerns,1995; Sol ve ark.,ö 2003).

KABG gerçekleştirilen hastaların ameliyattan sonraki ilk üç ay ile bir yıl içerisinde fiziksel ve psiko-sosyal problemler yaşadıkları belirtilmektedir. Hastalar yaşadıkları bu problemler nedeni ile aktivitelerini kısıtlamaktadırlar ya da önceki rollerine dönmeyi ertelemektedirler (Moore, 1994, King ve Parinello 1988; Smeltzer ve Bare, 1996). KABG yapılan hastalarda egzersiz, stres ile baş etme, uygun diyet, cinsel yaşam, sigarayı bırakma ve sınırlı alkol tüketimi gibi davranış değişikliğinin gerekli olabileceği birçok konuya uyumda öz-etkililik düzeylerinin önemli olduğu vurgulanmaktadır (Schaffer, 2008 ve Özcan, 2008). Öz-etkililik düzeyi düşük olan hastalar taburculuk sonrası bu süreçte davranış değişikliklerine uyum sağlamakta zorlanmaktadırlar (Schaffer, 2008). KABG gerçekleştirilen bireylerde öz-etkililik düzeyi yüksek olanların taburculuk sonrası dönemde işe geri dönüş sürecinde ve fiziksel açıdan fonksiyonel olarak daha başarılı oldukları ve ağrı kesici kullanımlarının daha az olduğu belirtilmektedir (Berkhuysen ve ark., 1999). Yine KABG ameliyatı yapılan bireylerin öz-etkililik gücünün hastalığın risk faktörlerini azaltmakta önemli bir etken olduğu belirlenmiştir (Ewart, 1989).

Önemli kardiyak sorunları (akut MI, miyokard revaskülarizasyonu) deneyimleyen hastalar kendi algıladıkları öz-etkililik düzeyine paralel olarak fiziksel günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmektedirler. Algılanan fonksiyonel kapasitenin bir göstergesi olarak, etkililik algısı kalp cerrahisini izleyen dönemde iyileşme psikolojisinde önemli bir faktör olabilmektedir. Sonuç olarak KABG gerçekleştirilen bireylerin öz-etkililik algısının yüksek olması; ameliyat sonrası dönemde karşılaşılabilecekleri sorunların üstesinden gelmek ve hastalığın tekrarlanmasının önlenmesi için bireylerin gerekli davranış değişikliklerini gerçekleştirebilmesinde ve sürdürmesinde önemli bir faktör olarak gözükmemektedir (Theobald, ve ark 2005; Lopez, 2007).

KABG gerçekleştirilen bireylerin öz etkililik algısının artırılmasına katkı sağlamak için bireylerin yaşantılarında olumlu deneyimlerinin farkında olmasının sağlanması, başarılı girişimleri için desteklenmesi ve olumlu geri bildirim verilmesi, olumlu deneyimleri olan bireyler ile grüştürölmesi, stresle baş edebilmesine yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi, bireylerin kalıcı davranışları gerçekleştirme konusunda ikna edilmesi, sosyal destek sistemleriyle birlikte hareket edilmesi, karmaşık işlemlerin ya da işlerin parçalara bölünmesi, bireysel özellik ve gereksinimlerine uygun eğitim verilmesi ve motivasyonu artıracak faaliyetler düzenleyerek öz-etkililik algısının geliştirilmesi düşünölmektedir (Aksayan ve Gözüm, 1998; Stuijbergen ve ark. 2000; Schwarzer ve Fuchs 2005; Sergek ve Sertbaş, 2006).

## **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma, Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ)'nin Kardiyak Cerrahi Versiyonu'nun Türk toplumu için Geçerlik ve Güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla yapılmış metodolojik bir araştırmadır.

### **3.2. Araştırmanın Yeri**

Araştırma, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Erişkin Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi'nde yürütülmüştür. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Erişkin Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi 9 yatak kapasitesine sahiptir. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde toplam 11 doktor ve 13 hemşire görev yapmaktadır. Bu yoğun bakımda koroner arter by-pass greft, kalp kapağı, aort anevrizma greftenmesi, kalp transplantasyonu, periferik damar ve göğüs hastalıkları ile ilgili ameliyat gerçekleştirilen bireyler yatmaktadır.

### **3.3. Araştırmanın Zamanı**

Araştırmanın veri toplama aşaması hastaların ameliyat sonrasında taburculuk eğitimi aldıktan sonra ve hastaneden taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonraki 4. haftayı kapsayacak şekilde Şubat 2010 – Kasım 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

### **3.4. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Erişkin Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım (B.Ü. Ankara Hst. KVCYB) Ünitesinde yatan KABG gerçekleştirilmiş olan hastalar oluşturmuştur. Bu üniteye yılda ortalama KABG ameliyatı yapılan 360 hasta yatmakta ve bu vakaların 2007- 2009 yılları

Şubat-Ekim ayları arasında sayısal dağılımı incelendiğinde sırası ile toplam olarak 233, 245, 232 kişi olduğu görülmektedir (Tablo 3.1)

**Tablo 3.1. : B.Ü. Ankara Hst. KVCYB Ünitesinde 2007-2009 Yılları ve Şubat-Ekim Ayları Arasındaki KABG Vakalarının Sayısal Dağılımı**

<b>KABG Gerçekleştirilen Birey Sayısı</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>Şubat</b>	30	26	30
<b>Mart</b>	32	33	27
<b>Nisan</b>	31	35	28
<b>Mayıs</b>	28	29	21
<b>Haziran</b>	22	24	28
<b>Temmuz</b>	22	25	29
<b>Ağustos</b>	28	21	17
<b>Eylül</b>	23	27	21
<b>Ekim</b>	17	25	31
<b>Toplam</b>	<b>233</b>	<b>245</b>	<b>232</b>

### **3.5. Araştırmanın Örnekleme**

Örneklemin belirlenme sürecinde Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı'ndan danışmanlık alınmıştır. Güç analizi yapılmıştır. Yapılan güç analizi sonucunda örneklem gücünün % 80'nin altında olmaması için örnekleme alınacak kişi sayısı 120 olarak hesaplanmıştır (Sheskin, 2000; Sokal ve Rohlf, 1995).



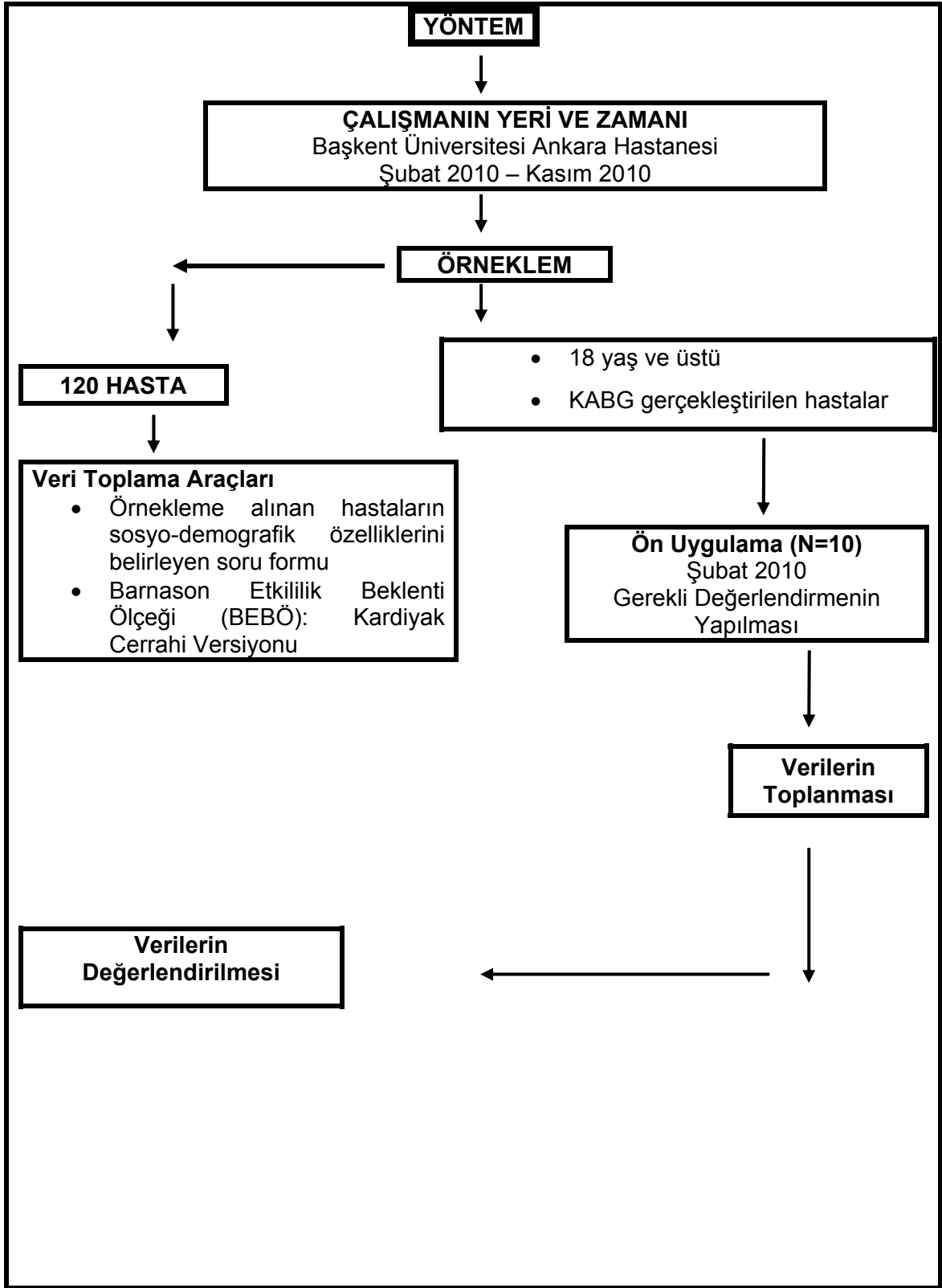
Örneklem kapsamına alınacak ve örneklem dışında bırakılacak hastalar aşağıdaki kriterlere göre seçilmiştir:

**Araştırma Kapsamına Alınacak Hastalar İçin Özellikler**

- 18 yaş ve üstü
- KABG gerçekleştirilen hastalar

**Araştırma Kapsamı Dışında Bırakılacak Hastalar İçin Özellikler**

- Tam görme ve işitme kaybı olan bireyler
- Demans, zeka geriliği gibi sorunlar nedeniyle zihinsel süreçlerde sorun yaşayanlar
- Oryantasyon/konfüzyon sorunu olan bireyler
- Dil problemi olan bireyler



Şekil 3.1. Yöntem

### 3.6. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada Örnekleme alınan hastaların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek için Hasta Soru Formu (EK-II) ve Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ)'nin Kardiak Cerrahi Versiyonu (Barnason Efficacy Expectation Scales (BEES): Cardiac Surgical Version) (EK-III) olmak üzere iki form kullanılmıştır.

#### 3.6.1. Tanımlayıcı Özellikler Belirlemeye Yönelik Soru Formu

Bu form hastanın demografik özellikleri ve hastalığı ile ilgili durumuna yönelik değişkenleri belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Formda toplam 16 soru bulunmaktadır:

- 1. Bireye ilişkin sosyodemografik veriler:** Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, sosyal güvence, birlikte yaşanılan kişiler, yaşadığı yer bilgilerini içermektedir.
- 2. Hastalığa İlişkin değişkenler:** Daha önce hastaneye yatma deneyimi, hastalık ve gerçekleştirilen ameliyata yönelik bir eğitim alıp almadığı, eğitim verildi ise kim tarafından verildiği, verilen eğitimin yeterli bulunup bulunulmadığı, başka bir hastalığın olup olmadığı ile ilgili soruları içermektedir (EK-II).

#### 3.6.2. Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ)'nin Kardiak Cerrahi Versiyonu (Barnason Efficacy Expectation Scales (BEES): Cardiac Surgical Version)

Barnason Efficacy Expectation Scales (BEES): Cardiac Surgical Version, Türkçe çevirisi ile Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ)'nin Kardiak Cerrahi Versiyonu; Susan Barnason tarafından 2002 yılında, KABG cerrahisi sonrası iyileşme ile ilişkili risk faktörlerini ve yaşam stiline (fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon, koroner arter hastalığı risk faktörleri değişimi ve öz bakım yönetimi)

uyum sağlamada, KABG gerçekleştirilen hastaların öz etkililiğinin belirlenmesi için geliştirilmiştir (Barnason ve ark 2002). BEES ölçeği KABG cerrahisi sonrası hastanın iyileşmesi, öz-bakımı ve koroner arter hastalığı risk faktörlerinin yönetimi ile ilişkili 15 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde hastanın belirtilmiş davranışı gerçekleştirebileceğine olan güven algısına dayanan 1-4 puan Likert skalası (1 = kesinlikle katılmıyorum, 4 = kesinlikle katılıyorum) aracılığı ile puanlandırılmaktadır. Skaladan alınan her bir cevabın rakamları toplanarak toplam puana ulaşılmaktadır. Ölçeğin tamamı için puan, 15-60 arasında değişmektedir. Yüksek puan, KABG cerrahisi sonrası iyileşme ve rehabilitasyon davranışlarının belirlenmesi için etkililik beklentisinin yüksek olduğunu göstermektedir.

KABG gerçekleştirilen 90 hastaya uygulanan orijinal ölçeğin revize edilmeden önceki hali, toplam 20 madde ve **fiziksel fonksiyon, psikososyal fonksiyon, diyet modifikasyonu, egzersiz-aktivite modifikasyonu ve öz bakım yönetimi** olmak üzere 5 alt ölçekten oluşmaktadır (Ek XV). Bununla birlikte ileri analizlerde ölçek son olarak 15 maddeye indirilmiş ve 180 hastaya uygulanarak geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Ölçek için Cronbach Alfa değeri 0.93 olarak hesaplanmıştır (Barnason ve ark., 2002). 15 maddeden oluşan BEES ölçeği tek faktörde toplanmıştır ve varyansın % 70.61'ini açıklamaktadır.

### **3.7. Ölçek İçin İzin Alma Süreci**

Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ) Kardiyak Cerrahi Versiyonu'nun Türkçe'ye çevrilmesi için ölçeği geliştiren Susan Barnason'a e-mail yoluyla ulaşılmış ve kendisinden gerekli izinler alınmıştır. Yapılan yazışmalar ekte verilmiştir (EK VI, VII, VIII, IX, X, XI).

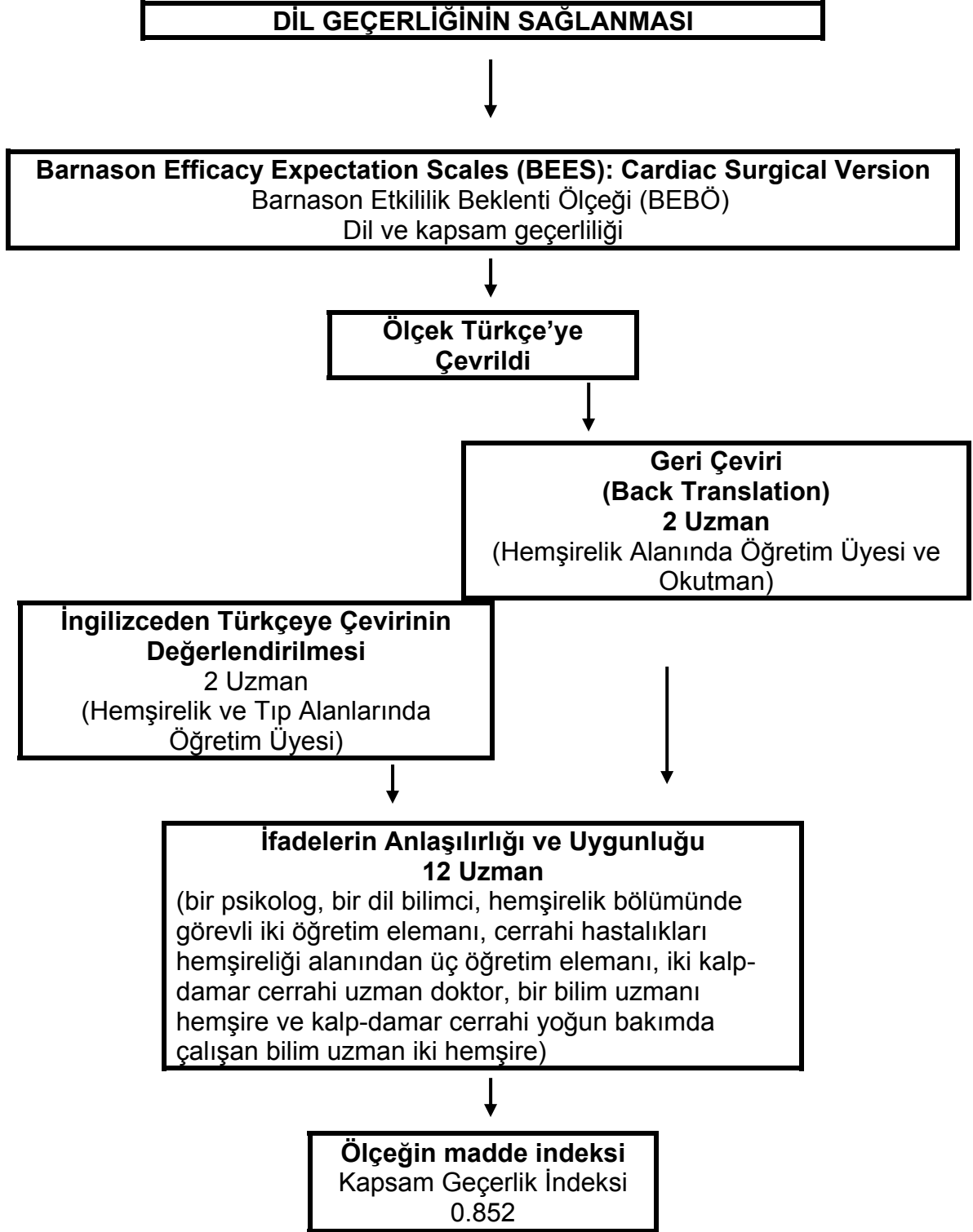
### **3.8. Çalışmanın Araştırma- Etik Kurul ve Hastalardan Onay ve İzin Alma Süreci**

Çalışmanın planlanması aşamasında Başkent Üniversitesi Araştırma Kurulu ve Ankara 8 nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan ( Proje No: KA09\425) çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için onay alınmıştır (EK IV ve V).

Çalışmaya alınması planlanan bireylere, konu hakkında ve isimlerinin gizli kalacağı ile ilgili yazılı ve sözlü bilgi verilerek, gönüllülük esasına göre yazılı onamları alınmıştır (EK I).

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmada daha geniş bir örneklem grubu ile çalışılması planlamasına rağmen, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Erişkin Kalp Damar Yoğun Bakım Ünitesinde ayda ortalama 30-35 KABG ameliyatı gerçekleştirilmesi ve araştırmanın veri toplama süreci için ayrılabilen zamanın sınırlı olması dikkate alınarak örneklem sayısı azaltılmıştır.



**Şekil 3.2. : Dil Geçerliğinin Sağlanması**

### **3.10. Çalışmanın Uygulama Aşamaları**

#### **3.10.1 Ölçeğin Dil Geçerliği Çalışmaları**

Aslı İngilizce olan ölçek, araştırmacı ve danışman öğretim üyesi ile İngilizce ve Türkçe'yi iyi bilen iki kişi (bir operatör doktor ve bir hemşirelikte öğretim üyesi) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Çeviriler içinden en uygun ifadeler seçilerek son hali verilmiştir. Ölçeğin Türkçe çevirisi iyi İngilizce ve Türkçe bilen ölçeğin orijinalini görmemiş iki kişi (bir hemşirelikte öğretim üyesi ve bir profesyonel tercüman) tarafından tekrar İngilizceye çevrilmiştir. İngilizce çeviriler ölçeğin orijinali ile karşılaştırılıp gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra geri çevirisi yapılmış olan ölçek, ölçeği geliştiren Susan Barnason'a gönderilerek değerlendirilmesi istenmiştir (EK XII).

#### **3.10.2. Ölçeğin Kapsam (İçerik) Geçerliği Çalışmaları**

Ölçeğin dil geçerliği yapıldıktan sonra içerik geçerliğini saptamak üzere 12 uzmana ölçeğin Türkçe formu verilerek ölçekteki her bir maddenin ölçme derecesini değerlendirmek üzere maddelerin uygunluğuna göre puanlamaları istenmiştir.

Elde edilen veriler ile kapsam geçerlik indeksi ve ölçütü değerlendirilmiştir. Uzmanların görüşleri doğrultusunda gerekli değişiklikler yapılmıştır. Uzmanların görüş birliğini ortaya koyması açısından kapsam geçerlik ölçütleri için hesaplama kolaylığı açısından  $\alpha=0,05$  anlamlılık düzeyinde kapsam geçerlik oranlarının (KGO) minimum değerleri (kapsam geçerlik ölçütleri) Veneziano ve Hooper (1997) tarafından tabloya dönüştürülmüştür. Uzman sayısına ilişkin minimum değerler aynı zamanda maddenin istatistiksel anlamlılığını da vermektedir. Kapsam geçerlik oranı buna göre; 12 uzman için minimum 0.56 değerinde olmalıdır (Yurdugül H., 2005).

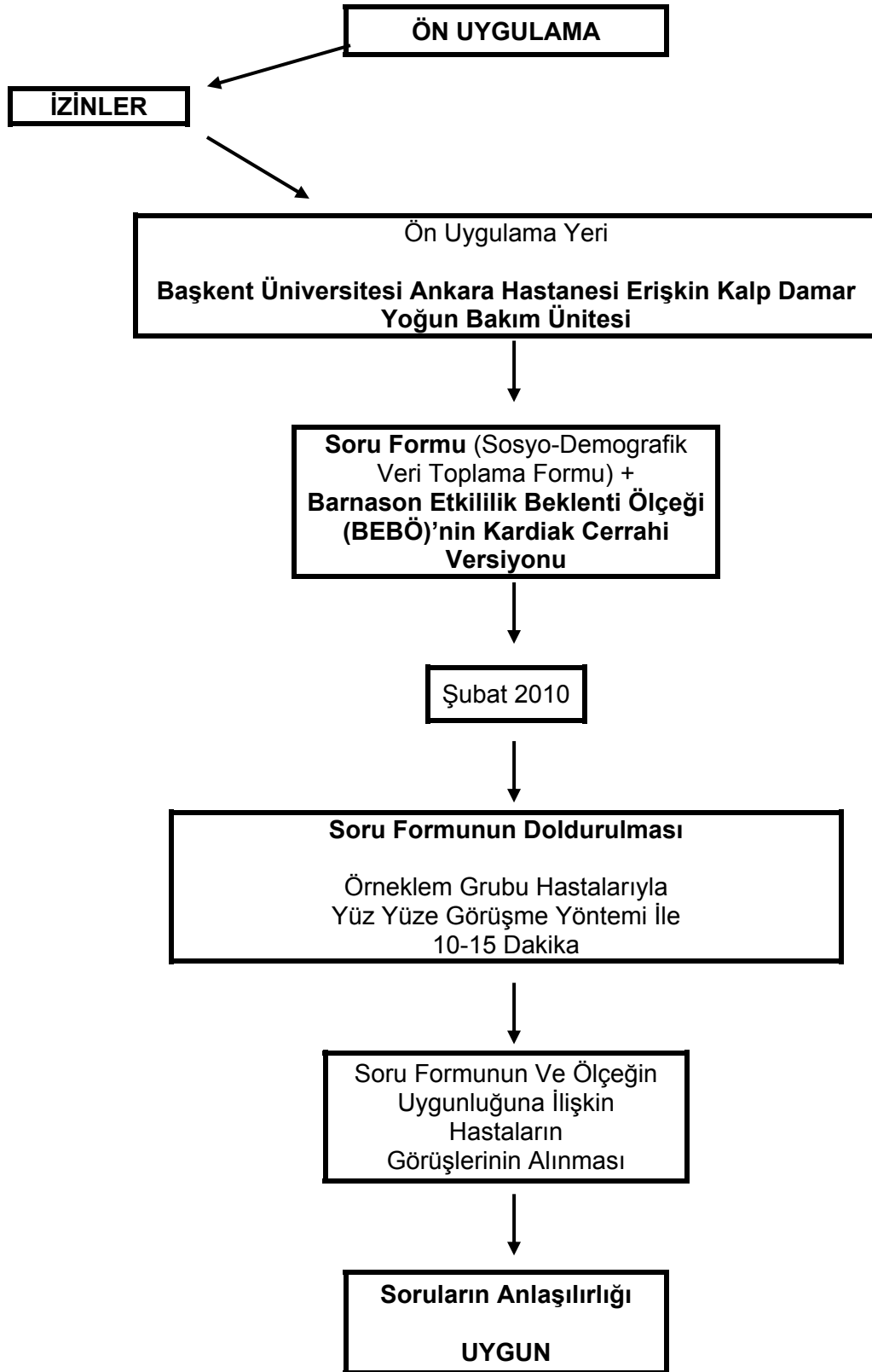
### 3.10.3 Ölçeğin Güvenirlik Çalışmaları

Dil ve içerik geçerliği yapılmış olan ölçek uygulanabilir ve anlaşılabilirliği açısından Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde KABG gerçekleştirilen Erişkin Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi'nde yatan 10 hastaya uygulanmış ve ölçek maddelerindeki ifadelerin hastalar tarafından anlaşılır bulunduğu görülmüştür. Ölçek maddelerinde herhangi bir değişim yapılmamıştır. Ön uygulamaya katılan hastaların verileri araştırma kapsamına alınmıştır.

