

← Adınızı soyadınızı giriniz

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak
Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya
(sol yandaki gibi) olacak .



← Tez, Yüksek Lisans'sa, YÜKSEK LİSANS TEZİ;
Doktora ise DOKTORA TEZİ ifadesi kalacak

← Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KALP YETERSİZLİĞİ ÖZBAKIMINA BAKIM VEREN
KATKISI ÖLÇEĞİ GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK
ÇALIŞMASI**

GÜLÇİN AKBIYIK

**DANIŞMAN
PROF. DR. NURAY ENÇ**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

İSTANBUL-2015

TEZ ONAYI

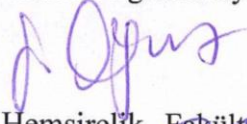
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında Gülçin Akbıyık tarafından hazırlanan "Kalp Yetersizliği Özbakımına Bakım Veren Katkısı Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması" başlıklı Yüksek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

18 / 09 / 2015

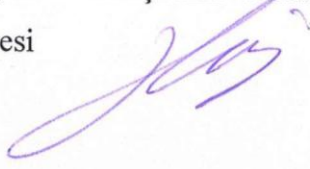
Tez Sınav Jürisi

<u>Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı)</u>	<u>İmzası</u>
1.Prof.Dr.Nuray Enç (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi	

2.Doç.Dr.Gülbeyaz Can İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi	
---	--

3.Doç.Dr.Sıdıka Oğuz Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi	
--	---

4.Yard.Doç.Dr.Zeliha Tülek İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi	
--	---

5.Yard.Doç.Dr.Hilal Uysal İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi	
---	--

BEYAN

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

GÜLÇİN AKBIYIK

İTHAF

Kalp yetersizliği ile yaşamayı öğrenebilen hastalarımaya ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Çalışmam süresince fikirleriyle önderlik eden, her zaman ilgi ve desteği olan değerli hocam Prof. Dr. Nuray Enç'e, bilgisini ve deneyimlerini bizlerle paylaşan, uzman görüşlerinde değerlendirme ve önerileri ile katkı veren, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma, çalışmamın başlangıcında ayrıcalıkla yardımcı olan Ar. Gör. Havva Özalkan'a, arkadaşım Ar.Gör. Kübra Yeni'ye, istatistik konusunda yardımcı olan Doç. Dr. Arif Özer'e, çevirilerimde yardımcı olan Dr. Bedri Karaismailoğlu'na ve Melek Dönmez'e, çalışmamın son aşamalarında özellikle desteği olan Mehmet Yıldız'a, araştırmaya katılan tüm hasta ve hasta yakınlarına, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kardiyoloji Bölümü'nde desteklerini esirgemeyen çalışanlara, Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü'ndeki her zaman yanımda olduklarını hissettiğim arkadaşlarıma, uzakta olsalar bile manevi desteğiyle yanımda olan canım aileme, sabır ve motive edici tutumlarıyla beni destekleyen kardeşim Gülşen Taşkın ve eşi Tamer Ali Taşkın'a çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİ
ÖZET	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. KALP YETERSİZLİĞİ TANIMI.....	3
2.2. EPİDEMİYOLOJİ	3
2.3. ETİYOLOJİ	4
2.4. FİZYOPATOLOJİ	5
2.4.1. Frank-Starling Mekanizması.....	6
2.4.2. Nörohormonal Adaptasyon	7
2.4.2.1. Sempatik sinir sistemi aktivasyonu	7
2.4.2.2. Renin -Anjiyotensin-Aldosterone sistemi	8
2.4.2.3. Arginin Vazopressin.....	8
2.4.3. Ventriküler Yeniden Şekillenme.....	8
2.5. BELİRTİ VE BULGULAR	9
2.5.1. Dispne	9
2.5.1.1. Efor dispnesi.....	9
2.5.1.2. Ortopne.....	9
2.5.1.3. Paroksizmal nokturnal dispne	9
2.5.2. Egzersiz intoleransı	10
2.5.3. Cheyne-Stokes solunumu (Periyodik solunum).....	10
2.5.4. Ödem ve sıvı retansiyonu.....	10

2.5.5. Halsizlik, abdominal bulgular	10
2.5.6. Serebral bulgular	10
2.6. KLİNİK SINIFLAMA	11
2.7. KALP YETERSİZLİĞİ ve ÖZBAKIM	11
2.8. KALP YETERSİZLİĞİ ÖZBAKIMINDA BAKIM VERENLERİN KATKISI	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	16
3.4. Etik Konular	17
3.5. Verilerin Toplanması	17
3.6. Veri Toplama Araçları	18
3.6.1. Sosyodemografik Özellikler Formu	18
3.6.2. Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeği (Caregiver Contribution to Self-Care of Heart Failure Index)	18
3.7. Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması Aşamaları	19
3.7.1. Dil ve Kapsam Geçerliliği	19
3.7.2. Ölçeğin Yapı Geçerliliği	21
3.7.3. Ölçeğin Güvenilirliği	22
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	23
4. BULGULAR	24
4.1. Bakım Verenlerin ve Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular	24
4.2. Bakım Verenlerin Eğitim Durumları ile Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	27
4.3. Ölçeğin Geçerlilik ve Güvenilirliğine İlişkin Bulgular	29
4.3.1. Geçerlilik Analizleri	29
4.3.1.1. Kapsam Geçerliliği	29
4.3.1.2. Yapı Geçerliliği (Faktör Analizi)	29
4.3.2. Güvenilirlik Analizleri	35
Zamana Göre Değişmezlik ve İç Tutarlılık	35

5. TARTIŞMA	37
KAYNAKLAR	44
FORMLAR	56
ETİK KURUL KARARI	69
ÖZGEÇMİŞ	72

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1 : Başlıca Kalp Yetersizliği Nedenleri.....	5
Tablo 2-2: NYHA Kalp Yetersizliği Sınıflandırması	11
Tablo 3-1. Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeği'nin Alt Boyutları ve Boyutlardaki Maddeler	19
Tablo 3-2: Çalışmada Kullanılan İstatistiksel Analizler	23
Tablo 4-1: Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri	25
Tablo 4-2: Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri.....	26
Tablo 4-3: Bakım Verenlerin Eğitim Düzeylerine Göre KYÖBKİ $\bar{x}$, ss ve n değeri	27
Tablo 4-4: KYÖBKÖ Betimleyici İstatistikler	28
Tablo 4-5: Özbakım Sürekliliğini Sağlama Boyutuna İlişkin DFA Sonuçları	30
Tablo 4-6: Özbakım Sürekliliği Sağlama Boyutu Benzeme ve Ayırma Geçerlilik Katsayıları.....	31
Tablo 4.7: Özbakım Yönetimine Katkı Boyutuna ilişkin DFA Sonuçları.....	33
Tablo 4-8: Bakım Veren Güvenirliğinin Hasta Özbakımına Katkı Boyutuna İlişkin DFA Sonuçları	34
Tablo 4-9: KYÖBKÖ İç Tutarlılık ve Test-Tekrar Test Güvenilirlik Katsayıları (n=20)	36

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Özbakım Sürekliliği Sağlama Boyutu-Faktör Yükleri	32
Şekil 2: Özbakım Yönetimine Katkı Boyutu-Faktör Yükleri (Model 3).....	34
Şekil 3: Bakım Veren Güvenirliğinin Hasta Özbakımına Katkı Boyutu-Faktör Yükleri	35

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

AHA: Amerikan Kalp Cemiyeti (American Heart Association)

HAPPY: Heart Failure Prevalance and Predictors in Turkey

NYHA: New York Heart Association

TDK: Türk Dil Kurumu

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

KYÖBKÖ: Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeği

SPSS: Statistical Package for Social Science

KGİ: Kapsam Geçerlilik İndeksi

YEM: Yapısal Eşitlik Modellemesi

RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Approximation)

CFI: Karşılaştırmalı Uyum İyiliği İstatistiği (Comperative Fit Index)

ÖZET

Akbıyık, G. (2015). Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırma kalp yetersizliği olan hastaların özbakımında bakım verenlerin katkısını değerlendirmek için Vellone ve ark. tarafından geliştirilmiş olan “Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeği”nin (Caregiver Contribution to Self-Care of Heart Failure Index) Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemek için yapıldı. Çalışma Nisan-Aralık 2014 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kardiyoloji servis ve polikliniğinde bakım verenlerle yüz yüze görüşme ile gerçekleştirildi. Metodolojik araştırma niteliğinde olan bu çalışmada 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 koyulan, hastaneye tekrar yatışları olan 165 hastaya, bakım veren kişiler oluşturdu. Ölçek, kapsam geçerliliğini değerlendirmek üzere beş uzmana sunuldu, öneriler doğrultusunda son şekli verildi. Yirmi iki maddeli ve Likert tipindeki ölçek, dil çeviri ve kapsam geçerliliği çalışmalarından sonra on beş kişilik bir gruba uygulandı ve sorun yaşanmadan uygulamalara devam edildi. Yapı geçerliliği için Doğrulayıcı Faktör Analizi yapıldı. Faktör analizi sonucunda genel uyum katsayılarında sorunlar olduğu saptandı. Faktör yükü 0,04 olan bir madde saptandı. Ölçeğin güvenilirliği için yapılan iç tutarlılık analizinde Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 1.boyutta 0,66; ikinci boyutta 0,81; üçüncü boyutta 0,80’di. Ölçek ve alt boyutlarının zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için test-tekrar test yapıldı, her iki uygulama arasında fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Sonuç olarak “Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeği”nin Türkçe versiyonunun Türk toplumunda kullanımı için iyileşme çalışmalarının yapılması gerektiği saptandı.

Anahtar Kelimeler :Kalp Yetersizliği, Bakım Verenler, Özbakım, Geçerlilik Güvenilirlik

ABSTRACT

Akbıyık, G. (2015). Validity and Reliability of the Turkish Version of the Caregiver Contribution to Self-care of Heart Failure Index. Istanbul University Institute of Health Sciences, Department of Medical Nursing, Master's Thesis. Istanbul.

This research has been conducted to determine the validity and reliability of the Turkish version of the “Caregiver Contribution to Self-care of Heart Failure Index” developed by Vellone et al. to evaluate caregiver's contribution to self care of patient with heart failure. The study has been carried out through face to face interviews between April and December, 2014 in Cerrahpaşa Faculty of Medicine, Istanbul University. As a methodological research, this study has constituted its sample a group of 165 caregivers with able to communicate. This study has included 165 patients who have been diagnosed with New York Heart Association class 3 (NYHA class 3) and New York Heart Association class 4 (NYHA class 4) heart failure for at least three months and have been readmitted to the hospital for the same diagnosis or a closely-related condition. For linguistic validation, an expert panel of five academics was formed, and the Turkish form was finalized according to their recommendations. The twenty two item Likert-type scale was applied to a group of 15 caregivers and the study was continued to practice so that the scale does not have any problem in clarity. Confirmatory factor analyses was performed for construct validity. Some problems were found in general compliance factors as a result of factor analysis. It was determined that factor loading was 0,04. Internal consistency analysis was performed for reliability of the scale. Cronbach alpha reliability coefficient was determined to be 0,66 at first factors; 0,81 at second factors, 0,80 at third factors. The test was repeated to evaluate the invariance of the scale and its sub-scale with respect to time, no difference between two implementations was determined ($p>0,05$). As a result it was determined that Turkish version of the “Caregiver Contribution to Self-care of Heart Failure Index” needs further refinement to be used in studies.

Key Words: Heart Failure, Caregiver, Self-care, Validity and Reliability

1. GİRİŞ VE AMAÇ

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 (Enç ve ark. 2007). Kalp yetersizliği, semptomların artışıyla birlikte yavaş yavaş fonksiyonel kapasitede azalma, bozulmuş mental durum ve kötü yaşam kalitesi ile tahmin edilemeyecek kadar ilerleyebilmektedir (Gott ve ark 2006; Pressler ve ark. 2010; Dekker 2012; Vellone ve ark. 2014).

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 (Buck ve ark. 2015). Kalp yetersizliğini en iyi şekilde yönetebilmenin birinci yolu özbakıma dayanmaktadır (White ve ark. 2014). Özbakım kalp yetersizliği tedavisinde önemli bir kompenenttir. 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 (Cocchieril ve ark. 2013; Lee ve ark. 2015).

Kalp yetersizliği olan bireylerin özbakımına bakım veren katkısı, hasta bireye zaman, güç sağlama ve özbakımını gerçekleştirebilmesinde başka biri tarafından destek sağlama olarak tanımlanmaktadır (Vellone ve ark. 2013; 2014). Bakım verenlerin stresli olabilmelerine rağmen, hastanın özbakım sürekliliğinin ve yönetiminin daha iyi sağlanmasında, katkıları olduğu düşünülmektedir (Sebern ve Riegel 2008; Vellone ve ark. 2013).

Kalp yetersizliğinde özbakım, bireyin önerilen davranışları gösterebilmesi için bir başka kişinin yetenek ve motivasyonuna ihtiyaç duyar. Özbakım çoğunlukla aile desteği ile oluşur fakat kalp yetersizliği özbakımında ailenin desteği çok az bilinmektedir (Stamp ve ark. 2015). Aile üyeleri özbakımı olumlu yönde etkileyebilir, hastaların hastalığa adaptasyon sürecinde ve olumlu sağlık davranışlarının sürekliliğinin sağlanmasında destekleyici rol alırlar (Dunbar ve ark. 2008).

Özbakım, aile üyesi ya da arkadaşlar gibi informal bakım verenlerin çeşitli yardım düzeyleriyle birlikte kalp yetersizliği olan hastalar tarafından üstlenilir. İlaç uyumu, hastaneye yeniden yatışlarda düşük oranlar, diyet uyumu ve günlük kilo kontrolü bakım veren desteği ile ilişkilidir.

Ev ortamlarında özbakım aktivitelerini en uygun şekilde yapabilme, üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yükselen maliyet karşısında önemli bir siper olmayı sağlayabileceği düşünülmektedir. Hastaların özbakımına bakım verenlerin katkıları hakkında bilgiye ulaşmada önemli boşluklar vardır. Özellikle bakım verenlerin semptom ve tedavi değerlendirme sürecinde ne şekilde rol aldıkları konusu ve nasıl katkı sağladıkları konusu belli değildir (Buck ve ark. 2015).

Hasta özbakımında bakım verenlerin katkılarını değerlendirebilmek için psikometrik bir araç geliştirmeye ihtiyaç vardır. Hasta özbakımında bakım veren katkısını ölçmek için İtalya’ da Vellone ve ark. (2013) tarafından bir ölçek tasarlanmış, geçerli ve güvenilir bir metod olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı, Vellone ve ark. (2013) tarafından geliştirilmiş “Caregiver Contribution to Self-care of Heart Failure Index” (Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı) adlı ölçeği Türkçe’ye uyarlamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KALP YETERSİZLİĞİ TANIMI

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 (Akdemir ve Birol 2003; Oğuz 2005; Enç ve ark. 2007). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre kalp yetersizliği; kalp hastalığına eşlik eden nefes darlığı ve yorgunluk olarak tanımlanır (Demir ve Ünsar 2008). Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin Kalp Yetersizliği Klavuzu'na göre; kalp yetersizliğine özgü semptom ve bulguların varlığı ve dinlenme sırasında kalpte yapısal ya da işlevsel bir anormalliğe işaret eden objektif bir kanıtın olması tanı için yeterlidir (McMurray ve ark. 2012). Kalp yetersizliği, kötü yaşam kalitesi, hastaneye tekrar yatışlarla ilişkili ve erken ölümlerle sonuçlanan dünya çapında gelişmiş ülkelerde sık görülen bir sendromdur (Riegel ve Dickson 2008).

2.2. EPİDEMİYOLOJİ

Amerikan Kalp Cemiyeti'nin (AHA) 2010 verilerine göre ABD'de 5.8 milyon kalp yetersizliği hastası bulunmaktadır. Tüm dünya göz önüne alındığında bu sayının 23 milyon olduğu tahmin edilmektedir (Jones ve ark. 2010; Sebern ve Woda 2012; Salyer ve ark. 2012). İtalya'da ise özellikle 70 yaş ve daha fazlasındaki bireylerde kalp yetersizliği görülme prevalansı % 12,1 oranında artarak devam etmektedir (Vellone ve ark. 2013). Popülasyon yaşlandıkça kalp yetersizliği ve sol ventrikül disfonksiyon prevalansı ciddi derecede artış göstermektedir (Bleumink ve ark. 2004; Şahin ve ark. 2011; Enç ve Uysal 2012). 2030 yılında prevalansın %25 artacağı öngörülmüştür (Çiftçioğlu 2014). Örneğin Framingham çalışmasında 50-59 yaş arası erkeklerdeki %0,8'lik kalp yetersizliği prevalansı, 80-89 yaşları arasında %6,6'ya yükselmektedir (Keleş 2013).

