

Kalp Yetersizliği Öz Bakımında Bakım Veren Katkısı Ölçeği Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması

Validity and Reliability of the Turkish Version of the Caregiver Contribution to Self-care of Heart Failure

Gülçin Akbıyık¹, Nuray Enç²

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul.

²İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul.

ÖZET

Amaç: Çalışma Vellone ve ark.'ları (2013) tarafından geliştirilen "Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Veren Katkısı Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemek için yapıldı.

Yöntemler: Çalışma Nisan-Aralık 2014 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kardiyoloji servisi ve polikliniğinde bakım verenlerle yüz yüze görüşme ile gerçekleştirildi. Metodolojik türde yapılan çalışmada "Kalp yetersizliği özbakımında bakım veren katkısı ölçeği" 22 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Ölçekte çeviri geri-çeviri yöntemi kullanıldı. Örneklem grubunu, iletişim kurmayı engelleyen sorunu olmayan, New York Heart Association 3 (NYHA 3) ve New York Heart Association 4 (NYHA 4) kalp yetersizliği olan, en az 3 ay öncesinde tanı konulan, hastaneye tekrar yatışları olan 165 hastaya bakım veren bireyler oluşturdu. Ölçeğin geçerliliği, dil ve kapsam geçerliliği ve faktör analizi ile güvenilirliği ise iç tutarlılık ve zamana göre değişmezlik yöntemleri ile değerlendirildi.

Bulgular: Kapsam geçerliliği uzmanlar tarafından görüş alınarak değerlendirildi. Doğrulamalı faktör analizi sonucunda ölçeğin alt boyutlarında genel uyum katsayılarında sorunlar olduğu saptandı. Faktör yükü 0,04 (<0,30) olan bir madde saptandı. Çalışmada ölçeğin cronbach alfa iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı özbakım sürekliliğini sağlama boyutu için 0,66; özbakım yönetimine katkı boyutu için 0,81; bakım verenlerin güvenirliliğinin hasta özbakımına katkısı boyutu için 0,80'dir. Çalışmada test-tekrar test değerlendirmesi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olduğu saptandı.

Sonuç: Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Veren Katkısı Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun Türk toplumunda kullanımı için iyileşme çalışmalarının yapılarak ve farklı hizmet birimlerinde kullanılarak ileriki çalışmalarda kullanılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Kalp Yetersizliği; Bakım Verenler; Özbakım; Geçerlilik Güvenilirlik.

ABSTRACT

Objective: This study has been conducted to determine the validity and reliability of the Turkish version of the "Caregiver Contribution to Self-care of Heart Failure Index" (CCSCHFI) developed by Vellone et al. (2013).

Methods: The study, involving face-to-face conversations with care-givers in the cardiology service and polyclinic of Istanbul University's Cerrahpaşa Faculty of Medicine, was done from April-December 2014. In this methodological study is a likert-type scale composed of 22 items. The scale was used back-translation technique. The sample group was of caregivers without problems in establishing communication, who cared for 165 patients with New York Heart Association 3 (NYHA 3) and NYHA 4 heart failure diagnosed at least 3 months earlier. The validity of the scale was evaluated with factor analysis and language and content validity, and the reliability was evaluated with internal consistency and continuity methods.

Results: Content validity was evaluated in the context of consultations with experts. Through confirmatory factor analyses some problems were found in the general compliance parameters. A factor loading of 0.04 (<0.30) was found for an item. In the study, the Cronbach alpha reliability coefficient was determined at 0.66 for the first scale; at 0.81 for the second scale; and at 0.80 for the third scale. The result of the text-repeat test evaluation showed a statistically significant level of relationship.

Conclusion: It was determined that the Turkish version of the CCSCHFI needs further refinement to be used in Turkish society, with a recommendation that different health units use it in further studies.

Keywords: Heart Failure; Caregiver; Self-care; Validity and Reliability.

Geliş tarihi: 03.04.2016 Kabul tarihi: 19.12.2016

Sorumlu Yazar: Hemşire Gülçin Akbıyık

Yazışma adresi: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Hemşire Lojmanları İstanbul - Türkiye

Telefon: 0 212 414 3000 (21975) E-posta: hem_gulcin@hotmail.com

GİRİŞ

Kalp yetersizliği, kalbin dokulara metabolik gereksinimleri karşılayacak miktarda kan (oksijen) pompalayamaması ya da bunu ancak yüksek kardiyak dolum basınçları ile gerçekleştirebildiği, kardiyak yapısal veya işlevsel bozukluktur.^[1-3] Kronik bir hastalık olduğundan, kalp yetersizliği tanısı konulan bir kişi, tanı konduğu andan itibaren bu durumla yaşamayı öğrenmeli ve etkili özbakımını sağlamalıdır. Özbakım; fiziksel, zihinsel ve emosyonel sağlığı yükseltmek, hastalıkları önlemek için bakım aktivitelerine direkt katılma, bireysel olarak performans gösterebilme, stabilitenin sürdürülmesi ve durumunda değişiklik fark edebilme olarak tanımlanır.^[4] Kalp yetersizliğini en iyi şekilde yönetebilmenin birinci yolu özbakıma dayanmaktadır.^[5] Kötü yaşam kalitesi, hastaneye tekrar yatışlarla ilgili ve erken ölümlerle sonuçlanan kalp yetersizliğinde, yeterli özbakımını sağlayan bireyler daha iyi yaşam koşullarına sahiptir, daha az hastanede yatışlar olur ve sağkalım oranları daha yüksektir.^[6-7]