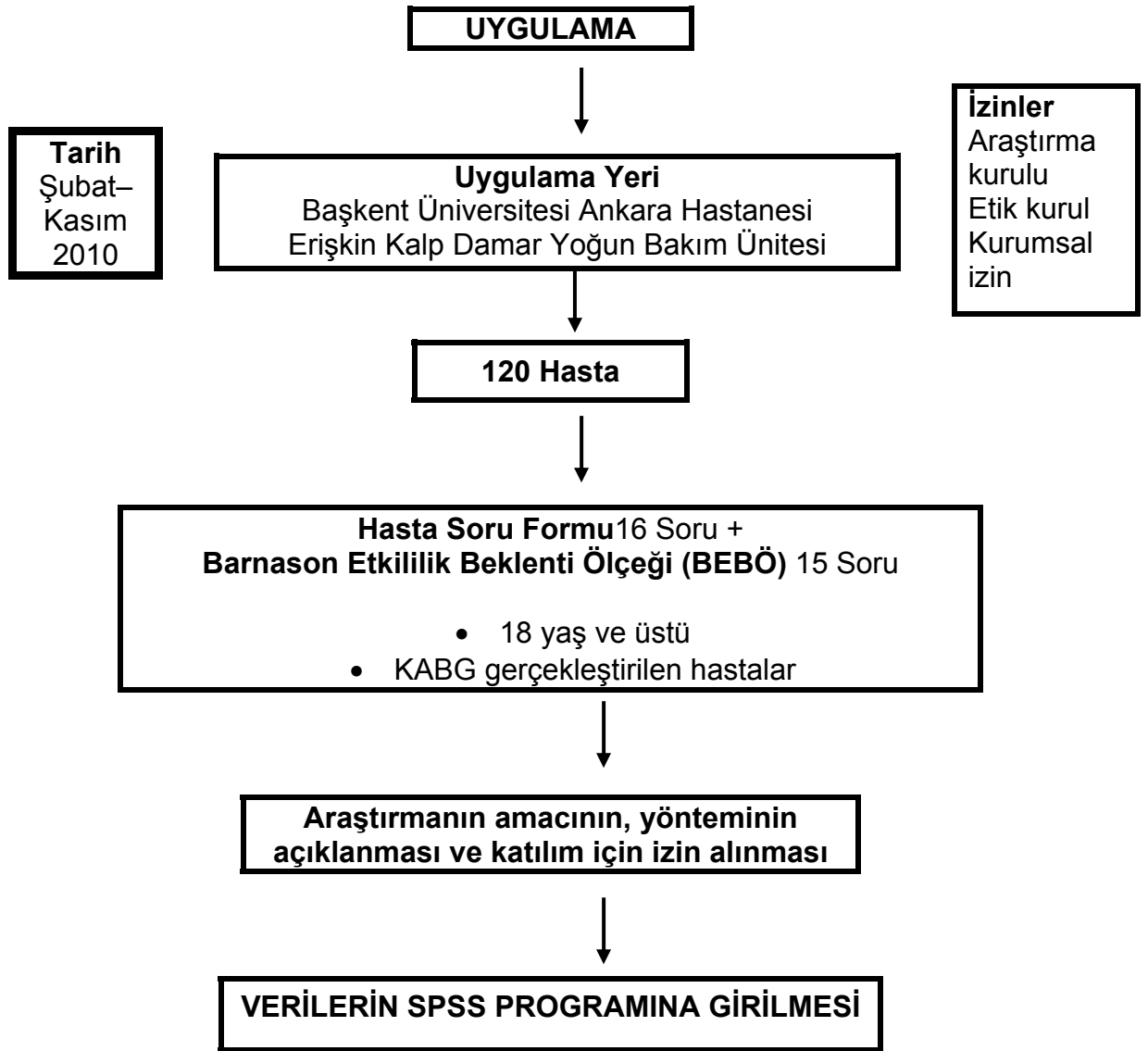
Daha sonra örneklem seçim kriterlerini sağlayan hastalardan gerekli izinler alınmış, taburcu olmadan önce ve eğitim verildikten sonra soru formu (EK-II) ve Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ)'nin Kardiak Cerrahi Versiyonu (EK-III) araştırmanın yapıldığı klinikte yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Hastalara gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra araştırmacı tarafından hiçbir değişiklik yapılmadan aynen soru formunda yer aldığı şekilde sorular yöneltilmiştir. Soru formu ve ölçeğin uygulanma süresi birinci görüşme için 10-15 dakika arasında gerçekleşmiştir.

Örneklem grubunda yer alan hastalardan 111'ine test-tekrar test yöntemi kullanılarak dört hafta sonra telefonla ulaşılarak Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ)'nin Kardiak Cerrahi Versiyonu formu tekrar uygulanmıştır. Ölçüm araçlarının güvenilirliğinin tahmininde aynı ölçme aracı aradan bir süre geçtikten sonra aynı gruba tekrar uygulanır ve iki uygulamadan elde edilen ölçümler arasındaki ilişki bulunur. Ölçme aracının ne kadar aralıklarla uygulanacağı önemlidir. Bu süre ölçülen özelliğin değişmesine yetmeyecek kadar uzun ve birinci uygulamada yaptıklarını hatırlayacak kadar kısa olmamalıdır. Bu süre iki hafta ile altı hafta arasında değişmektedir (Ergin, 1995; Gözüm ve Aksayan, 2002; Erefe, 2002). Bu bilgilere dayanılarak tekrar test uygulaması ilk testten sonraki dördüncü haftada telefon görüşmesi yolu ile gerçekleştirilmiştir. Uygulama süresi ikinci görüşme için yaklaşık 10 dakika sürmüştür.





Şekil 3.3. : Ön Uygulama



**Şekil 3.4. Veri Toplama Formlarının Uygulanması ve Verilerin Değerlendirilmesi**

### **3.11. Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışma sonucunda elde edilen veriler bilgisayarda SPSS 15.0 paket programına aktarılmıştır. Çalışmaların verilerinin analiz sürecinde Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı'ndan danışmanlık alınmıştır.

Çalışmadan elde edilen verilerin analiz edilme sürecinde aşağıdaki basamaklar takip edilmiştir:

Ölçeğin kapsam geçerliği için uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Lawshe tekniği kullanılmıştır. Güvenirliğine ilişkin olarak; ölçek ve alt boyutlarının iç tutarlılığının değerlendirilmesinde cronbach alpha güvenilirlik katsayısı, madde-toplam puan korelasyonlarının karşılaştırılmasında pearson momentler çarpımı korelasyonu kullanılmıştır. Daha sonra ölçeğin toplanabilirliği tukeyin toplanabilirlik testi ile test edilmiştir ve toplanabilir olduğuna istatistikî olarak karar verilmiştir.

Ölçeğin tümü ve alt ölçekler için toplam puanlar hesaplanmış ve puanların normal dağılıma uyduğu belirlenmiştir. Toplam puan ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiler pearson korelasyon katsayısı ile belirlenmiştir. Demografik özelliklere göre yapılan değerlendirmede ise bağımsız iki grup (student) t testi ve varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır (Wood ve Haber, 2002; Erefe, 2002).

#### **a) Geçerlik Analizleri İçin Yapılan İşlemler**

Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ) için kullanılan geçerlik yöntemleri ve yapılan işlemler Tablo 3.3.'de görülmektedir.

**Tablo 3.2. Ölçeğin Geçerlik Analizleri İçin Yapılan İşlemler**

<b>Geçerlik Yöntemi</b>	<b>Geçerlik Analizi İçin Yapılan İşlemler</b>
<b>“Kapsam (İçerik) Geçerliği”</b>	Uzman görüşü alma Lawshe tekniği
<b>“Yapı Geçerliği”</b> Faktör Analizi Çözümlemesi	Equamax yöntemi basit yapıya ulaşmada faktör matrisinin satır ve sütunlarındaki yük değerlerini birlikte ele aldığı için pratikte çok kullanılır.

**b) Güvenirlik Analizleri İçin Yapılan İşlemler**

Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ) için kullanılan güvenirlik analizleri ve yapılan işlemler Tablo 3.4.'de görülmektedir

**Tablo 3.3. Ölçeğin Güvenirlik Analizleri İçin Yapılan İşlemler**

<b>Güvenirlik Yöntemi</b>	<b>Güvenirlik Analizi İçin Yapılan İşlemler</b>
<b>“Zamana Göre Değişmezlik”</b> “Test- Tekrar Test Yöntemi”	Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplama
<b>“İç Tutarlılık”</b> “İç Tutarlılık Katsayısı” “Madde Analizi”	Cronbach Alpha katsayısı hesaplama Madde- toplam korelasyon katsayısı için Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplama

## 4. BULGULAR

Araştırmada bulgular dört başlık altında verilmiştir:

1. “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun dil eşdeğerliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalara ait bulgular.
2. “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun geçerlik analizlerine ait bulgular.
3. “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun güvenilirlik analizlerine ait bulgular.
4. KABG gerçekleştirilen bireylerin tanımlayıcı özellikleri ve bu özelliklere göre “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu” nundan aldıkları puanların dağılımları yer almaktadır.

### **4.1. Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu’nun Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar**

“Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Türk toplumuna uyarlanmasının ilk aşamasında dil eşdeğerliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalar yapılmıştır. Dilde eşdeğerlik, formda hiçbir değişiklik yapılmadan olduğu gibi aynen çeviri yapmayı ifade etmektedir (Karasar, 1995; Gözüm ve Aksayan, (a) 2002). Çevirinin dil uyarlamasındaki en önemli nokta; çevirmenlerin seçimi ve çeviri tekniğidir (Carlson, 2000; Gözüm ve Aksayan, (a) 2002; Karasar, 1995; Erefe, 2002; Wood ve Haber, 2002). Çeviri metodolojisine uygun şekilde ölçeğin dil geçerliliğinin yapılabilmesi için her iki dile ve konuya hâkim iki uzman ölçeği Türkçeye çevirmiştir. Türkçeye çevrilen ölçeğin tekrar İngilizceye çevrilmesi için, “geri çeviri” yöntemi kullanılmıştır. Daha önce ölçeğin orijinal (İngilizce) metnini

görmeyen ve ölçekte kullanılan orijinal dili (İngilizce) çok iyi bilen ve her iki kültürü de tanıyan başka iki çevirmen ölçeği tekrar orijinal diline çevirmiştir. Ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının dil geçerliliği aşamasında çevirmenlerin ölçek ve geçerlik, güvenilirlik çalışmalarını bilen ve araştırmanın metodolojik bölümünü yorumlayabilecek özelliklere sahip olması beklenmektedir (Carlson, 2000; Gözüm ve Aksayan, (a) 2002). Bu koşullar dikkate alınarak bir operatör doktora, iki hemşirelikte öğretim üyesine ve bir İngilizce hazırlık bölümünde okutmana ölçek çevirileri yaptırılmıştır

Çeviriler, araştırmacı ve tez danışmanı tarafından karşılaştırılmış gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra, ölçeği geliştiren Susan Barnason'a bu hali gönderilerek, görüş alınmıştır. Susan Barnason ölçeğin tekrar İngilizceye çevrilen halinin uygun olduğunu belirtmiştir (EK XII). Son halini alan ölçek, yapı ve kapsam geçerliği açısından uzman görüşüne sunulmuştur.

#### **4.2. Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu Geçerlik Çalışmalarına İlişkin Bulgular**

Geçerlik (validity), bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellik ile karıştırmadan, doğru ve tam olarak ölçebilmesidir (Wood ve Haber, 2002). Ölçek geliştirmede sık kullanılan geçerlik türleri kapsam (içerik) ve yapı geçerliğidir. Bu bölümde "Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu"nun kapsam (içerik) ve yapı geçerliği; maddelerinin örneklem büyüklüğünün ve yeterliliğinin sınanması ile örneklemin uygunluğunu değerlendirmek için gerçekleştirilen analizler sonucu elde edilen bulgular yer almaktadır.

##### **4.2.1. "Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu"nun "Kapsam (İçerik) Geçerliği"nin Değerlendirilmesi**

Kapsam geçerliği, bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiğini, ölçülmek istenen yapının temel unsurlarını ne

derecede kapsadığını incelemekle ilgilenir (Karasar, 1995; Wood ve Haber, 2002). Uzman görüşü alma, kapsam geçerliğinde en sık kullanılan yöntemdir (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2002; Aksayan ve Gözüm, (b)2002). Bu geçerlik sınavasının amacı, ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini bir uzman gruba inceleyerek, anlamlı maddelerden oluşan bütünü oluşturmaktır. Uzmanların öneri ve eleştirileri doğrultusunda ölçek yeniden yapılandırılır (Wood ve Haber, 2006).

### **Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ) İçin Uzman Görüşlerinin Alınması**

Ölçeğin Türkçe formu oluşturulduktan sonra, maddelerinin gerekliliği, anlaşılabilirliği ve uygunluğu açısından incelenmesi için uzman görüşüne başvurulmuştur. Türkçe form ve orijinal dildeki ölçek; bir psikolog, bir dil bilimci, hemşirelik bölümünde görevli iki öğretim elemanı, cerrahi hastalıkları hemşireliği alanından üç öğretim elemanı, iki kalp-damar cerrahi uzman doktor, bir bilim uzmanı hemşire ve kalp-damar cerrahi yoğun bakımda çalışan bilim uzmanı iki hemşire olmak üzere toplam 12 kişinin görüşüne sunulmuştur.

Uzmanlar ölçekle ilgili değerlendirmelerini yaparken, maddelerin uygunluğuna göre:

- 1 puan: “Uygun Değil”;
- 2 puan: “Biraz Uygun” (majör değişiklik gerekli),
- 3 puan: “Uygun” (minör değişiklikler gerekli),
- 4 puan: “Çok Uygun” olarak puanlar vermişlerdir.

Değişiklik gerekli gördüklerinde maddeler için “Değişiklik önerisi” bölümüne önerilerini yazmışlardır (EK XIV). Uzman önerileri doğrultusunda ölçek maddeleri gözden geçirilmiş ve ölçekteki bazı maddeler değiştirilmiştir (Tablo 4.1).

**Tablo 4.1. : Uzman Görüşlerine Göre “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Değiştirilen Maddeleri**

<b>Maddeler Değiştirilmeden Önce</b>	<b>Maddeler Değiştirildikten Sonra</b>
<b>Ölçek 1. maddesi</b> “Evde normal gündelik işleri gerçekleştirme”	“Evde gündelik alışkanlıklarımı gerçekleştirme”
<b>Ölçek 2. maddesi</b> “Normal ev işlerini (örn. yemek yapma, temizlik, ev tamirata, market alışverişi, bahçede çalışma, çim biçme) gerçekleştirme”	“Normal ev işlerini gerçekleştirme (örn. yemek yapma, temizlik, ev tamirata, market alışverişi, bahçede çalışma, çim biçme)”
<b>Ölçek 4. maddesi</b> “Her zamanki hobilerime/eğlence faaliyetlerime katılma”	“Her zamanki hobilerimi/eğlence faaliyetlerimi gerçekleştirme”
<b>Ölçek 5. maddesi</b> “Aşırı korumacı olduklarında aile/arkadaşlarla başa çıkabilme”	“Ailem/arkadaşlarım aşırı korumacı olurlarsa bununla başa çıkabilme”
<b>Ölçek 12. maddesi</b> “Kullandığım ilaçların amacını anlama”	“Kullandığım ilaçların ne işe yaradığını anlama”
<b>Ölçek 13. maddesi</b> “İlaçlarımı ne zaman almam gerektiğini bilme”	“İlaçlarımı ne zaman almaya ihtiyacım olduğunu bilme”
<b>Ölçek 14. maddesi</b> “Ameliyat dikişlerimin bakımını yapmayı bilme”	“Ameliyat yerimin bakımının nasıl yapıldığını bilme”
<b>Ölçek 15. maddesi</b> “Sorunum olursa doktorumu ne zaman arayacağımı bilme”	“Sorunlarım olduğunda doktorumu ne zaman arayacağımı bilme”



Ölçek geliştirme çalışmalarında deneysel uygulamaların olanaklı olmadığı durumlarda kapsam geçerlik oranlarına başvurulur. Kapsam geçerlilik oranları, uzman görüşlerine dayalı nitel çalışmaları istatistiksel nicel çalışmalara dönüştürmek için kullanılan bir yöntemdir (Gözüm ve Aksayan, (b) 2002; Wood ve Haber, 2002).

Uzmanlar arasındaki görüş farklılıkları Lawshe tekniği ile incelenmiş ve uzmanlardan elde edilen veriler ise Kapsam Geçerlik İndeksi ve Ölçütü ile değerlendirilmiştir (Tablo 4.2). Kapsam Geçerlik Oranları değerleri negatif ya da 0 değer içeriyorsa böyle maddeler ilk etapta elenen maddelerdir. KGO değerleri pozitif olan maddeler için istatistiksel ölçütler ile anlamlılıkları test edilirler. Elde edilen KGO'ların istatistiksel olarak anlamlılığını test etmek için hesaplama kolaylığı açısından  $\alpha=0,05$  anlamlılık düzeyinde KGO'ların minimum değerleri (kapsam geçerlik ölçütleri) alınarak tabloya dönüştürülür. Buna göre, uzman sayısına ilişkin minimum değerler aynı zamanda maddenin istatistiksel anlamlılığını da vermektedir (Yurdugül H., 2005).

**Tablo 4.2. : Uzman Görüşlerine Göre “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Maddelerinin Kapsam Geçerlilik Oranları**

<b>Madde</b>	<b>Gerekli</b>	<b>Gereksiz</b>	<b>Kapsam Geçerlilik Oranları</b>
<b>1</b>	11	1	0.83
<b>2</b>	11	1	0.83
<b>3</b>	12	0	1
<b>4</b>	10	2	0.66
<b>5</b>	11	1	0.83
<b>6</b>	12	0	1
<b>7</b>	11	1	0.83
<b>8</b>	11	1	0.83
<b>9</b>	10	2	0.66
<b>10</b>	12	0	1
<b>11</b>	11	1	0.83
<b>12</b>	11	1	0.83
<b>13</b>	12	0	1
<b>14</b>	11	1	0.83
<b>15</b>	11	1	0.83
<b>Uzman Sayısı</b>	12		
<b>Kapsam Geçerlilik Ölçütü</b>	0.56		
<b>Kapsam Geçerlilik İndeksi</b>	<b>0.852</b>		

Uzmanların “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun maddeleri hakkında görüşleri incelendiğinde; iki uzman tarafından 4. ve 9. maddelerin gereksiz olduğu ifade edilirken; 3., 6., 10. ve 13. maddelerin gerekliliği tüm uzmanlar tarafından ifade edilmiştir. Maddelerin kapsam geçerlilik indeksi: 0.852 olarak hesaplanmıştır. Bu kriter dikkate alındığında, BEBÖ Kardiyak Cerrahi Versiyonu ölçeğinin maddelerine verilen puanlarda, uzmanlar arası görüş birliği olduğu saptanmıştır. Gözüm ve Aksayan (b) (2002), uzmanlar arası görüş birliği sağlanmasının, bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin ölçülmek istenen alanı yansıttığını ve içerik geçerliğinin sağladığını belirtmektedirler.

Uzmanların önerileri doğrultusunda yapılan düzeltmelerden sonra, soru formu ve ölçek ön uygulama için 10 hastaya uygulanmış, bireylerden soru formunda yer alan maddeleri okunabilirlik ve anlaşılabilirlik açısından değerlendirmeleri istenmiştir. Hastaların tamamı tarafından soru formu okunabilir ve anlaşılabilir bulunduğu için herhangi bir değişikliğe gidilmemiştir. Ön uygulama yapılan grup verileri geçerlik ve güvenilirlik çalışma sonuçları içinde kullanılmıştır.

#### **4.2.2. “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Yapı Geçerliğinin Değerlendirilmesi**

Psikolojik ölçekler için “yapı- kavram geçerliği” birinci derecede önem taşır. Yapı geçerliği, ölçme aracının soyut bir olguyu ne derece doğru ölçebildiğini gösterir. Yapı geçerliğini ölçebilmek için faktör analizinden yararlanılır (Karasar, 1995; Aksayan ve ark., 2002). Faktör analizi ölçekteki maddelerin farklı boyutlar altında toplanıp toplanamayacağını değerlendirmek üzere yapılan bir işlemdir (Carlson, 2000; Wood ve Haber, 2006).

##### **a. Örneklem Büyüklüğünün ve Yeterliliğinin Sınanması**

“Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun faktör yapısı incelenmeden önce örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser-Mayer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO-örneklem yeterliliği) analizi ve örneklemin faktör analizi için uygunluğunu değerlendirmek amacıyla Barlett’s Test of Sphericity analizi yapılmıştır (Costello ve Osborne, 2005).

**Tablo 4.3. : Kaiser-Mayer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) ve Barlett's Test of Sphericity Analizleri Sonuçları**

Faktör	EQUAmax Döndürme Sonucu Faktör Yüklerinin Kareleri		
	Toplamı		
	Toplam	Açıklanan varyans %	Birikimli varyans %
1	2.170	14.468	14.468
2	2.092	13.944	28.412
3	1.958	13.055	41.466
4	1.903	12.688	54.154
5	1.868	12.455	<b>66.609</b>
<b>Kaiser-meyer-olkin örneklem yeterliliği: 0.742</b>			
<b>Bartlett's küresellik testini ki kare değeri: 651.374</b>			
<b>Serbestik derecesi: 105 p=0.000</b>			

Tablo 4.3.' de Kaiser-Mayer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) ve Barlett's Test of Sphericity analizleri sonuçları yer almaktadır. Toplam varyans incelendiğinde 15 madde için, tablonun yanında Grafik 4.1.' de görüldüğü gibi 5 faktörlü bulunmuştur. Analiz sonucunda elde edilen varyans oranları ne kadar yüksekse ölçeğin faktör yapısı da o kadar güçlü olmaktadır. "Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu"nunda her bir faktörü tarafından açıklanan varyans, toplam varyansın % 66.609'unu açıklamaktadır. Sosyal bilimlerde yapılan analizlerde % 40-60 arasında değişen varyans oranları yeterli kabul edilmektedir (Garson 2008). Verilerin faktör analizi için uygunluğuna karar verebilmek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değerinden yararlanılır. KMO değeri;

0.90-1.00 arasında olduğunda "mükemmel",

0.80- 0.89 arası olduğunda "çok iyi",

0.70-0.79 arasında olduğunda "iyi",

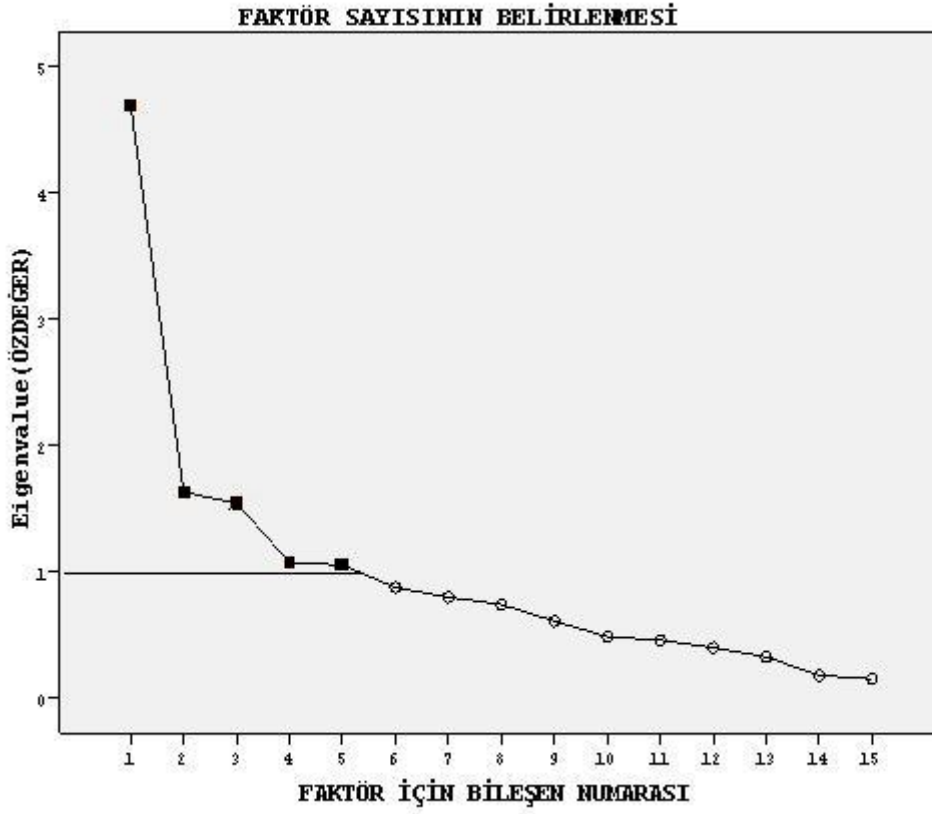
0.60-0.69 arasında olduğunda "orta",

0.50-0.59 arasında olduğunda "zayıf",

0.50'nin altında olduğunda "kabul edilemez" olarak değerlendirilir. İyi bir faktör analizi için KMO değerinin 0.60'ın üzerinde olması istenir (Hutcheson ve ark., 1999).