Türkiye'de kalp yetersizliğinin görülme sıklığı ile ilgili yapılmış HAPPY (Heart Failure Prevalence and Predictors in Turkey) çalışmasında ise ülkemizde kalp yetersizliği sorunu yaşayan ve kalp yetersizliği gelişimi için risk faktörleri olan yaklaşık 4 milyon kişinin olduğu bildirilmektedir. Bunlarında da yaklaşık 1,5 milyonunun daha

çok diyastolik olmak üzere semptomatik kalp yetersizliği hastası olduğu tahmin edilmektedir (Kozan ve Zoghi 2010; Keleş 2013).

Kalp yetersizliğinin genel nüfustaki prevalansı %0,3-2 arasında değişmekle birlikte >65 yaşta bu rakam %3-5'lere, >75 yaşta ise %25'lere varmaktadır. Değişik coğrafyalardan elde edilen verilere göre kalp yetersizliği insidansı yılda 0.001-0.005 arasında değişmektedir (Değertekin ve ark. 2012).

Kronik kalp yetersizliği hastalarında kardiyak ölümlerin tipik özelliği ani ölümdür. Framingham çalışmasında tüm kronik kalp yetersizliği ölüm oranlarının %40-50 kadarı anidir. Yaşı 65'ten fazla olan hastaların üçte biri üç ay içinde kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye tekrar gelmekte ve hemen hemen yarısı 6 ay içinde yeniden hastaneye giriş yapmaktadır (Enç 2007).

Türkiye'de erişkin kalp yetersizliği prevalansı, daha genç bir nüfus barındırmasına karşın batılı ülkelerden daha yüksektir. Diğer ülkeler için kanıtlanmış kalp yetersizliği risk faktörleri ülkemiz içinde geçerlidir (Enç ve Alkan 2012; Değertekin ve ark. 2012).

2.3. ETİYOLOJİ

Yaşam süresinin uzaması, koroner kalp hastalıklarından ölümlerin artması nedeniyle kalp yetersizliği insidansında bir artış gözlenmektedir. Son 20 yıldır endüstrileşmiş ülkelerde kalp yetersizliğinin başlıca nedeni hipertansiyondan miyokard infarktüsüne doğru değişmiştir. Miyokardit, çeşitli kardiyomiyopatiler, kapaklara bağlı ve doğumsal patolojiler kalp yetersizliğine neden olabilir (Enç ve ark. 2007).

Kalp yetersizliği etiyolojisi genel olarak Tablo 2-1'de gösterilmiştir.

Tablo 2-1 : Başlıca Kalp Yetersizliği Nedenleri

A. Kardiyak yük değişikliği yaparak kalp yetersizliğine yol açan yapısal kalp hastalıkları
1. Ard yük artışına bağlı (aort stenozu)
2. Ön yük artışına bağlı (aort, mitral, triküspit yetersizlikleri, ASD, VSD)
B. Miyokard hastalığına bağlı kalp yetersizliği
1. Koroner kalp hastalığı
2. Hipertansiyon
3. Kardiyomiyopatiler
4. İlaçlar
5. Toksinler
6. Endokrin hastalıklar
7. Beslenme bozukluklar
8. İnfiltratif hastalıklar
9. Enfektif hastalıklar

2.4. FİZYOPATOLOJİ

Kalp yetersizliği miyokardın bir strese ya da yaralanmaya maruz kalması ile başlayıp, sonrasında ilerleme gösteren bir süreçtir. Kalp yetersizliğinin bir başlangıcı olup bu durum indeks olay olarak adlandırılır. Kalp yetersizliğini başlatan indeks olay sonrasında zamanla kalbin pompalama kapasitesi bozulur. Pompalama kapasitesi bozulunca, kalp kompensatuar mekanizmalar aracılığıyla sol ventrikül fonksiyonlarını fizyolojik sınırlarda düzenler (Kılıçkesmez ve ark. 2010; Enç ve Uysal 2012). Zaman içerisinde yeniden şekillenmeyle ve kalbin geometrik yapısının bozulmasıyla sonuçlanır (Keleş 2013).

İndeks olaydan sonra miyokard kasılmasındaki bozukluğun veya aşırı hemodinamik yükün ya da her ikisinin varlığında, kalbin pompalama fonksiyonunu

devam ettirebilmesi için akut ve kronik dönemde kompensasyon amacıyla çeşitli adaptasyon mekanizmaları gerekmektedir (Kılıçkesmez ve ark. 2010). Bu kompensatuar mekanizmalarının en önemlileri;

1. Frank-starling mekanizması
2. Nörohormonal sistem ve sitokinlerin aktivasyonu:
 - Sempatik sinir sistemi (SSS)
 - Renin-anjiyotensin-aldosterone sistem (RAAS)
 - Arjinin-vazopressin (antidiüretik hormon)
 - Natriüretik peptitler
 - Endotelinler
 - Sitokinler
 - Diğer mediyatörler (nöropeptid Y, Ürotensin II, Ürokortin, Adrenomedüllin)
3. Ventrikülde yeniden şekillenme (Remodelling)

Frank_starling mekanizması, sempatik sinir sistemi, renin-anjiyotensin aldosterone sisteminin aktivasyonu aynı zaman içinde genellikle indeks olaydan sonraki dakikalar ve saatler içinde aktive olur. Ventriküler yeniden şekillenme ise haftalar, aylar içerisinde ortaya çıkar ve hemodinamik yüklenmeye kronik dönemdeki adaptasyonda rol oynar. Kalbin fonksiyon bozukluğuna fizyolojik olarak adapte olabilmesi ve yüklenme koşullarına karşı koruyabilmesi amacıyla aktive olan bu sistemler, başlangıçta adaptif amaca hizmet etseler dahi, uzun dönemde kalp yetersizliğinin ilerlemesine katkıda bulunurlar.

2.4.1. Frank-Starling Mekanizması

Kontraktilitenin kas lifi uzunluğu ile bağlantısını açıklamaktadır. Mekanizma temel olarak venöz dönüşün stroke volüm üzerine etkisinden oluşur. Venöz dönüşteki artış ile ventrikül dolumu ve preload artar. Preload artışı ise sarkomerde gerginliğin artmasına ve kontraktilitedeki artış ile stroke volümde artmaya sebep olur. Fakat

sarkomerler belli bir fizyolojik boyuta kadar uzayabilmektedir. Bu limit aşıldığında ön yükteki artış sarkomer gerilimini etkileyememektedir ve daha fazla kontraktilite oluşamamaktadır. Kalp yetersizliğinde diyastol sonu hacimdeki artışa bağlı olarak miyokardın kontraktilitesi yetersiz kalmakta ve sol ventrikül performansı azalmaktadır (Keleş 2013).

2.4.2. Nörohormonal Adaptasyon

Kalp yetersizliği olan hastalarda kardiyak debide azalma sonucunda oluşur ve çok sayıda nörohormon dolaşımında tespit edilmektedir.

Kalp yetersizliğinde iki karşıt nörohormonal grup ortaya çıkar:

1. Grup: Büyümeyi destekleyen antinatriüretik, antidiüretik ve vazokonstriktör etkili hormonlar
2. Grup: Büyümeyi durdurucu ve yavaşlatıcı (antimitojenik), natriüretik, diüretik ve vazodilatör etkili hormonlar

Kalp yetersizliği sendromu ilerledikçe birinci grup baskın hale geçer.

2.4.2.1. Sempatik sinir sistemi aktivasyonu

Sempatik sinir sistemi aktivasyonu bu kompensasyon mekanizmalarının en önemlilerinden biridir, kalp yetersizliğinin erken evrelerinde sempatik aktivite artar.

Dolaşımdaki noradrenalin, kontraktilite artışını sağlayan kalpteki beta-adrenoreseptör-adenilsiklaz aktivasyonuna yol açar. Kalbin kasılma gücünü artırır (Oğuz 2005). Başlangıçta faydalı gibi görünen bu mekanizmanın aşırı aktivasyonu ile miyokard oksijen ihtiyacı ve hücre içi kalsiyum artışına bağlı hücre hasarı artarken hipertrofi ve fibrozis gibi değişimler de meydana gelmektedir. Dolaşımda noradrenalin düzeyleri artmış olmasına rağmen noradrenalin geri alımının azalması, aşırı kullanılması ve yeterince sentezlenememesi sonucunda doku düzeyinde noradrenalin miktarlarında azalma (hipoadrenarjik durum) görülmektedir (Kılıçkesmez ve ark. 2010). Kalp yetersizliğinde beta adrenarjik reseptörlerin hücre düzeyinde yoğunluğunun azalması kalbin kasılma gücünü azaltır (Keleş 2013).

Sempatik aktivite artışına bağlı olarak artan kalp hızı, miyokardın oksijen gereksinimini artırmaktadır. Sağlıklı bir kalpte bu gereksinim karşılanıp kalbin çalışma

kapasitesi artmaktadır. Yetersizlik gelişen kalpte miyokardın oksijen gereksinimi yeterli düzeyde sağlanamaz ve kalbin kontraktıl fonksiyonu daha da bozulur.

2.4.2.2. Renin -Anjiyotensin-Aldosterone sistemi

Eğer kardiyak pompa yetersizliği ısrarlı olursa bu iki kompensatuvar mekanizmadan sonra üçüncü mekanizma olan su ve sodyum tutulumu devreye girer. Sempatik aktivite sonucu salınan renin ile renal kan akımında azalma olur. Bu azalma renin anjiyotensin sistemini aktive eder ve sodyum böbreklerden geri emilir. Salınan renin anjiyotensin I' in anjiyotensin II' ye dönüşmesine neden olur. Anjiyotensin II yaygın vazokonstriksiyon oluşturur, su ve sodyum tutulumuna neden olan aldosteron salınır. Fazla tutulum kan volümünü arttırır, kapiller basıncın artması sonucu interstisyel ödem oluşur (Ayçiçek ve ark. 2003).

2.4.2.3. Arginin Vazopressin

Normalde plazma osmolaritesi arttığında arginin vazopressin salınımı artar; azaldığında ise salınımı baskılanır (Büyüköztürk ve Koylan 2003).

2.4.3. Ventriküler Yeniden Şekillenme

Kronik hemodinamik stres oluşturan kalp yetersizliğine karşı geliştirilen adaptasyon mekanizmalarından birisi de sol ventrikülde yeniden şekillenme yani kalbin boyut, şekil, yapı ve fonksiyonlarında oluşan değişikliklerdir. Yeniden şekillenme başlangıçta kardiyak debiyi ayarlamak için kompensatuar bir mekanizma olsa da, uzun dönem etkileri kötüdür (Keleş 2013; Zoghi ve Kozan 2010; Kılıçkesmez ve ark. 2010).

Preload artışı ve kardiyak hipertrofi, uzun bir zaman diliminde artmış olan miyokardiyal iş yükünü kompanse etmek amacıyla gelişebilir. Bununla birlikte, belirli bir noktadan sonra kompensasyon mekanizması aşırı çalışarak , kontraktılitenin bozulmasına ve dekompanseasyon gelişmesine neden olmaktadır.

Kardiyak yetersizliğin ciddiyeti, primer olarak kalbin kendisinden ziyade, diğer doku ve organların konjestif, hipoksik ve disfonksiyonları ile saptanabilir. Ne yazık ki, kompensatuar mekanizma, dokulara sağlanan kardiyak debiyi restore etmeye çalışırken aynı zamanda miyokardın iş yükünü, oksijen gereksinimini de arttırmaktadır. Kalp yükünün azaltılması ile dokulara yetecek kadar kardiyak debinin sürdürülmesi arasında çok hassas bir denge vardır. Tedavide amaç bu dengeyi sağlamaktır (Philips ve ark. 2004).

2.5. BELİRTİ VE BULGULAR

2.5.1. Dispne

Sol kalp yetersizliğinin en sık görülen konjestif semptomudur (Kozan ve Zoghi 2010; Efe ve Olgun 2011). Dispne hafiften şiddetliye doğru şu şekilde derecelendirilebilir;

2.5.1.1. Efor dispnesi

Efor esnasında beliren, dinlenince gerileyen ve kaybolan dispnedir. Sağlıklı kişilerde de olabilir. Kalp yetersizliğinde gelişen dispnenin farkı dispneyi oluşturan efor derecesidir. Efor dispnenin sebebi efor esnasında artan venöz dönüş ve preload artışıyla venöz konjesyon sonucu gelişir.

2.5.1.2. Ortopne

Hastanın sırt üstü yatarken oluşan nefes darlığının başını yükselttiğinde veya oturduğunda geçtiği durumdur. Sırtüstü yatıldığında alt ekstremiteler ve karında sıvı birikimi azalır ve kan toraksa doğru yönelir. Bu durumda yetersizlikli sol ventrikül artan kanı kabul edemez ve pompalayamaz. Böylece sol ventrikülün diyastol sonu basıncı artar ve bu basınç geriye doğru yansıyarak, pulmoner venöz ve kapiller basınçlarında artışa neden olur. Sonuçta interstisyel ödem oluşur, akciğer kompliyansının azalması ve hava yolu direncinin artışı ile dispne gelişir (Keleş 2013).

2.5.1.3. Paroksizmal nokturnal dispne

Sıklıkla gece gelen ve hastayı uykudan uyandıran, öksürük, wheezing, terlemenin eşlik ettiği, oturunca yaklaşık yarım saatte geçen dispne nöbetidir. Gün boyunca vücudun yer çekimine en çok maruz kalan bölgelerinde biriken interstisyel sıvının yatış sırasında emilerek torasik kan volümünü artırması, uykuda ventrikül fonksiyonuna adrenarjik desteğin azalması ve normalde görülen solunum merkezinin gece depresyonu paroksizmal gece dispnesinin patogenezindeki başlıca mekanizmadır. Şişen bronşiyal mukoza ve interstisyel akciğer ödemi küçük hava yollarına bası yapar ve gelişen bronkospazm solunum güçlüğünü daha da artırır (Akdemir 2004; Keleş 2013). Kalp yetersizliği sonucu pulmoner arterlerde hidrostatik basıncın artması, alveol çevresindeki dokular arası boşluğa sıvı sızmasını artırarak akciğerlerde ödeme neden olmaktadır. Bu durumda akciğerlerin elastikiyetini azaltarak solunumu güçleştirmektedir (Kavradım ve Özer 2013).

2.5.2. Egzersiz intoleransı

Dispne ile birlikte kronik kalp yetersizliğinde karakteristik bir bulgudur. Egzersiz ile gelişen pulmoner konjesyon, kardiyak debi azalmasına bağlı ve bozulmuş periferik vazodilatasyon egzersiz intoleransına neden olur (Ayçiçek ve ark. 2003; Akdemir 2004).

2.5.3. Cheyne-Stokes solunumu (Periyodik solunum)

Solunum merkezinin arteriyel karbondioksite duyarlılığının azalması ile karakterizedir. Arteriyel oksijen saturasyonu azalıp, karbondioksit saturasyonunda artış esnasında apne gelişir. Arteriyel kandaki bu değişiklikler deprese solunum merkezini uyarır. Sonuç olarak hiperventilasyon ve hipokapni gelişir. Bunu apne periyotları takip eder. Bu tip solunum kalp yetersizliği dışında serebral patolojilerde ve morfin kullanımı sonrasında da görülebilir (Demir 2008).

2.5.4. Ödem ve sıvı retansiyonu

Sağ atriyal basınç artışı sistemik dolaşımda kapiller hidrostatik basınç artısına ve sonuçta transudasyona neden olur. Alt ekstremitelerde sık görülen ödem uzun süre yatınca kaybolur. Sıvı birikimi periton, plevral boşluk ve perikardiyal alanda da olabilir. Asit daima periferik ödemle birlikte oluşur. Aksi takdirde akciğer hastalıkları ekarte edilmelidir. Plevral effüzyon ya iki taraflıdır ya da yalnızca sağ tarafta oluşur (Ayçiçek ve ark. 2003; Akdemir 2004).

2.5.5. Halsizlik, abdominal bulgular

Nonspesifik bulgular olup kan akımının azalmasına bağlıdır. Karın ağrısı ile ilişkili olarak iştahsızlık ve kusma, dispeptik yakınmalar sıktır ve karaciğer, portal sistem konjesyonuna bağlı olarak gelişir (Demir 2008).