Kalp yetersizliği olan bireylerin özbakımına bakım veren katkısı, hasta bireye zaman, güç sağlama ve özbakımını gerçekleştirebilmesinde başka biri tarafından destek sağlama olarak tanımlanmaktadır.^[8-9] Özbakım çoğunlukla aile desteği ile oluşur fakat kalp yetersizliği özbakımında ailenin desteği çok az bilinmektedir.^[10] Aile üyeleri özbakımı olumlu yönde etkileyebilir, hastaların hastalığa adaptasyon sürecinde ve olumlu sağlık davranışlarının sürekliliğinin sağlanmasında destekleyici rol alırlar.^[11]

GEREÇ VE YÖNTEMLER

1.Araştırmanın Amacı: Bu çalışmanın amacı, Vellone ve ark. (2013) tarafından geliştirilmiş "Caregiver Contribution to Self-care of Heart Failure Index" (Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Veren Katkısı) adlı ölçeği Türkçe'ye uyarlamaktır.

2.Araştırmanın Tipi: Araştırma metodolojik tipte planlandı.

3.Araştırmanın yapıldığı yer ve tarih: Araştırma, Nisan-Aralık 2014 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı servis ve polikliniğinde gerçekleştirildi.

4.Araştırmanın evreni ve örnekleme: Araştırmanın evrenini, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı servis ve polikliniğinde takip edilen kalp yetersizliği olan hastalara bakım verenler oluşturdu. Bir ölçeğin başka bir kültüre uyarlanmasında, ölçek geçerlilik ve

güvenilirlik çalışmalarında, faktör analizi yapabilmek için örneklemin ölçek madde sayısının en az beş katı olması önerilmektedir.^[12,13] Bu çalışmada ölçek madde sayısı esas alınarak çalışmanın amacı ve çalışmadan beklentiler hakkında bilgilendirme yapılmış ve çalışmaya katılmaya istekli olduklarına dair onam alınmış, New York Heart Association (NYHA) sınıflamasına göre evre-3 ve evre-4 kalp yetersizliği olan hasta ve bakım verenleri, en az 3 ay önce kalp yetersizliği tanısı konulan ve tekrar hastaneye yatışları olan hastaların yakınları, iletişim kurmayı engelleyen herhangi bir sorunu olmayan 150 bakım verene ulaşılması hedeflendi. Olasılıksız yöntemlerden rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak gerçekleştirilen çalışma toplam 165 hasta ve bakım verenler ile tamamlandı.

5.Araştırmanın yöntemi: Araştırma seçim kriterlerine uyan hastaların bakım verenlerine yüz yüze görüşme yöntemi ile formlar uygulanarak yapıldı. Görüşmeler kardiyoloji servisinde yatan hastaların odasında, poliklinikte ise muayene odalarında uygun zamanlarda gerçekleştirildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden bakım verenlerden yazılı onam alındı ve veriler, hastaların ve bakım verenlerin sosyodemografik özellikler formu ve Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Veren Katkısı Ölçeği ile toplandı. Aynı örnekleme grubundaki 20 hasta yakını ile 15-20 gün ara ile test-tekrar test uygulaması için ikinci görüşme yapıldı.

6.Veri Toplama Araçları:

Sosyodemografik Özellikler Formu: Hastalar için NYHA'ya göre hastalık evresi, cinsiyet, yaş, eğitim durumları, medeni durum ve meslek değerlendirmelerini yapmada; bakım verenler için de kişisel özellikleri belirlemede hastalar ile aynı parametrelere ek olarak bakım verenlerin hasta ile yakınlık derecesi, hasta ile birlikte yaşayıp yaşamama durumu ve günlük ortalama bakım verme saatlerini belirlemek için kullanıldı.

Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Veren Katkısı Ölçeği (Caregiver Contribution to Self - Care of Heart Failure Index): Ercole Vellone ve arkadaşları tarafından 2013 yılında geliştirilmiştir. 22 maddeden oluşan "Kalp yetersizliği özbakımında bakım veren katkısı ölçeği" 3 ayrı skaladan oluşmaktadır.

A. Bölümünde; kalp yetersizliğinin hasta özbakım sürekliliğini sağlamaya bakım veren katkısında; semptom yönetimi, fiziksel aktivite, medikal tedavi uyumu, sodyum alımı kontrolünü değerlendiren 4 alt boyut bulunmaktadır.

B. bölümünde; bakım verenlerin hasta özbakım yönetimine katkısında; otonom ve yönlendirici bağımlı yönetimini değerlendiren 2 alt boyut bulunmaktadır.

C. bölümünde; bakım verenlerin güvenilirliğinin hasta özbakımına katkısında; gelişmiş düzeyde ve temel düzeyde güveni değerlendiren 2 alt boyut bulunmaktadır.