Bartlett's küresellik testinin ki kare değeri, verilerin faktör analizi için uygunluğunu test eder. Oran ne kadar yüksekse, veri seti faktör analizi yapmak için o kadar uygundur (Osborne ve Costello, 2004).

"Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu"nun faktör yapısını incelemek amacıyla geręekleřtirilen faktör analizinde, Kaiser-Meyer Olkin (KMO) katsayısı 0.74 ve Barlet testi sonucu ( $X^2=651,374$ ;  $p=.000$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur. Bu sonuçlara göre genel olarak faktör analizi sonuçlarına ölçme aracının yapı geğerliliğinin sağlandığı söylenebilir.



**Grafik 4.1. BEBÖ Ölçeğinin Faktör Sayısı**

Grafik 4.1.' de ölçeğin faktör sayısının belirlenmesine yönelik scree plot (özdeğerlerin dağılımı) grafiği yer almaktadır. Grafikte kesim noktası özdeğer 1'in üstünde kalan beş kırılma noktası yer almaktadır. Bu durum ölçeğin beş faktörden oluştuğunu ortaya koymaktadır. Özdeğerin 1'in altına indiği, yani dirseklerin artık büyük açı ile kırılmadığı yerden kesilerek faktör sayısı 5 olarak belirlenmiştir.

**Tablo 4.4. : BEBÖ (Kardiyak Cerrahi Versiyonu) Ölçeğinin Maddelerinin Faktör Yüklerinin Alt Ölçeklerine Göre Dağılımı**

<b>Ölçeğin alt ölçeğine göre maddelerin dağılımı</b>	<b>Faktör Yükleri</b>
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	
2. Normal ev işlerini gerçekleştirme (örn. yemek yapma, temizlik, ev tamirati, market alışverişi, bahçede çalışma, çim biçme)	0.486
3. Ailem ve\veya arkadaşlarımla her zamanki faaliyetlerime katılma	0.888
4. Her zamanki hobilerimi\eglençe faaliyetlerimi gerçekleştirme	0.898
<b>Öz Bakım Yönetimi</b>	
11. Anjina veya göğüs ağrım olursa ne yapacağımı bilme	0.167
12. Kullandığım ilaçların ne ise yaradığını anlama	0.713
13. İlaçlarıma ne zaman almaya ihtiyacım olduğunu bilme	0.843
15. Sorunlarım olduğunda doktorumu ne zaman arayacağımı bilme	0.700
<b>Diyet modifikasyon</b>	
9. Öğünlerime tuz ve kolesterolden düşük yiyeceklerin nasıl ekleneceğini bilme	0.833
10. Dışarıda yemek yediğimde tuz ve kolesterolden düşük besinleri seçme	0.832
<b>Psiko-sosyal fonksiyon</b>	
1. Evde gündelik alışkanlıklarımı gerçekleştirme	0.725
5. Ailem\arkadaşlarım aşırı korumacı olurlarsa bununla basa çıkabilme	0.475
6. Olabilecek üzüntü\depresyon duygularının üstesinden gelebilme	0.699
<b>Egzersiz-aktivite modifikasyonu</b>	
7.Kalp kasımı güçlendirmeye yardımcı egzersizleri yapma	0.761
8. Benim için ne tür egzersizin önerildiğini bilme	0.818
14. Ameliyat yerimin bakımının nasıl yapıldığını bilme	0.592

\*Döndürme yapılan bileşenlerin matriksinde rotasyon yöntemi için "Equamax with Kaiser Normalization" kullanılmıştır

Tablo 4.4. 'de maddelerin faktör yüklerinin alt ölçeklerine göre dağılımı yer almaktadır. Buna göre;

**Fiziksel Fonksiyon** alt ölçeğinde 2, 3 ve 4. maddeler;

**Öz-Bakım Yönetimi** alt ölçeğinde 11, 12, 13 ve 15. maddeler;

**Diyet Modifikasyonu** alt ölçeğinde 9. ve 10. maddeler;

**Psikososyal Fonksiyon** alt ölçeğinde 1, 5, ve 6. maddeler;

**Egzersiz-Aktivite Modifikasyonu** alt ölçeğinde 7. ve 8. ve 14. maddeler toplanmıştır. (Faktör yüklerinin alt ölçeklere göre dağılımının kapsamlı verileri Ek Tablo 1'de yer almıştır). (Blalock, 1970).

**Tablo 4.5. : Ölçeğin Maddelerinin Toplanabilirlik Testi Sonuçları**

		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p	
Popülasyon İçinde		456.764	119	3.838			
Popülasyon Dışında		213.648	14	15.261	24.341	0.000	
	Artıklar	Toplanabilirlik	22.571(a)	1	22.571	<b>36.775</b>	<b>0.000</b>
		Denge Değişkeni	1021.915	1665	.614		
		Toplam	1044.486	1666	.627		
	Toplam		1258.133	1680	.749		
Toplam			1714.898	1799	.953		

Tablo 4.5.'da ölçeğin maddelerinin toplanabilirlik testi sonuçları yer almaktadır. Ölçeğin toplanarak bir ölçek toplam puanı elde edilmesi için Anova Tukey ölçeğin toplanabilirliği testi uygulanmıştır (Tukey, 1949). Testin sonucu incelendiğinde ölçeğin toplanarak bir ölçek toplam puanı elde edilmesi için uygun olduğu belirlenmiştir ( $F=36.775$ ,  $p<0.05$ ).



### **4.3. Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu Güvenirlik Çalışmalarına İlişkin Bulgular**

Bir gruba ya da bireye uygulanan testten bireylerin aldıkları puanların, testin her uygulamasında kararlı, benzer olması beklenir. Test her defa aynı koşullarda uygulandığında elde edilen puanlar önemli düzeyde farklılık gösteriyorsa, testin güvenilirlik derecesinin düşük olduğu anlaşılır Ölçeğin güvenilir olduğunun ortaya konulması için farklı analizler gerçekleştirilmektedir. (Karasar, 1995; Rousson ve ark., 2002; Wood ve Haber, 2006). Bu bölümde ölçeğin güvenilirliğini test etmek için gerçekleştirilen analiz sonuçları yer almaktadır. Hastaların birinci ve ikinci uygulamada ölçeekteki maddelere katılma durumları, ölçeekten alınan puanların ortalamalarının ölçeğin alt ölçeklerine göre dağılımı, ölçeğin test-re test analizleri, ölçeğin birinci ve ikinci uygulamalarına ilişkin korelasyon analizleri ve güvenilirlik katsayısı yer almaktadır.

#### **4.3.1. “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Tanımlayıcı Bulguları**

Bu bölümde hastaların ilk ve ikinci uygulamasında BEBÖ ölçeğindeki maddelere katılma durumları ve ölçeğin alt ölçeklerinden alınan puanların ortalamaları yer almaktadır.

**Tablo 4.6. : “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun İlk Uygulamasının Yüzde Dağılımı (n=120)**

Kalp ameliyatı olduğumdan bu yana şunları bileceğime\yapabileceğime güveniyorum:	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Ölçeğin Maddeleri</b>								
1. Evde gündelik alışkanlıklarımı gerçekleştirme	13	10.8	19	15.8	35	29.2	53	44.2
2. Normal ev işlerini gerçekleştirme (örn. yemek yapma, temizlik, ev tamirati, market alışverişi, bahçede çalışma, çim biçme)	27	22.5	21	17.5	40	33.3	32	26.7
3. Ailem ve/veya arkadaşlarımla her zamanki faaliyetlerime katılma	8	6.7	13	10.8	38	31.7	61	50.8
4. Her zamanki hobilerimi/eğlence faaliyetlerimi gerçekleştirme	7	5.8	29	24.2	50	41.7	34	28.3
5. Ailem/arkadaşlarım aşırı korumacı olurlarsa bununla başa çıkabilme	8	6.7	13	10.8	38	31.7	61	50.8
6. Olabilecek üzüntü/depresyon duygularının üstesinden gelme	20	16.7	19	15.8	44	36.7	37	30.8
7. Kalp kasımı güçlendirmeye yardımcı egzersizleri yapma	6	5.0	21	17.5	50	41.7	43	35.8
8. Benim için ne tür egzersizin önerildiğini bilme	18	15.0	30	25.0	40	33.3	32	26.7
9. Öğünlerime sodyum (tuz) ve kolesterolden düşük yiyeceklerin nasıl ekleneceğini bilme	3	2.5	5	4.2	29	24.2	83	69.2
10. Dışarıda yemek yediğimde sodyum (tuz) ve kolesterolden düşük besinleri seçme	2	1.7	7	5.8	23	19.2	88	73.3
11. Anjina veya göğüs ağrım olursa ne yapacağımı bilme	21	17.5	6	5.0	28	23.3	65	54.2
12. Kullandığım ilaçların ne işe yaradığını anlama	8	6.7	5	4.2	36	30.0	71	59.2
13. İlaçlarımı ne zaman almaya ihtiyacım olduğunu bilme	4	3.3	5	4.2	34	28.3	77	64.2
14. Ameliyat yerimin bakımının nasıl yapıldığını bilme	22	18.3	22	18.3	43	35.8	33	27.5
15. Sorunlarım olduğunda doktorumu ne zaman arayacağımı bilme	3	2.5	7	5.8	15	12.5	95	79.2

Tablo 4.6. 'de “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun ilk uygulamasından elde edilen sonuçların yüzde

dağılımı yer almaktadır. Tablo genel olarak incelendiğinde; hastaların ölçeğin maddelerini gerçekleştirmek için kendilerine olan güven için ağırlıklı olarak “katılıyorum” ve kesinlikle katılıyorum” seçeneklerini tercih ettikleri görülmektedir. Hastaların % 79.2’si en yüksek yüzde ile “Sorunlarım olduğunda doktorumu ne zaman arayacağımı bilme” maddesi için “kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemişlerdir. Hastaların % 22.5’i ise “Normal ev işlerini gerçekleştirme (örn. yemek yapma, temizlik, ev tamirati, market alışverişi, bahçede çalışma, çim biçme)” maddesi için “kesinlikle katılmıyorum” seçeneğini tercih etmişlerdir. Benzer şekilde “Benim için ne tür egzersizin önerildiğini bilme” maddesi için hastaların % 25’i katılmadıklarını belirtmişlerdir.

**Tablo 4.7. : “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun İkinci Uygulanmasının Yüzde Dağılımı (n=111)**

Kalp ameliyatı olduğumdan bu yana şunları bileceğime/yapabileceğime güveniyorum:	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Evde gündelik alışkanlıklarımı gerçekleştirme	3	2.5	11	9.2	38	31.7	59	49.2
2. Normal ev işlerini gerçekleştirme (örn. yemek yapma, temizlik, ev tamirati, market alışverişi, bahçede çalışma, çim biçme)	11	9.2	19	15.8	42	35.0	39	32.5
3. Ailem ve/veya arkadaşlarımla her zamanki faaliyetlerime katılma	6	5.0	13	10.8	46	38.3	46	38.3
4. Her zamanki hobilerimi/eğlence faaliyetlerimi gerçekleştirme	5	4.2	17	14.2	49	40.8	40	33.3
5. Ailem/arkadaşlarım aşırı korumacı olurlarsa bununla başa çıkabilme	2	1.7	14	11.7	38	31.7	57	47.5
6. Olabilecek üzüntü/depresyon duygularının üstesinden gelme	7	5.8	24	20.0	40	33.3	40	33.3
7. Kalp kasımı güçlendirmeye yardımcı egzersizleri yapma	2	1.7	17	14.2	47	39.2	45	37.5
8. Benim için ne tür egzersizin önerildiğini bilme	7	5.8	24	20.0	43	35.8	37	30.8
9. Öğünlerime sodyum (tuz) ve kolesterolden düşük yiyeceklerin nasıl ekleneceğini bilme	1	.8	2	1.7	16	13.3	92	76.7
10. Dışarıda yemek yediğimde sodyum (tuz) ve kolesterolden düşük besinleri seçme	2	1.7	2	1.7	14	11.7	93	77.5
11. Anjina veya göğüs ağrım olursa ne yapacağımı bilme	9	7.5	10	8.3	24	20.0	68	56.7
12. Kullandığım ilaçların ne işe yaradığını anlama	1	.8	1	.8	30	25.0	79	65.8
13. İlaçlarımı ne zaman almaya ihtiyacım olduğunu bilme	0	0.0	1	.8	23	19.2	87	72.5
14. Ameliyat yerimin bakımının nasıl yapıldığını bilme	6	5.0	12	10.0	49	40.8	44	36.7
15. Sorunlarım olduğunda doktorumu ne zaman arayacağımı bilme	2	1.7	1	.8	14	11.7	94	78,3

Tablo 4.7.'de "Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu"nun ikinci uygulamasından elde edilen sonuçların yüzde dağılımı yer almaktadır. Tablo genel olarak incelendiğinde hastaların ölçeğin maddelerini gerçekleştirmek için kendilerine olan güven açısından, ilk uygulamadaki sonuçlar ile benzer olarak ağırlıklı olarak "katılıyorum" ve kesinlikle katılıyorum" seçeneklerini tercih ettikleri, bu seçenekleri tercih edenlerin yüzdelerinin arttığı görülmektedir. Hastaların %78.3'ü en yüksek yüzde ile "Sorunlarım olduğunda doktorumu ne zaman arayacağımı bilme " maddesini gerçekleştirmekte, kendilerine olan güven açısından "kesinlikle katılıyorum" seçeneğini işaretlemişlerdir. Hastaların % 9.2'si ise "Normal ev işlerini gerçekleştirme (örn. yemek yapma, temizlik, ev tamirati, market alışverişi, bahçede çalışma, çim biçme)" maddesi için "kesinlikle katılmıyorum" seçeneğini tercih etmişlerdir. Benzer şekilde hastaların % 20'si "Olabilecek üzüntü/depresyon duygularının üstesinden gelme" ve "Benim için ne tür egzersizin önerildiğini bilme" maddesine, kendilerine duydukları güven açısından " katılmadıklarını" belirtmişlerdir.

**Tablo 4.8. : "Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu"nun Alt Ölçeklerinden Alınan Puanların Ortalamaları**

Ölçek Alt Ölçekleri	N	X	Ss	En Düşük	En Yüksek
Fiziksel Fonksiyon	120	8.5750	2.37516	3.00	12.00
Öz-Bakım Yönetimi	120	12.9250	2.58360	6.00	16.00
Diyet Modifikasyonu	120	6.3167	1.30920	2.00	8.00
Psikososyal Fonksiyon	120	9.2583	2.11635	4.00	12.00
Egzersiz-Aktivite Modifikasyonu	120	9.4333	1.86400	5.00	12.00
<b>Madde Toplam</b>	120	47.2667	7.58784	30.00	60.00

Tablo 4.8. 'da "Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu"nun alt ölçeklerinden elde edilen puanların en düşük, en yüksek değerleri, puan ortalamaları ve standart sapma değerleri yer almaktadır.

KABG gerçekleştirilen bireyler, tüm ölçekten en düşük 30 ve en yüksek 60 puan almışlardır. Tabloda görüldüğü gibi ölçeğin alt ölçeklerinden alınan puanların ortalaması 6.3167 ile 12.9250 arasında değişmektedir. Madde toplamlarının puan ortalaması incelendiğinde; hastaların 47.2667 puan aldıkları görülmektedir. Ölçeğin alt ölçekleri arasında en düşük puan ortalaması ( $X=6.3167$ ) “Diyet Modifikasyonu” alt ölçeğine; en yüksek puan ortalaması ( $X=12.9250$ ) ise “Öz-Bakım Yönetimi” alt ölçeğine aittir.

#### **4.3.2. “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Zamana Karşı Değişmezliğinin İncelenmesi**

“Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun zamana karşı değişmezliğinin test edilmesinde, test-tekrar test korelasyon analizi gerçekleştirilmiş ve iç tutarlık analizleri yapılmıştır.

Ölçüm araçlarının güvenilirliğinin tahmininde aynı ölçme aracı aradan bir süre geçtikten sonra aynı gruba tekrar uygulanır ve iki uygulamadan elde edilen ölçümler arasındaki ilişki bulunur. Ölçme aracının ne kadar aralıklarla uygulanacağı önemlidir. Ölçek güvenilirliği tekniklerinden “zamana göre değişmezlik “ için test tekrar yönteminde 2-6 hafta arasında testin tekrar uygulanması önerilmektedir (Ergin, 1995; Gözüm ve Aksayan, (b) 2002). Bu bilgilere dayanılarak tekrar test uygulaması ilk testten 4 hafta sonra gerçekleştirilmiştir.

İki uygulama arasındaki ilişki, ölçülen özellik sürekli değişken ve bunun sonucu geliştirilen ölçek eşit aralık ya da oran ölçeğinde ise en güçlü, kuvvet yetkinliği en yüksek korelasyon yöntemi olduğu için Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı ile hesaplanır (Aksayan ve ark., 2002; Gözüm ve Aksayan, (b) 2002). Ancak Pearson momentler çarpımı korelasyonu örneklem büyüklüğünden etkilenir ve küçük gruplarda hesaplandığında değişkenlik gösterir. Korelasyon katsayısı hesaplanırken kararlılık gösterebilmesi için grubun en az 30 kişiden oluşması gerekmektedir (Aksayan ve ark., 2002). Bu

sayı ile birlikte araştırmanın uygulama aşaması için ayrılan süre de dikkate alınarak 111 kişiye test ve tekrar- test uygulanabilmiştir.

**Tablo 4.9. : “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analiz Sonuçları**

<b>Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyonu</b>	
<b>r</b>	0.818(**)
<b>p</b>	0.000

Tablo 4.9. 'da “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun test- tekrar test istatistiğinin sonuçları verilmiştir. Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ)”nin ilk uygulaması ve bu uygulamadan dört hafta sonra yeniden uygulanmasıyla elde edilen puanlar arasında korelasyona bakılmış ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (  $r= 0.818$ ;  $p=0.000$  ).

**Tablo 4.10. : “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Alt Ölçeklerinin Test- Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları**

Alt Ölçekler		Madde toplam	Fiziksel Fonk.	Öz-Bakım Yönetimi	Diyet Mod.	Psikososyal Fonk.
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	r*	.723(**)	1			
	p	.000				
	N	120	120			
	Madde sayısı	3				
<b>Öz-Bakım Yönetimi</b>	r*	.806(**)	.365(**)	1		
	p	.000	.000			
	N	120	120	120		
	Madde sayısı	4	4-3			
<b>Diyet Modifikasyonu</b>	r*	.666(**)	.425(**)	.516(**)	1	
	p	.000	.000	.000		
	N	120	120	120	120	
	Madde sayısı	2				
<b>Psikososyal Fonksiyon</b>	r*	.780(**)	.709(**)	.423(**)	.325(**)	1
	p	.000	.000	.000	.000	
	N	120	120	120	120	120
	Madde sayısı	3				
<b>Egzersiz-Aktivite Modifikasyonu</b>	r*	.805(**)	.406(**)	.623(**)	.460(**)	.542(**)
	p	.000	.000	.000	.000	.000
	N	120	120	120	120	120
	Madde sayısı	3				

\* Pearson Korelasyon Katsayısını göstermektedir.

\*\* Çift yıldızla gösterilen sonuçlar, 0.01 düzeyinde anlamlılığı göstermektedir.

Tablo 4.10’da “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun alt ölçeklerinin test-tekrar test puanlarının korelasyon analiz sonuçları yer almaktadır. Tablo genel olarak incelendiğinde ölçeğin tüm alt ölçekleri arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu ve bu korelasyonunun tüm alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun alt ölçeklerinden psikososyal fonksiyon ile diyet modifikasyonu alt ölçeklerinden alınan puanların bir arada artış yüzdesi % 32.5 ile en az, psikososyal fonksiyon ile fiziksel fonksiyon alt ölçeklerinden alınan puanların bir arada artış yüzdesi % 70.9 ile en fazla yüzdeyi oluşturmaktadır.



### 4.3.3. “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun İç Tutarlılık Analizleri

“Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun iç tutarlılık analizleri olarak; madde analizi, iç tutarlılık Cronbach Alpha katsayısı analizlerinin sonuçları aşağıda verilmiştir:

**Tablo 4.11. : “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Güvenirlilik (Cronbach-alfa) Katsayısı (n=120)**

<b>BEBÖ Ölçeğinin Toplam Madde Sayısı İçin Cronbach Alfa Katsayısı</b>	
<b>Madde Sayısı:</b>	15
<b>Güvenirlilik Katsayısı:</b>	0.837

İç tutarlık güvenirliliğini sınamak için farklı yöntemler kullanılmakla birlikte en yaygın olarak Cronbach alpha( $\alpha$ ) katsayısı hesaplanması önerilmektedir (Cronbach, 1951; Revelle ve Zinbarg, 2009). Güvenirlilik katsayısını hesaplama yolları, değişkenlerin türüne, kaynağına, uygulama sayısına göre farklılık gösterir. Hesaplama yolunun farklılığı, güvenirlilik katsayısının yorumsal anlamını da değiştirir. Güvenirlilik katsayısı, tesadüfi hatalardan arınlık derecesidir ve ölçme sonuçlarına karışan hata miktarının bilgisini verir. Güvenirlilik, 0 ile +1 arasında değişen değerler almakla birlikte, +1’e yakın değerler alması istenir. Ölçeğin güvenirlilik katsayısı; fizyolojik ölçümlerde 0.90 ve üzeri, tutum ölçeklerinde 0.70, yeni geliştirilen bir ölçek için 0.70’in üzeri ve daha önce geliştirilmiş bir ölçek için 0.80’in üzeri kabul edilebilir (Zinbarg ve ark., 2005; Zinbarg ve ark., 2006).

Ölçme aracının her bir maddesine likert tipi olarak 1 ile 4 arasında puan verildiğinden güvenirliliği hesaplanırken cronbach alfa değeri kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeğin cronbach alfa katsayısı Tablo 4.11.’ de

gösterilmiştir. Ölçeğin 15 madde için cronbach alfa güvenilirliği katsayısı 0.837 olarak hesaplanmıştır.

**Tablo 4.12. : “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Alt Ölçeklerinin Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayıları**

Ölçeğin Alt Boyutları	n	Madde Sayısı	Alt ve Üst Puanlar	Cronbach Alpha Değeri
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	120	3	3-12	.761
<b>Öz-Bakım Yönetimi</b>	120	4	6-16	.749
<b>Diyet Modifikasyonu</b>	120	2	2-8	.794
<b>Psikososyal Fonksiyon</b>	120	3	4-12	.759
<b>Egzersiz-Aktivite Modifikasyonu</b>	120	3	5-12	.765
<b>Tüm Ölçek</b>	120	15	30-60	.837

Tablo 4.12’ de “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun alt ölçeklerinin iç tutarlılığını ölçmek için yapılan Cronbach Alpha güvenirlilik analizi sonuçları verilmiştir. İç tutarlılık güvenirlilik katsayısı tüm ölçek için 0.83, alt ölçeklerinde sırasıyla “**Fiziksel Fonksiyon**” için 0.76, “**Öz-Bakım Yönetimi**” için 0.74, “**Diyet Modifikasyonu**” için 0.79, “**Psikososyal Fonksiyon**” için 0.75, “**Egzersiz-Aktivite Modifikasyonu**” için 0.76 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar dikkate alındığında, ölçeğin her bir alt ölçeğinin iç güvenirlilik katsayısının yeterli olduğu söylenebilir.

#### 4.3.3.a. Ölçeğin Güvenirlik Analizleri Kapsamında Madde Analizleri

Madde analizleri, maddelerin belli bir niteliği ölçüp ölçmediğini ayırt etmek için kullanılan yöntemlerdendir. Madde istatistiklerinde ölçme aracından alınan toplam puan ile her bir maddeden aldığı toplam puan arasındaki korelasyon hesaplanır. Bir maddenin, toplam puan ile korelasyonu düşük ise o maddenin diğer maddelerden farklı bir özelliği ölçtüğü şeklinde yorumlanabilir. Madde toplam korelasyonunun düşük olması, güvenilirliği düşürücü etki yaptığından o maddenin ölçekten çıkarılması gerekir. Madde toplam puan korelasyon katsayısının hangi ölçütün altına düşünce güvenirliliğinin yetersiz sayılacağı konusunda belirli bir standart olmamakla birlikte çeşitli kaynaklarda 0.20 ve üzeri değer aralığında olması gerektiği belirtilmektedir (Andrich, 1989; Uebersax, 1999; Thissen ve Orlando, 2001; Andrich, 2004).

Bu bölümde ölçekteki her bir maddenin, toplam puan ile korelasyonu; ölçekteki her bir maddenin, ait olduğu alt ölçek toplam puanı ile korelasyonu ve her bir ölçek alt ölçek toplam puanının, ölçek toplam puanı ile korelasyonu incelenmiştir.