2.5.6. Serebral bulgular

Özellikle serebrovasküler ateroskleroza sahip yaşlı ileri dönem kalp yetersizliği hastalarında kardiyak debinin azalmasıyla serebral hipoperfüzyona bağlı olarak gelişir (Kayrak ve ark. 2010; Keleş 2013)

2.6. KLİNİK SINIFLAMA

Kalp yetersizliği için birkaç klinik sınıflama bulunmaktadır. Kalp Yetersizliği hastalarını sınıflandırmak için en çok tercih edilen sınıflama NYHA (New York Heart Association) sınıflamasıdır. New York Kalp Birliğinin fonksiyonel sınıflaması ilk olarak 1928 yılında tanımlanmış iken en son 1994 yılında revize edilmiştir. I'den IV'e kadar hastalar fiziksel aktivitelerine göre Tablo 2.2'de gösterildiği gibi sınıflandırılmaktadır (Mehdi ve Kozan 2010; Bağdatlı 2012; Keleş 2013).

Tablo 2-2: NYHA Kalp Yetersizliği Sınıflandırması

NYHA	ÖZELLİK
SINIF I	Kalp hastalığı olmasına rağmen fiziksel hareket kısıtlaması yoktur. Olağan fiziksel etkinlik halsizlik, çarpıntı ya da dispneye yol açmaz.
SINIF II	Hafif hareket kısıtlaması vardır. Dinlenme halinde rahat, ancak olağan fiziksel etkinlik halsizlik, çarpıntı ya da dispneye yol açar.
SINIF III	Belirgin hareket kısıtlaması vardır. Dinlenme halinde rahat, ancak olağan düzeyin altında fiziksel etkinlik halsizlik, çarpıntı ya da dispneye yol açar.
SINIF IV	Dinlenme halinde semptomlar vardır. Herhangi bir fiziksel aktivite yapılması durumunda rahatsızlık artıyor.

2.7. KALP YETERSİZLİĞİ ve ÖZBAKIM

Kalp yetersizliğinde özbakım, fizyolojik bakım oluşturabilme ve kalp yetersizliği semptomlarını yönetebilme davranışlarının seçimini içeren doğal karar verme sürecidir. Özbakım ayrıca rutin semptom izlemeyi ve tedavi uyumunu kapsayan bir terim olarak tanımlanmıştır. Özbakım yönetimi, özbakım girişimleri ve girişimleri değerlendirebilme kullanımını uyaran, semptom tanıma ve değerlendirme ile başlatılan bir süreç olarak karakterize edilir.

Özbakım, derinliği ve genişliği ile büyük bir teoridir, ancak doğrudan klinik uygulamalara çevrildiğinin kanıtlanması zor, kavramları belirsizdir. Fakat birçok bakım

verenle beraber hastaların kendi bakımına katılımının temel düşüncesidir (Riegel ve Dickson 2008).

Kalp yetersizliği yörüngesi, semptomların artışıyla birlikte yavaş yavaş fonksiyonel kapasitede azalma, bozulmuş mental durum ve kötü yaşam kalitesi ile tahmin edilemeyecek kadar ilerleyebilmektedir (Gott ve ark. 2006; Pressler ve ark. 2010; Dekker2012; Vellone ve ark. 2014). Özbakım kalp yetersizliği tedavisinde önemli bir komponenttir. Kalp yetersizliği gibi kronik durumlarla yaşayabilmenin yani kalp yetersizliği yönetiminin temelidir (Dickson ve ark. 2014; Lum ve ark. 2014). Yeterli özbakımını sağlayan bireyler daha iyi yaşam koşullarına sahiptir, daha az hastanede yatışlar olur ve sağkalım oranları daha yüksektir (Cocchieril ve ark. 2013). Ancak özbakım hastalar için yük oluşturmakta, yapılan bazı çalışmalar hastaların özbakımını gerçekleştirirken zorlandıklarını göstermiştir (Riegel 2007; 2009).

Özbakım; özbakım sürekliliği ve özbakım yönetimi olarak iki boyuttan oluşan doğal karar verme sürecidir. Özbakım sürekliliği hastalar tarafından gerçekleştirilen kalp yetersizliğinin fizyolojik stabilitesini elde edebilmede, semptomların izleminde ve tedavi uyumundaki davranışları içerir. Özbakım yönetimi ise kalp yetersizliği belirtileri arttığında semptomları hafifletmek için tedavi (girişim) uygulama ve uygulanan girişimi değerlendirmedir (Riegel ve Dickson 2008; Graven ve Grant 2013; Zaveritnik 2014).

Özbakım teorisine göre özbakım sürekliliği ve yönetimi öz yeterlilikten (özbakım güvenirliliğinden) etkilenmektedir. Özbakım sürekliliği, yönetimi ve güvenirliliği ile ilgili uluslararası birkaç çalışma yapılmıştır (Riegel ve ark. 2004; Riegel ve Lee 2009).

Özbakım, fiziksel, zihinsel ve duygusal sağlığı yükseltmek ve hastalıkları önlemek için bakım aktivitelerine direkt olarak katılmadır, bireysel olarak performans gösterebilmedir. Özbakım genel olarak tanımlanmasının yanında kalp yetersizliğinde daha çok sağlık bakımı, kararlar ve davranışların sonuçlandığı hastalık yönetim süreci, stabilitenin sürdürülmesi ve durumunda değişiklik fark edebilme olarak tanımlanır (Buck ve ark. 2015).

Kalp yetersizliğinde özbakım aktiviteleri sağlık stabilitesine katkıda genellikle çoklu ilaç yönetimini, önerilen diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumu, günlük egzersizlere katılımı, günlük kilo takibini ve semptomlarda değişiklik yönetimini içerir ve sağlık bakım sistemine yol gösterir. Örneğin, sıvı yüklenmesi fark edildiğinde ekstra bir

diüretik ilaç alma ya da sağlık personeli çağırma, semptom değişiklik yönetiminin iyi yapıldığının göstergesidir. Kalp yetersizliğinde özbakım aktivitelerine katılım, pozitif hasta sonuçları için gereklidir (Calo ve ark. 2012; Dickson ve ark. 2013; Buck ve ark. 2015).

Kalp yetersizliği olan hastalar özbakım davranışlarına ve aktivitelerine ‘nasıl’ katılabileceklerini anlamada zorlandıklarını ifade etmekte. Bu stratejileri anlama, hastaların katılımını geliştirecek, sağlık profesyonellerine ve informal bakım verenlere yardım edecek, hastaların karşılanmamış özbakımlarını desteklemeyi geliştirecektir (Spaling ve ark. 2015).

Kalp yetersizliği, kötü yaşam kalitesi, hastaneye tekrar yatışlarla ilişkili ve erken ölümlerle sonuçlanan dünya çapında gelişmiş ölkelerde sık görölen bir sendrom olduğundan hasta sonuçlarının geliştirilebilmesi için özbakım gereklidir (Lee ve ark. 2015; Davis ve ark.2014).

1980’li yıllarda sağlık profesyonelleri özbakım kavramını çalışmaya başlamışlardır ve özbakımın başarılı hastalık yönetimi için gerekliliği gösterilmiştir. Şimdilerde ise tıp literatüründe 25.000 den fazla makalede bu terim yerini almıştır (Riegel ve Dickson 2008).

2.8. KALP YETERSİZLİĞİ ÖZBAKIMINDA BAKIM VERENLERİN KATKISI

Türk Dil Kurumu’na göre bakım; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, emek verme biçimi, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama olarak tanımlanmaktadır. Bakım verme, bakım veren bireyler açısından çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir. Büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi doyum sağlama, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma gibi olumlu özellikleri mevcuttur.

Bakıma gereksinim duyanlara bakım hizmeti, formal ve informal bakım olmak üzere iki şekilde sunulabilir. Formal bakım, resmi ve özel kurumlar ile sağlık ve sosyal hizmetler desteği veren gönüllü kuruluşların verdiği hizmetlerdir. İnfomal bakım ise aile, yakın akraba, komşu ve arkadaşların verdiği hizmetlerdir. (Tölüce 2012).

Informal bakım verenler; genellikle akraba, arkadaş veya komşu olan, uzun dönemde ihtiyaç duyulan bakımı sağlayan kişiler olarak tanımlanmaktadır (Kang ve ark. 2011).

Türk Dil Kurumu'na göre katkı; bir işin yapılmasına, gerçekleşmesine emek, bilgi ile katılma, yardım olarak tanımlanmaktadır (TDK Erişim 29.03.15).

Kalp yetersizliği olan bireylerin özbakımına bakım veren katkısı, hasta bireye zaman, güç sağlama ve özbakımını gerçekleştirebilmesinde başka biri tarafından destek sağlama olarak tanımlanmaktadır (Vellone ve ark. 2013;2014). Bu tanımlama birkaç çalışma tarafından desteklenmektedir ki; bakım verenlerin stresli olabilmelerine rağmen, hastanın özbakım devamlılığının ve yönetiminin daha iyi sağlanmasında katkılarından bahsetmektedir (Sebern ve Riegel 2008; Vellone ve ark. 2013).

Kalp yetersizliğinde özbakım, bireyin önerilen davranışları gösterebilmesi için bir başka kişinin yetenek ve motivasyonuna ihtiyaç duyar. Özbakım çoğunlukla aile desteği ile oluşur fakat kalp yetersizliği özbakımında aile desteği çok az bilinmektedir (Stamp ve ark. 2015). Aile üyeleri özbakımı olumlu yönde etkileyebilir ve hastaların hastalığa adaptasyon sürecinde ve sağlık davranışlarının sürekliliğinin sağlanmasında destekleyici rol alırlar (Dunbar ve ark. 2008; Hwang ve ark. 2011).

Informal bakım verenler kalp yetersizliği özbakımında önemli rol oynamaktadır. Kalp yetersizliğinde özbakım belirgin öneme sahip iken hastalar ısrarla özbakım aktivitelerine katılmadıklarında sağlıkta bozulmalar meydana gelmektedir; düşük yaşam kalitesi, hastanede uzun süre ve tekrarlı yatışlar ile yüksek mortalite oranları oluşur.

Dünya çapında yükselen kalp yetersizliği prevalansı ile birlikte,tahmin ediliyor ki güncel kalp yetersizliği dünya çapında sağlık bakım harcamalarını %1.1 ile 1.9 arasında, gelişmiş ülkelerde ise %50-%74 oranında tüketirken, bu durum sürekli hospitalizasyona bağlanmaktadır. Ev ortamlarında özbakım aktivitelerini en uygun şekilde yapabilme, üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yükselen maliyet karşısında önemli bir siper olmayı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Özbakım, aile üyesi ya da arkadaşlar gibi informal bakım verenlerin çeşitli yardım düzeyleriyle birlikte kalp yetersizliği olan hastalar tarafından üstlenilir. İlaç uyumu, hastaneye yeniden yatışlarda düşük oranlar, diyet uyumu ve günlük kilo

kontrolü bakım veren desteği ile ilişkilidir. Bakım verenlere ilişkin literatür, bakım verme deneyiminin niteliksel meta sentezini incelemiştir, bugüne kadar hiçbir görüş bakım verenler tarafından gösterilen spesifik aktiviteleri sistematik olarak belirlememiştir ve tanımlamamıştır. Hasta sonuçları üzerindeki bakım verenlerin aktivitesi etkilerini anlamakta güçlük çekildiği belirtilmiştir.

Yapılan çalışmalar gösteriyor ki, hastaların özbakımına bakım verenlerin katkıları hakkında bilgiye ulaşmada önemli boşluklar vardır. Özellikle bakım verenlerin semptom ve tedavi değerlendirme sürecinde ne şekilde rol aldıkları konusu ve nasıl katkı sağladıkları konusu belli değildir. Semptom ve tedavi değerlendirme, semptom tanılama ile bağlantılı olmuştur. Semptomları hızlıca tanılayan kişiler sayesinde tedavi değerlendirmeleri ölçülürken, belirlenirken yüksek skorlar elde etme olasıdır. Diğer kronik hastalık popülasyonunda hastalar ve bakım verenler bilgi, enerji ve aktivitelerini birleştirerek beraber mücadele etmektedir (Buck ve ark 2015). Ayrıca özbakım güvenilirliği ile kalp yetersizliğinde özbakımın etkileri; ekonomik sonuçlar üzerinde yatıştırıcı, hafifletici olduğu, sosyal destek ve kalp yetersizliği özbakım yönetimi arasındaki ilişkide arabulucu olduğu belirtilmektedir (Riegel ve Dickson 2008).

Hasta özbakımında bakım verenlerin katkılarını değerlendirebilmek için psikometrik bir araç geliştirmeye ihtiyaç vardır. Yük ve sosyal destek gibi benzer yapıları ölçmek için araçlar geliştirilirken, özbakımda bakım veren katkısını özellikle ölçen bir araç geliştirilmemiştir, Hasta özbakımında bakımveren katkısını ölçmek için İtalya’ da Vellone ve ark. (2013) tarafından bir ölçek tasarlanmış, geçerli ve güvenilir bir metod olduğu gösterilmiştir. Sonuç olarak kalp yetersizliği olan hastaların özbakımında bakım verenlerin katkısına yükselen ilgi olduğu açıktır (Buck ve ark. 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Metodolojik araştırma olarak planlanan bu çalışmada, kalp yetersizliği olan hastaların özbakımında bakım verenlerin katkılarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan “Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeği” (Caregiver Contribution to Self-care of Heart Failure Index) adlı ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması amaçlandı. Bu kapsamda ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapıldı.

Çalışmada yanıtları aranan sorular şunlardır:

1. Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeği yeterli güvenilirliğe sahip midir?
2. Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeği maddelerinin faktör yükü yeterince yüksek ve anlamlı mı, ölçeğin uyum değerleri iyi veya kabul edilebilir düzeyde midir?
3. Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeği ile bakım verenlerin eğitim durumu ile bakıma katkıları arasında anlamlı ilişki var mı?

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma, Nisan-Aralık 2014 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı servis ve polikliniğinde gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

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 (DeVellis 2003; Tavşancıl 2006) önerilmekte; test-tekrar test değerlendirmesinin yapılabilmesi içinde en az 30 çift veri olması gerektiği bildirilmektedir (Tavşancıl 2005). Bu çalışmada ölçek madde sayısı esas alınarak 150 hasta ve bakım verene ulaşılması hedeflendi. Olasılıksız yöntemlerden

rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak gerçekleştirilen tez çalışması toplam 165 hasta ve bakım veren ile tamamlandı.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- a) Çalışmanın amacı ve çalışmadan beklentiler hakkında bilgilendirme yapılmış ve çalışmaya katılmaya istekli olduklarına dair onam alınmış bireyler
- b) New York Heart Association sınıflamasına göre evre-3 ve evre-4 kalp yetersizliği olan hasta ve bakım verenleri olma
- c) En az 3 ay önce kalp yetersizliği tanısı konulan ve tekrar hastaneye yatışları olan hasta yakını olma (bakım veren olma)
- d) İletişim kurmayı engelleyen herhangi bir sorunu olmayan (Türkçe bilen, soruları algılamasını etkileyecek düzeyde anlama problemi olmayan) bireyler.

3.4. Etik Konular

Kalp yetersizliği özbakımında bakım verenlerin katkısı ölçeği kullanımı için Vellone'den izin alındı (EK-7). Çalışmanın yürütülebilmesi için İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'ndan yazılı onay alındı (EK-8). Araştırmanın etik ilkelere uygunluğu İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirildi ve etik onam alındı (EK-9). Araştırmaya dahil edilen hasta ve yakınları bilgilendirilip sözlü ve yazılı onamları alındı (EK-2).

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma seçim kriterlerine uyan hastaların bakım verenlerine araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile formlar uygulandı. Görüşmeler kardiyoloji servisinde yatan hastaların odasında, poliklinikte ise muayene odalarında uygun zamanlarda gerçekleştirildi, görüşmelerin çoğu serviste hasta odalarında gerçekleştirildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden bakım verenlere genel olarak çalışmanın amacı ve görüşme konusunda açıklama yapıldı. Araştırmayı kabul eden bakım verenlerden yazılı onam alındı ve formler uygulandı (EK-2). Aynı örneklem grubundaki 20 hasta yakını ile 15-20 gün ara ile test-tekrar test uygulaması için ikinci görüşme yapıldı (Gözüm ve Aksayan 2003; Tavşancıl 2005; Polit ve Beck 2010).

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, hastaların ve bakım verenlerin sosyodemografik özellikler formu ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılacak olan Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeği ile bakım verenlerden toplandı. Veri toplama formlarının doldurulması 15-20 dakika zaman aldı.

3.6.1. 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 (EK-3 ve EK-4).