7. İstatistik Değerlendirme Metodları: Araştırmada tanımlayıcı özellikler için sayı, yüzdelik ve ortalama; geçerlilik ve güvenilirlik verilerinin değerlendirilmesinde doğrulayıcı faktör analizi, Cronbach alfa katsayısı ve zamana göre değişmezlik yöntemi kullanıldı. Analizler bilgisayarda, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) paket programı ve LISREL kullanılarak yapıldı. Anlamlılık değeri $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Araştırmada Etik

Çalışmaya başlamadan önce Etik Kurul ve kurum izinleri alındı. Araştırmada insan olgusunun kullanımı bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden çalışma süresince İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu'na sadık kalındı.

BULGULAR

1. Bakım Verenlerin ve Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Hastaların %50,3'ünün (n=83) kadın, %49,7'sinin (n=82) erkek olduğu; hastaların çoğunun %47,3'ünün (n=78) ilkökul mezunu, %9,1 (n=15) üniversite mezunu olduğu saptandı. Ayrıca hastaların %70,9'unun (n=117) evli, %2,7'sinin (n=4) bekar ve %26,7'sinin (n=44) dul olduğu; %91,5'inin (n=151) çalışmadığı, %44,8'inin (n= 74) ev hanımı, %3,6'sının (n=6) halen memurluğa devam ettiği saptandı. Katılımcıların yaş ortalaması 65,21; standart sapması 13,94'tür. Hastaların klinik özelliklerine bakıldığında % 48,5'inin (n=80) NYHA-3, % 51,5'inin (n=85) NYHA-4 kalp yetersizliği tanısı ile takiplerinin yapıldığı bulundu.

Bakım verenlerin % 75,8'inin (n=125) kadın, %24,2'sinin (n=40) ise erkek olduğu, 128 kişinin lise ve altı eğitime sahip olduğu, % 81,8'nin (n= 135) evli, %15,2'sinin (n=25) bekar olduğu %63'ünün (n=104) çalışmadığı, %47,9'unun (n=79) ev hanımı olduğu saptandı. Bakım verenlerin yaş ortalamasının 44, n=135'inin hastanın eşi ve çocukları olduğu, %60'nın

(n=99) hasta ile beraber yaşadığı ve ortalama 5 saat bakım verdikleri görüldü.

2. Ölçeğin Geçerlilik ve Güvenilirliğine İlişkin Bulgular

2.1. Geçerlilik Analizleri

a) Kapsam Geçerliliği

Ölçeğin kapsam geçerliliği 0,96 bulundu.

b) Yapı Geçerliliği (Faktör Analizi)

Ölçeğin Türkçe formu kullanılarak elde edilen veriler için doğrulayıcı faktör analizi yapılırken Vellone ve ark.'larınca ortaya konulan dört boyutlu yapı öncelikle test edilmiş; bu yapıya ilişkin sonuçlar tek boyutlu model sonuçlarıyla karşılaştırılmıştır. Modellere ilişkin genel uyum katsayıları Tablo 1, Tablo 2, Tablo 3 ve Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 1'de görüleceği gibi dört alt boyutlu kuramsal modele ilişkin genel uyum katsayıları yeterli görünmektedir.^[14-15] Bununla birlikte Model 1'e ilişkin analiz sonuçları gizil değişken kovaryans matrisinin pozitif tanımlanamadığı ve negatif artık varyans (heywoodcase) uyarısını vermektedir. Bu durumun sebebi olarak veriden fazla faktör çıkarılması ve 3 gösterge kuralının ihlal edilmesi olabilir.^[16] Nitekim dört boyutlu modelde, üç boyut ikiye maddeden oluşmaktadır. Öte yandan herhangi bir hata mesajı uyarısının alınmadığı, ikinci modele ilişkin genel sonuçlar ise kabul edilebilir düzeyin altındadır (madde sayısı ≤ 12 ve $n < 250$ olması durumunda kıkare için önemsiz p değeri, $CFI \geq 0.97$ ve $RMSEA < 0.08$). Bu bulgu özbakım sürekliliği sağlama yapısının tek boyutlu bir yapıya sahip olmadığını göstermektedir. Kıkare fark testinin ($\Delta\chi^2$) 122.6 elde edilmesi, özbakım sürekliliği sağlamaya katkı boyutunun çok boyutlu yapıya sahip olduğunu desteklemektedir. Bunun üzerine veri setindeki ilişkileri daha iyi açıklayan Model 1'deki sorunları gidermeye yönelik olarak, Na alımı boyutu ile medikal tedavi uyumu boyutu, dört boyutlu modelde 6. soru ortak olduğundan birleştirildi. Bu birleştirme sonucunda oluşan yeni modele (Model 3) ilişkin genel uyum katsayıları Tablo 1'de verildi. Tabloda da görülebileceği gibi, bu düzenleme heywoodcase ve gizil değişkenler arasındaki kovaryans matrisi pozitif tanımlanamadı ve sorunları çözümlemesine karşın, kıkare için p değerinin önemli, CFI'nın 0.97'den küçük ve RMSEA için güven aralığı üst sınırının 0.07'den büyük olması, modelin yeterliliğine ilişkin yorumların ihtiyatlı yapılmasını zorunlu kılmaktadır.