**Tablo 4.13. : “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Madde Toplam Korelasyonları ve Madde Çıkarıldığında Güvenirlik Katsayılarının İncelenmesi (n=120)**

<b>Ölçeğin Maddeleri</b>	<b>Düzeltilmiş madde toplam korelasyonları</b>	<b>Madde silindiğinde cronbach alfa değeri.</b>
1. Evde gündelik alışkanlıklarımı gerçekleştirme	.539	.822
2. Normal ev işlerini gerçekleştirme (örn. yemek yapma, temizlik, ev tamirati, market alışverişi, bahçede çalışma, çim biçme)	.469	.827
3. Ailem ve/veya arkadaşlarımla her zamanki faaliyetlerime katılma	.533	.823
4. Her zamanki hobilerimi/eğlence faaliyetlerimi gerçekleştirme	.525	.823
5. Ailem/arkadaşlarım aşırı korumacı olurlarsa bununla başa çıkabilme	.438	.828
6. Olabilecek üzüntü/depresyon duygularının üstesinden gelme	.473	.826
7. Kalp kasımı güçlendirmeye yardımcı egzersizleri yapma	.460	.827
8. Benim için ne tür egzersizin önerildiğini bilme	.482	.826
9. Öğünlerime sodyum (tuz) ve kolesterolden düşük yiyeceklerin nasıl ekleneceğini bilme	.320	.834
10. Dışarıda yemek yediğimde sodyum (tuz) ve kolesterolden düşük besinleri seçme	.391	.831
11. Anjina veya göğüs ağrım olursa ne yapacağımı bilme	.347	.836
12. Kullandığım ilaçların ne işe yaradığını anlama	.551	.822
13. İlaçlarımı ne zaman almaya ihtiyacım olduğunu bilme	.511	.825
14. Ameliyat yerimin bakımının nasıl yapıldığını bilme	.566	.820
15. Sorunlarım olduğunda doktorumu ne zaman arayacağımı bilme	.337	.833

Tablo 4.13. 'de “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun madde toplam puan korelasyonları ve maddeler silindiğinde alınan cronbach- $\alpha$  değerleri verilmiştir. Ölçeğin madde-toplam puan korelasyonları incelendiğinde; ölçeğin “öğünlerime sodyum (tuz) ve

kolesterolden düşük yiyeceklerin nasıl ekleneceğini bilme” maddesi en düşük puanı ( $r: 0.320$ ) almıştır. Ölçeğin en yüksek madde-toplam puan korelasyonu ( $r: 0.556$ ) “Ameliyat yerimin bakımının nasıl yapıldığını bilme” maddesinden elde edilmiştir. Ölçekte 0.20 değerinden düşük maddeler yoktur. Ölçeğin tüm maddelerinde madde-toplam puan korelasyon katsayılarının 0.20 üzerinde olması maddelerin birbiri ile tutarlı olduğunu göstermektedir. 15 madde de 0.20'nin üzerinde değer aldığı için yüksek güvenilirlik değerinde olması nedeniyle hiçbir madde çıkarılmamıştır Ölçeğin maddeleri çıkarıldığında ölçeğin maddelerinin cronbach alfa değerlerinin değişmediği görülmektedir. Bu durum maddelerinin çıkarılmasının gerekli olmadığını ortaya koyması açısından dikkate alınması gereken bir sonuçtur (Bryant ve Yarnold, 1995).

**Tablo 4.14. : “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Madde-Toplam Puanı ile Alt Ölçek Toplamlarının Korelasyonu (n=120).**

Ölçek Alt Ölçekleri		Madde toplam	Fiziksel Fonksiyon	Öz-Bakım Yönetimi	Diyet Modifikasyonu	Psikososyal Fonksiyon
Fiziksel Fonksiyon	r*	.723(**)*	1			
	p	.000				
	N	120	120			
	Madde sayısı	3				
Öz-Bakım Yönetimi	r*	.806(**)	.365(**)	1		
	p	.000	.000			
	N	120	120	120		
	Madde sayısı	4	4-3			
Diyet Modifikasyonu	r*	.666(**)	.425(**)	.516(**)	1	
	p	.000	.000	.000		
	N	120	120	120	120	
	Madde sayısı	2				
Psikososyal Fonksiyon	r*	.780(**)	.709(**)	.423(**)	.325(**)	1
	p	.000	.000	.000	.000	
	N	120	120	120	120	120
	Madde sayısı	3				
Egzersiz-Aktivite Modifikasyonu	r*	.805(**)	.406(**)	.623(**)	.460(**)	.542(**)
	p	.000	.000	.000	.000	.000
	N	120	120	120	120	120
	Madde sayısı	3				

Tablo 4.14’ de “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun maddelerinin toplam puanı ile alt ölçeklerinin toplam puanları arasında korelasyon incelenmiştir. Ölçeğin “Diyet Modifikasyonu” alt ölçeğinin toplam puanı ile ölçek toplam puanı arasında korelasyon katsayısı 0.66, “Öz-Bakım Yönetimi” ve “Egzersiz-aktivite modifikasyonu” alt ölçeği için elde edilen katsayı 0.80 olarak belirlenmiştir. Alt ölçeklerin tümünün korelasyon katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0.000).

#### **4.4. KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Bu Özelliklere Göre “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun (BEBÖ)’den Aldıkları Puanların Dağılımları**

Bu bölümde KABG cerrahisi gerçekleştirilen bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve hastalık durumuna yönelik bulguları yer almaktadır. Bu bölümde ayrıca bazı sosyo-demografik özelliklere göre bireylerin BEBÖ (Kardiyak Cerrahi Versiyonu)’ndan aldıkları puanların ortalamaları da yer almıştır.

##### **4.4.1. KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri**

KABG gerçekleştirilen bireylerin sosyo-demografik ve hastalık ile ilgili tanımlayıcı özellikleri bu bölümde yer almıştır.

**Tablo 4.15. : Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri (n=120)**

<b>Sosyo-Demografik Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	25	20.8
Erkek	95	79.2
<b>Yaş</b>		
34-59 yaş	64	53.3
60 yaş ve üstü	56	46.7
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	107	89.2
Evli Değil*	13	10.8
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okula gitmemiş	6	5.0
≤8 yıl eğitim (ilköğretim)	99	82.5
>8 yıl eğitim (lise ve üstü)	15	12.5
<b>Yaşadığı yer</b>		
İl	82	68.3
İlçe	31	25.8
Köy	7	5.9
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	27	22.5
Çalışmıyor	93	77.5
<b>Gelir Düzeyi</b>		
Yeterli	42	35.0
Orta	69	57.5
Yetersiz	9	7.5

\*Bekar\Boşanmış\Dul

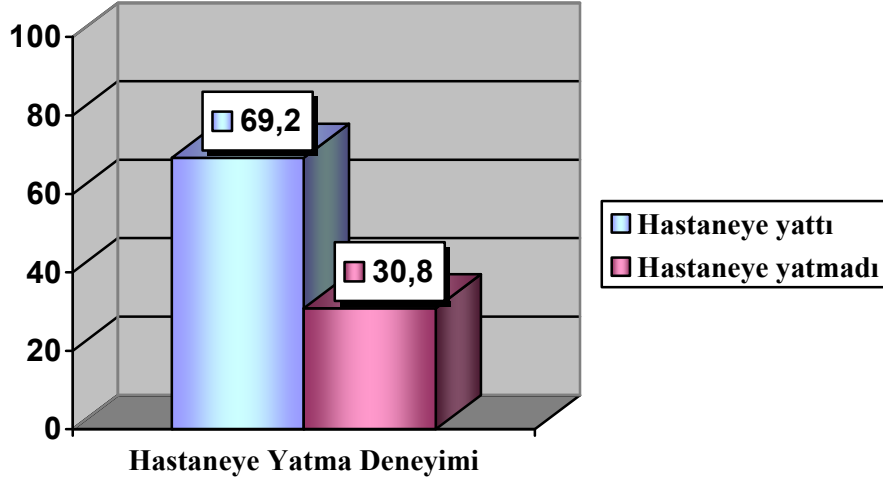
Çalışmaya katılan bireylerin % 79.2'si erkek, % 20.8'i kadındır. Hastaların %53.3' ü 34-59 yaş grubunda, % 46.7'si 60 yaş ve üstü yaş grubunda yer almaktadır. Hastaların % 89.2'si evli olduklarını, % 10.8'i ise evli olmadıklarını belirtmişlerdir. Hastaların eğitim durumu incelendiğinde; % 5.0'ının okula gitmediği, % 82.5'inin ilköğretim mezunu olduğu, % 12.5'inin lise ve üzeri mezun olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hastaların yaşadıkları yer incelendiğinde % 68.3'ü il merkezinde, % 25.8'i ilçede, % 5.9'u köyde yaşadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan hastaların % 22.5'i çalıştıklarını, % 77.5'i çalışmadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan hastaların gelir



durumu incelendiğinde % 35.0'ı yeterli olduğunu. % 57.5'i orta olduğunu, % 7.5'i yetersiz olduğunu belirtmişlerdir.

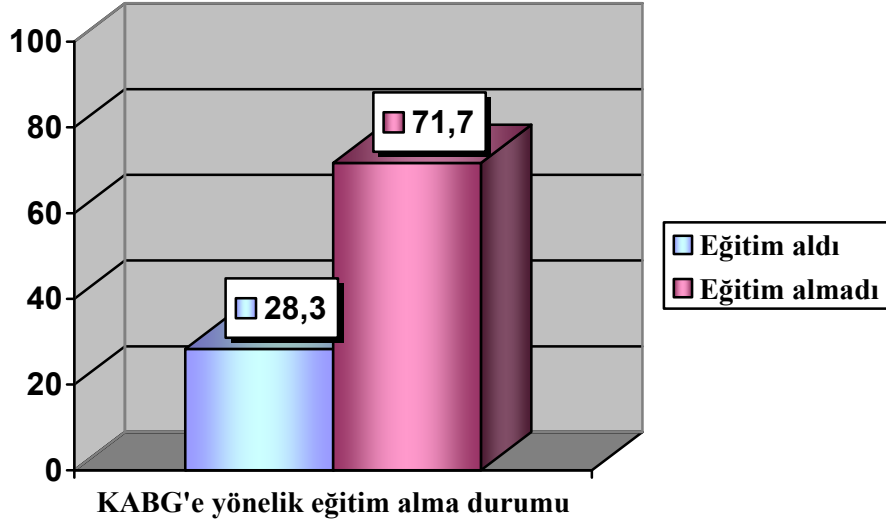
Tabloda yer almamakla birlikte bireylerin tamamının sosyal güvencesi vardır. Çalışmaya katılanların mesleklerinin dağılımına bakıldığında % 20.8'i ev hanımı, %3.3'ü işçi, % 5.8'i memur, %10.8'i esnafıserbest meslek, % 56.7'si emekli olduklarını belirtmişlerdir. Bireylerin %5.8'i yalnız, geri kalan hastalar ise eş ve çocukları ile ya da diğer yakınları (anne, baba ve diğer akrabalar) ile yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Bireylerin koroner arter hastalığının yanı sıra %45.8'inin (n:55) ek hastalık/hastalıkları bulunmaktadır. Bu hastaların %35'inin (n:42) diyabeti, %5'inin hipertansiyonu, %7.5'inin akut böbrek yetmezliği ya da kronik böbrek yetmezliği olduğu belirlenmiştir.



**Grafik 4. 2. Hastaların Daha Önce Hastaneye Yatma Deneyimleri (n=120)**

Hastaların % 69.2'si (n=83)daha önceden hastaneye yatma deneyimi olduğunu, % 30.8'i (n=37) daha önceden hastaneye yatma deneyimi olmadığını belirtmişlerdir.



**Grafik 4.3. Hastaların KABG ameliyatına yönelik eğitim alma durumu (n=120)**

Çalışmaya katılan hastaların %28.3'ü (n=34) hastalık ve gerçekleştirilen ameliyata yönelik bir eğitim aldıklarını, % 71.7'si (n=86) hastalık ve gerçekleştirilen ameliyata yönelik eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Tablo da yer almamakla birlikte, hastalık ve gerçekleştirilen ameliyata yönelik bir eğitim alanların % 32.5'si (n=11) bu eğitimi hemşireden, % 55.8'i (n=19) doktordan ve % 11.7'si (n=4) hem doktor hem de hemşireden eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Eğitim verilen hastaların % 32.7'si (n=12) verilen bu eğitimi yeterli bulduklarını, % 52.9'u (n=18) kısmen yeterli bulduklarını, % 11.7'si (n=4) yeterli bulmadıklarını belirtmişlerdir.

#### 4.4.2. KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”ndan Aldıkları Puanların Dağılımları

KABG gerçekleştirilen bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”ndan aldıkları puanların dağılımları bu bölümde yer almıştır

**Tablo 4.16. : KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Cinsiyetlerine Göre BEBÖ (Kardiyak Cerrahi Versiyonu) Madde Toplam Puan ortalamalarının Test ve Re-Test Sonuçları**

Madde Toplamı	Cinsiyet	N	Ortalama	Ss	t	p
Madde Toplam Puanları	Kadın	25	42.3200	6.12862	-3.873	<b>.000*</b>
	Erkek	95	<b>48.5684</b>	7.42144		
Madde Toplam_R	Kadın	22	45.1364	6.58494	-4.703	<b>.000*</b>
	Erkek	89	<b>51.9775</b>	5.99048		

**\*p<0.05**

Tablo 4.16’ da KABG gerçekleştirilen bireylerin cinsiyetlerine göre BEBÖ madde toplam puan ortalamaları incelenmiştir. Kadınların BEBÖ madde toplam puan ortalaması 42.32; erkeklerin madde toplam puan ortalaması ise 48.56 olarak belirlenmiştir. Kadınların ve erkeklerin BEBÖ madde toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ve erkekler lehinedir (t= -3.873, p=0.000).

Ölçeğin ikinci uygulamasında, araştırmaya katılan kişilerin cinsiyetleri ile madde toplam puanları ortalamaları arasında ilişki incelendiğinde, kadınların BEBÖ madde toplam puan ortalaması 45.13; erkeklerin madde toplam puan ortalaması ise 51.97 olarak belirlenmiştir. Kadınların ve erkeklerin BEBÖ madde

toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ve erkekler lehinedir ( $t = -4.703$ ,  $p = 0.000$ ).

**Tablo 4.17. : KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Yaşlarına Göre BEBÖ (Kardiyak Cerrahi Versiyonu) Madde Toplam Puan Ortalamalarının Test ve Re-Test Sonuçları**

Madde Toplamı	Yaş	N	Ortalama	Ss	t	p
Madde Toplam Puanları	34-59 yaş	64	<b>48.6250</b>	7.05196	2.127	<b>0.035</b>
	60 ve üstü	56	45.7143	7.93774		
Madde Toplam_R	34-59 yaş	61	<b>51.3115</b>	6.50267	1.206	0.230
	60 ve üstü	50	49.7800	6.84013		

Tablo 4.17' de KABG gerçekleştirilen bireylerin yaşlarına göre BEBÖ madde toplam puan ortalamaları incelenmiştir. Yaşı 34-59 arasındaki bireylerin BEBÖ madde toplam puan ortalaması 48.62; 60 yaş ve üstü bireylerin madde toplam puan ortalaması ise 45.71 olarak belirlenmiştir. Bu iki yaş grubunun BEBÖ madde toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ve 34-59 yaş lehinedir ( $t = -2.127$ ,  $p < 0.05$ ).

Ölçeğin ikinci uygulamasında, araştırmaya katılan kişilerin, yaşları ile madde toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, 34-59 yaş arasındaki bireylerin BEBÖ madde toplam puan ortalaması 51.31; 60 yaş ve üstü bireylerin madde toplam puan ortalaması ise 49.78 olarak belirlenmiştir. Bu iki yaş grubu arasında BEBÖ madde toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $t = 1.206$ ,  $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.18. : KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Medeni Durumlarına Göre BEBÖ (Kardiyak Cerrahi Versiyonu) Madde Toplam Puan Ortalamalarının Test ve Re-Test Sonuçları**

<b>Madde Toplamı</b>	<b>Medeni Durum</b>	<b>N</b>	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Madde Toplam Puanları	Evli değil*	13	46.9231	7.18171	-0.172	0.864
	Evli	107	<b>47.3084</b>	7.66690		
Madde Toplam_R	Evli değil	11	48.8182	7.62651	-0.944	0.347
	Evli	100	<b>50.8200</b>	6.56957		

\* bekar, boşanmış, dul

Tablo 4.18' de KABG gerçekleştirilen bireylerin medeni durumlarına göre BEBÖ madde toplam puan ortalamaları incelenmiştir. Evli olmayan bireylerin BEBÖ madde toplam puan ortalaması 46.92; evli olan bireylerin madde toplam puan ortalaması ise 47.30 olarak belirlenmiştir. Evli olmayan ve evli olan bireylerin BEBÖ madde toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $t = -.172$ ,  $p > 0.05$ ).

Ölçeğin ikinci uygulanmasında, evli olmayan bireylerin BEBÖ madde toplam puan ortalaması 48.81; evli olan bireylerin madde toplam puan ortalaması ise 50.82 olarak belirlenmiştir ( $t = -.944$ ,  $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.19. : KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Eğitim Düzeyine Göre, BEBÖ (Kardiyak Cerrahi Versiyonu) Madde Toplam Puan Ortalamalarının Test ve Re-Test Sonuçları**

<b>Eğitim Düzeyi</b>	<b>N</b>	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>	<b>F</b>	<b>p*</b>
<b>İlk Uygulama</b>					
Okula gitmemiş	6	40.0000	2.82843		
8 yıl ve daha az	76	46.3421	7.69858	6.901	<b>0.001</b>
8 yıldan fazla	38	<b>50.2632</b>	6.66449		
<b>İkinci Uygulama</b>					
Okula gitmemiş	4	44.7500	9.39415		
8 yıl ve daha az	71	49.7183	6.95122	4.926	<b>0.009</b>
8 yıldan fazla	36	<b>53.0556</b>	4.89282		

\*İleri analizde farklı grupların tespiti için Bonferoni çoklu karşılaştırma testi gerçekleştirilmiştir.  $p < 0.05$  alınmıştır.

Tablo 4.19 'da KABG gerçekleştirilen bireylerin eğitim düzeylerine göre, BEBÖ madde toplam puan ortalamaları yer almıştır. Sekiz yıldan fazla eğitim alanların, diğer bir ifade ile lise ve daha fazla eğitim alanların, daha az eğitim alan gruplara göre BEBÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ( $F=6.901$ ,  $p=0.001$ ). Yapılan ileri analizde, farkın okula gitmeyen ve sekiz yıldan daha fazla eğitim alanlar arasında ve sekiz yıldan az eğitim alanlar ile sekiz yıldan fazla eğitim alanlar arasında olduğu belirlenmiştir (Ek Tablo 2).

Benzer sonuçların ikinci uygulama içinde geçerli olduğu, en yüksek puana sekiz yıldan fazla eğitim alanların sahip olduğu ( $F=4.926$ ,  $p=0.009$ ) ve yapılan ileri analizde farkın aynı gruplar arasında olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.20. : KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Yaşadıkları Yere Göre, BEBÖ (Kardiyak Cerrahi Versiyonu) Madde Toplam Puan Ortalamalarının Test ve Re-Test Sonuçları**

Yaşanılan Yer					
İlk Uygulama	N	Ortalama	SS	F	p*
İl	82	47.6220	7.52386	7.312	<b>0.001</b>
İlçe	31	<b>48.5806</b>	6.36016		
Köy	7	37.2857	6.96932		
İkinci Uygulama					
İl	76	50.3421	6.69239	4.893	<b>0.009</b>
İlçe	28	<b>52.8929</b>	4.67728		
Köy	7	44.5714	9.46673		

\*İleri analizde farklı grupların tespiti için Bonferoni çoklu karşılaştırma testi gerçekleştirilmiştir.  $p < 0.05$  alınmıştır.

Tablo 4.20 'de KABG gerçekleştirilen bireylerin yaşadıkları yere göre, BEBÖ madde toplam puan ortalamaları yer almıştır. İlçede yaşayanların, il ve köyde yaşayan gruplara göre BEBÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ( $F=7.312$ ,  $p=0.001$ ) . Yapılan ileri analizde, farkın ilde yaşayan ve ilçede yaşayanlar arasında ve ilçede yaşayanlar ile köyde yaşayanlar arasında olduğu belirlenmiştir (Ek Tablo 3).

Benzer sonuçların ikinci uygulama içinde geçerli olduğu, en yüksek puana ilçede yaşayanların sahip olduğu ( $F=4.893$ ,  $p=0.009$ ) ve yapılan ileri analizde farkın aynı gruplar arasında olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.21. : KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Hastaneye Yatma Deneyimlerine Göre, BEBÖ (Kardiyak Cerrahi Versiyonu) Madde Toplam Puan Ortalamalarının Test ve Re-Test Sonuçları**

<b>Madde Toplamı</b>	<b>Hastaneye Yatma Deneyimi</b>	<b>N</b>	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Madde Toplam Puanları	Evet	83	46.2048	7.92766	-2.339	<b>0.021</b>
	Hayır	37	<b>49.6486</b>	6.22368		
Madde Toplam_R	Evet	75	50.2667	6.95610	-.808	0.421
	Hayır	36	<b>51.3611</b>	6.05759		

Tablo 4.21' de KABG gerçekleştirilen bireylerin daha önce hastaneye yatma deneyimleri göre BEBÖ madde toplam puan ortalamaları incelenmiştir. Daha önce hastaneye yatma deneyimi olan bireylerin BEBÖ madde toplam puan ortalaması 46.20; daha önce hastaneye yatma deneyimleri olmayan bireylerin madde toplam puan ortalaması ise 49.64 olarak belirlenmiştir. Daha önce hastaneye yatma deneyimleri olan bireylerin ve daha önce hastaneye yatma deneyimleri olmayan bireylerin BEBÖ madde toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ve daha önce hastaneye yatma deneyimi olmayanlar lehinedir (t= -2.339, p<0.05).

Ölçeğin ikinci uygulamasında, daha önce hastaneye yatma deneyimleri olan bireylerin BEBÖ madde toplam puan ortalaması 50.26; daha önce hastaneye yatma deneyimleri olmayan bireylerin madde toplam puan ortalaması ise 51.36 olarak belirlenmiştir. Daha önce hastaneye yatma deneyimleri olan bireylerin ve daha önce hastaneye yatma deneyimleri olmayan bireylerin BEBÖ madde toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (t= -.808, p>0.05).



**Tablo 4.22. : KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Başka Bir Hastalığa Sahip Olma Durumlarına Göre, BEBÖ (Kardiyak Cerrahi Versiyonu) Madde Toplam Puan Ortalamalarının Test ve Re-Test Sonuçları**

<b>Madde Toplamı</b>	<b>Başka Bir Hastalık</b>	<b>N</b>	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Madde Toplam Puanları	Var	55	45.3455	8.00513	-2.613	<b>0.010</b>
	Yok	65	<b>48.8923</b>	6.86505		
Madde Toplam_R	Var	53	48.6038	7.03928	-3.170	<b>0.002</b>
	Yok	58	<b>52.4655</b>	5.78023		

Araştırmaya katılan bireylerin, başka bir hastalık olma durumu ile madde toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistik olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu belirlenmiştir. Kalp hastalığı yanı sıra başka bir hastalığa sahip olanların BEBÖ'den aldıkları puanların ortalaması ek hastalığı olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.22). ( $t = -2.613$ ,  $p = .010$ ).

**Tablo 4.23. : Ölçeğin Geçerlik Analizleri İçin Yapılan Testler ve Sonuçları**

<b>Geçerlik Testleri Sonuçları</b>	
<b>Testler</b>	<b>Sonuçlar</b>
Kapsam (İçerik) Geçerliği	Kapsam Geçerlik Ölçütü minimum 0.56 olması gerekmektedir. Bu çalışmada Kapsam geçerlik indeksi 0.852
Yapı Geçerliği	
Kaiser-Mayer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)	KMO 0.60 ve üzeri olması beklenmektedir Bu çalışmada 0.742
Barlett's Test of Sphericity Analizleri	Oran ne kadar yüksekse, veri seti faktör analizi yapmak için o kadar uygundur. Bu çalışmada 651,374
Varyans Oranı	Varyansın % 40-60 üzerinde olması beklenmektedir Bu çalışmada toplam varyansın % 66.609'unu açıklamaktadır
Ölçek Maddelerinin Toplanabilirlik Testi	F=36.775, p<0.05 Ölçek toplanabilir özellikte

**Tablo 4.24. : Ölçeğin Güvenirlik Analizleri İçin Yapılan Testler ve Sonuçları**

<b>Güvenirlik Testleri Sonuçları</b>	
<b>Testler</b>	<b>Sonuçlar</b>
Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyonu	$r= 0.818$ ; $p=0.000$ Sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır.
Cronbach Alfa Katsayısı	Daha önce geliştirilmiş bir ölçek için 0.80'in üzeri olması beklenmektedir. Bu çalışmada 0.837

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde tartışma dört başlık altında yapılacaktır:

- “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun dil eşdeğerliğinin sağlanmasına yönelik yapılan uygulamalar,
- “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun geçerlik analizleri,
- “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun güvenilirlik analizleri ve
- KABG gerçekleştirilen bireylerin tanımlayıcı özellikleri ve bu özelliklere göre “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”ndan aldıkları puanların dağılımlarına yönelik bulgular tartışılacaktır.

### 5.1. “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Her İki Formunun Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Yapılan İşlemler/ Dil Uyarlaması

Bir ölçeğin farklı bir dile ve kültüre uyarlanması ilk aşama ölçeğin çevirisinin gerçekleştirilerek dil eşdeğerliğinin sağlanmasıdır (Carlson, 2000). “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Türk toplumuna uyarlanmasının ilk aşamasında dil eşdeğerliğinin sağlanması için gerekli basamaklar takip edilmiştir. Çeviri ve geri çeviri sürecinden sonra, her iki form karşılaştırılmış ve gerekli düzeltmeler yapılarak ölçeği geliştiren Barnason’ a son hali gönderilmiştir. Ölçeğin geri çevirisinin uygunluğuna yönelik

Barnason'dan onay alınmıştır. Böylece ölçeğin dil eşdeğerlik aşaması gerçekleştirilmiştir.