3.6.2. Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeği (Caregiver Contribution to Self-Care of Heart Failure Index)

Ercole Vellone ve arkadaşları tarafından 2013 yılında İtalya'da geliştirilmiştir. Bu ölçek kalp yetersizliği hastalarının özbakımı indeksinden (SCHFI) bakım verenlerin katkılarını değerlendirmede, ölçeğin psikometrik özelliklerinin incelenmesi için modifiye edilmiştir. 22 maddeden oluşan “Kalp yetersizliği özbakımında bakım verenlerin katkısı ölçeği” 3 ayrı skaladan oluşmaktadır (EK-5). A. Bölümünde; kalp yetersizliğinin hasta özbakım sürekliliğini sağlamaya bakım veren katkısını; semptom yönetimini (2 madde), fiziksel aktiviteyi (2 madde), medikal tedavi uyumunu (5 madde), sodyum alımı kontrolünü (2 madde) değerlendiren 4 alt boyut bulunmaktadır. B. bölümünde; bakım verenlerin hasta özbakım yönetimine katkısını; otonom (4 madde), yönlendirici bağımlı (2 madde) yönetimini değerlendiren 2 alt boyut bulunmaktadır. C. bölümünde; bakım verenlerin güvenilirliğinin hasta özbakımına katkısını; gelişmiş düzeyde (3 madde), temel düzeyde (3 madde) güveni değerlendiren 2 alt boyut bulunmaktadır (Tablo 3-1).

Tablo 3-1. Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeği'nin Alt Boyutları ve Boyutlardaki Maddeler

Alt Boyutlar	Maddeler
A. Bölüm	
Özbakım sürekliliğine katkı	
Semptom Yönetimi	1, 2
Fiziksel Aktivite	4,7
Medikal tedavi uyumu	3, 5 ,6, 8, 10
Na alımı kontrolü	6, 9
B. Bölüm	
Özbakım yönetimine katkı	
Otonom yönetim	11, 12, 13, 16
Yönlendirici bağımlı yönetim	14, 15
C. Bölüm	
Bakım veren güvenilirliğinin hasta özbakımına katkısı	
Gelişmiş düzeyde güven	17, 21, 22
Temel düzeyde güven	18, 19, 20

3.7. Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması Aşamaları

3.7.1. Dil ve Kapsam Geçerliliği

Öncelikle aracı geliştiren araştırmacı ile yazılı iletişim kurularak özgün aracın ülkede kullanılma izni alınmalı, yazar hakları ile ilgili kurallara uyulacağı, araç sahibinin özel istekleri varsa – ücret ödeme, yazarlar içinde adına yer verme gibi- bunların yerine getirileceği belirtilmelidir. Aracın tam metni ve varsa kullanım ve değerlendirme protokolü istenmelidir (Erefe 2004).

Bir ölçeğin dil uyarlamasında kavramsallaştırma ve anlatım farkını en aza indirebilmek için çeviri yöntemi kullanılır. Bir uyarlama çalışmasında en önemli noktalardan birisi ölçeği çevirecek çevirmenlerin doğru seçimidir. Çevirmenler her iki dili iyi bilen, akıcı konuşabilen, her iki dil ve kültürde eşdeğer anlamı ifade edebilen, aynı zamanda ölçek ile ilgili konuyu bilen, ölçek yapısı ve ölçülen yapı hakkında bilgiye sahip olan kişiler olmasına dikkat edilmelidir (Deniz 2007; Savaşır 1994).

Çeviride tek taraflı çeviri ya da çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılabilir. En sık kullanılan geri çeviri yönteminde ölçek ana dilden uyarlama yapılacak olan dile çevrildikten sonra tekrar ana diline çevirip anlam yönünden değerlendirilmesi durumudur (Aksayan ve Gözüm 2002). Çevirisi tamamlanmış ölçeğin maddelerin anlaşılabilirliğini değerlendirmek için bir odak grupta ön uygulama yapılmalıdır (Aksayan ve Gözüm 2002).

Ölçeğin dil ve çeviri çalışmaları literatürde belirtildiği şekilde aşağıda belirtilen adımlar izlenerek yapıldı:

1. Ölçek, her iki dili de iyi bilen bir kişi tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrildi (Beaton 2002).
2. Çevirinin, her iki dili çok iyi konuşan ve yazan bir uzman tarafından Türkçe'den İngilizce'ye geri çevirisi yapıldı (Beaton 2002; Aksayan ve Gözüm 2002).
3. İngilizce'ye geri çeviri yapılan ölçek ile özgün İngilizce ölçek sahibi tarafından karşılaştırıldı ve küçük bir öneride bulunarak ölçeğin son hali oluşturuldu. Ölçek bir öğretim üyesi hekim, dört hemşire öğretim üyesi tarafından çevirinin uygunluğu ve kapsam yönünden incelendi. Uzmanlardan her bir ölçek maddesinin uygunluğu ve anlaşılabilirliğini kapsam geçerlilik indeksine (KGI) göre 1-4 arasında puan vererek değerlendirmeleri istendi (4: çok uygun, 3: oldukça uygun ancak ufak değişiklik gerekir, 2: biraz uygun, ifadenin revizyonu gerekir, 1: uygun değil). Ölçeğin KGI değeri 0,96 olarak hesaplandı. Uzmanlardan gelen öneriler değerlendirilerek ölçeğe son şekli verildi (Beaton ve ark. 2000; Aksayan ve Gözüm 2002).
4. Uzman görüşünden sonra son şekli verilen ölçeğin, araştırma kapsamına alınan 15 kişilik bir gruba ön uygulaması yapıldı. Ön uygulamada her bir madde anlaşılır bulunduğu için ölçekte herhangi bir değişikliğe gidilmedi (Beaton ve ark. 2000; Aksayan ve Gözüm 2002).

3.7.2. Ölçeğin Yapı Geçerliliği

Yapı geçerliliği ölçek içindeki maddelerin bir bütün olarak ele alındığı tek bir kavramı ya da birkaç kavramı ölçtüğünü sayısal olarak ortaya çıkaran bir yöntemdir. Hazırlanan soruların, belirtilen özellikleri ne derece ölçebildiği sorunun yapı geçerliliği ile ilgilidir. Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeği'nin Türk kültüründeki yapısını inceleyebilmek için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır.

Doğrulayıcı faktör analizinde, yapı ile gözlenen değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlılığı test edilir. Doğrulayıcı faktör analizi, özellikle daha önceden geliştirilmiş olan ölçeklerin uyarlanmasında kullanılması gereken bir yöntemdir (Eser ve Baydur 2007). Doğrulayıcı faktör analizi hesaplanmasında en çok kullanılan programlar, Linear Structural Relations (LISREL), Analyses of Moment Structures (AMOS) programlarıdır (Eser ve Baydur 2007).

Modeldeki tüm ilişkiler beklentiler doğrultusunda çıkmış olsa bile, doğrulayıcı faktör analizi çalışmalarında modele ilişkin son değerlendirmeyi yapabilmek için bazı bağımsız değerlendirme ölçütlerine başvurmak gerekmektedir. Uyum iyiliği indeksleri (Goodness of Fit Indices) olarak adlandırılan bu değerler, her bir modelin, bir bütün olarak data tarafından kabul edilebilir bir düzeyde desteklenip desteklenmediğine ilişkin yargıya ulaşılmasına olanak tanır (Şimşek 2007).

Yurdagül'ün (2007) makalesinde belirttiği gibi doğrulayıcı faktör analizinde kullanılan uyum indeksleri ve uyum eksikliği (lack of fitting) üzerine çok çeşitli çalışmalar söz konusudur.

Yapısal eşitlik modellemesi (YEM); gözlenen ve gözlenemeyen değişkenler arasındaki nedensel ilişkilerin sınanmasında kullanılan kapsamlı bir istatistiksel tekniktir. Model uygunluğunun değerlendirilmesinde kullanılan birbirinden farklı uyum iyiliği indeksleri ve bu indekslerin sahip olduğu istatistiksel fonksiyonlar bulunmaktadır. Önerilen indeksler arasında en çok kullanılanlar; benzerlik oranı ki-kare serbestlik derecesi istatistiği (χ^2/df), RMSA (Ortalama hata karekök yaklaşımı –Root mean square error approximation), GFI (Uyum iyiliği indeksi- Goodness-of-fit-index) ve CFI (Karşılaştırmalı uyum indeksi- Comparative fit indeks) 'dir (Yılmaz ve ark. 2006; <http://ericae.net/ft/tamu/Cfa.htm>).

Ki kare testi sonucunda görülen farksızlık, model ile gözlenen değişkenlerin maksimum uyumunu ifade eder. $\{\chi^2 / df\}$ oranının 3:1'den küçük değer olması modelin iyi bir model olduğunu göstermektedir (Yılmaz ve ark. 2006; <http://www.yapisalesitlik.com/yem.php?gln=ortuk>).

Yaklaşık hataların karekökü (RMSEA) değerinin 0,05'ten küçük olması iyi bir model olduğunu gösterir. Karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI) değerinin 0.90'dan büyük olması, kabul edilebilir bir uyum iyiliği değerini, 0,95'ten büyük olmaları ise iyi bir uyum iyiliği değerinin göstergesi olarak kabul edilmektedir (Eser ve Baydur 2007).

3.7.3. Ölçeğin Güvenilirliği

Güvenilirlik bir ölçme aracının aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde birbiriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları vermesidir (Özgüven 2000; Aksayan ve Gözüm 2002; Ercan ve Kan 2004; Eser ve Baydur 2007).

Bir ölçme aracının duyarlı, birbiriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilmesi ve değişmezlik, yeterlilik, kestirim, eşdeğerlik ve tutarlık özelliklerini sergilemesini anlatan güvenilirliğin çeşitli yöntemlerle değerlendirildiği bilinmektedir (Gözüm ve Aksayan 2003).

Bu çalışmadaki ölçme aracının güvenilirliği test-tekrar test ve iç tutarlılık denetlemesinde kullanılan Cronbach alfa ile sınıandı. Ölçeğin alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa, ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yordayan maddelerden oluştuğu varsayılır. Cronbach Alfa Katsayısının değerlendirilmesinde kullanılan değerlendirme kriteri;

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücü olan test-tekrar test değerlendirmesine, örneklem grubu için belirlenen özelliklere sahip 20 hasta ve bakım veren alındı. Bu gruba ölçek uygulandı ve 15- 20 gün sonra uygulama tekrarlandı. Spearman korelasyon tekniği

kullanılarak ilk ve son sonuçların karşılaştırılmasıyla ölçek maddelerinin anlamlarının (ifadelerinin) zamana karşı değişmezliği sınandı.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulguların istatistiksel analizi için SPSS ve LISREL programı kullanıldı (<http://bilgiislem.istanbul.edu.tr/?p=6787>). Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Cronbach Alfa tekniği, Spearman korelasyon analizi, doğrulayıcı faktör analizi, benzeme ve ayırma geçerlilik analizi, uyum iyiliği indeksleri kullanıldı. SPSS ile sonuçlar %95’lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi

(Tablo 3-2).

Tablo 3-2: Çalışmada Kullanılan İstatistiksel Analizler

Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeği Uyarlama Çalışması	İç Tutarlılık: Cronbach Alfa Test tekrar test: Spearman Korelasyonu Yapı geçerliliği: Uyum İyiliği İndeksleri Doğrulayıcı Faktör Analizi, Benzeme ve Ayırma Geçerlilik Analizi
Tanımlayıcı istatistikler	Yüzdelik, ortalama, standart sapma

4. BULGULAR

Araştırma bulguları;

1. Örneklem grubunun sosyodemografik özellikleri ve hastalığa ilişkin bulgular
2. Bakım verenlerin eğitim durumları ile KYÖBKÖ (Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeği) puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular
3. Ölçek maddelerinin tanımlayıcı analizleri
4. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğine ilişkin bulgular

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

Bu bölümde hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri ile bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular verildi. Araştırmaya katılan erkek ve kadın hastaların oranı yaklaşık olarak eşittir. Hastaların %50,3'ünün (n=83) kadın, %49,7'sinin (n=82) erkek olduğu; hastaların çoğunun %47,3'ünün (n= 78) ilkokul 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 (Tablo 4-1).

Tablo 4-1: Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Özellikler	n	(%)
Cinsiyet		
Erkek	82	(49,7)
Kadın	83	(50,3)
Yaş ($\bar{x}$, ss)	65,21	13,94
Eğitim Durumu		
İlkokul	78	(47,3)
Ortaokul	23	(13,9)
Lise	22	(13,3)
Üniversite	15	(9,1)
Diğer	27	(16,4)
Medeni Durum		
Evli	117	(70,9)
Bekar	4	(2,4)
Dul/ Boşanmış	44	(26,7)
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	14	(8,5)
Çalışmıyor	151	(91,5)
Meslek		
Ev hanımı	74	(44,8)
Memur	6	(3,6)
Serbest	10	(6,1)
Diğer	75	(45,5)
Hastalık Evresi (NYHA)		
NYHA 3	80	(48,5)
NYHA 4	85	(51,5)

Tablo 4-2: Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler	n	(%)
Cinsiyet		
Erkek	40	(24,2)
Kadın	125	(75,8)
Yaş($\bar{x}$,ss)	44	(15,21)
Eğitim Durumu		
İlkokul	47	(24,2)
Ortaokul	31	(18,8)
Lise	50	(30,3)
Üniversite	35	(21,2)
Diğer	2	(1,2)
Medeni Durum		
Evli	135	(81,8)
Bekar	25	(15,2)
Dul/ Boşanmış	5	(3)
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	61	(37)
Çalışmıyor	104	(63)
Meslek		
Bakıcı	1	(0,8)
Emekli	19	(11,5)
İşçi	1	(0,6)
Öğrenci	3	(1,8)
Kuaför	1	(0,6)
Ev hanımı	79	(47,9)
Memur	33	(20)
Serbest	27	(16,4)
Hasta ile Yakınlık Derecesi		
Eşi	50	(30,3)
Çocuğu	85	(51,5)
Yeğeni	8	(4,8)
Kardeş	8	(4,8)
Annesi	1	(0,6)
Gelini	11	(6,7)
Torunu	2	(1,2)
Hasta ile beraber yaşama durumu	99 (evet)	(60)
Ortalama bakım verme saati	5,48 ($\bar{x}$)	

Tablo 4-2’de görüldüğü gibi bakım verenlerin yaş ortalamasının 44, % 75,8’inin (n=125) kadın, %24,2’sinin 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. Ayrıca bakım verenlerin n=135’İ hastanın eşi ve çocukları olduğu, %60’nın (n=99) hasta ile beraber yaşadığı, ortalama 5 saat bakım verdikleri görüldü.

4.2. Bakım Verenlerin Eğitim Durumları ile Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bakım verenlerin eğitim düzeylerine göre, kalp yetersizliği özbakımında bakım verenlerin katkısı ölçeğinden alınan puanların ortalamaları arasında istatistiksel bakımdan önemli bir farklılık bulunup bulunmadığını belirlemek amacıyla bakım verenler eğitim düzeylerine göre ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite olmak üzere dört gruba ayrılmıştır. Bu grupların kalp yetersizliği özbakımında bakım verenlerin katkısı ölçeğinden aldıkları puanların ortalama değerleri, standart sapmaları ve n değeri Tablo 4-3’te verilmiştir.

Tablo 4-3: Bakım Verenlerin Eğitim Düzeylerine Göre KYÖBKİ $\bar{x}$, ss ve n değeri

Değişkenler	Eğitim Durumu	$\bar{x}$	ss	n
Özbakım Sürekliliğini Sağlama	İlkokul	21,15	3,92	47
	Ortaokul	22,23	4,70	31
	Lise	23,34	4,59	50
	Üniversite	25,26	4,73	35
Özbakım Yönetimine Katkısı	İlkokul	6,36	3,42	47
	Ortaokul	6,48	3,31	31
	Lise	7,98	3,70	50
	Üniversite	9,46	4,27	35
Bakım Veren Güvenirliği	İlkokul	13,28	2,66	47
	Ortaokul	12,97	3,27	31
	Lise	13,76	2,43	50
	Üniversite	15,46	2,76	35

KYÖBKİ: Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeği

$\bar{x}$: ölçekten alınan ortalama puanlar

ss: Alınan puanların standart sapması

n: Örneklem sayısı

Tablo 4-3'te görüldüğü gibi, bakım verenlerin eğitim düzeyi arttıkça, hem özbakım sürekliliği sağlama hem de özbakım yönetimine katkı boyutlarından alınan puanlar yükselmektedir. Bununla birlikte, bakım veren güvenirliliği boyutundan alınan puanlar arasında farklılık gösterse de, bu farkın belli bir eğilim göstermediği görülmektedir.