Tablo 1. Özbakım Sürekliliğini Sağlama Boyutuna İlişkin DFA Sonuçları

Model	S-B χ^2	sd	p	χ^2/sd	CFI	RMSEA	SRMR	$\Delta\chi$
1.Dört Boyutlu Model	41.21	28	0.05	1.47	0.97	0.01 (0.00-0.09)	0.01	
2.Tek Boyutlu Model	163.83	35	0.00	4.68	0.75	0.15 (0.13-0.18)	0.17	122.6
3.Üç Boyutlu Model	64.55	32	0.00	2.02	0.94	0.08 (0.05-0.11)	0.10	23.34
4.Orijinal Model	37.22	27	0.08	1.38	0.97	0.04	0.04	

CFI: Karşılaştırmalı Uyum İyiliği İstatistiği (Comperative Fit Index)
 RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Approximation)
 SRMR:Standardize Edilmiş Hataların Ortalama Karekökü (Standardized Root Mean Square Residual)
 χ^2/sd oranı: Ki-kare/serbestlik derecesi oranı
 $\Delta\chi^2$: Kikare fark test

Tablo 2’de, üç boyuta ilişkin güvenilirlik katsayılarının (CR) 0,58 ile 0,87; alt faktörlerin açıkladıkları ortalama varyansın (AVE) 0,36 ile 0,77 arasında değiştiği görülmektedir. Faktör yükleri 0,40 ile 0,92 arasındadır. Benzeme geçerliliği açısından faktör yüklerinin ve AVE’lerin 0,50’den, CR’lerin ise 0,70’den büyük olması gerekmektedir. Ayrıca bir faktörün diğer faktörlerle olan korelasyonundan en büyük olanın kareleri (MSV), semptom yönetimi ve medikal tedavi uyumu boyutlarının AVE’lerinden daha büyüktür. Buna ek

olarak bir faktörün diğer faktörlerle olan korelasyonlarının ortalamaları (ASV), tüm alt boyutlarda AVE’lerden daha düşüktür. Hem semptom yönetimi hem medikal tedavi uyumu boyutları için AVE değerlerinin karekökleri (0,64 ve 0,60), diğer faktörle korelasyonlarının mutlak değerlerinden daha düşüktür. Bu koşullar ayırma geçerliliğini zayıflatmaktadır. Sonuç olarak, benzeme ve ayırma geçerliliklerine ilişkin bulgular genel uyum katsayılarına dayalı yapılan yorumu destekler niteliktedir.

Tablo 2. Özbakım Sürekliliği Sağlama Boyutu Benzeme ve Ayırma Geçerlilik Katsayıları

Alt Boyutlar	CR	AVE	MSV	ASV	1	2	3
1.Semptom Yönetimi	0,58	0,40	0,41	0,23	0,64		
2.Fiziksel Aktivite	0,87	0,77	0,05	0,03	0,23	0,88	
3.Medikal Tedavi Uyumu + NA alımı	0,77	0,36	0,41	0,21	0,64	0,11	0,60

CR:Yapı güvenilirliği
 MSV: Bir faktörün diğer faktörlerle olan korelasyonundan en büyük olanın karesi
 AVE:Alt faktörlerin açıkladıkları ortalama varyans
 ASV: Bir faktörün diğer faktörlerle olan korelasyonlarının ortalamaları

Özbakım yönetimine katkı boyutuna ilişkin doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarında (Tablo3), iki boyutlu kuramsal modele ilişkin genel uyum katsayılarının düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca Model 1’e ilişkin analiz sonuçları madde on dört (M14) için negatif artık varyans (heywoodcase) uyarısını vermektedir. Yönlendirici bağımlı yönetim boyutunda iki maddenin bulunması, bu sonuca yol açmış görünmektedir. Öte yandan, herhangi bir hata mesajı uyarısının alınmadığı ikinci modele ilişkin genel sonuçlar ise kuramsal modele denk uyum ortaya koymaktadır. Bununla birlikte genel uyumsuzluk katsayıları RMSEA ve SRMR hala yüksektir. Tek boyutlu modelde faktör yükleri 0,04 ile 0,91 arasında

değişmektedir. 0,04 yüke sahip madde on beş (M15) veri setinden çıkarıldığında (Model 3), faktör yüklerinin 0,53 ile 0,91 arasında olduğu görülmektedir. Model 3’ün maddeler arasında açıkladığı ortalama varyans (AVE) 0,63’tür. Bu oran Model 2 için 0,53’tür. Yapı güvenilirlik katsayıları Model 2 için 0,78; Model 3 için 0,84’tür. Bu sonuçlara göre Model 3, maddeler arasındaki ilişkileri incelemede diğerlerinden daha iyi görünmektedir.

Çalışmada, iki boyutlu kuramsal modele ilişkin genel uyum katsayıları yüksek bulundu (Tablo 4). Tek faktörlü modele (Model 2) ilişkin genel uyum katsayıları ise düşüktür. İki boyutlu modelde faktör

yükleri 0,64 ile 0,95 arasında değişmektedir. Model 1'in maddeler arasında açıkladığı ortalama varyans (AVE) t güven için 0,59; g güven için 0,73'tür. Yapı güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0,81 ve 0,89'dur. Bu sonuçlara göre

Model 1'in yani kuramsal modelin maddeler arasındaki ilişkileri açıklamada tek faktörlü modelden daha iyi sonuçlar verdiği saptandı.