## **5.2. “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Geçerlik Çalışmalarının Değerlendirilmesi**

### **5.2.1. “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun “İçerik\Kapsam Geçerliliği”nin Değerlendirilmesi**

Kapsam geçerliliği, geçerlik çalışmalarının ilk aşamasını oluşturmaktadır. Kapsam geçerliliğinin değerlendirilmesi sürecinde; uzman görüşü alma yöntemi kullanılmıştır (Carlson, 2000).

Uzmanlardan elde edilen görüşlerin değerlendirilmesi için farklı yöntemler kullanılabilir. Bu çalışmada Lawshe tekniği kullanılmıştır (Yurdugül, 2005). Lawshe tekniğine göre 12 uzmanın görüşüne başvurmak yeterli kabul edilmiştir. Bu tekniğe göre uzmanlardan elde edilen verilerin kapsam geçerlik indeksi hesaplanmış ve  $\alpha=0.05$  düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir. Elde edilen sonuca göre uzmanlar arasında ölçeğin maddelerinin uygulanabilirliği ve anlaşılabilirliğine yönelik görüş birliği bulunmaktadır. Diğer bir ifade ile ölçeğin kapsam geçerliliği sağlanmıştır (Tablo 4.1, Tablo 4.2).

### **5.2.2. “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Yapı Geçerliliğinin Değerlendirilmesi**

Ölçeklerin geçerlik çalışmasında kapsam geçerliliğinin yanı sıra yapı geçerliliğinin değerlendirilmesi de gereklidir (Büyüköztürk, 2002). Yapı geçerliliğini ölçebilmek için yapılan testler sonucunda, “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun faktör analizi için uygun olduğu sonucuna varılmıştır. Diğer bir ifade ile faktör analizi ile yapılan istatistikî analizler sonucunda “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Türkçe olarak kullanılabileceği sonucu ortaya çıkmıştır.

“Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun orijinal formunun revize edilmeden önceki hali 20 madde ve beş faktör içermektedir. Ancak ileri analizlerinde ölçek 15 maddeye indirilmiş ve bu maddeler tek faktör altında toplanmıştır. Ölçeğin revize edilmeden önceki formundaki beş alt ölçeği “fiziksel fonksiyon”, “öz-bakım yönetimi”, “diyet Modifikasyonu”, “psiko-sosyal fonksiyon” ve “egzersiz-aktivite modifikasyonu”nu içermiştir. Bu çalışmada faktör analizi sonucunda “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun 15 maddesinin beş faktörlü bir yapıya sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4; Grafik 4.1). Yapılan diğer analizler sonucunda ölçeğin hiçbir maddesinin çıkarılmasına gerek olmadığı ve ölçek maddelerinin toplanabilir özellikte olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Ölçeğin maddeleri genel olarak orijinal formunun revize edilmeden önceki beş alt ölçeğine uygun olarak dağılmıştır. Bununla birlikte yapılan analizde ölçeğin iki maddesinin, farklı alt ölçeklere dağıldığı belirlenmiştir.

Ölçeğin orijinalinde “evde gündelik alışkanlıklarımı gerçekleştirme” maddesi (1.madde) fiziksel fonksiyon alt ölçeğine girerken, bu çalışmada “psikososyal fonksiyon” alt ölçeğine girmiştir. Yine benzer şekilde orijinal ölçekte “ameliyat yerimin bakımının nasıl yapıldığını bilme” maddesi (14. madde) öz-bakım yönetimi alt ölçeğine girerken, bu çalışmada “Egzersiz-Aktivite Modifikasyonu” alt ölçeğine girmiştir (Tablo 4.4)

Ölçekte yer alan “evde gündelik alışkanlıklarımı gerçekleştirme” maddesi, orijinal ölçekte “fiziksel fonksiyon” alt ölçeğine girerken, bu çalışmada “psikososyal” alt ölçeğe girmesi “evde gündelik alışkanlık” kavramının iki kültür tarafından farklı yorumlanmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Ölçeklerin ait oldukları sosyo-kültürel grubun özelliklerini taşımaları nedeniyle, başka sosyokültürel gruplara uyarlanması durumunda sosyo-kültürel farklar dikkate alınmalıdır. İltuş (2007)’e göre hastalık, ağrı gibi konuların algılanma, ifade şekli ya da bu konulara verilen önem farklılık gösterebilmektedir. Aynı coğrafyada yaşayıp aynı dili konuşan gruplarda bile kültürel farklar ölçek

sonuçlarını etkilerken; coğrafya ve kültür olarak birbirine uzak, farklı dili konuşan gruplarda bu farklılığın daha da belirginleştiğini ifade etmektedir.

Gerçekte de “gündelik alışkanlıklar” kavramı hem fiziksel fonksiyonu hem de psiko-sosyal fonksiyonu kapsayabilir. Örneğin aynı saatte kalkma, gazete okuma, çay içme gibi alışkanlıklar fiziksel aktivite sağlarken aynı zamanda psikososyal gereksinimlerini de karşılayabilir. Normal rutinlerin bozulması ise; bireyi psikososyal olarak etkileyebilir. Bu nedenle de ölçeğin “evde gündelik alışkanlıklarımı gerçekleştirme” maddesinin her iki boyut kapsamında algılanması mümkün olabilir. Evde gündelik alışkanlıklar kavramının ölçekte örneklerle açıklanmasının ifadenin daha net anlaşılmasına katkı sağlayabileceği öngörülmüştür.

Ölçekte yer alan “ameliyat yerimin bakımının nasıl yapıldığını bilme” maddesi orijinal ölçekte “öz-bakım yönetimi” alt ölçeğinde yer almıştır. Bireyler ameliyat sonrası dönemde ancak öz-bakımlarını gerçekleştirebilecek duruma geldikleri zaman, ameliyat yerlerinin bakımının sorumluluğunu üstlenebilmektedirler. Öz-etkililik algısında artış öz-bakım davranışlarının olumlu etkilenmesine, fiziksel ve psikolojik semptomların azalmasına bunun sonucunda yaşam kalitesinin geliştirilmesine katkı sağladığı belirtilmektedir (Lev, 1997). Özellikle açık kalp ameliyatlarında sternumun açılması cerrahi alan enfeksiyonları itibarıyla bu bölgenin bakımını daha önemli hale getirmektedir (Cheema ve ark., 2011). Cebeci ve Şenol (2007)’ a göre, KABG gerçekleştirilen hastaların ev ortamında öz-bakımlarında yeterli olabilmeleri için yakınlarının yardımına, iyi bir danışmanlık hizmetine ve destekleyici hizmetlere gereksinim vardır. Cebeci ve Şenol (2007) çalışmalarında bakım sürecine yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti verilen hastaların öz-bakımlarının daha iyi olduğunu belirlemişlerdir.

“Ameliyat yerimin bakımının nasıl yapıldığını bilme” maddesi kapsamında hastalardan ameliyat bölgesinin enfeksiyonlardan korunması, cilt bakımı ve

normalden sapan durumların gözlenmesi beklenmektedir (Erdil ve Elbaş, 2001). Bu çalışmada “ameliyat yerimin bakımının nasıl yapıldığını bilme” maddesi egzersiz-aktivite modifikasyonu alt ölçeğine girmiştir. Hastalara verilen eğitim kapsamında; ameliyat bölgesinde cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi için bakımının nasıl yapılacağı anlatılmaktadır (Erdil ve Elbaş, 2001; Öztekin ve Akyolcu, 2003). Aynı zamanda ameliyat bölgesinde ağrının önlenmesi ve özellikle sternumun kemik dokusunun kaynaşabilmesi için germeye yol açan ve zorlayıcı özellik gösteren aktivitelerden kaçınılması da önerilmektedir (Hudak ve ark., 1998). Eğitimin kapsamı dikkate alındığında hastalar tarafından “ameliyat yerimin bakımının nasıl yapıldığını bilme” maddesi “öz-bakım yönetimi” alt ölçeği yerine “Egzersiz-Aktivite Modifikasyonu” alt ölçeği ile daha fazla ilişkilendirilmiş olabilir.

Hastaların “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”ndan aldıkları puanlar incelendiğinde ölçekten en az 15, en fazla 60 puan alınması beklenmektedir. Ölçeğin orijinalinde madde toplam puan ortalaması 44.6 olarak verilmiştir (Barnason ve ark., 2002). Barnason ve ark (2003) iskemik kalp hastalığına sahip olan ve KABG gerçekleştirilen hastaların (n=35) BEBÖ toplam puan ortalamasını 43.2 olarak belirlemişlerdir. Yürütülen eğitim çalışması sonucunda altı hafta sonraki değerlendirmede ölçekten alınan puan ortalaması 50.3’e, 3 ay sonra ise 50.8’e yükselmiştir. Bu çalışmada ise KABG hastaların BEBÖ’den aldıkları puanların ortalaması 47.3’dir. Bu değer en üst puan olan 60 puana daha yakın olması nedeni ile öz etkililiklerinin iyi, ancak yeterli olmadığı söylenebilir (Tablo 4.8).

### **5.3. “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Güvenirliğinin Değerlendirilmesi**

“Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Türk toplumu için güvenilirliğinin test edilmesine yönelik yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular aşağıda tartışılmıştır.



Ölçeğin tüm maddeleri için pearson momentler çarpımı sonucu elde edilen test- tekrar test korelasyon katsayısının 0.30-0.98 arasında olması beklenir (Rousson ve ark., 2002). Bu çalışmada iki ölçüm arasında bırakılan zaman uygun ve iki ölçümün yapıldığı koşulların benzer olduğu dikkate alınarak “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun test- tekrar test korelasyon katsayısının istatistiksel olarak anlamlı ( $r= 0.818$ ,  $p=0.00$ ); benzer şekilde ölçeğin alt ölçek toplam puanları ile ölçeğin toplam puanı arasındaki korelasyon katsayısının da istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0.000$ ) ve kabul edilebilir bir değerde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9; Tablo 4.10).

Ölçek güvenirliğinin yansıtan önemli bir ölçüt iç tutarlılığını ölçülmesidir. “İç tutarlık” sık başvurulan bir güvenirlik ölçütüdür. İç tutarlığı belirlemek için yararlanılan analizlerden biri cronbach alpha katsayısıdır. Cronbach alfa katsayısı, tüm maddeler dikkate alınarak hesaplandığından güvenirlik yapısını diğer katsayılara göre daha iyi yansıtmaktadır. Cronbach alfa katsayısının varsayımları, “her madde toplam skorun bir doğrusal bileşeni olmalıdır” ve “ölçekte toplanabilirlik özelliğinin bulunması gerekir” biçimindedir (Cronbach, 1951; Aksayan ve ark., 2002; Revelle ve Zinbarg, 2009). Çalışma sonuçları, ölçek ve alt ölçekleri için bu varsayımları doğrulamaktadır.

İç tutarlığın sağlanması için Cronbach alpha katsayısının 1’e yakın olması ve ölçek geçerlik-güvenirlik çalışmalarında 0.80 değerinden yüksek olması istenir (Zinbarg ve ark., 2005; Zinbarg ve ark., 2006). Bu çalışmada ölçeğin tüm maddeleri için Cronbach alpha katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur (Tablo 4.11). Ölçeğin alt ölçeklerinin cronbach alfa değerleri de 0.75-0.76 arasında değişmiştir (Tablo 4.12). Bu sonuçlar ölçeğin tümü ve alt ölçekleri için iç tutarlılığının olduğunu, diğer bir ifade ile güvenilir olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak ölçeğin her bir maddesinin madde-toplam puanı ile alt ölçeklerinin test- tekrar test puanları ile ve alt ölçek toplam puanlarının, ölçek

toplam puanları ile arasındaki korelasyonun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç; Türk toplumuna uyarlanan “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun ve alt ölçeklerinin iç tutarlık güvenilirlik katsayısının kabul edilebilir olduğunu, diğer bir ifade ile güvenilir bir ölçüm aracı” olarak kullanılabileceğini göstermektedir.

KABG gerçekleştirilen bireylerin “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”na yönelik cevaplarının yüzde dağılımları incelendiğinde; bireylerin KABG ameliyatı sonrası ölçekte yer alan konuları bilme ve yapabilme açısından genel olarak kendilerine güven duydukları belirlenmiştir. Ölçek kapsamında hastaların en fazla “Sorunlarım olduğunda doktorumu ne zaman arayacağımı bilme”, en az ise “Normal ev işlerini gerçekleştirme (örn. yemek yapma, temizlik, ev tamirati, market alışverişi, bahçede çalışma, çim biçme)” konusunda kendilerine güvendikleri belirlenmiştir. Benzer şekilde hastalar “Olabilecek üzüntü/depresyon duygularının üstesinden gelme”, “Benim için ne tür egzersizin önerildiğini bilme”, “Ameliyat yerimin bakımının nasıl yapıldığını bilme” ve “Anjina veya göğüs ağrım olursa ne yapacağımı bilme” gibi konularda kendilerine daha az güvendikleri belirlenmiştir (Tablo 4.6, Tablo 4.7).

Bireylerin öz-etkililiklerinin düşük olduğu maddeler incelendiğinde; bunlardan “Normal ev işlerini gerçekleştirme (örn. yemek yapma, temizlik, ev tamirati, market alışverişi, bahçede çalışma, çim biçme)” maddesi fiziksel çaba gerektirdiğinden hem enerji gerektirmesi hem de ağrı oluşturma potansiyeli nedeni ile bireyin bu maddeyi gerçekleştirme konusunda kendine olan güvenini etkilemiş olabilir. “Benim için ne tür egzersizin önerildiğini bilme”, “Ameliyat yerimin bakımının nasıl yapıldığını bilme” ve “Anjina veya göğüs ağrım olursa ne yapacağımı bilme” konularına yönelik taburculuk öncesi bireylere yeterli eğitimin verilmesi gerekmektedir. Bu konuları bilme açısından bireylerin kendilerine güven duygusunun az olması taburculuk eğitiminde bu konulara yeterince yer verilmemesinden ya da bu eğitimin hasta ve yakınlarının bireysel özelliklerine uygun olmamasından kaynaklanabilir. KABG sonrası bireyler

fiziksel ve psikososyal birçok değişimi deneyimleyebilmektedirler. Bireyler uykuya dalmakta güçlük, tat değişimi, iştahsızlık, yorgunluk gibi fiziksel yakınmaların yanı sıra konsantrasyon ve hafıza kaybı yaşayabilmekte; sigarayı bırakma, yeme alışkanlığında değişim gibi yeni yaşam tarzına uyumda zorlanabilmektedirler (Erdil ve Elbaş, 2001; Güneş, 2001; Brunner, 2004; Elitoğ ve Erkuş, 2008; Elitoğ ve Erkuş 2008). Theobald ve ark. (2005) KABG sonrası bireylerin yalnızlık yaşadıklarını ve kendilerini depresyonda hissettiklerini belirlemişlerdir. “Olabilecek üzüntü/depresyon duygularının üstesinden gelme” gibi hastayı etkileyebilecek durumlar ile baş edebilme yeteneğinin güçlendirilmesi sağlık personelinin sorumlulukları arasındadır (Okanlı ve ark., 2006; Pektaş ve ark., 2006).

Bireylerin ölçekte yer alan konuları bilme ya da gerçekleştirme açısından kendilerine en az güven duydukları konular dikkate alındığında, gereksinimler doğrultusunda gerçekleştirilecek bir eğitimin ve psikolojik desteğin, hastaların bu konuları bilme ve gerçekleştirebilmeleri için kendilerine olanın güvenin artmasına katkı sağlayacağı öngörülmektedir (Olgun ve Ulupınar, 2004; Özcan, 2008; Kang ve ark., 2010). Allen ve ark., (1990) öz etkililik ile fiziksel fonksiyon arasında anlamlı ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Barnason ve ark. (2003) kilo kontrolü, egzersiz, koruyucu davranışlar gibi sağlık davranışlarına katkı sağlayan en önemli faktörün öz etkililik olduğunu ifade etmişlerdir. Barnason ve ark. (2003) tarafından yapılan bir çalışmada, iskemik kalp yetmezliği olan ve KABG gerçekleştirilen hastalara semptom yönetimi, fonksiyonlar ve koroner arter hastalığının risk faktörlerinin modifikasyonuna uyum ile ilişkili öz etkililiklerini güçlendirmeye yönelik eğitim verilmiştir. Kontrol grubuna göre bu eğitimi alan hastaların, öz etkililiklerinin daha yüksek olduğu ve daha iyi psiko-sosyal ve fiziksel fonksiyona sahip oldukları belirlenmiştir.

#### **5.4. KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Bu Özelliklere Göre “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”ndan Aldıkları Puanların Dağılımları**

KABG gerçekleştirilen bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”ndan aldıkları puanların dağılımlarına ilişkin tartışma bu bölümde yer almıştır.

KABG gerçekleştirilen bireylerin cinsiyetlerine göre BEBÖ madde toplam puanları incelendiğinde hem ilk uygulamada hem de ikinci uygulamada erkeklerin kadınlara göre daha yüksek puan aldıkları görülmektedir (Tablo 4.16). KABG gerçekleştirilen hastaların öz-etkililiklerine ilişkin literatürde çok fazla çalışma olmamasına rağmen bu konu ile ilgili benzer çalışmalar incelenmiştir. Vasküler hastalığa sahip 236 hastanın öz-etkililik algısının incelendiği bir çalışmada; kadınların sigarayı bırakma konusundaki öz-etkililik puanı anlamlı olmamakla birlikte erkeklerden daha düşük bulunmuştur (Sol ve ark., 2006). Yapılan bir başka çalışmada; KABG operasyonu sonrası kadınların erkeklerden daha düşük genel sağlık algısına sahip olduğu belirlenmiştir (Sandra, 2008). Yine rehabilitasyon dönemindeki kalp hastalarının öz-etkililik algılarının incelendiği bir çalışmada; kadın hastaların erkek hastalara göre öz-etkililik puanlarının düşük olduğu bulunmuştur (Gardner ve ark., 2003). Başka bir hastalık durumuyla yapılan çalışmada da benzer sonuçlara rastlanmıştır. (Erol, 2009). Bu durum bir eylemi gerçekleştirmek için kadınların erkeklere göre kendilerine olan güvenin daha az olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Ameliyat sonrası dönemde hem erkek, hem de kadın hastalar anksiyete yaşayabilmektedirler. Kadınlar erkeklere göre evde bakımları konusunda daha fazla kaygıya sahip olabilmektedirler. King ve ark. (2000) kadınların en fazla iyileşme süreci, yaşam şekline uyum, aktivitenin artırılması, kalp kondisyonunun iyileşmesi ve işe dönme konularında endişe yaşadıklarını belirlemişlerdir.

KABG gerçekleştirilen bireylerin yaşlarına göre BEBÖ' nün madde toplam puan ortalamaları incelenmiştir. Birinci ve ikinci uygulamada; 34-59 yaş

arasındaki bireylerin BEBÖ madde toplam puan ortalaması, 60 yaş ve üstündeki bireylerin madde toplam puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Birinci uygulamada bu fark istatistiksel olarak anlamlı iken, ikinci uygulamada iki grup arasında öz-etkililik puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir (Tablo 4.17). Vasküler hastalığa sahip hastaların öz-etkililik algısının incelendiği bir çalışmada; genç hastaların yaşlı hastalara göre öz-etkililik puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Sol ve ark., 2006). Farklı hasta gruplarında yapılan çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Lev ve ark, 1999; Akın, 2007; Erol, 2009). Yaş ilerledikçe, bir işi başlatma ve sürdürmek için kişinin kendine olan güvenin, fiziksel kapasitesinin ve enerjisinin azalması beklenen bir durumdur (Soyuer ve Soyuer, 2008) Aynı zamanda toplumda yaşlılığa karşı tutum, bir işi gerçekleştirmek için bireylerin kendilerine olan güven algısını etkileyebilmektedir (Er, 2009). Bu çalışmada da 60 yaş ve üstü grubun, daha genç gruba göre öz-etkililik puanlarının daha düşük olması bu doğrultuda açıklanabilir.

KABG gerçekleştirilen bireylerin medeni durumlarına göre BEBÖ' nün madde toplam puan ortalamaları incelendiğinde birinci ve ikinci uygulamada; evli olmayan bireylerin BEBÖ madde toplam puan ortalaması, evli olan bireylerin madde toplam puan ortalamasından daha düşük bulunmuştur. Ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4.18). KABG gerçekleştirilen bireylerin bakım gereksinimleri ve yaşam tarzındaki değişikliklere uyum sağlayabilmesi için destek sistemlerinin olması, onların ameliyat sonrası dönemi daha iyi sürdürebilmeleri açısından gereklidir (Theobald ve ark., 2005; Cebeci ve Şenol, 2007). Bu süreçte en büyük destek kaynaklarının aile bireylerinin ve en fazla da eşlerinin olduğu bilinmektedir (Koivula ve ark, 2002). Farklı hasta gruplarında yapılan çalışmalarda da evli olanların, sosyal desteği olanların öz-etkililik algısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Muhamed, 2004; Erol, 2009; Akın, 2007).

KABG gerçekleştirilen bireylerin eğitim durumlarına göre BEBÖ madde toplam puan ortalamaları incelenmiştir (Tablo 4.19). Hem birinci hem de ikinci

uygulamada eğitim alma durumu madde toplam puan ortalamalarına göre, en yüksek ortalamayı 8 yıldan fazla eğitim alanlar alırken, en düşük ortalamayı okula gitmemiş bireyler almıştır. Başka hastalık durumuyla yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlara rastlanmıştır (Lerman, 2005; Akın, 2007; Erol, 2009). Eğitim düzeyi ve öz-etkililik arasındaki bu pozitif ilişki KABG gerçekleştirilen hastalarda bireysel öz-etkililik sürecinin geliştirilmesinde eğitim düzeyi düşük olan hastalara uygun eğitim programlarının düzenlenmesi gerektiğini göstermektedir. Yapılan diğer bir çalışma, yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin, öz-etkililik algılarının ve olumlu sağlık davranışları sergileme oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur (Kang ve ark., 2010). Bir başka çalışmada ise öz-etkililik düzeyi ile eğitim arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir (Sarkar, 2006).

KABG gerçekleştirilen bireylerin yaşadıkları yere göre ölçekten aldıkları puanların ortalaması incelendiğinde; ölçeğin hem birinci hem ikinci uygulamasında en yüksek ortalamayı ilçede yaşayanlar, en düşük ortalamayı ise köyde yaşayanlar almışlardır. (Tablo 4.20). Yapılan ileri analizde farkın ilçede yaşayan ve köyde yaşayanlar arasında olduğu belirlenmiştir (Ek Tablo 3). İl ve ilçede yaşayan bireylerin, birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine ulaşmaları gerek maddi, gerek sosyal açıdan daha kolay olabilmektedir. Bu hizmetlere daha kolay ulaşan bireylerin sağlık farkındalığı artmaktadır. Farkındalığı artan bireylerin, daha fazla motive olarak öz-etkililik algısının artması beklenebilir. Bu bireyler böylece olumlu sağlık davranışlarını başlatacak ve sürdüreceklidir (Bandura 1986; 1995; Lev ve Owen, 2000; Kara ve Mirici, 2002; Sağlık Bakanlığı-Aile Hekimliği,2011).

KABG gerçekleştirilen bireylerin daha önce hastaneye yatma deneyimlerine göre BEBÖ madde toplam puan ortalamaları da incelenmiştir (Tablo 4.21). Hem birinci hem de ikinci uygulamada daha önce hastaneye yatma deneyimleri olan bireylerin BEBÖ madde toplam puan ortalaması, daha önce hastaneye yatma deneyimleri olmayan bireylerin madde toplam puan ortalamasından daha düşük bulunmuştur. Öz-etkililik inancı geçmiş deneyim ve

başarılarından etkilenmektedir. Başarılı deneyimler öz-etkililik inancını artırırken, üst üste yaşanan başarısızlıklar öz-etkililik inancının azalmasına neden olabilmektedir (Pajares, 2002; Zulkosky, 2009). Bu çalışma, daha önce herhangi bir nedenle hastaneye yatan bireyler, geçmiş deneyimlerinden olumsuz bir şekilde etkilenmiş olabileceği için öz-etkililik algılamaları olumsuz etkilenmiş olabilir. Ayrıca daha önce hastaneye yatma deneyimi olan bireylerin ek hastalığa sahip olma durumu da söz konusu olabilir. Olumsuz deneyime, ek sağlık sorunları da eklenince bireylerin öz-etkililik algılarının olumsuz yönde etkilenmesi beklenebilir.