Tablo 4-4: KYÖBKÖ Betimleyici İstatistikler

Ölçekteki Maddeler	$\bar{x}$	SS	Min	Max
1.Kilo kontrolü yapma	2,30	0,90	1	4
2.Ayak bileklerini şişlik açısından kontrol etme	2,65	0,96	1	4
3.Hastalanmayı önlemeye çalışma (Grip aşısı, hasta insanlardan uzak durma)	1,83	1,01	1	4
4.Bazı fiziksel aktiviteler yapma	1,65	0,89	1	4
5.Doktor ya da hemşire randevularına gitme	3,68	0,61	2	4
6.Az tuzlu diyet ile beslenme	2,84	1,05	1	4
7.Gereğinde yardım ile 30 dk egzersiz yapma	1,25	0,49	1	3
8. İlaçları almayı unutmama	3,68	0,62	2	4
9.Dışarıda ya da arkadaşlarını ziyarete gittiğinde yemek yerken az tuzlu şeyler isteme	1,47	0,79	1	4
10.İlaçları hatırlamaya yardımcı olacak bir yöntem kullanma (ilaç kutusu, alarm)	1,72	1,1	1	4
11.Bunun bir kalp yetersizliği belirtisi olduğunun ne kadar hızlı farkına vardınız?	1,63	1,10	0	4
12.Beslenmede tuzu azaltma	1,96	1,12	1	4
13.Sıvı alımını azaltma	1,71	0,94	1	4
14.Fazladan idrar söktürücü ilaç alma	1,38	0,82	1	4
15. Danışmak için doktor ya da hemşireyi arama	3,90	0,30	3	4
16. Tedavinin işe yarayıp yaramadığından ne kadar eminsiniz	0,91	1,08	0	4
17.Kalp yetersizliği belirtilerinden hastayı koruma	1,33	0,56	1	3
18.Verilen tedavi önerisine uyma	3,30	0,58	2	4
19. Belirtilerin önemini değerlendirme	2,68	0,75	1	4
20. Belirtiler ortaya çıktığında hastanın sağlığındaki değişiklikleri fark etme	2,97	0,60	1	4
21. Hastanın belirtilerini rahatlatacak birşeyler yapma	1,97	0,68	1	4
22. Bir tedavinin etkinliğini değerlendirme	1,85	0,77	1	4

KYÖBKÖ: Kalp yetersizliği özbakımına bakım verenlerin katkısı ölçeği

Tablo 4-4'te görüldüğü gibi kalp yetersizliği özbakımında bakım verenlerin katkısı ölçeğinin maddelerinin ayrı ayrı tanımlayıcı istatistikleri belirlendi. Bakım verenlerin hastanın özbakım sürekliliğini sağlamaya katkısını gösteren boyuttaki maddelerden en yüksek skora sahip; “ilaçları almayı unutmama”, “doktor ya da hemşire randevularına gitme”, “ayak bileklerini şişlik açısından kontrol etme” maddeleri olduğu saptandı. En düşük skora sahip olanları ise “30 dk egzersiz yapma”, “dışarıda ya da arkadaşlarını ziyarete gittiğinde yemek yerken az tuzlu şeyler isteme” maddeleri olduğu görüldü. Özbakım yönetimine katkı boyutunda ise “danışmak için doktor ya da hemşireyi arama” maddesinin en yüksek skora sahipken “fazladan idrar söktürücü ilaç alma” ve “tedavinin işe yarayıp yaramadığından ne kadar eminsiniz” maddelerinin ise en düşük skora sahip olduğu saptandı. Bakım verenlerin güvenilirliğinin hasta özbakımına katkı boyutunda “verilen tedavi önerisine uyma” ve “belirtiler ortaya çıktığında hastanın sağlığındaki değişiklikleri fark etme” maddelerinin en yüksek skora sahip olduğu, “kalp yetersizliği belirtilerinden hastayı koruma” ve “bir tedavinin etkinliğini değerlendirme” maddelerinin ise en düşük skora sahip olduğu görüldü.

4.3. Ölçeğin Geçerlilik ve Güvenilirliğine İlişkin Bulgular

4.3.1. Geçerlilik Analizleri

4.3.1.1. Kapsam Geçerliliği

Kapsam geçerliliği ölçme aracı içindeki maddeler veya soruların ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı konuları dengeli bir şekilde temsil etmesidir (Erefe 2002). Ölçeğin kapsam geçerliliği 0,96 bulundu.

4.3.1.2. Yapı Geçerliliği (Faktör Analizi)

Yapı geçerliliği çalışmaları, ölçme aracının ölçtüğü faktörler incelenerek ya da geçerliliği araştırılan ölçme aracının diğer ölçek ve ölçülerle olan ilişkisini araştırarak gerçekleştirilir (Gözüm ve Aksayan 2003).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması çalışmasında yapı geçerliliğini değerlendirmek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapıldı. Ölçeğin faktör yapısı kompleks olduğu için öncelikle maddelere ilişkin betimleyici istatistikler yapıp, alt boyutlara ilişkin doğrulayıcı faktör analizi uygulandı.

A. Özbakım Sürekliliğini Sağlama:

Özbakım sürekliliğini sağlama boyutu aşağıda belirtilen 4 alt boyuttan oluşmaktadır:

1. Semptom Yönetimi : 1. ve 2. Maddeler
2. Fiziksel Aktivite : 4. ve 7. Maddeler
3. Medikal tedavi uyumu : 3., 5., 6., 8. ve 10. maddeler
4. Na alımı kontrolü : 6. ve 9. Maddeler

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 4-5'te verilmiştir.

Tablo 4-5: Özbakım Sürekliliğini Sağlama Boyutuna İlişkin DFA Sonuçları

Model	S-B χ^2	sd	p	$\frac{\chi^2}{sd}$	CFI	RMSEA	SRMR	$\Delta\chi^2$
1.Dört Boyutlu Model	41,21	28	0,05	1,47	0,97	0,01(,00-,09)	0,01	
2.Tek Boyutlu Model	163,83	35	0,00	4,68	0,75	0,15(,13-,18)	0,17	122,6
3.Üç Boyutlu Model	64,55	32	0,00	2,02	0,94	0,08(,05-,11)	0,10	23,34
4.Orijinal Model	37,22	27	0,08	1,38	0,97	0,04	0,04	

Özbakım sürekliliğini sağlamaya katkı boyutunun alt boyutlarıyla beraberinde doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen Uyum İndeksleri Karşılaştırmalı Uyum İndeksleri (CFI), Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root-Mean-Square Error of Approximation=RMSEA), ve Standardize Edilmiş Hataların Ortalama Karekökü (Standardized Root Mean Square Residual=SRMR) incelendi.

Tablo 4-5'te dört alt boyutlu kuramsal modele ilişkin genel uyum katsayıları yeterli görünmektedir (Kline 2010; Tabachnic ve Fidell 2013). Dört alt boyutlu bu boyutun RMSEA değeri 0,01 bulundu. Kikare/ sd değeri ise 1,47 bulundu. Bununla birlikte Model 1'e ilişkin analiz sonuçları gizil değişken kovaryans matrisinin pozitif tanımlanamadığı ve negatif artık varyans (heywoodcase) uyarısını vermektedir.

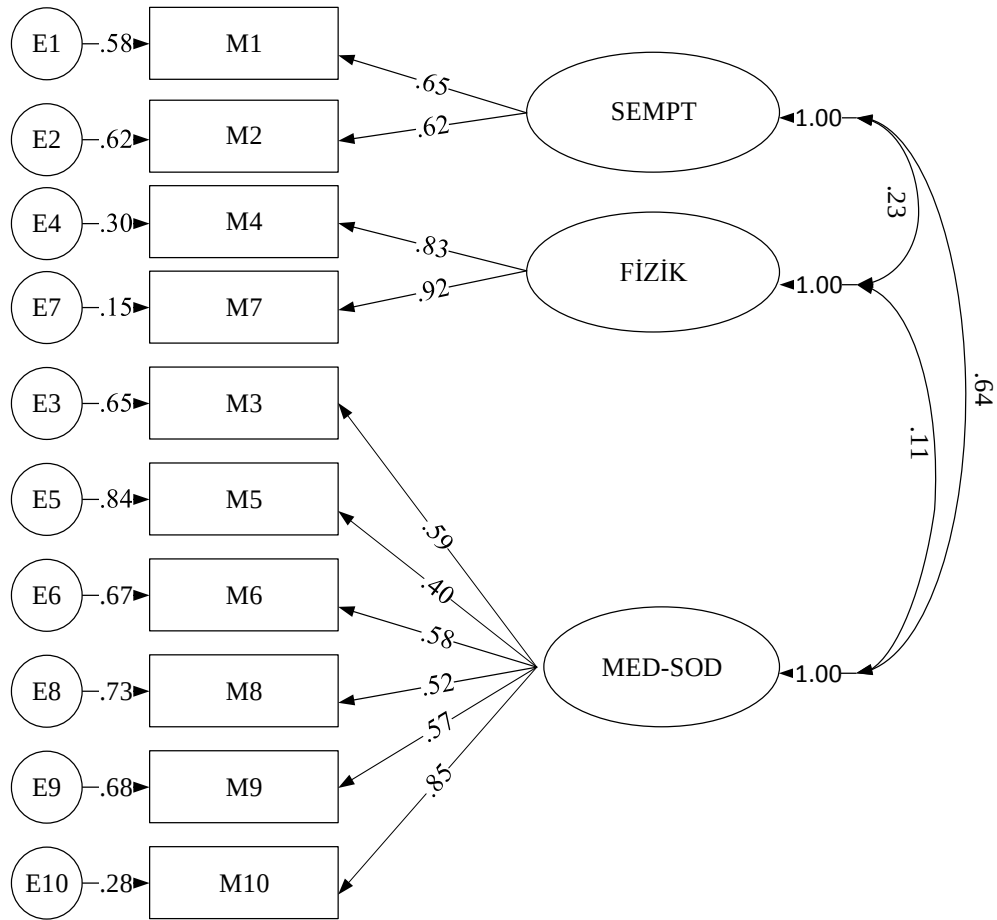
Heywoodcase, faktör varyansının 1'den büyük olması ve bu nedenle hata varyansının 0'dan küçük bulunmasıdır. Bu durumun sebebi olarak veriden fazla faktör çıkarılması ve 3 gösterge kuralının ihlal edilmesi olabilir (Hair, Black, Babin ve Andersan 2010). Nitekim dört boyutlu modelde, üç boyut ikişer maddeden 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 4-5'te 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.

Özbakım sürekliliğini sağlama boyutuna ilişkin benzeme (convergent) ve ayırma (discriminant) geçerliklerine ilişkin bilgiler Tablo 4-6'da sunuldu.

Tablo 4-6: 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 Uyumunu + NA alımı	0,77	0,36	0,41	0,21	0,64	0,11	0,60

Tablo 4-6’da, 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.



Şekil 1: Özbakım Sürekliliği Sağlama Boyutu-Faktör Yükleri

B. Özbakım Yönetimine Katkı

Bakım verenlerin hasta özbakım yönetimine katkı boyutu iki alt boyuttan oluşmaktadır:

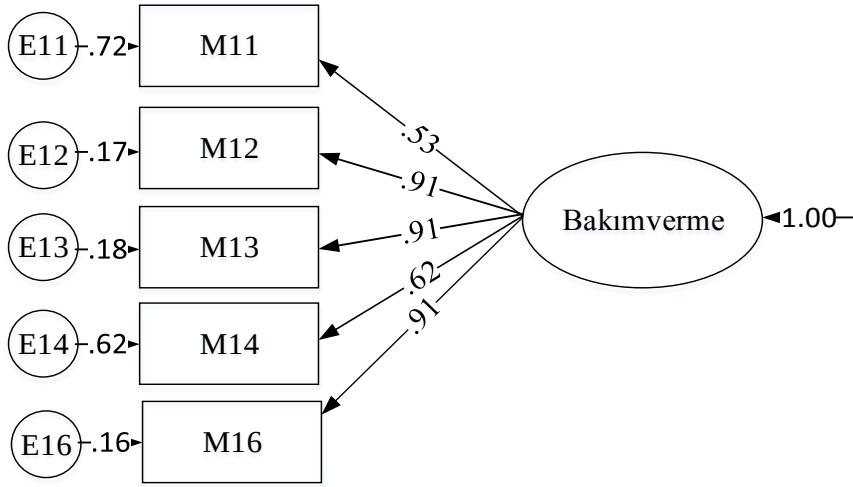
1. Otonom yönetim : 11., 12., 13. ve 16. Maddeler
2. Yönlendirici bağımlı yönetim : 14. ve 15. Maddeler

Bu boyuta doğrulayıcı faktör analizi yapılırken Vellone ve ark. larının ortaya koydukları iki boyutlu yapı öncelikle test edildi ve bu yapıya ilişkin sonuçlar tek boyutlu model sonuçlarıyla karşılaştırıldı. Modellere ilişkin genel uyum katsayıları Tablo 4-7’de verildi.

Tablo 4.7: Özbakım Yönetimine Katkı Boyutuna ilişkin DFA Sonuçları

Model	S-B χ^2	sd	p	$\frac{\chi^2}{sd}$	CFI	RMSEA	SRMR	$\Delta\chi^2$
1.İki boyutlu Model	34,87	8	0,00	4,36	0,95	0,15(,10-,20)	0,10	
2.Tek Boyutlu Model	32,99	9	0,00	3,67	0,96	0,13(,09-,18)	0,11	1,88
3.Tek Boyutlu Model (M15)	26,73	5	0,00	4,75	0,96	0,17(,11-,23)	0,07	
4.Orijinal Model	14,05	9	0,12	1,56	0,96	0,06	0,05	

Tablo 4-7’de iki boyutlu kuramsal modele ilişkin genel uyum katsayıları düşüktür. Ayrıca Model 1’e ilişkin analiz sonuçları M14 için negatif artık varyans (heywoodcase) uyarısını vermektedir. Yönlendirici bağımlı yönetim boyutunda iki maddenin bulunması, bu sonuca yol açmış görülmektedir. 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 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 görülmektedir.



Şekil 2: Özbakım Yönetimine Katkı Boyutu-Faktör Yükleri (Model 3)

C. Bakım Veren Güvenirliğinin Hasta Özbakımına Katkısı

Bakım verenlerin güvenirliğinin hasta özbakımına katkı boyutu iki alt boyuttan oluşmaktadır:

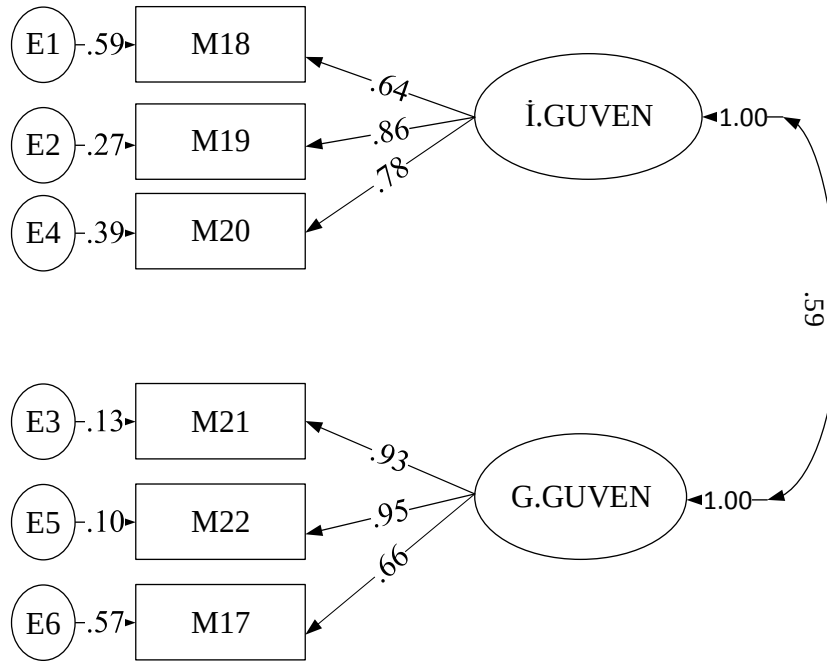
1. Gelişmiş Düzeyde Güven : 17., 21., ve 22. maddeler
2. Temel Düzeyde Güven : 18., 19. ve 20. Maddeler

Bu boyuta doğrulayıcı faktör analizi yapılırken öncelikle iki boyutlu yapı test edildi; bu yapıya ilişkin sonuçlar tek boyutlu model sonuçlarıyla karşılaştırılmıştır. Modellere ilişkin genel uyum katsayıları Tablo 4-8’de verilmiştir.