Tablo 3. Özbakım Yönetimine Katkı Boyutuna İlişkin DFA Sonuçları

Model	S-B χ^2	sd	p	χ^2/sd	CFI	RMSEA	SRMR	$\Delta\chi$
1.İki boyutlu Model	34.87	8	0.00	4.36	0,95	0.15 (0.10-0.20)	0.10	
2.Tek Boyutlu Model	32.99	9	0.00	3.67	0,96	0.13 (0.09-0.18)	0.11	1.88
3.Tek Boyutlu Model (M15)	26.73	5	0.00	4.75	0,96	0.17 (0.11-0.23)	0.07	
4.Orijinal Model	14.05	9	0.12	1.56	0.96	0.06	0.05	

CFI: Karşılaştırmalı Uyum İyiliği İstatistiği (Comperative Fit Index)
 RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Approximation)
 SRMR: Standardize Edilmiş Hataların Ortalama Karekökü (Standardized Root Mean Square Residual)
 χ^2/sd oranı: Ki-kare/serbestlik derecesi oranı
 $\Delta\chi^2$: Kikare fark test

Tablo 4. Bakım Veren Güvenirliğinin Hasta Özbakımına Katkı Boyutuna İlişkin DFA Sonuçları

Model	S-B χ^2	sd	p	χ^2/sd	CFI	RMSEA	SRMR	$\Delta\chi$
1.İki boyutlu Model	5	8	0.76	1.00	0.00	0.00 (0.00-0.07)	0.03	
2.Tek Boyutlu Model	52.78	9	0.00	5.86	0.92	0.18 (0.13-0.23)	0.12	47.78
4.Orijinal Model	10.63	7	0.15	1.52	0.99	0.04	0.03	

CFI: Karşılaştırmalı Uyum İyiliği İstatistiği (Comperative Fit Index)
 RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Approximation)
 SRMR: Standardize Edilmiş Hataların Ortalama Karekökü (Standardized Root Mean Square Residual)
 χ^2/sd oranı: Ki-kare/serbestlik derecesi oranı
 $\Delta\chi^2$: Kikare fark test

2.2. Güvenilirlik Analizleri

Zamana Göre Değişmezlik ve İç Tutarlılık

Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Veren Katkısı Ölçeği iç tutarlılık katsayıları ve test-tekrar test güvenilirlik katsayıları Tablo 5'de verildi.

Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeği puanlarındaki iç tutarlılık cronbach alfa; test-tekrar test güvenilirliği ise spearman korelasyon katsayısı hesaplanarak incelenmiştir (Tablo 5).

Spearmon korelasyon katsayılarının tümünün 0,70'den büyük olması ölçümlerin güvenilir olduğunu gösterdi. Bununla birlikte maddelerin çoğunun Cronbach alfa katsayısı 0.70'den yüksek iken bazı Cronbach alfa katsayıları 0.70'in altındadır. Bazı iç tutarlılık katsayılarının düşük olmasının madde sayısı ve örneklem büyüklüğü ile ilişkili olduğu; bununla beraber elde edilen ölçümlerin güvenilir olduğuna işaret ettiği saptandı.

Tablo 5. KYÖBKÖ İç Tutarlılık ve Test-Tekrar Test Güvenilirlik Katsayıları (n=20)

Boyut/Alt Boyutlar	Cronbach Alfa	Spearman ρ
1.Özbakım Sürekliliğini Sağlama	0.66	0.88
-Semptom Yönetimi	0.54	0.77
-Fiziksel Aktivite	0.70	0.73
-Medikal Tedavi Uyumu+ Na Alımı	0.64	0.91
2.Özbakım Yönetimine Katkı	0.81	0.91
3.Bakım Veren Güvenilirliğinin Hasta Özbakımına Katkı	0.80	0.92
-Gelişmiş Düzeyde Güven	0.81	0.61
-Temel Düzeyde Güven	0.72	0.92

KYÖBKÖ: Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Veren Katkısı Ölçeği

TARTIŞMA

Çalışmaya katılan kalp yetersizliği olan hastaların yaş ortalaması 65,21±13,94 olarak bulundu. Değertekin ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada da kalp yetersizliğinin genel nüfustaki prevalansı %0.3-2 arasında değişmekle birlikte >65 yaşta bu rakam %3-5'lere, >75 yaşta ise %25'lere varmaktadır.^[17]

Hastaların %49.7'si erkek, %50.3'ü kadın; hastaların %47.3'ü ilkökul mezunu iken %9.1'i üniversite mezunu; %70.9'u evli, %26.7'si dul; %91.5'u çalışmıyor. NYHA'ya göre hastalık evreleri karşılaştırıldığında NYHA 3 tanılı olan %48.5; NYHA 4 tanılı olan %51.5 hasta olduğu saptandı. Vellone ve ark. (2013) ise hastaların kadın-erkek olarak hemen hemen eşit sayıda dağılım göstermekle birlikte erkeklerin biraz daha fazla, ortalama olarak 75 yaşından büyük, örneklemin %40'undan fazlasının ilkökul seviyesinde eğitim görmüş, yarısının evli, %30'dan fazlasının dul olduğunu, %90'dan fazlasının çalışmadığını, %34.4 NYHA 3 ; %10.7 NYHA 4; %24.4 NYHA 1; %30.6 NYHA 2 tanısına sahip hastaların olduğunu rapor etmişler ve bizim çalışmamızla sosyodemografik özellikler açısından benzerliklerin olduğu görüldü.^[8]