KABG gerçekleştirilen bireylerin başka bir hastalığa sahip olma durumlarına göre, BEBÖ madde toplam puan ortalamalarının test ve re-test sonuçları incelenmiştir (Tablo 4.22). Hem birinci hem ikinci uygulamada başka bir hastalığa sahip olanların madde toplam puan ortalamaları, başka bir hastalığa sahip olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Çalışmaya katılan hastaların diyabet, hipertansiyon, akut böbrek yetmezliği ya da kronik böbrek yetmezliği olduğu dikkate alındığında bu hastalıkların kronik özellik taşıması, vücut sistemleri ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisinden dolayı bireyler fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden olumsuz şekilde etkilenmektedirler. Birden fazla hastalığa sahip olan bireylerin sadece kalp hastalığına sahip bireylere göre öz-etkililiklerinin düşük olması beklenen bir durumdur. Abbott ve ark. (2010), KABG ile birlikte ek hastalıkların sayısı ve bu hastalıkların ciddiyetinin semptom deneyimi ve psikososyal fonksiyonu etkileyeceğini belirtmişlerdir.

Sonuç olarak KABG gerçekleştirilen 120 hastada geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak cerrahi versiyonu” nun Türk toplumu için kullanılabileceği ortaya konulmuştur.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

“Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğini sınamak amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir:

- Türkçeye çevirisi yapılan ölçeğin dil eşdeğerliğinin sağlanması için 4 uzman tarafından ölçeğin çeviri ve İngilizceye geri çevirisi yapılmıştır. Ölçeği geliştiren Barnason İngilizceye geri çevirisi yapılan ölçeğin “uygun” olduğunu belirtmiştir (Ek XII). Son halini alan ölçeğin ön uygulaması yapılarak gerekli düzeltmeler yapılmış ve ölçeğe son şekli verilmiştir. Türkçeleştirilen ölçeğin dil açısından; orijinal dildeki formu ile çeviri ve geri çevirisi yapılan formların eş değerde olduğu sonucuna varılmıştır.
- BEBÖ’ nün içerik geçerliğinin sağlanması için 12 uzmandan görüş alınmıştır. Uzmanlar maddelerin içeriklerini “gereklilik”, “anlaşılabilirlik” ve “uygunluk” açısından değerlendirmiş ve ölçekten çıkarılması gereken madde olmamıştır. Uzman görüşleri istatistiksel olarak değerlendirilmiş ve uzmanlar arası görüş birliği olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).
- BEBÖ’ nün yapı geçerliğinin belirlenmesi için yapılan analizlerde; veri setinin faktör analizi için uygun olduğu ve ölçeğin her bir faktörü tarafından açıklanan varyansın, toplam varyansın % 66.609’ unu oluşturduğu belirlenmiştir. Genel olarak faktör analizi sonuçları dikkate alındığında, ölçme aracının yapı geçerliliğinin sağlandığı sonucuna varılmıştır (Tablo 4.3).



- BEBÖ' nün faktör sayısının belirlenmesine yönelik yapılan analizlerde ölçeğin orijinalinin revize edilmeden önceki formuna benzer şekilde beş faktöre sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4, Grafik 4.1).
- Yapılan analizlerde BEBÖ' nün “ölçek toplam puanı” için uygun olduğu yani ölçeğin toplanabilirliği ortaya konulmuştur ( $p=0.000$ ) (Tablo 4.5).
- BEBÖ' nün güvenilirliğine yönelik yapılan analizlerde; ölçeğin zamana karşı değişmezliğinin belirlenmesi için; ölçeğin ilk ve ilk uygulamadan dört hafta sonra gerçekleştirilen ikinci uygulaması sonucunda elde edilen puanlar karşılaştırılmıştır. Elde edilen puanlar arasındaki korelasyona bakılmış ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $r= 0.818$ ;  $p=0.000$ ). (Tablo 4.9)
- Ölçeğin tüm alt ölçeklerinden elde edilen puanlar arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu ve alt ölçekler arasındaki korelasyonun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p=0.000$ ), (Tablo 4.10).
- BEBÖ' nün iç tutarlılığını belirlemek için yapılan analizlerde ölçeğin 15 maddesi için cronbach alfa güvenilirliği katsayısı 0.837 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin toplamı için oldukça iyi düzeyde iç tutarlığa sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.11). Benzer şekilde BEBÖ' nün beş alt ölçeği için cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.74-0.79 arasında hesaplanmıştır (Tablo 4.12). Ölçek alt ölçeklerinin iç tutarlık güvenilirlik katsayısı kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. Bu sonuçlar ölçeğin iç tutarlığının yüksek olduğuna yorumlanmıştır.

- BEBÖ' nün madde toplam korelasyonu en düşük “ $r=0.32$ ” ve en yüksek “ $r=0.55$ ” olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin maddeleri çıkarıldığında aldığı cronbach alfa güvenilirlik katsayısı değerleri 0.82-0.83 arasındadır. Madde toplam korelasyonları 0.20'nin üzerinde olduğu ve cronbach alfa güvenilirlik katsayısı değerinde madde çıkarıldığında bir değişim olmadığı için maddelerin çıkarılmasına gerek olmadığı sonucuna varılmıştır (Tablo 4.13).
- BEBÖ' nün maddelerinin toplam puanı ile alt ölçeklerinin toplam puanları arasında korelasyonun  $r=0.66-0.80$  arasında olduğu hesaplanmıştır ( $p=0.000$ ). Bu sonuçlara göre kabul edilebilir sınırların altında bir korelasyon değeri elde edilmemiş ve ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğu yönündeki bulgular desteklenmiştir (Tablo 4.14).
- Tüm bu verilere dayanılarak, “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Türk toplumunda kullanılabilmesi için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu sonucuna varılmıştır.
- Çalışmaya alınan hastaların “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nda ele alınan konuları bilme ve yapabilme açısından kendilerine güven durumu sorgulandığında, ölçeğin her iki uygulamasında da hastaların çoğunluğunun “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” seçeneklerini tercih ettikleri belirlenmiştir (Tablo 4.6 ve Tablo 4.7).
- KABG gerçekleştirilen hastaların, ölçekte yer alan konuları “bilme” ve “yapabilme” açısından kendilerine güven durumu incelendiğinde; en fazla “Sorunlarım olduğunda doktorumu ne zaman arayacağımı bilme” maddesi için olumlu görüş bildirmişlerdir. Diğer taraftan hastaların, en fazla olumsuz görüş bildirdiği maddeler “Normal ev işlerini gerçekleştirme (örn. yemek yapma, temizlik, ev tamiratı, market alışverişi, bahçede

çalışma, çim biçme)” ve “Benim için ne tür egzersizin önerildiğini bilme” olmuştur (Tablo 4.6 ve Tablo 4.7).

- KABG gerçekleştirilen bireyler tüm ölçekten aldıkları ortalama puan 47.26 olarak belirlenmiş, en düşük puan ( $x=6.31$ ) “diyet modifikasyonu”, en yüksek puan ( $x=12.9$ ) ise “Öz-Bakım Yönetimi” alt ölçeğinden elde edilmiştir (Tablo 4.8).
- Çalışmaya katılan 120 bireyin % 79.2’sini erkekler, % 53.3’ünü 34-59 yaş aralığındakiler, % 89.2’sini evliler, % 82.5’ini sekiz yıldan daha az eğitim alanlar, % 68.3’ünü il merkezinde yaşayanlar, % 77.5’ini çalışmayanlar ve % 57.5’ini orta düzeyde gelire sahip olanlar oluşturmuştur (Tablo 4.15). Çalışmaya katılanların çoğunluğu (% 69.2) hastaneye yatma deneyimi olduğunu ve % 71.7’si ameliyatına yönelik eğitim almadığını belirtmiştir (Grafik 4.2 ve Grafik 4.3).
- Çalışmaya alınan erkeklerin, kadınlara göre ölçek toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.16).
- Çalışmaya alınan 34-59 yaş aralığındaki hastaların, 60 yaş ve üstü gruba göre ölçek toplam puan ortalamaları daha yüksek ve puan ortalamaları arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.17). Buna göre literatürle de benzer şekilde 34-59 yaş aralığındaki hastaların, 60 yaş ve üstü gruba göre KABG sonrası bakım sürecinde öz-etkililiklerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- KABG gerçekleştirilen bireylerin eğitim düzeylerine göre, ölçek toplam puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $F=6.901$ ,  $p=0.001$ ) (Tablo 4.19). Fark okula gitmeyen ve sekiz yıldan daha fazla eğitim alanlar arasında ve sekiz yıldan az eğitim

alanlar ile sekiz yıldan fazla eğitim alanlardan kaynaklanmıştır. Diğer bir ifade ile beklenen bir sonuç olarak eğitim düzeyi yüksek olanların KABG sonrası dönemde öz-etkililiklerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

- Çalışmaya katılan bireylerden evli olmayan ve evli olanların BEBÖ madde toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $t = -.172$ ,  $p > 0.05$ ) (Tablo 4.18).
- KABG gerçekleştirilen bireylerin yaşadıkları yere göre, ölçek toplam puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $F = 7.312$ ,  $p = 0.001$ ) (Tablo 4.20). Farkın ilde yaşayan ve ilçede yaşayanlar arasında ve ilçede yaşayanlar ile köyde yaşayanlar arasında olduğu belirlenmiştir (Ek Tablo 2).
- KABG gerçekleştirilen bireylerden, daha önce hastaneye yatma deneyimleri olan bireylerin ve daha önce hastaneye yatma deneyimleri olmayan bireylerin BEBÖ madde toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olarak belirlenmiştir ( $t = -2.339$ ,  $p < 0.05$ ). (Tablo 4.21).
- Araştırmaya katılan bireylerin, kalp hastalığı yanı sıra başka bir hastalığa sahip olanların, aralarında istatistik olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $t = -2.613$ ,  $p = .010$ ) (Tablo 4.22).
- KABG gerçekleştirilen bireylerin meslek, hastalık ve ameliyata yönelik eğitim alma, ekonomik, birlikte yaşanan kişi durumlarına göre ölçekten aldıkları puanların ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir (Ek Tablo 4-5-6-7).

## 6.2. Öneriler

“Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”nun Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçlarına göre;

- BEBÖ’ nün Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Bir vakıf üniversitesi hastanesinin Erişkin Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinde yatan ve KABG gerçekleştirilmiş 120 hastada yapılmıştır. Ölçeğin Türkiye’de daha büyük örneklem grubu ile farklı bölgelerde ve yapıdaki hastanelerde tekrarlanarak hem ölçeğin kullanımının yaygınlaştırılması ve hem de güvenilirliğinin test edilmesi,
- Öz-etkililik çalışmalarının sonuçları incelenerek; KABG gerçekleştirilen bireylerde öz etkililiği belirleyen faktörlerin daha kapsamlı olarak incelenmesi,
- Ölçeğin orijinalinin tek faktörde toplanırken, bu çalışmada ölçeğin maddelerinin beş alt ölçeğe dağılması ile ilgili farklılıkların gözden geçirilmesi için daha farklı ve büyük bir örneklem üzerinde faktör analizinin tekrarlanması,
- Ölçeğin uygulanması ile elde edilen öz-etkililik değerlendirmelerinin, hastaların öz-etkililiklerini artırmaya yönelik hemşirelik uygulamaları ve hastalara yönelik eğitim faaliyetlerinin geliştirilme ve uygulanmasında esas alınması,
- Öz etkililiği etkileyebilecek, diğer durumları (örneğin; yaşam kalitesi, öz-bakım) da kapsayan çalışmaların yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. ABACI, A. (2009). Kronik Koroner Arter Hastalığı. 11. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. Antalya
2. ABANONU, G.B. (2005). Koroner Arter Hastalığı Majör Risk Faktörleri ve C Reaktif Proteinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul.
3. ABBOTT, A.A., BARNASON, S., ZİMMERMAN, L. (2010). Symptom Burden Clusters and Their Impact on Psychosocial Functioning Following Coronary Artery Bypass Surgery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(4);301-310
4. AHMED, D, CHEEMA, F.H., AHMED, Y.I., SCHAEFLE, K.J., AZAM, S.I., SAMİ, S.A., SHARİF, H.M. (2011). Incidence and Predictors of İnfection in Patients Undergoing Primary İsolated Coronary Artery Bypass Grafting: A Report From a Tertiary Care Hospital in A Developing Country. *J Cardiovasc Surg*, 52(1):99-104.
5. AKDEMİR, N., BİROL, L. (2004). İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı Sistem Ofset, Ankara, sf. 433.
6. AKIN, S. (2007). Meme Kanseri Hastalarının Yaşam Kaliteleri Ve Öz Etkililiklerinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmış Doktora Tezi İstanbul Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
7. AKSAYAN, S., GÖZÜM, S. (1998). Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz Etkililik Algısının Önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(1):35- 42.
8. AKSAYAN, S., BAHAR, Z., BAYIK, A., EMİROĞLU, O., EREFE İ. (2002). Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Odak Ofset, İstanbul
9. AKYOLCU, N. (2003). Perioperatif Hasta ve Ailesinin Eğitim Gereksinimleri ve Hemşirenin Rolü. 4.Ulusal ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 2005; 97-107.
10. ALLEN, J.K., BECKER, D.M., SWANK, R.T. (1990). Factors Related to Functional Status After Coronary Artery Bypass Surgery. *Heart Lung*, 19(4):337-43.

11. AMERİCAN HEART ASSOCIATION-AHA (2006). Angioplasty and Cardiac Revascularization Statistics  
Erişim:<http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4439>  
Erişim Tarihi: 29.11.2010
12. AMERİCAN HEARTH ASSOCIATION (2009). International CardiovascularDisease Statistics, Statistical Fact Sheet-Populations  
Erişim:<http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1236204012112INTL.pdf> Erişim Tarihi: 03.10.2010
13. ANDREW, S. ve VIALLE, W. (1998). Nursing Students' Self Efficacy, Selfregulated Learning and Academic Performance in Science. *Nursing Times*, 76(10): 427-432.
14. ANDRİCH, D. (1989). Distinctions Between Assumptions And Requirements In Measurement In The Social Sciences. *Mathematical And Theoretical Systems*, Elsevier Science Publishers, North Holland, Amsterdam, p:7-16.
15. ANDRİCH, D. (2004). Controversy and the Rasch Model: A Characteristic of Incompatible Paradigms. *Medical Care*, 42;1-16.
16. ANTHONY, A. ve SENDELBACH, S. (2007). Postoperative Complications of Coronary Artery Bypass Grafting Surgery. *Crit Care Nurs Clin N Am*, 19;403–415
17. ATICI, M. (2001). Yüksek ve Düşük Yetkinlik Düzeyine Sahip Öğretmenlerin Sınıf Yönetimi Stratejileri. *Kuram Ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 28;483 499
18. BABALIK, E. (2005). PKG ve Koroner Cerrahide Karşılaşılan Sorunlar. 21. Ulusal Kardiyoloji Kongresi, Antalya
19. BAHAR, Z., BESER, A., GÖRDES, N., ERSİN, F., KISSAL, A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin Geçerlik Güvenilirlik Çalışması. *C.U.Hemsirelik Yuksekokulu Dergisi* ,12(1)
20. BANDURA, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2): 191-215.

21. BANDURA, A. (1982). The assessment and predictive generality of self percepts of efficacy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13;195-199.
22. BANDURA, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
23. BANDURA, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive, *American Psychologist*, 44(9):1175-1184
24. BANDURA, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 248-287.
25. BANDURA, A. (1995). Exercise of personnel and collective efficacy in changing societies. Self- efficacy in changing societies. New York: Cambridge University Press.
26. BANDURA, A. (1997). Self- efficacy: The exercise of control. New York: Freeman.
27. BANDURA, A. (2006), Toward A Psychology Of Human Agency, Perspectives On Psychological Science. *Psychological Review*, 1(2).
28. BARNASON, S. ZIMMERMAN, L., ATWOOD J., NIEVEEN, J., SCHMADERER, M. (2002). Development of A Self Efficacy Instrument for Coroner Artery Bypass Graft Patients. *Journal of Nursing Measurement*, 10(2).
29. BARNASON,S., ZIMMERMAN, L., NIEVEEN, J., SCHMADERER, M., CARRANZA, B., REILLY, S. (2003) Impact of A Home Communication Intervention for Coronary Artery Bypass Graft Patients with Ischemic Heart Failure on Self-Efficacy, Coronary Disease Risk Factor Modification, and Functioning. *Heart Lung*, 32(3):147-58.
30. BAS M., DÖNMEZ S. (2009). Self-Efficacy and Restrained Eating in Relation to Weight Loss Among Overweight Men and Women in Turkey. *Appetite*, 52; 209–216
31. BASTONE, E. C., KERNS, R. D. (1995). Effects of Self-Efficacy and Perceived Social Support on Recovery-Related Behaviors After Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Annals of Behavioral Medicine*, 17;324-330.



32. BENİGHT C. ve BANDURA A. (2004). Social Cognitive Theory Of Posttraumatic Recovery: The Role Of Perceived Self-Efficacy. *Behaviour Research And Therapy*, 42;1129–1148
33. BERKHUYSEN, M., NİEUWLAND, W., BUUNK, B., SANDERMAN, R., RİSPENS, P., (1999), Change İn Self-Efficacy During Cardiac Rehabilitation And The Role Of Perceived Overprotectiveness. *Patient Education And Counseling*, 38 ,21–32.
34. BİJL, JV, POELGEEST-EELTİNK, A.V., SHORTRİDGE-BAGGETT, L. (1999). The Psychometric Properties of the Diabetes Management Self Efficacy Scale for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *J Adv Nurs*,30: 352–9.
35. BLALOCK, H. M. (1970). Estimating Measurement Error Using Multiple Indicators And Several Points İn Time. *American Sociological Review*, 35(1);101-111.
36. BRUNNER, S. (2004). Textbook Of Medical Surgical Nursing. 10 Th Edition, St Louis, Mosby, Company, p,673-680.
37. BRYANT, F. B., YARNOLD, P. R. (1995). Principal Components Analysis and Exploratory And Confirmatory Factor Analysis. *Reading and Understanding Multivariate Statistics*, p: 99-136. Washington.
38. BÜYÜKÖZTÜRK, Ş. (2002). Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 32;470-83
39. CARLSON, E. (2000), A Case Study in Translation Methodology Using the Health-Promotion Lifestyle Profile II. *Public Health Nursing*, 17(1);61–70
40. CASSİDY, S., EACHUS, P. (2002). Developing The Computer Self-Efficacy (CSE) Scale: Investigating The Relationship Between CSE, Gender And Experience With Computers. *Journal Of Educational Computing Research*, 26;133-153.
41. CEBECİ, F., ŞENOL, S.Ş., (2008). Discharge Training and Counselling Increase Self-Care Ability and Reduce Postdischarge Problems in CABG Patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17;412–420.

42. COSTELLO, A. B., OSBORNE, J. W. (2005). Best Practices In Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation*, 10(7).
43. DONALD, M.G. (2003). Handbook of Self and Identity. Guilford Press. Erişim: <http://books.google.com.tr/books> Erişim Tarihi: 01.11.2010
44. DUIT, A.A., BOEKE, S., TAAMS, M.A., PASSCHIER, J., ERDMAN, R.A. (1997). Prediction Of Quality Of Life After Coronary Artery Bypass Graft Surgery: A Review And Evaluation Of Multiple, Recent Studies. *Psychosomatic Medicine*, 59:257-268
45. ELİTOĞ, N. Ve ERKUŞ, B. (2008). CABG Operasyonu Geçirmiş Olan Hastaların Taburculuk Sonrası En Sık Yaşadıkları Problemlerin Tanımlanması. Erişim:[http://www.Acibademhemsirelik.Com/Bilimsel\\_Calisma/Cabg\\_Operasyon.Pdf](http://www.Acibademhemsirelik.Com/Bilimsel_Calisma/Cabg_Operasyon.Pdf) Erişim tarihi: 05.12.2010
46. ER, D. (2009). Psikososyal Açıdan Yaşlılık. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(11).
47. ERDİL, F, ELBAŞ, Ö. N. (2001), Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği.4..Baskı. Tasarım Ofset. Ankara, 297-334
48. Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, N. (1994). Sağlığı Sürdürme, Sağlığı Geliştirme ve Hemşirelik. *Hemşirelik Bülteni*, 8: 32.
49. EREFE, İ. (2002). Veri toplama araçlarının niteliği. İçinden: Erefe İ. (Ed). *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri*. Odak Ofset, İstanbul, 169 188; 211-248;
50. EREL, D., (2000). The Concept of Self-Efficacy and Self-Efficacy - Performance Relationship. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 55(4);13-35,
51. ERGİN, D.Y. (1995). Ölçeklerde Geçerlik Ve Güvenirlik.. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 125-148.
52. EROL, Ö. (2009). İnsülin Kullanan Diyabetlilerde Hipoglisemi Korkusu Ve Öz-Etkililik. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

53. EWART, 1998. *Psychological Effects of Resistive Weight Training: Implications for Cardiac Patients*. *Medicine And Science In Sports And Exercise*, 21(6);683 - 688.
54. FAWCETT, J. (2001). The Nurse Theorists: 21st-Century Updates Dorothea E. Orem. *Nursing Science Quarterly*. 14(1), 34-38
55. FORTİNO, M., O'BRIEN, N. (2008). Caring For A Patient After Coronary Artery Bypass Graft in Men. *Nursing Journal*, 3 (5);12 – 18
56. GARDNER, J.K., MCCONNELL, T.R., KLİNGER, T.A., HERMAN, C.P., HAUCK, C.A., LAUBACH, C.A. (2003). Quality of Life and Self-Efficacy: Gender and Diagnoses Considerations for Management During Cardiac Rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil.*, 23(4):299-306.
57. GARSON, D. G. (2008). Factor Analysis: Statnotes. North Carolina State University Public Administration Program,  
Erişim: <http://www2.chass.ncsu.edu/garson/pa765/factor.htm>.  
Erişim Tarihi: 14 Ocak 2011.
58. GÖKSEL, O.S. (2004). 40 Yaş Altı Koroner Arter Bypass Cerrahisi Hastalarında ve Koroner Arter Bypass Reoperasyonlarında Kolesterol Ester Transfer Proteininin Safen Ven Greft Aterosklerotik Hastalığı Açısından Diagnostik ve Prognostik Önemi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Prof.Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
59. GÖZÜM, S, AKSAYAN, S. (b) (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 4(2): 9-20.
60. Gözüm, S. (1999). Öz-Etkililik. Yeterlik Ölçeğinin Türkçe Formunun Yapı Geçerliliği: Öz.Etkililik.Yeterlik İle Stresle Başa Çıkma Algısı Arasındaki İlişki. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*. 2(1)
61. GÖZÜM, S. ve AKSAYAN, S. (a) (2002). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber I: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 4(1) 4(1): 9-14.
62. GÖZÜM, S., AKSAYAN S. (1999). Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği'nin Türkçe Formunun Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi*, 2(1): 21-34.

63. GRAEME, H., SOFRONIOU N. (1999). The Multivariate Social Scientist Introductory Statistics Using Generalized Linear Models. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.p:224
64. GRUNDY, S. (1999). Primary Prevention of Coronary Heart Disease : Integrating Risk Assessment With Intervention. *American Heart Association.Circulation*, 100;988-998.
65. GÜLTEKİN G, ÖZBAYIR T. (2002). Koroner By-Pass Ameliyatı Olan Hastalara Taburcu Olmadan Önce Verilen Eğitiminin Etkinliğinin Karşılaştırılması. Ulusal Cerrahi Kongresi'nde: Antalya, 309-317.
66. GÜNEŞ P. (2001). Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaların Taburculuk Öncesi Bilgilendirmenin Anksiyete Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
67. HEART DİSEASE AND STROKE STATİSTİCS (2010). American Heart Association  
Erişim: <http://www.americanheart.org> Erişim Tarihi: 10.10.2010
68. HENSON, R. K., KOGAN, L. R. ve VACHA-HAASE, T. (2001). A Reliability Generalization Study of the Teacher Efficacy Scale and Related Instruments. *Educational and Psychological Measurement*, 61 (3); 404-420.
69. HEPER, C., HEPER, Y., MOĞOL, E. (2000). Kardiyoloji. Birinci Baskı, İstanbul, Alfa Basım, s.233-248
70. HUDAK, S; GALLO, B.M., GONCE MORTON, P. (1998). Cardiac Surgery. *Critical Care Nursing A Holistic Approach*, 7th Edition, Lippincott, Newyork, p:393-426
71. İLTUŞ, F. (2007). Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkiye'deki Geçerlik ve Güvenirliği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
72. KANG, Y., YANG, I., KİM, N. (2010). Correlates of Health Behaviors in Patients With Coronary Artery Disease. *Asian Nursing Research*, 4(1)
73. KARA, M., MİRİCİ, A. (2002). KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliği. *Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 4(3): 61 66.
74. KARADAKOVA, A. ve ASLAN, F. (2010). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel kitapevi sf: 499-501

75. KARASAR, N. (1995)., Bilimsel Araştırma Yöntemi 7. Basım, Sim Matbabası, Ankara
76. KESKİN, G., ORGUN F. (2006). Öğrencilerin Öz Etkililik-Yeterlilik Düzeyleri ile Başa Çıkma Stratejilerinin İncelenmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2006; 7:92-99
77. KIRALI,K., DAĞLAR, B., GÜLER, M., MANSUROĞLU, D., YAKUT, N., ÖMEROĞLU, S., GÜRBÜZ, A., IŞIK, Ö., YAKUT, C. (1998). Videotorakoskopik Lima Çıkarmı Ve Minimal İnvaziv Cabg Prosedürü: Koroner Arter Cerrahisinde Yeni Bir Teknik. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*. 6(5);397-404
78. KİNG, K.B., ROWE, M.A., ZERWİC, J.J. (2000). Concerns and risk factor modification in women during the year after coronary artery surgery. *Nurs Res*, 49(3):167-72.
79. KOIVULA, M., ILMONEN, P.M., TARKKA, M.T., TARKKA, M., LAIPPALA, P. (2002). Social Support and its Relation to Fear and Anxiety in Patients Awaiting Coronary Artery Bypass Grafting. *Journal of Clinical Nursing*,11: 622–633
80. KURBANOĞLU, S. (2004). Öz-Yeterlik inancı ve Bilgi Profesyonelleri İçin Önemi. *Bilgi Dünyası*, 5(2): 137-152
81. LENZ, E. R., SHORTRİDGE-BAGGETT, L. (2002). Self Efficacy in Nursing, Research and Measurement Perspectives. Springer Publishing Company.4th Edition.
82. LERMAN, I. (2005). Adherence to Treatment: The Key for Avoiding Long Term Complications of Diabetes. *Archives of Medical Research*, 36;300 306.
83. LEV E.,L. (1997). Bandura's Theory Of Self Efficacy: Applications to Oncology. *Research And Theory for Nursing Practise*, 11(1), 21-35.
84. LEV, E.L., OWEN, S.V. (2000). Conseling Women With Breast Cancer Using Principles Develoed By Albert Bandura. *Perspectives İn Psychiatric Care*, 36(4):131-8.