Tablo 4-8: Bakım Veren Güvenirliğinin Hasta Özbakımına Katkı Boyutuna İlişkin DFA Sonuçları

Model	S-B χ^2	sd	p	$\frac{\chi^2}{sd}$	CFI	RMSEA	SRMR	$\Delta\chi^2$
1.İki Boyutlu Model	5	8	0,76	0,63	1,00	0,00 (,00-,07)	0,03	
2.Tek Boyutlu Model	52,78	9	0,00	5,86	0,92	0,18 (,13-,23)	0,12	47,78
3.Orijinal Model	10,63	7	0,15	1,52	0,99	0,04	0,03	

Tablo 4-8’de iki boyutlu kuramsal modele ilişkin genel uyum katsayıları, ölçeğin orijinal formunda elde edilen değerlerden bile daha yüksektir. 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 yani kuramsal model maddeler arasındaki ilişkileri açıklamada tek faktörlü modelden daha iyi sonuçlar verdiği saptandı.



Şekil 3: Bakım Veren Güvenirliğinin Hasta Özbakımına Katkı Boyutu-Faktör Yükleri

4.3.2. Güvenilirlik Analizleri

Zamana Göre Değişmezlik ve İç Tutarlılık

Test-tekrar test güvenilirliğini, bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücü şeklinde tanımlamak mümkündür. Bir ölçme aracının aynı bireylere, aynı koşullarda, ancak farklı zamanlarda uygulaması esasına dayanır. Geliştirilen ya da uyarlanan ölçeğin test-tekrar test güvenilirliğini bulmak için iki uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki korelasyon hesaplanır (Ereke 2002).

Ölçme araçlarının iç tutarlılığı, ölçeğin bütün birimlerinin ilgililenen değişkeni ölçme yeteneğine sahip olduğunu gösteren güvenilirliktir. Alfa kat sayısı, iç tutarlılık güvenilirliğini sınamak için kullanılan yöntemlerden birisidir (Şenca 2005). Ölçeğin alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbiriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini sınavan maddelerden oluştuğu varsayılır (Erefe 2002).

Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeği iç tutarlılık katsayıları ve test-tekrar test güvenilirlik katsayıları Tablo 4-9’da verildi.

Tablo 4-9: 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
a. Semptom Yönetimi	0,54	0,77
b. Fiziksel Aktivite	0,70	0,73
c. 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
a. Gelişmiş Düzeyde Güven	0,81	0,61
b. Temel Düzeyde Güven	0,72	0,92

Tablo 4-9’da görüldüğü gibi, Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeği puanlarındaki iç tutarlılık cronbach alfa; test-tekrar test güvenilirliği ise spearman korelasyon katsayısı hesaplanarak incelenmiştir. Green ve Salkind (2005) iki değişken arasındaki ilişki incelenirken, $n > 30$ ise Pearson, $n < 30$ ise Spearman korelasyon katsayısının kullanılmasını önermektedir. Spearman korelasyon katsayılarının tümünün 0,70’den büyük olduğundan ölçümlerin güvenilir olduğu bulundu. 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.

5. TARTIŞMA

Kalp yetersizliği kronik bir hastalık olarak, yaşam süresinin önemli bir bölümünü etkiler, hastaneye tekrar yatışlara neden olur ve ölümle sonuçlanabilir, dünya çapında gelişmiş ülkelerde sık görülür (Riegel 2008). Fiziksel, emosyonel ve sosyal yaşamda önemli kısıtlamalara neden olan, günlük aktivitelerde sorunlara yol açan kalp yetersizliğinde hastaların özbakımı, özbakımın devamlılığı ve yönetimi için bakım veren katkısı oldukça önemlidir. Buck ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada informal bakım verenler kalp yetersizliği özbakımında önemli rol oynamaktadır. Yine Buck ve ark. (2015) yaptıkları kalp yetersizliği özbakımında bakım verenlerin katkısı adlı çalışmada, yapılan çalışmaların hastaların özbakımında, bakım verenlerin katkıları hakkında bilgiye ulaşmada önemli boşlukların olduğunu göstermişlerdir. Kalp yetersizliği hastalarında semptomları kontrol etmede, hastanın tedavi rejimine uyumunu sağlamada ya da semptomlarla başa çıkmada bakım verenlerin önemli rol oynayabileceği düşünüldüğünden Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeği'nin Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmak amaçlandı.

Kalp yetersizliği özbakımında bakım verenlerin katkısı ölçeği Vellone ve ark. tarafından 2013 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin özbakım sürekliliğini sağlamaya katkı boyutunda semptom yönetimi (2 madde), fiziksel aktivite (2 madde), medikal tedavi uyumu (5 madde), sodyum alımı kontrolü (2 madde) olan 4 alt boyutu vardır. Özbakım yönetimine katkı boyutunun otonom yönetim (4 madde), yönlendirici bağımlı yönetim (2 madde) olan 2 alt boyutu vardır. Bakım veren güvenirliliğinin hasta özbakımına katkı boyutunun ise gelişmiş düzeyde güven (3 madde), temel düzeyde güven (3 madde) olan iki alt boyutu vardır (Vellone ve ark. 2013).

Çalışmaya katılan kalp yetersizliği olan hastaların yaş ortalaması $65,21 \pm 13,94$ 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.

Hastaların %49,7'si (n=82) erkek, %50,3'ü (n=83) kadın; hastaların %47,3'ü ilkokul 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'ından fazlasının ilkokul 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.

Çalışmaya katılan bakım verenlerin yaş ortalamasının $44 \pm 15,21$, % 75,8'inin kadın, %24,2'sinin ise erkek; %81,8'nin evli, %15,2'sinin bekar olduğu; %63'ünün çalışmadığı; %47,9'unun ev hanımı olduğu saptandı. Ayrıca bakım verenlerin % 81,5'inin (n=135) hastanın eşi ya da çocukları olduğu, %60'ının (n=99) 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.

Bakım verenlerin hasta özbakımına katkılarını önemli ölçüde etkileyebileceği düşünülen eğitim durumu incelendiğinde %25,4'ü (n=49) okuryazar ve ilkokul 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 ilkokul mezunu, %30'unun yüksek okul eğitilmiş ve %9'unun üniversite mezunu olduğunu göstermişlerdir. Bu sonucun ülkemizin eğitim düzeyi ve deneklerin rastgele seçimlerinden kaynaklanıyor olabileceği düşünüldü.

Kalp yetersizliği özbakımında bakım verenlerin katkısı ölçeğinin maddelerinin ayrı ayrı tanımlayıcı istatistikleri belirlendi. Bakım verenlerin hastanın özbakım sürekliliğini sağlamaya katkısını gösteren boyuttaki maddelerden en yüksek skora sahip olanların; “ilaçları almayı unutmama”, “doktor ya da hemşire randevularına gitme”, “ayak bileklerini şişlik açısından kontrol etme” maddeleri olduğu saptandı. En düşük skora sahip olanların ise “30 dk egzersiz yapma”, “dışarıda ya da arkadaşlarını ziyarete gittiğinde yemek yerken az tuzlu şeyler isteme” maddeleri olduğu görüldü. Türk kültüründe akraba, arkadaş ziyaretlerinde, ikramlarda tuzsuz yiyecek istemenin genellikle uygun olmayacağı düşünüldüğünden bu maddenin düşük puan aldığı söylenebilir. Vellone ve ark. da (2013) yaptıkları çalışmada “doktor ya da hemşire

randevularına gitme” ve “ilaçlarını almayı unutmama” en yüksek; “egzersiz yapma” ve “kilo kontrolü” en düşük skora sahip bulunmuştur.

Özbakım yönetimine katkı boyutunda ise “danışmak için doktor ya da hemşireyi arama” maddesi en yüksek skora sahipken “fazladan idrar söktürücü ilaç alma” ve “tedavinin işe yarayıp yaramadığından ne kadar eminsiniz” maddelerinin ise en düşük skora sahip olduğu saptandı. Fazladan idrar söktürücü ilaç alma skorundaki düşüklüğün, Türk kültüründe hastaların ve yakınlarının, fazladan ilaç alma konusunda hekim işbirliği ile karar vermek istemelerinden kaynaklanabilir olabileceği düşünüldü. Devam eden çalışmalardan birinin ön analizlerinde, kalp yetersizliği hastalarının özbakımı, kilo kontrolü gibi kendi başına yapılan davranışlardan daha çok doktor tavsiyelerine uymakla ilgili gördükleri belirtilmektedir. Bakım verenlerin de benzer görüşe sahip olabileceği düşünüldü. Vellone ve ark. da (2013) yaptıkları çalışmada “fazladan idrar söktürücü ilaç alma” maddesini en düşük skora sahip bulmuşlardır. Danışmak için doktor ya da hemşireyi arama maddesinin yüksek puan almasının sebebinin ise sağlık ekibinin önerilerine duyulan güven olabileceği düşünüldü.

Bakım verenlerin güvenirliliğinin, hasta özbakımına katkı boyutunda “verilen tedavi önerisine uyma” ve “belirtiler ortaya çıktığında hastanın sağlığındaki değişiklikleri fark etme” maddelerinde en yüksek skora sahip olduğu; “kalp yetersizliği belirtilerinden hastayı koruma” ve “bir tedavinin etkinliğini değerlendirme” maddelerinde ise en düşük skora sahip olduğu görüldü. Düşük puanların genellikle bakım veren özyeterlilik eksikliğinden kaynaklanıyor olabileceği düşünüldü. Vellone ve ark. da (2013) yaptıkları çalışmada bakım veren güvenirliliği boyutu için en düşük ve en yüksek skora sahip maddeler aynıydı.

Sonuçta her iki kültürde de sorulara verilen cevapların benzer olduğu görüldü.

Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirliği

Ölçek uyarlama çalışmalarında ilk olarak orijinal ölçeğin, uyarlamanın yapılacağı toplumun kültürüne yönelik dil çevirisinin yapılması gerekmektedir. Ölçeğin dil geçerliliğinin değerlendirilmesinde, en sık kullanılan yöntem olan geri çeviri yöntemi kullanılmıştır (Aksayan ve Gözüm 2002; Çatal ve Dicle 2008; Temel ve ark. 2008). 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. Öncelikle ölçek İngilizce'den Türkçe'ye her iki dili ve kültürü iyi bilen, anadili Türkçe olan İngilizce öğretmeni tarafından çevrildi. Bu çeviriler sonucunda en uygun ifadeler seçildikten sonra ölçeğin Türkçe'den İngilizce'ye çevirisi, daha önce ölçeğin İngilizce halini görmeyen her iki dili ve kültürü iyi bilen anadili Türkçe olan, yurtdışında dil eğitimi almış olan uzman hemşire tarafından yapıldıktan sonra Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı Ölçeği Türkçe versiyonu hazırlandı. Kalp yetersizliği Özbakımında Bakım Verenlerin Katkısı ölçeği aracının uyarlama çalışmalarının temeli olan dil geçerliliği ölçütü sağlandı.

Bir ölçeğin içerik geçerliliği; içindeki maddeler veya soruların ölçüm amacına uygun olup olmadığını, her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiğini inceler (Yurdagül 2005; Eser ve Baydur 2007). Bu amaçla içerik geçerliliğini saptamak için, hazırlanan ölçek uzman kişilerce incelenir ve eleştiriler doğrultusunda gözden geçirilerek yeniden hazırlanır (Özgüven 2000; Şencan 2005). 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 (Aksayan ve Gözüm 2002). Kalp yetersizliği özbakımında bakım verenlerin 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.

Geçerlilik, bir ölçme aracının 'neyi', ne denli isabetli/doğru olarak ölçtüğü ile ilgili kavramdır (Öner 1993). Geçerlilik belirleme yöntemlerinden olan yapı geçerliliği ise ölçeğin ilgili kavram veya kavramsal yapının tümünü ölçme yeteneğini belirtir. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) bir faktörü oluşturan maddelerin faktörle ilişkisinin yeterli olup olmadığını değerlendirmektir (Gözüm ve Aksayan 2002; Şencan 2005). Doğrulayıcı faktör analizi veri ile yapı arasında uyum gösteren uyum indekslerinin değerlendirilmesine dayalı bir yöntemdir (Temel ve ark. 2008). Araştırmamızda yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde doğrulayıcı faktör analizi (DFA), benzeme (convergent) ve ayırma (discriminant) geçerlilik analizi kullanıldı.

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 indeksleri değerlendirildi. En sık kullanılan uyum iyiliği indeksleri ölçütleri ki-kare, RMSEA, SRMR değerleridir. Özbakım sürekliliğini sağlama boyutu ve dört alt boyutunun kuramsal modele ilişkin genel uyum katsayılarının 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 ikiyeşer maddesinin olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünüldü (Hair, Black, Babin ve Andersan 2010). 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 çözümlemesine 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 (Şencan 2005; Tavşancıl 2006). 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 katsayıları, 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 (Karasar 2000). Bir ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliğine sahip olduğunu söyleyebilmek için ölçeğin tüm alt boyutlarının aynı özelliği ölçtüğünü

kanıtlamak gerekmektedir (Aksayan ve Gözüm). Bu nedenle güvenilirlik değerlendirmesinde bu katsayının hesaplanması gerekir. Bir ölçeğin güvenilir olması için iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı değerinin sıfır ile bir arasında olması gerekmektedir. Değerlendirme ölçütüne göre $0,00 \leq \alpha \leq 0,40$ ölçek güvenilir değildir; $0,40 \leq \alpha \leq 0,60$, ölçek düşük güvenilirlik tedir; $0,60 \leq \alpha \leq 0,80$, ölçek oldukça güvenilir; $0,80 \leq \alpha \leq 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilmektedir (Eser ve Baydur, 2007; Özdamar, 2002).

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 (George ve Mallery 2003; Kline 2000). 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. Sonuçta orjinal 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.

SONUÇ ve ÖNERİLER

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 uyarılama çalışmalarında madde elemesi önerilmediğinden madde elemesi yapılmayıp, farklı sağlık hizmet birimlerinde daha fazla örneklem alınıp tekrar değerlendirilerek sonuçlar elde edilebileceği 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.

KAYNAKLAR

Abraham, WT., Krum H. (2007). *Heart failure: Practical approach to treatment*. McGrawHillPubl.P:2

Akdemir, N. (2004). *Kalp Yetmezliği ve Hemşirelik Bakımı, Kalp Hastalıklarından Korunma*. Ankara: Sistem Ofset; 452-467.

Akdemir, N., Birol, L. (2003). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı SANERC; 457-487.

Akgül, A. (2005). *Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSS Uygulamaları*. (3. Baskı). Ankara: Emek Ofset Ltd. Şti; 440-455.

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

Aksayan, S., Gözüm, S. (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelikte araştırma geliştirme dergisi*, 4(1), 9-14.

Ayçiçek, İ., Büyüköztürk, K., Canberk, A. ve ark. (2003). *Kalp Yetersizliği*. İstanbul: Uniform Matbaacılık; 8-61.

Bakım.www.tdk.gov.tr/Günceltürkçesözlük.(Erişim Tarihi:20.02.2015).

Baydur, H., & Eser, E. (2006). Uygulama: Yaşam kalitesi ölçeklerinin psikometrik çözümlenmesi. *Sağlıkta Birikim*, 1(2), 99-123.

Beaton, DE., Bombardier, C., Guillemin, F., Ferraz, MB. (2000). Guidelines for the process of crosscultural adaptation of self-report measures. *SPINE* 25(24), 3186-3191.

Bleumink, G. S., Knetsch, A. M., Sturkenboom, M. C., Straus, S. M., Hofman, A., Deckers, J. W., ... & Stricker, B. H. C. (2004). Quantifying the heart failure epidemic: prevalence, incidence rate, lifetime risk and prognosis of heart failure The Rotterdam Study. *European heart journal*, 25(18), 1614-1619.

Boyde, M., Turner, C., Thompson, D. R., & Stewart, S. (2011). Educational interventions for patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(4), E27-E35.

Buck, H. G., Harkness, K., Wion, R., Carroll, S. L., Cosman, T., Kaasalainen, S., ... & Arthur, H. M. (2014). Caregivers' contributions to heart failure self-care: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14 (1), 79-89.

Burke, R. E., Jones, J., Ho, P. M., & Bekelman, D. B. (2014). Caregivers' perceived roles in caring for patients with heart failure: what do clinicians need to know?. *Journal of cardiac failure*, 20(10), 731-738.

Büyüköztürk, Ş. (2007). *Veri Analizi El Kitabı*. (8. Baskı). Ankara: Pegem Ak. Yayıncılık; 167-182.

Büyüköztürk, Ş., Kılıç, EK., Akgün, ÖE., Karadeniz, Ş., Demirel, F. (2010). *Güvenirlilik. Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. (5. Baskı). Ankara: Pegem Akademi, 109-24.

Oosterom-Calo, R., Van Ballegooijen, A. J., Terwee, C. B., Te Velde, S. J., Brouwer, I. A., Jaarsma, T., & Brug, J. (2012). Determinants of heart failure self-care: a systematic literature review. *Heart failure reviews*, 17(3), 367-385.