Çalışmaya katılan bakım verenlerin yaş ortalamasının 44±15.21 , % 75.8'inin kadın, %24.2'sinin ise erkek; %81.8'nin evli, %47,9'unun ev hanımı olduğu saptandı. Ayrıca bakım verenlerin % 81.5'inin hastanın eşi ya da çocukları olduğu, %60'ının hasta ile beraber yaşadığı, bakım verme süresinin ortalama 5 saat olduğu görüldü. Vellone ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada ise bakım verenlerin çoğunun kadın, %70'inin evli, %90'ının hastanın eşi ya da çocuğu olduğunu, %40'ının

hasta ile beraber yaşadığını ve ortalama 9 saat bakım verdiklerini göstermişlerdir.^[8]

Bakım verenlerin hasta özbakımına katkılarını önemli ölçüde etkileyebileceği düşünülen eğitim durumu incelendiğinde %25.4'ü (n=49) okuryazar ve ilkökul mezunu, %30.3'ü (n=50) lise mezunu ve %21.2'sinin üniversite mezunu olduğu görüldü. Vellone ve ark. (2013) ise eğitim düzeylerinin eşit olduğunu, %15'8'inin ilkökul mezunu, %30'unun yüksek okul eğitimi ve %9'unun üniversite mezunu olduğunu göstermişlerdir.^[8] Bu sonucun ülkemizin eğitim düzeyi ve deneklerin rastgele seçimlerinden kaynaklanıyor olabileceği düşünüldü.

Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Veren Katkısı Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirliği

Ölçeğin dil geçerliliğinin değerlendirilmesinde, en sık kullanılan yöntem olan geri çeviri yöntemi kullanılmıştır.^[18-19-20] Gözüm ve Aksayan (2002) kültürler arası ölçek uyarlaması yapılırken çeviri sürecinde; çevirmen seçimi ve çeviri tekniği ve geri çeviri gibi konulara çok dikkat edilmesi gerektiğini belirtmektedir. Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Veren Katkısı ölçeği aracının uyarlama çalışmalarının temeli olan dil geçerliliği ölçütü sağlandı.

İçerik geçerliliğini saptamak için, hazırlanan ölçek uzman kişilerce incelenir ve eleştiriler doğrultusunda gözden geçirilerek yeniden hazırlanır.^[21-22] Bu çalışmada Türkçe'ye çevrilen ölçek maddelerinin dil ve kültür uygunluğunu değerlendirmek için beş akademisyenden görüş alındı. Akademisyenler tarafından her bir madde değerlendirildi ve kapsam geçerliliği 0.96 olarak hesaplandı.

Ölçeğin dil ve içerik geçerliliği ölçütü sağlandıktan sonra bir odak grupta ya da küçük bir grupta maddeleri anlama yönünden ön uygulama yapılması önerilmektedir.^[18] Kalp yetersizliği özbakımında bakım veren katkısı ölçeği Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Servisinde 15 bakım verene uygulandı ve herhangi bir değişiklik yapılmadı. Ön uygulama ile her bir maddenin anlaşılabilirliği test edildi. Sonuç olarak dil ve kapsam geçerliliği ölçütü sağlandı ve psikometrik incelemelere geçildi.

Doğrulamalı faktör analizi (DFA) bir faktörü oluşturan maddelerin faktörle ilişkisinin yeterli olup olmadığını değerlendirmektir.^[18-22] Doğrulamalı faktör analizi veri ile yapı arasında uyum gösteren uyum indekslerinin değerlendirilmesine dayalı bir yöntemdir.^[20]

Doğrulamalı faktör analizi (DFA), benzeme ve ayırma geçerlilik analizi ile ölçeğin özbakım sürekliliğini sağlamaya katkı boyutu ve dört alt boyutu incelendi. DFA ile birlikte uyum iyiliği istatistikleri değerlendirildi. En sık kullanılan uyum iyiliği istatistiği ölçütleri ki-kare, RMSEA, SRMR değerleridir. Özbakım sürekliliğini sağlama boyutu ve dört alt boyutunun kuramsal modele ilişkin genel uyum katsayıları yeterli olduğu saptandı. Dört alt boyutlu bu boyutun RMSEA değeri 0.01 bulundu. Kikare/ sd değeri ise 1.47 bulundu. Fakat dört alt boyutlu modelde hata kovaryansları olduğundan elde edilen değerler anlamlı değildi. Bu sorunun üç alt boyutun ikişer maddesinin olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünüldü.^[16] Kikare fark testinin ($\Delta\chi^2$) 122,6 elde edilmesi, özbakım sürekliliği sağlamaya katkı boyutunun çok boyutlu yapıya sahip olduğunu destekledi. Veri setindeki ilişkileri daha iyi açıklayan dört boyutlu modeldeki sorunları gidermeye yönelik, Na alımı boyutu ile medikal tedavi uyumu boyutu, 6. madde ortak olduğundan birleştirildi. Bu birleştirme sorunları çözümlenmesine karşın, CFI'nın 0.97'den küçük ve RMSEA için güven aralığı üst sınırının 0.07'den büyük olması, modelin yeterliliğine ilişkin yorumların ihtiyatlı yapılmasını zorunlu kıldı.

