

Kardiyovasküler hemşirelik araştırması / Cardiovascular nursing research**Kronik kalp yetersizliği olan hastalar için inanç ve uyum ölçeklerinin Türkçeye uyarlanması**

Adaptation of the compliance and belief scales to Turkish
for patients with chronic heart failure

Sıdika Oğuz,[#] Nuray Enç,[†] Zerrin Yiğit[§]

[#]Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İstanbul; [†]İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul; [§]İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü, İstanbul

Amaç: Kronik kalp yetersizliği (KKY) hastalarında ilaca Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (İUHİÖ), Di-yete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHİÖ) ve Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği'nin (BİHİÖ) Türkçeye uyarlanmış şeklinin geçerlik ve güvenilirliği araştırıldı.

Çalışma planı: Türkçeye çevrilen ölçekler, dil geçerliliği çalışması yapıldıktan sonra KKY'li 80 hastaya (47 erkek, 33 kadın; ort. yaş 59.3±12.5; dağılım 24-79) 15 gün ara ile iki kez yüz yüze görüşme ile uygulandı. Her bir ölçeğin iç tutarlığı Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirildi. Ölçeklerin güvenilirliğinin hesaplanmasında test-yeniden test için sınıfıçı korelasyon katsayısı kullanıldı.

Bulgular: İki hafta ara ile uygulanan ölçeklerin her bir altboyutunun toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). İlk görüşmede üç ölçeğin yarar ve engel altboyutlarının Cronbach alfa değerleri sırasıyla İUHİÖ için 0.74 ve 0.59, DUHİÖ için 0.71 ve 0.58, BİHİÖ için 0.77 ve 0.68 bulundu. Test-yeniden test güvenilirliğinde üç ölçeğin yarar ve engel altboyutlarının korelasyon katsayıları sırasıyla İUHİÖ için 0.90 ve 0.91, DUHİÖ için 0.86 ve 0.86, BİHİÖ için 0.90 ve 0.93 bulundu.

Sonuç: Her üç ölçeğin de geçerlik ve güvenilirliğinin yüksek olduğu bulundu ve ülkemizdeki KKY'li hastalarda geçerli ve güvenilir araçlar olarak kullanılabileceği sonucuna varıldı.

Anahtar sözcükler: Kalp yetersizliği/ilac tedavisi/diyet/hemşirelik; hasta uyumu; geçerlik çalışması; anket.

Objectives: We evaluated the validity and reliability of the Turkish versions of the Beliefs about Medication Compliance Scale (BMCS), Beliefs about Dietary Compliance Scale (BDCS), and Beliefs about Self-Monitoring Scale (BSMS) for patients with chronic heart failure (CHF).

Study design: After language and content validity studies, the Turkish versions of the three scales were administered to 80 patients (47 men, 33 women; mean age 59.3±12.5 years; range 24 to 79 years) with CHF. Internal consistency of the scales was assessed using the Cronbach's alpha coefficient. Test-retest reliability was assessed using the interclass correlation coefficient measured from two consecutive interviews interspersed by 15 days.

Results: There were no significant differences between the two interviews with respect to the total scores of the benefit and barrier subscales of each scale ($p>0.05$). Cronbach alpha coefficients of the benefit and barrier subscales at the first interview were 0.74 and 0.59 for the BMCS, 0.71 and 0.58 for the BDCS, and 0.77 and 0.68 for the BSMS, respectively. Interclass correlation coefficients for test-retest reliability for the benefit and barrier subscales were as follows: 0.90 and 0.91 for the BMCS, 0.86 and 0.86 for the BDCS, and 0.90 and 0.93 for the BSMS, respectively.

Conclusion: Our findings suggest that all three scales have high validity and reliability and can be used as valid and reliable instruments in Turkish patients with CHF.

Key words: Heart failure/drug therapy/diet therapy/nursing; patient compliance; validation studies; questionnaires.

Kronik kalp yetersizliği (KKY), kalp fonksiyonlarında bozulma ve nörohormonal aktivite artışı ile ilişkili kronik bir sendromdur. Tek bir hastalık olmayıp, ventrikül disfonksiyonuna bağlı dispne, yorgunluk, uyku güçlüğü, öksürük ve sıvı retansiyonuna yol açarak yaşam kalitesini bozar ve yaşamı kısaltır.^[1,2]