Cankurtaran, M., Arıoğlu, S. (2004). Yaşlıda Konjestif Kalp Yetersizliği Tedavisi. *Klinik Gelişim*, 17(2), 90-100.

Cajita, M. I., Cajita, T. R., & Han, H. R. (2014). Health Literacy and Heart Failure.

Clark, A. M., Spaling, M., Harkness, K., Spiers, J., Strachan, P. H., Thompson, D. R., & Currie, K. (2014). Determinants of effective heart failure self-care: a systematic review of patients' and caregivers' perceptions. *Heart*, heartjnl-2013.

Cocchieri, A., Riegel, B., D'Agostino, F., Rocco, G., Fida, R., Alvaro, R., & Vellone, E. (2013). Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1474515113518443.

Çatal, E., Dicle, A. (2008). Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması. *DEUHYO ED (online)*, 1(1): 19- 32.

Çelik, Y. (2011). *Biyoistatistik, Bilimsel Araştırma, SPSS*. İstanbul.

Çiftçioğlu, R., (2014). Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Bilişsel İşlevin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi Tezi. İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Davis, K. K., Himmelfarb, C. R. D., Szanton, S. L., Hayat, M. J., & Allen, J. K. (2015). Predictors of heart failure self-care in patients who screened positive for mild cognitive impairment. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(2), 152-160.

Demir, M., Ünsar, S. (2008). Kalp Yetmezliği ve Evde Bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3,8.

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

Deniz, K. Z. (2007). Psikolojik ölçme aracı uyarlama. *Journal of Faculty of Educational Sciences*, 40(1), 1-16.

DeVellis, RF. (2003). *Scale development: Theory and applications*. (2nd ed.), Sage Publications, California.

Dickson, V. V., Buck, H., & Riegel, B. (2013). Multiple comorbid conditions challenge heart failure self-care by decreasing self-efficacy. *Nursing research*, 62(1), 2-9.

Dickson, V. V., Melkus, G. D. E., Dorsen, C., Katz, S., & Riegel, B. (2014). Improving Heart Failure Self-care Through a Community-Based Skill-Building Intervention.

Dunbar, S. B., Clark, P. C., Quinn, C., Gary, R. A., & Kaslow, N. J. (2008). Family influences on heart failure self-care and outcomes. *The Journal of cardiovascular nursing*, 23(3), 258.

Efe, H. F., Olgun, N. (2011). Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Dispne, Yorgunluk ve Yaşam Kalitesi Üzerine Eğitimin Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18(1), 001-013.

Enç, N., Yiğit, Z., Altıok, M. ve ark. (2007). *Kalp Yetersizliği, Akut Koroner Sendromlar, Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu*. İstanbul: Türk Kardiyoloji Derneği Yayınları, 11-34.

Enç, N., Alkan, H. (2012). Kronik Kalp Yetersizliğinde İlaçların Güvenli Kullanımı. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 3(4), 101-109.

Enç, N., Alkan, H. (2012). Kronik Kalp Yetersizliği Hastalarının Hastane İçi Hemşirelik Bakımı. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 3(4), 85-100.

Ercan, İ., Kan, İ. (2004). Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30, 211-216.

Erefe, İ. (Ed.). (2002). *Hemşirelikte Araştırma, İlke, Süreç ve Yöntemleri*. HEMAR-GE .İstanbul: Odak Ofset, 169-188.

Eser, E., Baydur, H. (2007). Sağlıkta yaşam kalitesi ölçeklerinin psikometrik çözümlemesi: geçerlik ve güvenirlik. İzmir. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kongre Öncesi Kurs Notları; 3- 29.

Fadıllıoğlu, Ç. (2009). Kalp yetersizliği olan hastalarda ev temelli girişimlerin etkinliği. *Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni*,1(11).

George, D.,&Mallery, P. (2003). SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

González, B., Lupón, J., Parajón, T., Urrutia, A., Herreros, J., & Valle, V. (2006). Use of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFScBS) in a heart failure unit in Spain. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 59(2), 166-170.

Gözüm, S., Aksayan, S. (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte AraştırmaGeliştirme Dergisi*, 5(1), 3-14.

Grant, JS., Davis, LL. (1997). Selection and use ofcontent experts for instrument development. *Researchin Nursing and Health*, 20, 269-274.

Graven, L. J., & Grant, J. S. (2013). Coping and health-related quality of life in individuals with heart failure: An integrative review. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 42(3), 183-194.

Green, S. B. ve Salkind, N. J. (2005). Using SPSS for Windows and Macintosh: Analyzing and Understanding Data, Fourth Edition. UpperSaddleRiver, NJ: Pearson.

Hair, J. F. Jr., Black, W. C., Babin, B. J., ve Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.) Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Harkness, K., Spaling, M. A., Currie, K., Strachan, P. H., & Clark, A. M. (2015). A systematic review of patient heart failure self-care strategies. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(2), 121-135.

Hwang, B., Fleischmann, K. E., Howie-Esquivel, J., Stotts, N. A., & Dracup, K. (2011). Caregiving for patients with heart failure: impact on patients' families. *American Journal of Critical Care*, 20(6), 431-442.

Jones, D., Adams, R.J., Brown, T.M., et al. (2010). Heart Diseases and Stroke Statistics-update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 121 (7),46-215.

Johnstone, T., Veves, A. (2008). *Diyabet ve Kardiyovasküler Hastalık*. (2. Baskı). Türkiye: Sigma Publishing.

Kalaycı, Ş. (2014). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. (6. Baskı). Ankara: Öz Baran Ofset.

Kang, X., Li, Z., & Nolan, M. T. (2011). Informal caregivers' experiences of caring for patients with chronic heart failure: systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(5), 386-394.

Karaca, S., Mert, H. (2011). Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Tekrar Hastaneye Yatış Sıklığı ve Nedenlerinin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14,3.

Katkı. www.tdk.gov.tr/Günceltürkçesözlük. (Erişim Tarihi:20.02.2015).

Kavradım, S., Özer, Z. (2013). Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde Semptom Yönetimi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 4(6), 1-14.

Keleş, İ. (2013). *Güncel Kalp yetersizliği*. İstanbul: Akademi Yayınevi.

Kepez, A., Mutlu, B. (2012). Kalp yetersizliği tedavisinde yeni açılımlar: Şimdi ve gelecek. *Anadolu Kardiyol Derg*, 13(0).

Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing* (2nd ed.). London: Routledge, page 13

Kline, R. B. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.) New York: Guilford Press.

Kozan, Ö., Zoghi, M. (2010). *A'dan Z'ye Kronik Kalp Yetersizliği*. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri

Lee, C. S., Gelow, J. M., Mudd, J. O., Green, J. K., Hiatt, S. O., Chien, C., & Riegel, B. (2013). Profiles of self-care management versus consulting behaviors in adults with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1474515113519188.

Lloyd-Jones, D., Adams, R. J., Brown, T. M., Carnethon, M., Dai, S., De Simone, G., ... & Wylie-Rosett, J. (2010). Heart disease and stroke statistics—2010 update A report from the American Heart Association. *Circulation*, 121(7), e46-e215.

Lum, H. D., Lo, D., Hooker, S., & Bekelman, D. B. (2014). Caregiving in heart failure: Relationship quality is associated with caregiver benefit finding and caregiver burden. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 43(4), 306-310.

McMurray, JJ., Adamopoulos, S., Anker, SD., Auricchio, A., Böhm, M., Dickstein, K., et al. (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *EurHeart J* ; 33,1787-847.

Molloy, G. J., Johnston, D. W., & Witham, M. D. (2005). Family caregiving and congestive heart failure. Review and analysis. *European Journal of Heart Failure*, 7(4), 592-603.

Nunnally, J.C.&Bernstein, I.H. (1994). *Psychometrictheory* (3rd ed.). Neew York: McGraw-Hill.

Oğuz, S. (2005). Kronik Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hastalık Yönetimine İlişkin İnanç ve Uyumları. Doktora Tezi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Öner, N. (1994). Türkiye’de kullanılan psikolojik testler, bir başvuru kaynağı.(3. Baskı). İstanbul:Boğaziçi Matbaası. 3- 39.

Özdamar, K. (2002). Paket programlar ile istatistiksel veri analizi (4. Baskı). Eskişehir: Kaan Kitabevi. 661- 676.

Özer, S. (2010). Kalp Yetersizliğinde Aile/Bakım Verici Yükü. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiovasküler Hemşirelik Dergisi*, 1(1), 3-7.

Özgüven, İE. (2000). *Psikolojik testler. Güvenirlik ve Geçerlik*. Ankara: Sistem Ofset; 83-109.

Paksoy, F. (2008). Akut Dekompanse Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Levoksimedan İnfüzyonunun QT Dispersiyonuna Etkisi. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi III. İç Hastalıkları Kliniği Uzmanlık Tezi. İstanbul.

Philiphs, W.J., Sands, J.K., Marek, J.F. (2004). HeartFailure. *MedicalSurgicalNursing, Concepts&ClinicalPractice*, Mosby, 693-714.

Polit, DF., Beck, CT. (2010). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. (7th ed.), Wolters Kluwer , Lippincott Williams ,Wilkins, Philadelphia.

Prendergast, H. M., & Bunney, E. B. (2005). Management of chronic heart failure: An old disease with a new face. *Emergency Medicine Australasia*,17(2), 143-151.

Riegel, B., Carlson, B., Moser, D. K., Sebern, M., Hicks, F. D., & Roland, V. (2004). Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *Journal of cardiac failure*, 10(4), 350-360.

Riegel, B., Dickson, V. V., Goldberg, L. R., & Deatrick, J. A. (2007). Factors associated with the development of expertise in heart failure self-care. *Nursing research*, 56(4), 235-243.

Riegel, B., & Dickson, V. V. (2008). A situation-specific theory of heart failure self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3), 190-196.

Riegel, B., Driscoll, A., Suwanno, J., Moser, D. K., Lennie, T. A., Chung, M. L., ... & Cameron, J. (2009). Heart failure self-care in developed and developing countries. *Journal of cardiac failure*, 15(6), 508-516.

Riegel, B., Lee, C. S., Dickson, V. V., & Carlson, B. (2009). An update on the self-care of heart failure index. *The Journal of cardiovascular nursing*, 24(6), 485.

Salyer, J., Schubert, C. M., & Chiaranai, C. (2012). Supportive relationships, self-care confidence, and heart failure self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 27(5), 384-393.

Savaşır, I. (1994). Ölçek uyarlamasındaki sorunlar ve bazı çözüm yolları. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(33), 27-32.

Sebern, M., & Riegel, B. (2009). Contributions of supportive relationships to heart failure self-care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(2), 97-104.

Sebern, M. D., & Woda, A. (2012). Shared Care Dyadic Intervention Outcome Patterns for Heart Failure Care Partners. *Western journal of nursing research*, 34(3), 289-316.

Stamp, K. D., Dunbar, S. B., Clark, P. C., Reilly, C. M., Gary, R. A., Higgins, M., & Ryan, R. M. (2015). Family partner intervention influences self-care confidence and treatment self-regulation in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1474515115572047.

Sönmez, E. (2011). Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Hastaneye Yeniden Yatışları ile İlaç ve Diyetle Uyumluluğu Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Şahin, S., Doğan, U., Özdemir, K., & Gök, H. (2012). Akut kalp yetersizliği nedeni ile kardiyoloji yoğun bakım ünitesine yatırılan hastaların klinik ve demografik özelliklerinin ve bu özelliklerin hastanede kalış süresi ile ilişkisinin incelenmesi. *Anadolu Kardiyol Derg*, 12, 123-31.

Şencan, H. (2005). Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. İstanbul: Seçkin Yayıncılık.

Şimşek, Ö.F. (2007), Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları, Cem web Ofset, Ankara: Ekinoks Yayıncılık.

Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6thed.) Boston: Pearson.

Tavşancıl, E. (2005). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*. (2.Baskı). İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım. 20-51.

Tavşancıl, E. (2006). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*. (3. Baskı). Ankara:Nobel Yayın Dağıtım. 16-80.

Temel, AB., Uysal, A., Erkin, Ö., Koçer, A. (2008). Hemşirelik öğrencilerinin araştırmaya, gelişmelere farkındalığı ve tutumu ölçeğinin Türkçe formunun geçerliği, güvenilirliği. *DEUHYO ED (online)*.1(2),108-123.

Tülüce, D. (2012). Kalp yetersizliği Olan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Uçar, Z. (2007). Konjestif Kalp Yetersizliğinde Aneminin Mortalite ve Hastanede Kalış Süresine Etkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Uysal H., Enç, N. (2012). Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Uyumu İçin Motivasyonel Görüşme. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 3(3), 33-38.

Vellone, E., Riegel, B., Cocchieri, A., Barbaranelli, C., D'Agostino, F., Glaser, D., ... & Alvaro, R. (2013). Validity and reliability of the caregiver contribution to self-care of heart failure index. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(3), 245-255.

Vellone, E., Chung, M. L., Cocchieri, A., Rocco, G., Alvaro, R., & Riegel, B. (2014). 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*, 20(1), 120-141.

Vellone, E., D'Agostino, F., Buck, H. G., Fida, R., Spatola, C. F., Petruzzo, A., ... & Riegel, B. (2014). The key role of caregiver confidence in the caregiver's contribution to self-care in adults with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1474515114547649.

Vellone, E., Jaarsma, T., Strömberg, A., Fida, R., Årestedt, K., Rocco, G., ... & Alvaro, R. (2014). The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale: New insights into factorial structure, reliability, precision and scoring procedure. *Patient education and counseling*, 94(1), 97-102.

White, M. F., Kirschner, J., & Hamilton, M. A. (2014). Self-care guide for the heart failure patient. *Circulation*, 129(3), e293-e294.

Yapısal Eşitlik Modellemesi (YEM). (2008). Örtük Değişkenlerle Yol Analizi (PathAnalysis with Latent Variables), <http://www.yapisalesitlik.com/yem.php?gln=ortuk>, Erişim: 05.04.2014.

Yılmaz, V., Çelik, HE., Ekiz HE. (2006). Kuruma bağlılığı etkileyen faktörlerin yapısal eşitlik modelleriyle araştırılması: özel ve devlet bankası örneği. *Sosyal Bilimler Dergisi*. 2,171- 177.

Yurdagül, H., (2005). Ölçek Geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi Kitabı.1- 5.

Zavertnik, J. E. (2014). Self-care in older adults with heart failure: an integrative review. *Clinical Nurse Specialist*, 28(1), 19-32.

Zoghi, M. (2011). Kalp Yetersizliğinin Tanısı, evreleri ve Sınıflandırılması. *Klinik Gelişim*, 24, 1-5.

FORMLAR

Ek-1: Bilgilendirme Formu

Ek-2: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Ek-3: Hasta Sosyodemografik Özellikler Formu

Ek-4: Bakım Veren Sosyodemografik Özellikler Formu

Ek-5: Kalp Yetersizliği Özbakımına Bakım Veren Katkısı Ölçeği

Ek-6: Caregiver Contribution to Self-Care of Heart Failure Index

EK-1**BİLGİLENDİRME FORMU**

Bu araştırma, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı servis ve polikliniğinde yürütülen bir çalışmadır. Araştırmanın amacı, kalp yetersizliği tanılı hastaların özbakımlarına bakımverenlerin katkılarını değerlendiren orijinali İngilizce olan ölçeği Türkçeleştirmektir. Sizlerle yüz yüze görüşme yapılarak bilgi toplanacaktır. Vereceğiniz yanıtlar bu araştırma için çok büyük değer taşımaktadır. Bu nedenle değerlendirmelerinizi titizlikle yapmanız, cevaplandırılmamış soru bırakmamanız, güvenilir sonuçlar elde etmek açısından son derece önemlidir. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Cevaplarınız kesinlikle gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacına yönelik kullanılacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Gülçin Akbıyık

İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi
Tel: 0 541 665 6975

EK-2**Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**

‘Kalp yetersizliği özbakımına bakımveren katkısı’ adlı çalışma bir araştırmadır. Bu çalışmanın amacı kalp yetersizliği tanılı hastaların özbakımlarına bakımverenlerin katkılarını değerlendirmek, bunun için orijinali İngilizce olan bir soru formunu Türkçeleştirmektir. Bu amaçla size bakım verdiğiniz hastanızın sağlık durumu ile ilgili sorular sorulacak ve değerlendirmeler yapılacaktır.

Araştırmaya katılımınız isteğinize bağlıdır. İsteddiğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz.