Özbakım yönetimine katkı boyutu ve iki alt boyutuna DFA uygulandı ve analiz sonucunda iki boyutlu kuramsal modele ilişkin genel uyum katsayılarının düşük olduğu görüldü. 0.04 yüke sahip M15 veri setinden çıkarıldığında (Model 3), faktör yüklerinin 0.53 ile 0.91 arasında olduğu görüldü. Faktör yük değeri, maddelerin faktörlerle olan ilişkisini açıklayan bir katsayıdır. Faktör yükü için alt sınır değerinin genel olarak 0.30'un üstünde olması istenmektedir.^[22-23] Madde 15'in veri setinden çıkarıldığı Model 3'ün maddeler arasındaki ilişkileri incelemede daha iyi olduğu saptandı.

Bakım verenlerin güvenilirliğinin hasta özbakımına katkısı boyutu ve alt boyutlarına DFA uygulandı ve

sonucunda iki boyutlu kuramsal modele ilişkin genel uyum katsayılarının, ölçeğin orijinal formunda elde edilen değerlerden bile daha yüksek olduğu görüldü. Model 1 yani kuramsal modelin (iki boyutlu) maddeler arasındaki ilişkileri açıklamada tek faktörlü modelden daha iyi sonuçlar verdiği saptandı.

Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı sık başvurulan bir ölçüttür.^[23] Bu nedenle güvenilirlik değerlendirmesinde bu katsayının hesaplanması gerekir. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı özbakım sürekliliğini sağlama için 0.66 ; özbakım yönetimine katkı için 0.81 ; bakım verenlerin güvenilirliğinin hasta özbakımına katkısı için 0.80'dir. Ölçeğin en düşük alfa katsayısı semptom yönetimi alt boyutu için 0.54, en yüksek alfa katsayısı gelişmiş düzeyde güven altboyutu ve özbakım yönetimine katkı boyutu için 0.81'dir. İç tutarlılık katsayılarının düşük olmasının madde sayısı ve örneklem büyüklüğü ile ilişkili olduğu söylenebilir.^[24-25] Bununla beraber elde edilen ölçümlerin güvenilir olduğu saptandı. Vellone ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada da fiziksel aktivite için 0.80, medikal tedavi uyumu için 0.82, özbakım yönetimine katkı için 0.80, gelişmiş düzeyde güven 0.081 ve temel düzeyde güven 0.72'dir.^[8] Sonuçta orijinal ölçek bulguları ile karşılaştırıldığında benzer sonuçlar elde edildiği, her iki ölçekte de gelişmiş düzeyde güven alt boyutu yüksek güvenilirliğe sahip olduğu gözlemlendi.

Test-tekrar test analizi, testin zamana karşı değişmezlik özelliğinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmektedir. Bu çalışmada 20 kişide 15-20 gün ara ile yapılan test-tekrar test değerlendirmesi sonucunda Spearman korelasyon katsayılarının 0.61-0.92 arasında olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olduğu saptandı. Sonuçta bu çalışmada test-tekrar test korelasyonlarının yüksek olması sebebiyle ölçeğin tekrarlayan ölçümlerinde benzer ölçüm değerlerini sağlama özelliğine sahip ve tutarlı olduğu söylenebilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma tek merkez ile sınırlıdır bu yüzden tüm kalp yetersizliği olan hastalara bakım verenlere genellenemez.

SONUÇ

Kalp yetersizliği olan hastaların, hastalığı yönetebilme sürecinde bakım verenlerin, hastanın özbakımında katkılarını değerlendirebilmek için Vellone ve ark. tarafından 2013 yılında İtalya'da geliştirilmiş olan Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirliğini sınamak amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları şunlardır:

Kalp yetersizliği özbakımında bakım verenlerin katkısı ölçeği çok boyutlu yapıya sahiptir. Özbakım sürekliliğini sağlamada bakım verenlerin katkısı boyutunda altıncı madde, medikal tedavi uyumu ve Na alımı kontrolü boyutunda ortak olduğundan bu iki boyut birleştirilerek elde edilen üç alt boyutlu model, dört alt boyutlu modele göre daha kabul edilebilir sonuçlar verdiğinden, üç alt boyutlu yapı şekline dönüştürüldü.

Kalp yetersizliği özbakımı yönetiminde bakım verenlerin katkısı boyutunda, doğrulayıcı faktör analizi ile on beşinci maddenin faktör yükünün 0.04 olduğu (<0.30) saptandı. On beşinci madde veri setinden çıkarıldığında faktör yüklerinin yükseldiği saptandı. Ancak bu maddenin de kalp yetersizliği hastalarının özbakımında bakım verenlerin katkısını değerlendirebilmek için sorulması gereken önemli bir soru olduğu ve uyarılma çalışmalarında madde elemesi önerilmediğinden madde elemesi yapılmayıp, farklı sağlık hizmet birimlerinde daha fazla örneklem alınarak değerlendirilebileceği düşünüldü.