Kronik kalp yetersizliğinin morbiditesi hem bireylerin yaşam kalitesini hem de hastaneye başvuru sıklığını artırarak maliyeti yükseltmektedir. Bu durum aynı zamanda hasta ve toplum için de büyük bir yük ve sıkıntı oluşturmaktadır.^[3-6] Morbiditenin yükselmesi ve hastaneye başvuru sıklığının en büyük nedeni, KKY'li bireyin hastalığın yönetimine uyum göstermemesidir. Bu nedenle, hemşire ve diğer sağlık bakım profesyonelleri uyumsuzluğun farkında olmalı ve uyumsuzluğun nedenlerini, uyumun önemini, uyumu engelleyen durumları ve hastaya yardımı hasta/ailesi ile tartışmalıdır (örn. ilaçların fiyatları, yan etkileri, tedavinin karmaşıklığı, vb.).^[2,3,7,8]

Kronik kalp yetersizliği olan hastanın, hastalığına uyum sağlamasının yanı sıra hastalığı hakkındaki inancı da, hastalık yönetimini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyecektir. Özellikle Sağlık İnanç Modeli, kardiyovasküler hastalığı olan bireyler ve ailelerin hastalığa karşı duyarlılığını artırmak için kullanılmıştır. 1950 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde sosyal psikologlar tarafından geliştirilmiş olan bu model, kişiyi sağlığına ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin yönlendirdiğini anlamaya yöneliktir. Bireyin olası önleyici girişimleri, girişimlerin yararlarının ve engellerin algılanmasını da kapsamaktadır. Bu model aracılığıyla, bireyler hastalıklarına karşı duyarlı hale getirilerek olumlu davranış değişikliği yapılabilmektedir.^[9,10] Böylece, KKY'li bireyler hastalıklarının yönetimine uyum sağlayarak; egzersiz, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, düzenli ilaç kullanımını, bireysel izlem ve yaşam tarzı değişikliklerini öğrenerek ve semptomları kontrol ederek, hastalıklarıyla birlikte kaliteli bir şekilde yaşamlarını sürdürebilirler. Ancak, öncelikle bireysel yaklaşımlarla hastaların hastalık yönetimine ilişkin inanç ve uyumları belirlenmelidir.^[11]

Bu araştırma, İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (İUHİÖ), Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHIÖ) ve Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği'nin (BİHIÖ) Türkçe şeklinin geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla planlandı.

HASTALAR VE YÖNTEMLER

Araştırma iki hastanenin kardiyoloji polikliniğinde 1 Temmuz 2002 ile 31 Ekim 2003 tarihleri ara-

sında gerçekleştirildi. Araştırmanın yapıldığı kurum ve etik kurullarından izin alındı. Araştırmanın evrenini iki hastanenin kardiyoloji polikliniğine başvuran KKY'li hastalar, örnekleme ise bu bireyler arasından çalışmaya katılmaya istekli ve gönüllü, çalışma ölçütlerine uyan KKY'li hastalar oluşturdu.

Örneklem seçimi. New York Heart Association (NYHA) sınıflamasına göre fonksiyonel kapasitesi sınıf II-III olan, 20-79 yaş arasında, okuryazar ve bilinçli açık olan, en az altı ay önce kalp yetersizliği tanısı konmuş KKY'li hastalar çalışmaya alındı.

Veriler, İUHİÖ, DUHIÖ ve BİHIÖ aracılığıyla toplandı. Araştırmaya 100 hastanın alınması planlandı. Veriler toplanırken poliklinikte bir odada, hastalarla yüzyüze görüşme yapıldı. Her bir ölçek maddeleri hastaya okundu ve verdiği yanıt işaretlendi.

Hastalarla 15 gün ara ile iki kez görüşme yapıldı. İlk görüşme 20-25 dakika, ikinci görüşme ise 30-35 dakika sürdü.

Çalışma kapsamına alınan hastanelerin polikliniklerinde kalp yetersizliği olan hastalar farklı günlerde takip edilmekteydi. Bu günler birinci hastanede Salı ve Perşembe, ikinci hastanede ise Çarşamba günleri idi. Veriler polikliniğe başvuran KKY'li hastalardan bu günlerde toplandı. Kalp yetersizliği polikliniği yapıldığı günlerde, çalışma ölçütlerine uyan tüm denekler ardışık olarak çalışma kapsamına alındı. İlk görüşmeye alınan 100 hastanın 20'si ikinci görüşmeye gelmediğinden, değerlendirme 80 hasta ile yapıldı.

İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği beşli Likert tipi bir ölçektir ve bireyin ilaca uyum hakkındaki inancını ölçer. Ölçek ABD'de Indiana Üniversitesi Hemşirelik Okulunda, 2000 yılında Bennett ve ark.^[11,12] tarafından geliştirilmiştir. On iki maddeden oluşan ölçeğin yarar ve engel olmak üzere iki altboyutu vardır; 1, 2, 7, 10, 11. maddeleri kişinin yararı algılamasını, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12. maddeleri ise engelleri algılamasını ölçmektedir. Yarar altölçeğinde toplam puan en düşük 6, en yüksek 30'dur; yüksek puan, yapılan davranışla yararın daha fazla algılandığını göstermektedir. Engeller altölçeğindeki yüksek puan ise, bir davranışı yaparken deneğin daha çok engelleri algıladığını göstermektedir. Ölçeğin 9. maddesi ters kodlamadır (Tablo 1).

Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği beşli Likert tipi bir ölçektir ve 12 maddeden oluşmaktadır. Yarar ve engel olmak üzere iki altboyutu vardır. Birinci altboyutu kişinin yararı algılamasını (1-5, 11, 12. maddeler), ikinci altboyutu engelleri algılamasını (6-

Tablo 1. Çalışmada kullanılan ölçekler

İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği	Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği
<ol style="list-style-type: none"> 1. İlaçlarımı aldığımda, kalp hastalığım hakkında çok fazla endişelenmiyorum. 2. Eğer ilaçlarımı içersen, hastaneye yatma olasılığım azalır. 3. İlaçları içmeyi hatırlamak zor geliyor. 4. İlaç içmekten hoşlanmıyorum. 5. Her gün bir sürü ilaç içmek zorunda kalıyorum. 6. Her gün ilaç içmek, evden dışarı çıkmamı zorlaştırıyor. 7. İlaçlarımı içmek ödemimi (şişliği) azaltıyor. 8. İlaçlarımı içmeyi unutuyorum. 9. Her gün ilaç içmek, kalp hastalığım hakkında endişelenmeme neden oluyor. 10. İlaç içmek nefes almamı kolaylaştırıyor. 11. İlaçlarımı içmek daha kaliteli (rahat) yaşamamı sağlıyor. 12. İçtiğim ilaçlar geceleyin, tuvalete gitmek için uyanmama neden oluyor. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ayak ve bacaklarımı şişme yönünden kontrol etmek hoşuma gitmiyor. 2. Her gün kendimi tartmak çok zamanımı alıyor. 3. Her gün kilomu ölçerek sağlığımı koruyorum. 4. Ayak ve bacaklarımdaki şişliği kontrol etmek çok zaman alıyor. 5. Her gün kilomu izlemek yaşamımın kalitesini geliştiriyor. 6. Her gün kendimi tartmak kalp hastalığım hakkında beni endişelendiriyor. 7. Ayak ve bacaklarımı şişme yönünden kontrol etmek kalp hastalığım hakkında endişelenmeme neden oluyor. 8. Ayak ve bacaklarımı şişme yönünden nasıl kontrol edeceğimi bilmiyorum. 9. Evde kendimi tartmak için tartı aletim yok. 10. Her gün kilomu takip etmekten hoşlanmıyorum. 11. Kilomu ölçtüğümde hastalığım hakkında endişelenmiyorum. 12. Kendimi tarttığımda tartıdaki değeri okuyamıyorum. 13. Her gün kilomu ölçmeyi unutuyorum. 14. Tartı aletinin üzerinde kilomu göremiyorum. 15. Ayak ve bacaklarımı şişlik yönünden kontrol etmenin yaşam kalitemi artıracığına inanıyorum. 16. Her gün kilomu takip ettiğimde hastaneye yatma olasılığının az olacağına inanıyorum. 17. Ayak ve bacaklarımı şişme yönünden kontrol etmenin beni daha sağlıklı yapacağına inanıyorum. 18. Her gün ayak ve bacaklarımı şişme yönünden kontrol etmeyi unutuyorum.
Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği <ol style="list-style-type: none"> 1. Az tuzlu diyetle beslenmek sağlıklı olmamı sağlayacaktır. 2. Tuzlu yiyecekler benim için iyi değildir. 3. Az tuzlu diyetle beslenme kalp sağlığımı koruyacaktır. 4. Az tuzlu diyetle beslenme bacaklarımdaki şişmeyi azaltıyor. 5. Az tuzlu diyetle beslenme vücudumda sıvı birikmesini önleyecektir. 6. Az tuzlu diyetle beslenmem lokantaya gitmemi zorlaştırmaktadır. 7. Tuzu az olan yiyecekler lezzetsiz geliyor. 8. Az tuzlu diyet oldukça pahalıdır. 9. Az tuzlu diyetle beslenme çok zamanımı alır. 10. Az tuzlu diyetin nasıl uygulanacağını anlamak çok zor. 11. Az tuzlu diyetle beslendiğimde kendimi daha iyi hissediyorum. 12. Az tuzlu diyetle beslenmek daha kolay nefes almamı sağlayacaktır. 	<p>Yanıt seçenekleri ve puanları:</p> <p>Kesinlikle katılmıyorum: 1 puan; Katılmıyorum: 2 puan; Kararsızım: 3 puan; Katılıyorum: 4 puan; Kesinlikle katılıyorum: 5 puan.</p>

10. maddeler) ölçmektedir. Yarar altölçeğinde yüksek puan yapılan davranışla yararların daha fazla algılandığını göstermektedir. Ölçeğin 2. maddesi ters kodlamadır (Tablo 1).

Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği 18 maddeden oluşan beşli Likert tipi bir ölçektir. Yarar ve engel olmak üzere iki altboyutu vardır. Yarar altölçeğinde (3, 5, 11, 15-17. maddeler) yüksek puan yapılan davranışla yararların daha fazla algılandığını; engel altölçeğindeki (1, 2, 4, 6-10, 12-14, 18. maddeler) yüksek puan ise bir davranışı yapmada deneğin daha çok engelleri algıladığını göstermektedir (Tablo 1).^[11] Ölçekleri ülkemizde kullanmak için yazarlarından izin alındığında, Bennett ve ark. tarafından BİHİÖ'nün geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştı.

Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. Öncelikle her üç ölçeğin de yazarı olan SJ. Bennett'ın ölçekleri Türk toplumunda kullanmak için izin alındıktan sonra dil geçerliği yapıldı.

Ölçeğin dil geçerliğinde geri çeviri yöntemi uygulandı, önce ölçekler her iki dili de bilen uzman iki kişi tarafından Türkçeye çevrildi. Sonra ölçekler farklı bir uzman tarafından orijinal versiyonu olan İngilizceye geri çevrildi. Ölçekteki bazı ifadelerin uyumsuzluklarını düzeltmek için çevirmenlere ayrı ayrı danışıldı. Daha sonra, ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülme istenen alanı temsil edip etmediğini belirlemek amacıyla uzman görüşü alınarak, içerik geçerliği mantıksal geçerlik yöntemiyle sınıandı ve grubun önerileri doğrultusunda düzenlemeler yapıldı.

Tablo 2. Ölçeklerin sınıfıçı korelasyon ve Cronbach alfa değerleri

	İlacı Uyum		Diyete Uyum		Bireysel İzlem	
	Yarar	Engel	Yarar	Engel	Yarar	Engel
İç tutarlık (Cronbach alfa)						
Birinci görüşme	0.74	0.59	0.71	0.58	0.77	0.68
İkinci görüşme	0.73	0.58	0.67	0.63	0.74	0.64
Test-yeniden test (sınıfıçı korelasyon)						
İlk görüşme-2. görüşme	0.90	0.91	0.86	0.86	0.90	0.93

Anlaşılabilirliği denetlemek için, ölçekler KKY'li 10 hastaya uygulandı. Dil ve içerik geçerliği onaylandı.

Verilerin değerlendirilmesi. Her bir ölçeğin iç tutarlığı Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirildi. Ölçeklerin güvenilirliğinin hesaplanmasında sınıfıçı korelasyon katsayısı kullanıldı. Güvenirlik değerlendirmesinde, test-yeniden test için bağımsız gruplar arası t-testi kullanıldı.^[13,14]

BULGULAR

Yaş ortalaması 59.3±12.5 (dağılım 24-79) olan olguların 47'si (%58.8) erkek, 33'ü (%41.3) kadın; 61'i (%76.3) evli, 19'u (%23.8) bekar idi. Kırk sekiz olguda (%60) kalp yetersizliğinin süresi iki yıldan fazlaydı. NYHA sınıflamasına göre 39 olgu (%48.8) sınıf II, 41 olgu (%51.3) sınıf III idi. Kronik kalp yetersizliği ile birlikte görülen kronik hastalıkların dağılımı şöyleydi: hipertansiyon (n=38, %47.5), diyabet (n=28, %35), diğer hastalıklar (ülser, eklem hastalıkları, vb.) (n=19, %23.8), iskemik kalp hastalığı (n=17, %21.3), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (n=13, %16.3), kalp kapağı hastalıkları (n=10, %12.5) ve böbrek yetersizliği (n=3, %3.8).

Ölçeklerin tüm altgrupları için güvenilirlik katsayıları ve iç tutarlık hesaplamaları Tablo 2'de gösterildi.

Daha önce dil geçerliği ve içerik geçerliği (uzman görüşü) yapılan ölçeklerin iç tutarlığını gösterir Cronbach alfa değerlerinin yüksek olması yapı geçerliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu ölçeklerin Türkçe şeklinin geçerli ve güvenilir olduğu saptandı ve ülkemizde de kullanılabilceği belirlendi.