Etik Kurul, Bakanlık ve diğer ilgili sağlık otoriteler hastanın tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimde bulunabilecek ancak çalışmada bu bilgiler ve isminiz (hastanın ve yakınının ismi) gizli tutulacaktır. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla siz (hasta yakını) veya yasal temsilciniz söz konusu erişime izin vermiş olacaktır. İlgili mevzuat gereğince gönüllünün kimliğini ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanmayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi gönüllünün kimliği gizli kalacaktır.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Kabul etmeniz halinde siz ve yakınlarınız (hasta ve hasta yakınları) bilgilendirilmiş ve onaylarınız alınmış olacaktır.

‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.’

Okudum
Adı, Soyadı:
İmza:

Sorumlu Araştırmacı
Gülçin AKBIYIK
İstanbul Üniversitesi
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi

EK-3 SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER FORMU-HASTA

Tarih:

Adınız – Soyadınız:

Tel:

Yaşınız:

Hastalık Evresi (NYHA):

1. Cinsiyet
 - a. Kadın
 - b. Erkek
2. Eğitim Durumunuz
 - a. İlkokul
 - b. Ortaokul
 - c. Lise
 - d. Üniversite
 - e. Diğer
3. Medeni Durumunuz
 - a. Evli
 - b. Bekar
 - c. Dul
 - d. Boşanmış
4. Çalışma Durumunuz
 - a. Çalışıyorum
 - b. Çalışmıyorum
5. Mesleğiniz
 - a. Ev hanımı
 - b. Memur
 - c. Serbest

Diğer.....

EK-4 SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER FORMU-BAKIMVERENLER

Tarih:

Adınız – Soyadınız:

Yaş:

Tel:

1. Cinsiyet
 - a. Kadın
 - b. Erkek
2. Eğitim Durumunuz
 - a. İlkokul
 - b. Ortaokul
 - c. Lise
 - d. Üniversite
 - e. Diğer
3. Medeni Durumunuz
 - a. Evli
 - b. Bekar
 - c. Dul
 - d. Boşanmış
4. Çalışma Durumunuz
 - a. Çalışıyorum
 - b. Çalışmıyorum
5. Mesleğiniz
 - a. Ev hanımı
 - b. Memur
 - c. Serbest
 - d. Diğer.....
6. Hasta ile Yakınlık Dereceniz
 - a. Eşi
 - b. Çocuğu
 - c. Yeğeni
 - d. Kız kardeşi / Erkek kardeşi
 - e. Diğer.....
7. Hasta ile birlikte mi yaşıyorsunuz ?
 - a. Evet
 - b. Hayır
8. Hastanıza günlük ortalama kaç saat bakım veriyorsunuz ?
.....

**EK-5 KALP YETERSİZLİĞİ ÖZBAKIMINA BAKIMVEREN KATKISI
ÖLÇEĞİ**

Cevaplar gizli tutulacak

Size geçen ay kalp yetersizliği tanılı kişiye verdiğiniz bakımla ilgili sorular sormak istiyoruz. Burada doğru ya da yanlış cevaplar bulunmamaktadır.

Bakım verdiğiniz kişilere aşağıdaki durumları ne sıklıkta öneriyorsunuz?
(Ya da bu aktiviteleri siz ne sıklıkta yapıyorsunuz çünkü bakım verdiğiniz kişi bu aktiviteleri yapamayabilir.)

BÖLÜM A:

	Asla ya da nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman ya da günlük
1. Kilo kontrolü yapma?	1	2	3	4
2. Ayak bileklerini şişlik açısından kontrol etme?	1	2	3	4
3. Hastalanmayı önlemeye çalışma? (Grip aşısı, hasta insanlardan uzak durma)	1	2	3	4
4. Bazı fiziksel aktiviteler yapma?	1	2	3	4
5. Doktor ya da hemşire randevularına gitme?	1	2	3	4
6. Az tuzlu diyet ile beslenme?	1	2	3	4
7. Gereğinde yardım ile 30 dakika egzersiz yapma?	1	2	3	4
8. İlaçları almayı unutmama?	1	2	3	4
9. Dışarıda ya da arkadaşlarını ziyarete gittiğinde yemek yerken az tuzlu şeyler isteme?	1	2	3	4
10. İlaçları hatırlamaya yardımcı olacak bir yöntem kullanma? (ilaç kutusu, alarm)	1	2	3	4

BÖLÜM B:

Birçok hastanın kalp yetersizliği belirtileri vardır. Nefes almada güçlük ve ayak bileği şişmesi kalp yetersizliğinin genel belirtileridir.

Geçtiğiniz ay bakım verdiğiniz hastada nefes almada güçlük ya da ayak bileğinde şişlik oldu mu?

Birini yuvarlak içine alınız.

0) Hayır

1) Evet

11. Eğer bakım verdiğiniz kişide geçen ay nefes güçlüğü ya da ayak bileklerinde şişme olduysa...

(birini yuvarlak içine alınız)

	Bunlar olmadı	Fark etmedim	Hızlı Değil	Hızlı Sayılır	Çabuk/ Hızlı	Çok Hızlı
Bunun bir kalp yetersizliği belirtisi olduğunun ne kadar hızlı farkına vardınız?	Uygulanabilir değil	0	1	2	3	4

Bakım verdiğiniz kişide nefes almada güçlük veya ayak bileğinde şişme varsa aşağıdaki yöntemleri önerir misiniz ya da uyguluyor musunuz?

(Bir tanesini yuvarlak içine al her bir tedavi için)

	Kesinlikle Hayır	Belki	Muhtemelen	Büyük Olasılıkla
12. Beslenmede tuzu azaltma	1	2	3	4
13. Sıvı alımını azaltma	1	2	3	4
14. Fazladan idrar söktürücü ilaç alma	1	2	3	4
15. Danışmak için doktor ya da hemşireyi arama	1	2	3	4

16.Bakım verdiğiniz kişide en son nefes almada güçlük ya da ayak bileğinde şişme olduğunda uyguladığınız tedavi yöntemini düşününüz.

(birini işaretleyiniz)

	Birşey denemedim	Emin değilim	Bazen eminim	Eminim	Çok emini m
Tedavinin işe yarayıp yaramadığından ne kadar eminsiniz?	0	1	2	3	4

BÖLÜM C:

Bakım verdiğiniz kişiyi düşünerek genel olarak bunları/aşağıdakileri yapabileceğinizden ne kadar eminsiniz?

	Emin Değilim	Biraz Eminim	Çok Eminim	Aşırı Eminim
17. Kalp yetersizliği belirtilerinden hastayı koruma	1	2	3	4
18. Verilen tedavi önerisine uyma?	1	2	3	4
19. Belirtilerin önemini değerlendirme?	1	2	3	4
20.Belirtiler ortaya çıktığında hastanın sağlığındaki değişiklikleri fark etme?	1	2	3	4
21.Hastanın belirtilerini rahatlatacak birşeyler yapma?	1	2	3	4
22.Bir tedavinin etkinliğini değerlendirme?	1	2	3	4

EK-6**CAREGIVER CONTRIBUTION TO SELF-CARE OF HEART FAILURE INDEX**

All answers are confidential.

We kindly ask you to think about the care you have given to the person with Heart Failure in the past month. There are no right or wrong answers.

How often do you recommend to the person you care for the following things?
(Or, how often do you do these activities because the person you care for is not able to do them).

SECTION A:

	Never rarely	or	Sometimes	Frequently	Always or daily
1. To check the weight ?	1		2	3	4
2. To check the ankles for swelling?	1		2	3	4
3. To try to avoid getting sick (e.g., flu shot, avoid ill people)?	1		2	3	4
4. To do some physical activity?	1		2	3	4
5. To keep doctor or nurse appointments?	1		2	3	4
6. To eat a low salt diet?	1		2	3	4
7. To exercise for 30 minutes?	1		2	3	4
8. To not forget to take medicines?	1		2	3	4
9. To ask for low salt items when eating out or visiting others?	1		2	3	4
10. To use a system (pill box, reminders) to help you remember your medicines?	1		2	3	4

SECTION B:

Many patients have symptoms due to their heart failure. Trouble breathing and ankle swelling are common symptoms of heart failure.

In the past month, did the person you care for have trouble breathing or ankle swelling?

Circle one.

No

Yes

11. If the person you care for had trouble breathing or ankle swelling in the past month...

(circle **one** number)

Has not had these	I did not recognize it	Not Quickly	Somewhat Quickly	Quickly	Very Quickly
How quickly did you recognize it as a symptom of heart failure?	0	1	2	3	4

If the **person you care for** has trouble breathing or ankle swelling, how likely are **you** to recommend (or do) one of these remedies?

(circle **one** number for each remedy)

	Not Likely	Somewhat Likely	Likely	Very Likely
12. To reduce the salt in the diet	1	2	3	4
13. To reduce fluid intake	1	2	3	4
14. To take an extra water pill	1	2	3	4
15. To call the doctor or nurse for guidance	1	2	3	4

16. Think of a remedy you tried the last time the person you care for had trouble breathing or ankle swelling,

(circle **one** number)

(circle one number)						
I did not try anything		Not Sure	Somewhat Sure	Sure	Very Sure	
How <u>sure</u> were you that the remedy helped or did not help?		0	1	2	3	4

SECTION C:

In reference to the person you care for, in general, how confident are you that **you can:**

	Not Confident	Somewhat Confident	Very Confident	Extremely Confident
17. Keep him/her <u>free of heart failure symptoms</u> ?	1	2	3	4
18. <u>Follow the given treatment advice</u> ?	1	2	3	4
19. <u>Evaluate the importance</u> of symptoms?	1	2	3	4
20. <u>Recognize changes</u> in him/her health when they occur?	1	2	3	4
21. <u>Do something</u> that will relieve him/her symptoms?	1	2	3	4
22. <u>Evaluate</u> how well a remedy works?	1	2	3	4

İZİNLER

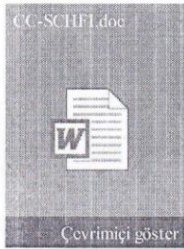
EK-7 Kalp Yetersizliği Özbakımına Bakım Veren Katkısı Ölçeği Kullanım İzni

21 01 2014 Outlook - hem_gulcin@hotmail.com

Re: From Turkey, A master student...

 Ercole Vellone (ercole.vellone@uniroma2.it) Kiş
Kime: gülçin akbıyık ✉

1 ek (71,3 KB) Outlook Etkin Görünüm

 Cevrimiçi göster

Zip olarak indir

Dear Gulcin,
thank you for your interest in the CC-SCHFI. I'm happy to send it (here attached).

So far nobody asked the CC-SCHFI from Turkey, so I suppose you are the firsts.
I advice you to do a good translation of the tool: probably you and your teacher can translate the scale into your language but then ask another person to back translate it in English again (this person should not see the original scale). Then, send it to me so I can compare the original English version of the tool (that I have) with your translated one.

If you need any assistance and suggestion for the study just ask me, I'll be happy to help you!
THank you again and good luck for your study!
Ercole

--
Ercole Vellone, RN, MSN
Researcher in Nursing Science
Faculty of Medicine, Department of Biomedicine and Prevention
University of Rome "Tor Vergata", Via Montpellier, 1 - 00133 Rome, Italy
Phone + 39 06 72596802, Fax + 39 06 72596961, Mobile + 39 338 7491811, Skype: ercole.vellone
e-mail: ercole.vellone@uniroma2.it
2013/7/17 gülçin akbıyık <hem_gulcin@hotmail.com>

<https://dub125.mail.live.com/default.aspx?id=64855#n=20107981&fid=1&mid=f43d7485-ef66-11e2-8e02-00215ad9be50&v=1>

1/1

**EK-8 İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ KARDİYOLOJİ A.D. KURUM
İZNİ**



T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı: 30330229/ 604-01-383
Konu:

İstanbul 03.04.2014

DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞI'NA

İLGİ. Dekanlığın 02 Nisan 2014 tarih ve 8472 sayılı yazınız

Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi yüksek lisans eğitimine devam eden Gülçin Akbıyık'ın "Kalp Yetersizliği Özbakımına Bakımveren Katkısı Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirlilik" konulu yüksek lisans tez çalışmasını Dekanlığın ilgili sayı ve tarihli yazısında anabilim dalımızda yapabileceği bildirilmiş olup tarafımızdanda uygun görülmüştür.

Etik Kurula iletilmesini arz ederim.

Prof.Dr.Vural Ali Vural
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanı

ETİK KURUL KARARI

EK-9 İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 83045809/604/02-8853
Konu:

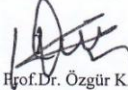
İstanbul/...../.....
04 Nisan 2014

İ.Ü.
Florance Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Dekanlığına

İlgi: 13.03.2013 tarihli, 60350273/430 sayılı yazınıza:

Fakülteniz öğretim üyesi Prof.Dr.Nuray ENÇ'in danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Gülçin AKBIYIK'ın yürüttüğü "Kalp Yetersizliği Özbakımına Bakım veren Katkısı Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması" konulu Yüksek Lisans Tezi (Anket) hakkında ilgi yazınız ve ekleri 01 Nisan 2014 tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup; etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi, durumun adı geçen anabilim dalı başkanlığına bildirilmesini rica ederim


 Prof.Dr. Özgür KASAPÇOPUR
 Klinik Araştırmalar Etik
 Kurulu Başkanı

Eki:
1 dosya

Not: Yanıtlarımızda yazınızın gün ve sayısının belirtilmesi rica olunur.
 İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/İSTANBUL
 Telefon 0 (212) 414 32 52 Dahili: 22300 Faks: 0(212) 632 00 40 e-posta: cefetik@istanbul.edu.tr.

GİRİŞİMSEL OLMAYAN İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
AÇIK ADRES	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, 34303 Kocamustafapaşa Fatih İstanbul
TELEFON	+90 (212) 414 32 52; 414 30 00/22300
FAKS	+90 (212) 632 00 40
E-POSTA	ctfetik@istanbul.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kalp Yetersizliği Özbakımına Bakımveren Katkısı Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Gülçin Akbıyık		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği		
	KOORDİNATORUN UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Nuray Enç		
	KOORDİNATORUN UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği		
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi		
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji AD		
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ			
UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ ☐	AKADEMİK AMAÇLI ☒		
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	☒ Anket çalışması ☐ Retrospektif (geriye dönük) araştırma ☒ Girişimsel (invaziv) olmayan klinik araştırma ☐ Rutin tetkik ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle (kan, idrar, gayta, doku, görüntü gibi) yapılan çalışma ☒ Hemşirelik faaliyetlerinin sınırı içerisinde yapılan araştırma ☐ Vücut fizyolojisi çalışması ☐ Antropometrik ölçümlere dayalı çalışma ☐ Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi çalışması DİĞER ☐ Diğer ise belirtiniz:			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	DİĞER			Açıklama:

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: A-19	Tarih:01 Nisan 2014
	Prof.Dr.Nuray ENÇ'in danışmanlığında Yüksek Lisans Öğr. Gülçin AKBIYIK'ın 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 toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	
ÇALIŞMA ESASI	* İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI:	Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR	

ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR (Başkan)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	IÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Mehmet Faik ÖZÇELİK (Başkan Yard.)	Genel Cerrahi	IÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Muhlis Cem AR (Raportör)	İç Hastalıkları Hematoloji	IÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Sebahattin SAİP	Nöroloji	IÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Mahmut Reha BAYAR	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	IÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	Yıllık iznli
Prof. Dr. Nuran Şenel BEŞE	Radyasyon Onkolojisi	IÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Zeki ÖNGEN	Kardiyoloji	IÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	Yurt Dışında
Prof. Dr. Ertan YURDAKOŞ	Fizyoloji	IÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Hatun Hanzade DOĞAN	Deontoloji	IÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Sibel Özmen ÖZYAZGAN	Farmakoloji	IÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Suphi VEHİD	Halk Sağlığı	IÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr.Yusuf TUNALI	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	IÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Uzm. Dr. Mutlu NİYZOĞLU	İç Hastalıkları	İst. Eğitim ve Araştırma Hast.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Avukat Ayfer DİKMEN	Ticaret ve Sağlık Hukuku	Serbest Hukuk Bürosu	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Zümrüt GAMLI	Emekli Öğretmen	Sivil Üye	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

* :Araştırma ile İlişki

** :Toplantıda Bulunma

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	GÜLÇİN	Soyadı	AKBIYIK
Doğ.Yeri	KARABÜK	Doğ.Tar.	27.02.1986
Uyruğu	TC	TC Kim No	36248315170
Email	hem_gulcin@hotmail.com	Tel	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	Hacettepe Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2010
Lise		

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	2010-
2.			-
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	Çok iyi	orta	iyi	60	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	71,844	70,169	66,980
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office (Word, Powerpoint)	Çok iyi
SPSS	Orta

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Özel İlgi Alanları (Hobileri):