Sonuç olarak; Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeği'nin güvenilir bir araç olduğu saptandı fakat yapı geçerliliği açısından iyileştirme çalışmaları yapılarak ve farklı hizmet birimlerinde kullanılarak ileriki çalışmalarda kullanılması önerilebilir.

ÇIKAR UYUŞMAZLIĞI

Bu çalışmada çıkar uyumsuzluğu yoktur.

KAYNAKLAR

1. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı SANERC; 2003. p.457-487.
2. Oğuz S, Enç N, Yiğit Z. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastalar İçin İnanç ve Uyum Ölçeklerinin Türkçe'ye Uyarlanması. Türk Kardiyol Dern Arş. 2010;38:480-485.
3. Enç N, Yiğit Z, Altok MG, Özer S, Oğuz S. Kalp Yetersizliği, Akut Koroner Sendromlar, Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu. İstanbul: Türk Kardiyoloji Derneği Yayınları; 2007.p.11-34.
4. Buck HG, Harkness K, Wion R, Carroll SL, Cosman T, Kaasalainen S. et al. Caregivers' contributions to heart failure self-care: A systematic review. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2014;14 (1):79-89. <http://dx.doi.org/10.1177/1474515113518434>
5. White MF, Kirschner J, Hamilton MA. Self-care guide for the heart failure patient. Circulation 2014; 129(3):293-294. <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.113.003991>
6. Cocchieri A, Riegel B, D'Agostino F, Rocco G, Fida R, Alvaro R. et al. Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care. European Journal of Cardiovascular Nursing 2015; 14(2):126-136 <http://dx.doi.org/10.1177/1474515113518443>
7. Lee CS, Gelow JM, Mudd JO, Green JK, Hiatt SO, Chien C. et al. Profiles of self-care management versus consulting behaviors in adults with heart failure. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2009;20(10):1-10. <http://dx.doi.org/10.1177/1474515113519188>
8. Vellone E, Riegel B, Cocchieri A, Barbaranelli C, D'Agostino F, Glaser D. et al. Validity and reliability of the caregiver contribution to self-care of heart failure index. Journal of Cardiovascular Nursing. 2013;28(3):245-255. <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0b013e318256385e>
9. Vellone E, Chung ML, Cocchieri A, Rocco G, Alvaro R, Riegel B. Effects of Self-Care on Quality of Life in Adults With Heart Failure and Their Spousal Caregivers Testing Dyadic Dynamics Using the Actor-Partner Interdependence Model. Journal of family nursing. 2014;20(1):120-141. <http://dx.doi.org/10.1177/1074840713510205>
10. Stamp KD, Dunbar SB, Clark PC, Reilly CM, Gary RA, Higgins M. et al. Family partner intervention influences self-care confidence and treatment self-regulation in patients with heart failure. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2015:I-II. <http://dx.doi.org/10.1177/1474515115572047>
11. Dunbar SB, Clark PC, Quinn C, Gary RA, Kaslow NJ. Family influences on heart failure self-care and outcomes. The Journal of Cardiovascular Nursing. 2008;23(3):258. <http://dx.doi.org/10.1097/01.JCN.0000305093.20012.b8>
12. DeVellis RF. Scale development: Theory and applications. Second edt. California: Sage Publications; 2003.
13. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. 3. Baskı. Ankara:Nobel Yayın Dağıtım; 2006. p.16-80.
14. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. Third edt. New York: Guilford Press; 2010.
15. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics. Sixth edt. Boston: Pearson; 2013.
16. Hair J, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. Seventh edt. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2010.
17. Değertekin M, Erol Ç, Ergene O, Tokgözoğlu L, Aksoy M, Erol MK. ve ark. Türkiyede'ki Kalp Yetersizliği Prevalansı ve Öngördürücüleri: HAPPY çalışması. Türk Kardiyol Dern Arş. 2012; 40(4): 298-308. <http://dx.doi.org/10.553/TKDA.2012.65031>
18. Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber: Ölçek uyarılma aşamaları ve dil uyarlaması. Hemşirelikte araştırma geliştirme dergisi. 2002; 4(1):9-14.

19. Çatal E, Dicle A. Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. DEUHYO ED (online) 2008;1(1):19- 32.
20. Temel AB, Uysal A, Erkin Ö, Koçer A. Hemşirelik öğrencilerinin araştırmaya, gelişmelere farkındalığı ve tutumu ölçeğinin Türkçe formunun geçerliği, güvenilirliği. DEUHYO ED 2008;1(2):108-123.
21. Özgüven İE. Psikolojik testler. Güvenirlik ve Geçerlik. Ankara: Sistem Ofset; 2010.p.83-109.
22. Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. İstanbul: Seçkin Yayıncılık; 2005.
23. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. 2.Baskı. İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım; 2005.p.20-51.
24. George D, Mallery P. SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update. Fourth edt. Boston: Allyn & Bacon; 2003.p.35-45.
25. Kline P. The handbook of psychological testing. Second edt. London: Routledge; 2000. p.13.