85. LEV, E.L., PAUL, D., OWEN, S.V.(1999). Age, Self-Efficacy, and Change in Patients Adjustment to Cancer. *Cancer Practice*,7(4); 170-176,
86. LOPEZ, V., YING, C.S., POON C.Y., WAI, Y. (2007). Physical, Psychological and Social Recovery Patterns After Coronary Artery Bypass Graft Surgery: A Prospective Repeated Measures Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies* 44;1304–1315.
87. MİTTAGA, O., KOLENDAB, K.D., NORDMANN, K.J., BERNIENB, J., MAURİSCHATC C. (2001). Return to Work After Myocardial İnfarction/Coronary Artery Bypass Grafting: Patients' and Physicians' İnitial Viewpoints and Outcome 12 Months later. *Social Science & Medicine* 52;1441–1450.
88. OKANLI , A., ÖZER, N., AKYIL, R., KOÇKAR, Ç. (2006). Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(4).
89. OLGUN, N., ULUPINAR, S. (2004). Hasta Güçlendirme ve Diyabetli Bireyin Güçlendirilmesi. *Diyabet Forumu*,1(1): 57–65
90. OLİVER, M. (2005). Reaching Positive Outcomes by Assessing and Teaching Patients Self-Efficacy. *Home Healthcare Nurse*, 23( 9).
91. ONAT, A. (2009). Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevalansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten Ölüm Sıklığı.  
Erişim: <http://tekharf.org/> Erişim tarihi 05.12.2010
92. OSBORNE, J. W., COSTELLO, A. B. (2004). Sample Size And Subject to İtem Ratio in Principal Components Analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 9(11).
93. OTO, A. (2007). Diyabet Ve Koroner Arter Hastalığı: Gelişen Dünyanın Korkunç İkilisi Erişim: <Http://www.TurkkardiyovaskulertipeDergisi.Com/?Sayfa=Sayilar&İd=80>, Erişim Tarihi: 05.12.2010
94. OWEN, S.V. (1999). Age, Self-Efficacy, And Change İn Patients' Adjustment to Cancer. *Cancer Practice*. 7(4): 1700-6.
95. OWENS, L. (2006). The Relationship Of Health Locus Of Control, Self Efficacy, Health Literacy And Health Promoting Behaviors İn Older Adults. A Dissertation Presented Fort pence He Doctor Of Philosophy Decree The University Of Memphis.

96. ÖZCAN, H. (2008). Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastalar Tarafından Kullanılma Oranları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
97. ÖZTEKİN, D., AKYOLCU, N. (2003). Minimal İnvaziv Direkt Koroner Arter Bypass Sonrası Hemşirelik Bakımı ve Hasta Eğitimi. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, 7(2): 88-95.
98. PAJARES, F. (2002). Overview of social cognitive theory and of self efficacy. Erişim: <http://www.emory.edu/EDUCATION/MFP/eff.html> Erişim Tarihi: 01.10.2010
99. PEKTAŞ, İ., BİLGE, A., ERSOY, M.A. (2006). Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:43-48
100. REDEKER, N.S., BRASSARD, A.B. (1996). Health Patterns of Cardiac Surgery Clients Using Home Health Care Nursing Services. *Public Health Nursing*, 13(6);394-403.
101. REVELLE, W., ZINBARG, R. (2009). Coefficients Alpha, Beta, Omega, and the glb: Comments on Sijtsma. *Psychometrika*, 74(1);145-154.
102. ROUSSON, V., GASSER, T., SEIFERT, B. (2002). Assessing Intrarater, Interrater and Test-Retest Reliability of Continuous Measurements. *Statistics in Medicine* 21:3431-3446.
103. SAĞLIK BAKANLIĞI TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (2008). Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan Ve Eylem Planı. No: 743 Erişim: <http://www.saglik.gov.tr/TSHGM/dosya/1-39047/h/plan1.pdf> Erişim Tarihi: 10.08.2010
104. SAĞLIK BAKANLIĞI-AİLE HEKİMLİĞİ (2011). Erişim:[http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=315:toplum-sal-merkezleri](http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=315:toplum-sal-merkezleri) Erişim Tarihi : 20.01.2011

105. SANDRA, S. (2008). Perception Of General Health And Self-Efficacy For The Coronary Artery Bypass Graft Patient, Thesis of Master. Wisconsin Oshkosh University.
106. SARKAR, U., FISHER, L., SCHILLINGER, D. (2006). Is Self-Efficacy Associated with Diabetes Selfmanagement Across Race/Ethnicity and Health Literacy. *Diabetes Care*, 29(4);823–829.
107. SCHAFFER, S. (2008). Perception Of General Health And Self Efficacy Fort He Coronary Artery Bypass Graft Patient. Erişim : <http://digital.library.wisc.edu/1793/34326> Erişim Tarihi: 01.10.2010
108. SCHANK, M. J. (1999). Selfhealth Appraisal: Learning The Difficulties Of Lifestyle Change. *Journal Of Nursing Education*. 38 (1). 1012.
109. SCHERER, Y.K., SCHIEMEDER, L.E. (1996). The Role of Self-Efficacy in Assisting Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease to Manage Breathing Difficulty. *Clin Nurs Res*, 5:343-355
110. SCHWARZER, R., FUCHS, R. (1995). Changing Risk Behaviors and Adopting Health Behaviors: The Role of Selfefficacy Beliefs. A Bandura (ed), Self-efficacy in Changing Societies. New York, Cambridge University Press, s.259-288.
111. SENEMOĞLU, N. (1998). Gelişim Öğrenme ve Öğretim. Kuramdan Uygulamaya. Özsen Matbaası, Ankara
112. SERGEK, E. ve SERTBAŞ, G. (2006). SSK Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ve Öz-Etkililik, Yeterlilik Düzeyleri *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 9(1).
113. SHESKİN, D. J. (2000). Handbook Of Parametric And Nonparametric Statistical Procedures (2nd ed.). Western Connecticut State University
114. SISK, R.J. (2000). Caregiver Burden and Health Promotion. *International Journal of Nursing Studies*, 37: 37-43.
115. SOKAL, R.R. , ROHLF, F.J. (1995). Biometry The Principles And Practice Of Statistics In Biological Research (3rd ed.). State University Of New York At Sony Brook W.H. Freeman And Company New York.



116. SOL, B., GRAAF, Y., BİJL, J., GOESSENS, N., VISSEREN F. (2006). Self Efficacy in Patients with Clinical Manifestations of Vascular Diseases. *Patient Education and Counseling*, 61: 443–448.
117. SOYUER, F., SOYUER, A. (2008). Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15 (3) 219-224
118. STUIFBERGEN, A.K., SERAPHİNE, A., ROBERTS, G. (2000). An Explanatory Model of Health Promotion and Quality of Life in Chronic Disabling Conditions. *Nursing Res*; 49:122-129.
119. SÜMBÜLOĞLU, V., SÜMBÜLOĞLU, K. (2002). Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri. 4. Baskı, Hatipoğlu Basım, Ankara.
120. ŞEKİL 2.2. Kalbin Kanlanması Sağlayan Damarlar. Erişim: [http://www.communitymemorial.com/services/heart/coronary\\_art.cfm](http://www.communitymemorial.com/services/heart/coronary_art.cfm) Erişim Tarihi: 29.11.2010
121. TEKBAŞ, Ö.F. (2008). Kalp Damar Hastalıkları ve Çevresel Faktörler TAF. *Preventive Medicine Bulletin*, 7(5):435-444
122. TENO, J.M. (2002). Promoting Self-Efficacy of Family Caregivers. Erişim: <http://www.chcr.brown.edu/pcoc/resourceguide/chapter8.pdf>.
123. THEOBALD, K., WORRAU, C. L. ve MCMURRAY, A. (2005). Psychosocial Issues Facilitating Recovery Post-CABG Surgery. *Australian Critical Care*. 18(2) :76 -85.
124. THİSSEN, D., ORLANDO, M. (2001). Item response theory for items scored in two categories. *Test Scoring*, p:73-140.
125. TUKEY, J. (1949). One Degree of Freedom for Non-Additivity. *Biometrics*, 5 (3): 232–242.
126. TUSAK (2004). Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi Hastalık Yüğü Final Rapor
127. Erişim:<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/nbd/raporlar/hastalikyukuTR.pdf> Erişim Tarihi: 22.01.2011
128. UEBERSAX, J.S. (1999). Probit Latent Class Analysis with Dichotomous or Ordered Category Measures: Conditional Independence/Dependence Models. *Applied Psychological Measurement*, 23(4):283-297.

129. ÜNSAL, A., KAŞIKÇI M. (2008). Artritli Bireylerde Öz-Etkililik Ölçeği'nin Geçerlik Ve Güvenirliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11: 1.
130. WOOD, G. ve HABER, J. (2006). *Nursing Research Methods And Critical Appraisal For Evidence-Based Practice*, Mosby Elsevier, 6. Baskı
131. WOOD, G.L, HABER, J. (2002). *Nursing Research. Methods and Critical Appraisal For Evidence-Based Practice*,. Mosby. St. Louis, 335-356.
132. WORLD HEALTH ORGANIZATION 2007. Erişim: <http://www.who.int/en/>. Erişim Tarihi: 27.10.2009
133. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHOa), 2009. Erişim:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html> Erişim Tarihi: 02.11.2009
134. WORLD HEALTH ORGANİZATİON (WHOb), 2009 Erişim:<http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mortgeurogturgturkey.pdf>. Erişim Tarihi: 02.11.2009
135. WORLD HEALTH ORGANİZATİON (WHO), 2010 Erişim: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html> Erişim Tarihi: 12.10.2010
136. YURDUGÜL, H. (2005). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği İçin Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. 14. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, Denizli
137. ZELLWEGER, M., LEWIN H.C., LAI S., DUBOİS E., FRIEDMAN, J.D., GERMANO, G., KANG X., TALİ SHARİR, T., BERMAN D.S. (2001), When to stress patients after coronary artery bypass surgery. *J Am Coll Cardiol*; 37:144-152
138. ZİNBARG, R., REVELLE, W., YOVEL, I. VE Lİ, W. (2005). Cronbach's , Revelle's , And Mcdonald's : Their Relations with Each Other and Two Alternative Conceptualizations of Reliability. *Psychometrika*, 70, 123-133.
139. ZİNBARG, R., YOVEL, I., REVELLE, W., MCDONALD, R. (2006). Estimating Generalizability to A Universe of Indicators That All Have an Attribute in Common: A Comparison of Estimators for . *Applied Psychological Measurement*, 30;121 – 144.

140. ZORLU, M., HELVACI, A., KISKAÇ, M., YOLBAŞ, S., ARDIÇ, C., ORAN, M., ADAŞ, M. (2010). Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Sessiz Miyokard iskemisi ve İlişkili Risk Faktörleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 37(2);140-144
141. ZULKOSKY, K. (2009). Self-Efficacy: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 44(2).

**GÖNÜLLÜ DENEK BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU**

Araştırmanın konusu :	<b>BARNASON ETKİLİLİK BEKLENTİ ÖLÇEĞİ (BEBÖ): KARDİAK CERRAHİ VERSİYONU'NUN TÜRKİYE İÇİN GEÇERLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI</b>
Araştırmanın amacı :	Bu araştırmanın amacı, kalp ameliyatı gerçekleştirilen bireylerin öz-etkililik algısını ölçmek amacıyla geliştirilen "Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ)'nin Kardiyak Cerrahi Versiyonu'nun Türkiye İçin Geçerlik ve Güvenilirliğinin değerlendirilmesidir.
Araştırmaya katılma süresi :	
Araştırmaya katılacak yaklaşık gönüllü sayısı :	120

Sayın Katılımcı,

Bandura öz etkililiği; "bireyin belli bir performansı göstermek için gerekli etkinlikleri organize edip başarılı olarak yapma kapasitesine ilişkin kendi yargısı olarak tanımlamıştır. Güçlü bir bireysel etkililik; daha sağlıklı olma, daha yüksek başarı elde etme ve daha iyi sosyal bütünleşmeyi sağlamaktadır. Bu özelliği ile de okul başarısı, emosyonel bozukluklar ve mental ve fiziksel sağlık gibi pek çok farklı alanda ele alınmıştır. Bu çalışmada, kalp ameliyatı gerçekleştirilen bireylerin öz-etkililik algısını ölçmek amacıyla geliştirilen "Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ)'nin Kardiyak Cerrahi Versiyonu'nun Türkiye İçin Geçerlik ve Güvenilirliğinin değerlendirilmesine yönelik sorular bulunmaktadır.

Formlarda isminizi belirtmeniz gerekmekte olup, sorulara vereceğiniz yanıtlar ve kişisel bilgileriniz tamamen gizli kalacaktır ve bu çalışmanın bulguları dışında hiç bir şekilde kullanılmayacaktır.

**Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, tanık huzurunda, aşağıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi, kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.**

<b>GÖNÜLLÜ</b>	
Adı Soyadı:	Telefon : (0 )
Adresi:	Faks : (0 )

Bilgi verebilecek kişi:	<i>İmza</i>
<b>VELİ , VASİ VEYA VEKİL</b>	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0 ) Faks : (0 )
Yakınlığı:	<i>İmza</i>
<b>ARAŞTIRMACI</b>	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0 ) Faks : (0 )
<b>GEREKTİĞİNDE GÖNÜLLÜ VEYA YAKINININ BILGI İÇİN BAŐVURABİLECEĐİ KİŞİ</b>	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0 ) Faks : (0 )
<b>TANIK</b>	
Adı Soyadı: Görevi: Adresi:	Telefon : (0 ) Faks : (0 ) <i>İmza</i>
<b>TANIK</b>	
Adı Soyadı: Görevi: Adresi:	Telefon : (0 ) Faks : (0 ) <i>İmza</i>

Soru Formu No:.....

...../...../2010

**BARNASON ETKİLİLİK BEKLENTİ ÖLÇEĞİ (BEBÖ): KARDİAK CERRAHİ  
VERSİYONU'NUN TÜRKİYE İÇİN GEÇERLİK VE GÜVENİLİRLİK  
ÇALIŞMASI**

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma kalp damarlarına yönelik bypass gerçekleştirilen hastaların bir soru formu aracılığı ile öz-etkililik durumlarını belirlemek için yapılmaktadır. Öz-etkililik; "bireyin belli bir performansı göstermek için gerekli etkinlikleri organize edip başarılı olarak yapma kapasitesine ilişkin kendi yargısı olarak tanımlanmıştır. Güçlü bir bireysel etkililik; daha sağlıklı olma, daha yüksek başarı elde etme ve daha iyi sosyal bütünleşmeyi sağlamaktadır. Öz etkililiğinizi belirlemek için kullanılan soru formu taburcu olduktan sonra kontrole geldiğiniz 4.haftada size tekrar uygulanacaktır. Kontrol tarihinizde bir değişiklik olması durumunda size ev telefonunuz, e-mail adresiniz ya da posta yoluyla ulaşılmaya çalışılacaktır.

Bu çalışmada sorulara vereceğiniz yanıtlar ve kişisel bilgileriniz tamamen gizli kalacaktır ve bu çalışmanın bulguları dışında hiç bir şekilde kullanılmayacaktır.

Çalışmaya katılmayı ;  Kabul ediyorum  Kabul etmiyorum

Teşekkür ederim

Size ulaşabileceğimiz telefon numarası:

Size ulaşabileceğimiz e-mail adresi:

Size ulaşabileceğimiz ev adresi:

**BARNASON ETKİLİLİK BEKLENTİ ÖLÇEĞİ (BEBÖ): KARDİAK CERRAHİ  
VERSİYONU'NUN TÜRKİYE İÇİN GEÇERLİK VE GÜVENİLİRLİK  
ÇALIŞMASI**

**SORU FORMU**

**Adı Soyadı :**

**Ameliyat Tarihi :**

**Protokol No :**

**Hastanede Kalma Süresi:**

**SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

- 1- **Cinsiyet** :  Kadın  Erkek
- 2- **Yaş** :
- 3- **Medeni Durum** :  Bekar  Evli  Boşanmış/ Dul
- 4- **Eğitim Durumu** :
- Okuma yazma bilmiyorum  Okuma yazma biliyorum
- İlkokul mezunu  Orta okul mezunu
- Lise mezunu  Üniversite ve üzeri
- 5- **Meslek** :
- Ev Hanımı  İşçi
- Memur  Esnaf\serbest meslek
- Emekli  Diğer:.....
- 6- **Ekonomik durumunuzu, gelir düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?**
- Oldukça yeterli  Yeterli
- Orta  Yetersiz  Çok yetersiz
- 7- **Sosyal güvenceniz var mı?**
- Var  Yok

**8-Sosyal güvenceniz varsa hangisi?**

- SSK  Emekli-sandığı  
 Bağ-kur  Yeşil Kart  Özel

**9-Birlikte yaşadığınız kişiler?**

- Yalnız  Eşi ile  
 Eşi ve çocukları ile  Akrabalarıyla  
 Diğer.....

**10- Yaşadığınız yer? .....**

- İl  İlçe  Köy

**11- Daha önce hastaneye yatma deneyiminiz oldu mu?**

- Evet  Hayır

**12-Hastalığınız ve gerçekleştirilen ameliyata yönelik bir eğitim aldınız mı?**

- Evet  Hayır (15. soruya geçiniz)

**13- Hastalığınız ile ilgili eğitim kim tarafından verildi? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)**

- Hemşire  
 Doktor  
 Diğer:.....

**14- Size verilen bu eğitimi yeterli buldunuz mu?**

- Yeterli  Kısmen yeterli  Yetersiz

**15- Başka bir hastalığınız var mı?**

- Var  Yok

**16- Hangi hastalığınız var? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)**

- Diyabet  Hipertansiyon  ABY\KBY  
 KOAH  Diğer:.....



**Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEES): Kalp Cerrahisi Versiyonu**

**Açıklama:** Kalp ameliyatı sonrası kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıda verilen ifadeleri cevaplayınız. Her bir ifadenin karşısında yer alan seçeneklerden kendinize en uygun olan daireyi işaretleyiniz.

<b>Kalp ameliyatı olduğumdan bu yana şunları bileceğime\yapabileceğime güveniyorum:</b>	<b>1- Kesinlikle Katılmıyorum</b>	<b>2.Katılmıyorum</b>	<b>3- Katılıyorum</b>	<b>4- Kesinlikle Katılıyorum</b>
1. Evde gündelik alışkanlıklarımı gerçekleştirme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Normal ev işlerini gerçekleştirme (örn. yemek yapma, temizlik, ev tamiratu, market alışverişi, bahçede çalışma, çim biçme).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ailem ve/veya arkadaşlarımla her zamanki faaliyetlerime katılma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Her zamanki hobilerimi/eğlence faaliyetlerimi gerçekleştirme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ailem/arkadaşlarım aşırı korumacı olurlarsa bununla başa çıkabilme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Olabilecek üzüntü/depresyon duygularının üstesinden gelme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Kalp kasımı güçlendirmeye yardımcı egzersizleri yapma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Benim için ne tür egzersizin önerildiğini bilme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Öğünlerime sodyum (tuz) ve kolesterolden düşük yiyeceklerin nasıl ekleneceğini bilme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Dışarıda yemek yediğimde sodyum (tuz) ve kolesterolden düşük besinleri seçme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Anjina veya göğüs ağrım olursa ne yapacağımı bilme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Kullandığım ilaçların ne işe yaradığını anlama.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. İlaçlarımı ne zaman almaya ihtiyacım olduğunu bilme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ameliyat yerimin bakımının nasıl yapıldığını bilme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Sorunlarım olduğunda doktorumu ne zaman arayacağımı bilme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Barnason Efficacy Expectation Scales (BEES): Cardiac Surgical Version**

Directions: Answer the following statements based on how confident you feel following cardiac surgery. Indicate by marking the circle which BEST indicates your response to the statement.

<b>Since having Cardiac Surgery, I am confident in my ability to:</b>	<b>Strongly Disagree 1</b>	<b>Disagree 2</b>	<b>Agree 3</b>	<b>Strongly Agree 4</b>
1. Carry out my normal routines at home.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Carry out normal household chores (e.g., cooking, cleaning, home repairs, grocery shopping, yard work, mowing grass)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Participate in my usual activities with my family and/or friends.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Participate in my usual hobbies/leisure activities.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Deal with family/ friends if they become overprotective.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Overcome feelings of sadness/depression that may occur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Engage in exercise to help strengthen my heart muscle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Know what kind of exercise is recommended for me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Know how to include low cholesterol and low sodium foods into the meals I eat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Select low sodium and low cholesterol foods when dining out.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Know what to do if I have angina or chest pain.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Understand the purpose of the medications I take.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Know when I need to take my medications.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Know how to care for my surgical incisions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Know when to call my doctor if I have problems.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



1993

**Başkent Üniversitesi**

**Tıp ve Sağlık Bilimleri  
Araştırma Kurulu**

Dr. Zeynep Kayhan  
Dr. Hakan Özkardeş  
Dr. A. Eftal Yücel  
Dr. Feride Şahin  
Dr. Lale Algıer  
Dr. Sina Uçkan  
Dr. Handan Özdemir

Başkent Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Dekanlığı  
16. Sokak No. 11  
Bahçelievler, 06490  
Ankara  
Tel : 0312 212 90 65  
Faks : 0312 221 37 59  
arastirma@baskent.edu.tr

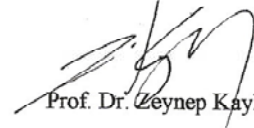
EKV

Sayı: B.30.2.BŞK.0.05.05.01/87  
Konu: Proje onayı

09/02/2010

Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı Bölüm Başkanlığına,

Bölmünüz öğrencisi Sevcan Avcı tarafından yürütülecek olan KA09/425 nolu ve "Barnason etkililik beklenti ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu'nun Türkiye için geçerlik ve güvenilirlik çalışması" başlıklı araştırma projesi bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüş olup, projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayınlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

  
Prof. Dr. Zeynep Kayhan

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

LD

İşlemlerinizi hızlandırmak için anabilim dahi üzerinden resmi yazışma ve imza gerektirmeyen her türlü bilgi alışverişinde [arastirma@baskent.edu.tr](mailto:arastirma@baskent.edu.tr) e-posta adresimizi kullanınız (Bağlantı- Araştırma Kurulu Sekreteri: Liliyer Demirağ).

**KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU**

ETİK KURULUN ADI	BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ ANKARA 8 NOLU KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	1. CAD. 16. SOK. NO:11 BAHÇELİEVLER / ANKARA
TELEFON	0312 212 90 65 / 116
FAKS	0312 221 37 59
E-POSTA	etikkurul@baskent.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Barnason etkililik beklenti ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu'nun Türkiye için geçerlik ve güvenilirlik çalışması		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU	KA09/420		
	EUDRACT NUMARASI			
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Sevcan Avcı		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı		
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI			
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ		
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ	FEVZİ ÇAKMAK CAD. 10. SOK. NO:45 BAHÇELİEVLER / ANKARA		
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ ANKARA 8 NOLU KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ			
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
FAZ 2		<input type="checkbox"/>		
FAZ 3		<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>		
BE/BY		<input type="checkbox"/>		
DİĞER		<input checked="" type="checkbox"/>	Diğer ise belirtiniz:	
İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMA		<input type="checkbox"/>	Belirtiniz: Anket çalışması	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" 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"/>



DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BİLGELER	Belge Adı		Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>	
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>	
	ILAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
	DİĞER	<input type="checkbox"/>	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 03	Tarih: 06/01/2010
	Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Sevcan Avcı sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve Kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından Sağlık Bakanlığı'na bildirilmesine gerek olmadığı toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

**ETİK KURUL BİLGİLERİ**

**ÇALIŞMA ESASI** Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik , İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu, ve Etik Kurul SOP

**ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof. Dr. A. Eftal YÜCEL**  
**ETİK KURUL ÜYELERİ**

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof. Dr. A. Eftal YÜCEL	İç Hastalıkları AD / Romatoloji BD	Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi	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"/>	
Doç. Dr. Remzi ERDEM	Farmakoloji AD	Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi	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"/>	
Prof. Dr. Banu BİLEZİKÇİ	Patoloji AD	Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi	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"/>	
Prof. Dr. Kudret GÜVEN	Hukuk	Başkent Üniversitesi Hukuk Fakültesi	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"/>	
Doç. Dr. Derya ALDEMİR	Biyokimya AD	Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi	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"/>	
Doç. Dr. Dilek ASLAN	Halk Sağlığı AD	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Daha önce onayın sağının tamamlanmaması sebebiyle</i> 
Doç. Dr. Murat DERBENT	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi	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"/>	
Doç. Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN	Tıp Tarihi ve Etik AD	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇÖKELİLER	Biyomedikal Mühendisliği	Başkent Üniversitesi Mühendislik Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Afife Rezzan ÇEVİK	Eczacı	Serbest	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Nuray YURTÇU	Hukuk	Serbest	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\* :Araştırma ile ilişki

\*\* :Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Değerlendirme Formu  
28 Nisan 2009 Versiyon No:1

## EK VI

From:  
sevcan avcı <sevcanhunter@gmail.com>

To:  
tbrunt@unmc.edu, jbarrier@unmc.edu, sbarnaso@unmc.edu

Date:  
10/25/2009 05:57 AM

Subject:  
CSPPSE TOOL

To: Susan A Barnason, RN, PhD  
Associate Professor  
College of Nursing - Lincoln Division

Dear Dr. Susan Barnason,  
I am currently working as a faculty member at one of the universities in Turkey. We were interested to do research on self efficacy of cardiac surgical patient. This will be a master study for my student, Sevcan AVCI, who has a great interest on this subject. We would like to use THE CARDIAC SURGICAL PATIENT PERCEIVED SELF EFFICACY(CSPPSE) TOOL and kindly asking your permission to translate your scale in to Turkish, and validity and reliability. I sent this mail last and two weeks ago but I couldn't have feedback from you. I think a some problems related with mails. We have to send our thesis study to research and ethics comity next week. Looking forward to hearing from you,  
Yours sincerely,

Azize Karahan RN, PhD  
Associate Professor  
Baskent University Faculty of Health Sciences  
Department of Nursing and Health Services  
Baglica Kampusu  
Eskisehir Yolu 20. km  
Baglica 06810 Ankara TURKEY  
Phone (Work): +90 (312) 234 1049

---

## EK VII

kimdenSue Barnason <sbarnaso@unmc.edu>  
kimesevcan avcı <sevcanhunter@gmail.com>

ccAzize Karahan <kazize@baskent.edu.tr>

tarih27 Ekim 2009 15:36  
konuRe: CSPPE TOOL---update on tool  
gönderenunmc.edu

Hello Professor Karahan;

I am attaching the self-efficacy tool as it now exists which has been updated from our original CSPPE tool. Yes, you have permission to translate this tool, please keep me apprised of your progress and the use of the tool in your future studies.

Thank you.

Sue Barnason PhD, APRN-CNS, CEN, CCRN, FAHA  
Professor  
University of Nebraska Medical Center  
College of Nursing  
1230 "O" St., Suite 131  
P.O. Box 880220  
Lincoln, NE 68588-0220  
(402) 472-7359 (Office)  
E-Mail: sbarnaso@unmc.edu



## EK VIII

kimdensevcan avcı <sevcanhunter@gmail.com>  
kimeSue Barnason <sbarnaso@unmc.edu>

tarih27 Ekim 2009 16:05  
konuRe: CSPPSE TOOL---update on tool  
gönderengmail.com

Dear Dr. Susan Barnason;  
Thank you very much for your permission to translate the THE CARDIAC SURGICAL PATIENT PERCEIVED SELF EFFICACY(CSPPSE) TOOL . Your mail just has reached to me but the tool which was attached by you hasn't reached to me. Can you re-attach THE CARDIAC SURGICAL PATIENT PERCEIVED SELF EFFICACY(CSPPSE) TOOL?  
Thank you very much,  
Looking forward to hearing from you,  
Yours sincerely,

Sevcan AVCI  
Baskent University Faculty of Health Sciences  
Department of Nursing and Health Services  
Baglica Kampusu  
Eskisehir Yolu 20. km  
Baglica 06810 Ankara TURKEY

---

kimdensevcan avcı <sevcanhunter@gmail.com>  
kimeSue Barnason <sbarnaso@unmc.edu>

tarih29 Ekim 2009 18:29  
konuRe: CSPPSE TOOL---update on tool  
gönderengmail.com

Dear Susan Barnason;  
Thank you very much to send the cardiac surgical patient perceived self efficacy tool (CSPPSE).  
How do you score the cardiac surgical patient perceived self efficacy tool (CSPPSE)?  
Thank you very much,  
Yours sincerely,

Sevcan AVCI

**EK IX**

kimdenSue Barnason <sbarnaso@unmc.edu>  
kimesevcan avcı <sevcanhunter@gmail.com>

tarih29 Ekim 2009 18:43  
konuRe: CSPPSE TOOL---update on tool  
gönderenunmc.edu

We have conducted factor analyses on tool. We utilize only a "total" score"....no subscales.

Sue Barnason PhD, APRN-CNS, CEN, CCRN, FAHA  
Professor  
University of Nebraska Medical Center  
College of Nursing  
1230 "O" St., Suite 131  
P.O. Box 880220  
Lincoln, NE 68588-0220  
(402) 472-7359 (Office)  
E-Mail: sbarnaso@unmc.edu

Re: CSPPSE TOOL---update on tool

---

**EK X**

From:  
"Azize Karahan" <kazize@baskent.edu.tr>

To:  
<sbarnaso@unmc.edu>, <azize03@yahoo.com>, sevcan avci  
<sevcanhunter@gmail.com>

Date:  
10/30/2009 04:39 AM

Subject:  
about BEES: Cardiac Surgical version

Dear Professor Susan Barnason,

Thank you your feedbacks and permission for scale. I need a detail knowledge about scale score. Is there any guide for this scale. Because we couldn't have knowledge about which question under the which subscale.

Another question; How can we comment or explain total score. For example patient's total score is 25 (between 15-60), Is this score good or not. Could you give me more detail knowledge us.

Looking forward to hearing from you,  
Yours sincerely,

Azize Karahan RN, PhD  
Associate Professor  
Baskent University Faculty of Health Sciences  
Department of Nursing and Health Services  
Baglica Kampusu  
Eskisehir Yolu 20. km  
Baglica 06810 Ankara TURKEY  
Phone (Work): +90 (312) 234 1049

---

**EK XI**

From: Sue Barnason  
To: Azize Karahan  
Sent: Monday, November 02, 2009 9:44 PM  
Subject: Re: about BEES: Cardiac Surgical version--feedback for you

Hello;

We use a total score... we do not have established cut points that indicate a certain level means "medium", "best" etc. We have used this instrument to examine improvements/ declines in patients' self-efficacy over time...so it is more important to note whether an individual patient has changes over time. This is how we have used in our studies.

Attached is an Article we published on the reliability, validity, etc. of the instrument.

(See attached file: 2002 JNrsgMeasurement\_Bees.pdf)

Sue Barnason PhD, APRN-CNS, CEN, CCRN, FAHA  
Professor

University of Nebraska Medical Center

College of Nursing

1230 "O" St., Suite 131

P.O. Box 880220

Lincoln, NE 68588-0220

(402) 472-7359 (Office)

E-Mail: [sbarnaso@unmc.edu](mailto:sbarnaso@unmc.edu)

Dear Dr. Susan Barnason;

I am attaching the self-efficacy tool (CSPPSE) which has been re-translated by specialists. Can you review this tool and give me feed back about this tool? Is it appropriate according to you?

Looking forward to hearing from you,  
Yours sincerely,

Sevcan AVCI  
Baskent University Faculty of Health Sciences  
Department of Nursing and Health Services  
Baglica Kampusu  
Eskisehir Yolu 20. km  
Baglica 06810 Ankara TURKEY

Thank you so much for allowing me to review the translated version. I think the tool looks fine as you have it now, I have no further recommendations. I will look forward to seeing your results after you have used this version of the instrument.

Sue Barnason PhD, APRN-CNS, CEN, CCRN, FAHA  
Professor  
University of Nebraska Medical Center  
College of Nursing  
1230 "O" St., Suite 131  
P.O. Box 880220  
Lincoln, NE 68588-0220  
(402) 472-7359 (Office)  
E-Mail: sbarnaso@unmc.edu

## EK XIII

-----Original Message-----

Hi!

I'm a research assistant at faculty of health sciences in Başkent University in Turkey.  
Can I use a heart picture for my master thesis. Thank you.

SEVCAN AVCI  
BASKENT ÜNİVERSİTY  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
DEPARTMENT OF NURSİNG AND HEALTH SERVİCES

kimdenPetre, Richard <rpetre@froedterthealth.org>  
kimesevcanhunter@gmail.com

tarih29 Kasım 2010 17:19  
konuRE: Community Memorial Hospital Contact Form  
Submission  
gönderenfroedterthealth.org

Hello -

You have permission to use the image from our web site. Please reference as "©  
Froedtert Health. Used by permission."

If you need any additional information, please feel free to contact me. Best of luck on  
your master thesis!

Rich Petre  
Webmaster  
Froedtert Health - Community Memorial Hospital

**Sayın .....**

Bu araştırmanın amacı, kalp ameliyatı gerçekleştirilen bireylerin öz-etkililik algısını ölçmek amacıyla geliştirilen “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ)’nin” Kardiyak Cerrahi Versiyonu’nun Türkiye İçin Geçerlik ve Güvenilirliğinin değerlendirilmesidir.

Ülkemizde KABG ameliyatı yapılan hastalarının öz-etkililiklerinin değerlendirilmesi için kullanılan geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracına rastlanmamıştır. Hemşirelik araştırmalarında da, kalp ameliyatı yapılan hastalarının öz-etkililiklerini ölçmek için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ)’nin bu gereksinimi karşılayacağı düşünülmektedir. BEBÖ’nün Türkiye için geçerlik, güvenilirlik çalışmasının; kalp cerrahisi sonrası dönemde bireyin optimal seviyesinin değerlendirilmesinin kendi bakımını yönetmede yararlı olacağı ve bu yolla bireylerin davranış değişikliği gerçekleştirmelerine ve öz-bakımlarının geliştirilmesine katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

#### **Barnason Efficacy Expectation Scales (BEES): Cardiac Surgical Version**

Barnason Efficacy Expectation Scales (BEES): Cardiac Surgical Version, Türkçe çevirisi ile Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ)’nin Kardiyak Cerrahi Versiyonu; Susan Barnason tarafından 2002 yılında, KABG cerrahisi sonrası iyileşme ile ilişkili risk faktörlerini ve yaşam stiline (fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon, koroner arter hastalığı risk faktörleri değişimi ve öz bakım yönetimi) uyum sağlamada KABG gerçekleştirilen hastanın öz etkililiğinin belirlenmesi için geliştirilmiştir.

BEES ölçeği, KABG sonrası fiziksel fonksiyon, psikososyal fonksiyon, diyet modifikasyonu, egzersiz-aktivite modifikasyonu ve öz bakım yönetimi olmak üzere 5 konuyu kapsamaktadır ve 15 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde hastanın belirtilmiş davranışı gerçekleştirebileceğine olan güven algısı üzerinde temellenen 1-4 puan Likert skalası (1 = kesinlikle katılmıyorum, 4 = kesinlikle katılıyorum) aracılığı ile puanlandırılmaktadır.

Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum

Skaladan alınan her bir cevabın rakamları toplanarak toplam puana ulaşılmaktadır. Ölçeğin tamamı için puan, 15-60 arasında değişmektedir. Yüksek puan, KABG cerrahisi sonrası iyileşme ve rehabilitasyon davranışlarının belirlenmesi için etkililik beklentisinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek için Cronbach Alfa değeri 0.93 olarak hesaplanmıştır (Barnason ve ark 2002).

Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Kapsam Geçerlik İndeksi (Content Validity Index CVI) kullanılacaktır. Dil ve içerik açısından uygunluğunu değerlendireceğimiz ölçeğin hem ifadelerinin hem de bu ifadelere katılıp katılmama durumunun derecelerine ilişkin görüşlerinize başvurmak istiyoruz. Değerlendirmelerinizi yaptıktan sonra her ifade ve sıklığına ilişkin maddenin karşısında bulunan bölüme maddelerin uygunluğuna göre 1 puan: “Uygun Değil”; 2 puan: “Biraz Uygun” (majör değişiklik gerekli), 3 puan: “Uygun” ancak minör değişiklikler gerekli, 4 puan: “Çok Uygun” olarak puan veriniz. Değişiklik gerekli gördüğünüz maddeler için “Değişiklik önerisi” bölümüne önerilerinizi yazabilirsiniz.

Uzman görüşleri içerisinde sizin değerli görüşlerinizi de almaktan mutluluk duyarız. Değerli katkılarınız için teşekkür ederiz.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi  
Sevcan Avcı



## Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEES): Kalp Cerrahisi Versiyonu

**Açıklama:** Kalp cerrahisi sonrası kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıda verilen ifadeleri cevaplayınız. Her bir ifadenin karşısında yer alan seçeneklerden kendinize en uygun olan daireyi işaretleyiniz.

<b>Kalp cerrahisi olduğumdan bu yana şunları yapabileceğime güveniyorum:</b>	1- Uygun değil	2. Biraz Uygun	3- Uygun	4- Çok uygun	Değişiklik Önerisi
1. Evde normal gündelik işleri gerçekleştirme					
2. Normal ev işlerini (örn. yemek yapma, temizlik, ev tamiratı, market alışverişi, bahçede çalışma, çim biçme) gerçekleştirme.					
3. Ailem ve/veya arkadaşlarımla her zamanki faaliyetlerime katılma.					
4. Her zamanki hobilerime/eğlence faaliyetlerime katılma					
5. Aşırı korumacı olduklarında aile/arkadaşlarla başa çıkabilme					
6. Olabilecek üzüntü/depresyon duygularının üstesinden gelme					
7. Kalp kasımı güçlendirmeye yardımcı egzersizleri yapma					
8. Benim için ne tür egzersizin önerildiğini bilme					
9. Öğünlerime sodyum (tuz) ve kolesterolden düşük yiyeceklerin nasıl ekleneceğini bilme					
10. Dışarıda yemek yediğimde sodyum (tuz) ve kolesterolden düşük besinleri seçme					

11. Anjina veya göğüs ağrım olursa ne yapacağımı bilme					
12. Kullandığım ilaçların amacını anlama					
13. İlaçlarımı ne zaman almam gerektiğini bilme					
14. Ameliyat dikişlerimin bakımını yapmayı bilme					
15. Sorunum olursa doktorumu ne zaman arayacağımı bilme					

## BEES Ölçeğinin Revize Edilmeden Önceki Halinin Alt Ölçeklere Göre Dağılımı

Physical Functioning	Psychosocial Functioning	Diet Modification	Exercise & Activity Modification	Self-care Management
Resume Usual Home Routines.	Deal with Overprotective Family & Friends	Ability to Engage in Exercise	Able to Include Low cholesterol & low sodium Foods in diet	Ability to Manage angina
Feed & Dress self	Deal with Sadness / depression	Know what Kind of Exercise Recommend	Select Appropriate Foods when Dining out	Understand purpose of medications
Household Chores.		Know what Type of Exercise Best for Recovery		Knowing when to take medications
Drive car				Care for surgical incision
Return to work				Knowing when to call Doctor
Full functioning With job				
Usual activities With family & Friends				
Hobbies & Leisure Activities				

**EK Tablo 1: BEBÖ Ölçeğinin maddelerinin Faktör Yüklerinin Alt Boyutlarına Göre Dağılımı**

BEBÖ Ölçeğinin Maddeleri	Bileşenler				
	Fiziksel Fonksiyon	Öz-Bakım Yönetimi	Diyet Modifikasyonu	Psiko -sosyal Fonksiyon	Egzersiz-Aktivite Modifikasyonu
1. Evde gündelik alışkanlıklarımı gerçekleştirme	.279	.193	-.162	<b>.725</b>	.245
2. Normal ev işlerini gerçekleştirme (örn. yemek yapma, temizlik, ev tamirati, market alışverişi, bahçede çalışma, çim biçme)	<b>.486</b>	.046	.171	.395	.216
3. Ailem ve/veya arkadaşlarımla her zamanki faaliyetlerime katılma	<b>.888</b>	.131	.038	.108	.190
4. Her zamanki hobilerimi/leğence faaliyetlerimi gerçekleştirme	<b>.898</b>	.106	.182	.116	.068
5. Ailem\arkadaşlarım aşırı korumacı olurlarsa bununla basa çıkabilme	.278	.441	-.161	<b>.475</b>	.050
6. Olabilecek üzüntü\depresyon duygularının üstesinden gelebilme	.190	.008	.222	<b>.699</b>	.140
7. Kalp kasımı güçlendirmeye yardımcı egzersizleri yapma	.058	.161	.003	.201	<b>.761</b>
8. Benim için ne tür egzersizin önerildiğini bilme	.272	.156	.022	.026	<b>.818</b>
9. Öğünlerime tuz ve kolesterolden düşük yiyeceklerin nasıl ekleneceğini bilme	.122	.048	<b>.833</b>	0.000000303	.064
10. Dışarıda yemek yediğimde tuz ve kolesterolden düşük besinleri seçme	.158	.116	<b>.832</b>	.068	.062
11. Anjina veya göğüs ağrım olursa ne yapacağımı bilme	.097	<b>.167</b>	.392	.471	.074
12. Kullandığım ilaçların ne ise yaradığını anlama	.017	<b>.713</b>	.194	.345	.184
13. İlaçlarıma ne zaman almaya ihtiyacım olduğunu bilme	.038	<b>.843</b>	.236	.104	.164
14. Ameliyat yerimin bakımının nasıl yapıldığını bilme	.048	.164	.400	.283	<b>.592</b>
15. Sorunlarım olduğunda doktorumu ne zaman arayacağımı bilme	.129	<b>.700</b>	-.013	.067	.162

\*Döndürme yapılan bileşenlerin matriksinde rotasyon yöntemi için "Equamax with Kaiser Normalization" kullanılmıştır.

**Ek. Tablo 2. : Eğitim Durumunun Çoklu Karşılaştırması**

Bağımlı Değişken	(I) Eğitim 2	(J) Eğitim 2	Ortalama Fark (I-J)	Standart Hata	Sig.	
Madde toplam	Okuma Yazma Bilmiyorum\ Okuma Yazma Biliyorum	İlköğretim	-6.34211	3.08216	0.251	
		Ortaöğretim	-10.17391(*)	3.33189	<b>0.017</b>	
	İlköğretim	Lisans ve Üzeri	-10.40000(*)	3.51091	<b>0.022</b>	
		Okuma Yazma Bilmiyorum\Okuma Yazma Biliyorum Ortaöğretim	6.34211	3.08216	0.251	
	Ortaöğretim	Lisans ve Üzeri	Okuma Yazma Bilmiyorum\Okuma Yazma Biliyorum İlköğretim	-3.83181	1.72973	0.172
			Lisans ve Üzeri	-4.05789	2.05352	0.303
		İlköğretim	Okuma Yazma Bilmiyorum\Okuma Yazma Biliyorum Lisans ve Üzeri	10.17391(*)	3.33189	<b>0.017</b>
			Lisans ve Üzeri	3.83181	1.72973	0.172
	Lisans Ve Üzeri	Okuma Yazma Bilmiyorum\Okuma Yazma Biliyorum İlköğretim	Ortaöğretim	-0.22609	2.41220	1.000
			Lisans ve Üzeri	10.40000(*)	3.51091	<b>0.022</b>
		İlköğretim	Okuma Yazma Bilmiyorum\Okuma Yazma Biliyorum Ortaöğretim	4.05789	2.05352	0.303
			Ortaöğretim	.22609	2.41220	1.000
	Madde Toplam_r	Okuma Yazma Bilmiyorum\ Okuma Yazma Biliyorum	İlköğretim	-4.96831	3.32032	0.825
			Ortaöğretim	-7.77174	3.50023	0.171
İlköğretim		Lisans Ve Üzeri	-9.25000	3.69430	0.083	
		Okuma Yazma Bilmiyorum\Okuma Yazma Biliyorum Ortaöğretim	4.96831	3.32032	0.825	
Ortaöğretim		Lisans ve Üzeri	Okuma Yazma Bilmiyorum\Okuma Yazma Biliyorum İlköğretim	-2.80343	1.55017	0.440
			Lisans ve Üzeri	-4.28169	1.94916	0.181
		İlköğretim	Okuma Yazma Bilmiyorum\Okuma Yazma Biliyorum Lisans ve Üzeri	7.77174	3.50023	0.171
			Lisans ve Üzeri	2.80343	1.55017	0.440
Lisans Ve Üzeri		Okuma Yazma Bilmiyorum\Okuma Yazma Biliyorum İlköğretim	Ortaöğretim	-1.47826	2.24194	1.000
			Lisans ve Üzeri	9.25000	3.69430	0.083
		İlköğretim	Okuma Yazma Bilmiyorum\Okuma Yazma Biliyorum Ortaöğretim	4.28169	1.94916	0.181
			Ortaöğretim	1.47826	2.24194	1.000

**Ek. Tablo 3. : Yaşanılan Yer Çoklu Karşılaştırması**

Bağımlı Değişken	(I) Yaşanılan Yer	(J) Yaşanılan Yer	Ortalama Fark (I-J)	Standart Hata	Sig.
Madde Toplam	İl	İlçe	-.95869	1.52117	1.000
		Köy	10.33624(*)	2.84095	<b>0.001</b>
	İlçe	İl	.95869	1.52117	1.000
		Köy	11.29493(*)	3.01916	<b>0.001</b>
	Köy	İl	-	2.84095	<b>0.001</b>
		İlçe	-	3.01916	<b>0.001</b>
Madde Toplam_r	İl	İlçe	-2.55075	1.42502	0.229
		Köy	5.77068	2.54609	0.076
	İlçe	İl	2.55075	1.42502	0.229
		Köy	8.32143(*)	2.72393	0.009
	Köy	İl	-5.77068	2.54609	0.076
		İlçe	-8.32143(*)	2.72393	0.009

**Ek Tablo 4: KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Mesleklerine Yere Göre. BEBÖ (Kardiyak Cerrahi Versiyonu) Madde Toplam Puan Ortalamalarının Test ve Re-Test Sonuçları**

<b>Meslek</b>	<b>N</b>	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>	<b>F</b>	<b>p*</b>
<b>İlk Uygulama</b>					
Ev hanımı	25	45.5200	6.36475	2.961	<b>0.015</b>
İşçi	4	49.2500	4.03113		
Memur	7	48.7143	5.96418		
Esnaf/Serbest Meslek	13	47.7692	7.77982		
Emekli	68	48.7941	7.57561		
Diğer	3	44.0000	11.35782		
<b>İkinci Uygulama</b>					
Ev hanımı	22	45.3182	6.72158	4.091	<b>0.002</b>
İşçi	4	51.5000	3.10913		
Memur	7	53.0000	3.31662		
Esnaf/Serbest Meslek	13	52.3077	4.75017		
Emekli	62	51.8710	6.61217		
Diğer	3	49.6667	7.57188		

**Ek Tablo 5: KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Hastalık ve Ameliyata Yönelik Eğitim Alma Durumlarına Göre. BEBÖ (Kardiyak Cerrahi Versiyonu) Madde Toplam Puan Ortalamalarının Test ve Re-Test Sonuçları**

	<b>Hastalık ve Ameliyata Yönelik Eğitim Alma Durumu</b>	<b>N</b>	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
MADDE TOPLAM PUANLARI	Evet	34	46.7941	7.59497	-0.427	0.670
	Hayır	86	47.4535	7.62142		
MADDE TOPLAM_R	Evet	33	50.9394	6.32920	0.325	0.746
	Hayır	78	50.4872	6.84474		



**Ek Tablo 6: KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Ekonomik Durumlarına Göre. BEBÖ (Kardiyak Cerrahi Versiyonu) Madde Toplam Puan Ortalamalarının Test ve Re-Test Sonuçları**

<b>Ekonomik Durum</b>	<b>N</b>	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>	<b>F</b>	<b>p*</b>
<b>İlk Uygulama</b>					
Yeterli	42	48.7619	7.53143		
Orta	69	47.1449	7.09448	3.857	<b>0.024</b>
Yetersiz	9	41.2222	9.21653		
<b>İkinci Uygulama</b>					
Yeterli	39	51.7179	6.03476		
Orta	65	50.5846	6.44664	3.272	<b>0.042</b>
Yetersiz	7	44.8571	9.75412		

**Ek Tablo 7: KABG Gerçekleştirilen Bireylerin Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre. BEBÖ (Kardiyak Cerrahi Versiyonu) Madde Toplam Puan Ortalamalarının Test ve Re-Test Sonuçları**

<b>Birlikte Yaşanılan Kişiler</b>	<b>N</b>	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>	<b>F</b>	<b>p*</b>
<b>İlk Uygulama</b>					
Yalnız	7	46.1429	7.62515	0.087	<b>0.916</b>
Eşi ve/veya Çocukları ile	101	47.3069	7.58649		
Akrabaları ile (anne.baba.diğer)	12	47.5833	8.18489		
<b>İkinci Uygulama</b>					
Yalnız	4	46.2500	9.17878	0.973	<b>0.381</b>
Eşi ve/veya Çocukları ile	97	50.7010	6.60361		
Akrabaları ile (anne.baba.diğer)	10	51.6000	6.39792		