Sınıfıçı korelasyon hesaplamasında, üç ölçeğin yarar ve engel altboyutlarının korelasyon katsayıları sırasıyla İUHİÖ için 0.90 ve 0.91, DUHİÖ için 0.86 ve 0.86, BİHİÖ için 0.90 ve 0.93 bulunarak tümünün güvenilir olduğu belirlendi.

İki hafta ara ile uygulanan ölçeklerin her bir altboyutunun toplam puanları arasında anlamlı fark olmaması ölçeklerin güvenilir olduğunu gösterdi (Tablo 3).

TARTIŞMA

İç tutarlık. Ölçeklerin güvenilirliği için, iç tutarlık yöntemi kullanıldı ve Cronbach alfa çözümlemesinden yararlandı. İç tutarlık her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek için birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bütün içinde bilinen ve birbirleriyle eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımdır.^[13,14]

Bennett ve ark.^[15] kalp yetersizliği olan hastalarda uyum ve inançlar ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik ça-

Tablo 3. Ölçeklerin test-yeniden test puan ortalamaları ve aralarındaki farkların karşılaştırılması

Ölçekler	Altboyut	Görüşmeler	Sayı	Ort.±SS	t	p
İlacı uyum	Yarar	1. görüşme	80	22.6±3.9	-0.788	0.432
		2. görüşme	80	23.1±3.7		
	Engel	1. görüşme	80	17.4±4.3		
		2. görüşme	80	17.2±4.2		
Diyete uyum	Yarar	1. görüşme	80	25.5±3.6	-1.763	0.080
		2. görüşme	80	26.5±3.4		
	Engel	1. görüşme	80	13.5±3.4		
		2. görüşme	80	13.4±3.6		
Bireysel izlem	Yarar	1. görüşme	80	19.4±4.0	-1.872	0.063
		2. görüşme	80	20.6±4.2		
	Engel	1. görüşme	80	32.9±6.8		
		2. görüşme	80	32.3±7.3		

alışmasında İUHİÖ'nün yarar altboyutunda Cronbach alfa değerini 0.66, engel altboyutunda da 0.65 olarak bulmuşlardır. Araştırmamızda İUHİÖ'nün birinci görüşmesinde yarar altboyutu için Cronbach alfa değeri Bennett ve ark.nın çalışmasından daha yüksek (0.74) bulunurken, engel altboyutu için ise daha düşük (0.59) bulundu. Bu durum, olgularımızın İUHİÖ'nün yarar boyutunu daha çok algıladığını ve hastalığa uyum sağlamalarının daha kolay olacağını göstermektedir.

Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği'nin birinci görüşmesinde yarar altboyutunun Cronbach alfa değeri 0.71, engel altboyutunun ise 0.58 bulundu. Bu ölçekte de yarar altboyutunun iç tutarlığının engel altboyutunun iç tutarlığından daha yüksek olduğu görüldü. Bennett ve ark.^[15] Cronbach alfa değerini yarar altboyutu için 0.83, engel altboyutu için ise 0.66 bulmuşlardır. Çalışmamızda Cronbach alfa değerlerinin yarar altboyutu için yüksek, engel altboyutu için daha düşük olması anılan çalışmayla paralellik gösterirken, Bennett ve ark.nın Cronbach alfa değerleri bizim çalışmamızdan biraz daha yüksektir. Her iki çalışmada da olguların ölçeğin yararlarını daha çok algıladıkları görülmektedir.

Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği'nin birinci görüşmesinde yarar altboyutunun Cronbach alfa değeri 0.77, engel altboyutunun ise 0.68 bulundu. Bu ölçek için de, yarar altboyutunun Cronbach alfa değerinin engel altboyutundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Bir ölçeğin iç tutarlığı yapı geçerliğine ilişkin bir gösterge olarak kabul edilmekte ve güvenilirliğin geçerlik için gerekli koşul olduğu belirtilmektedir.^[16] Çalışmamızda İUHİÖ, DUHİÖ ve BİHİÖ'nün iç tutarlığı yüksek bulundu ve ölçeklerin geçerli olduğu görüldü.

Zamana göre değişmezlik (süreklilik/test-yeniden test güvenirligi). Zamana karşı değişmezlik, ölçeğin benzer koşullar altında ve belli bir zaman aralığı ile ölçümleri sonucu elde edilen verilerin benzer ölçüm değerlerini sağlama özelliği ile ilgilidir.^[13] Zamana göre değişmezlik özelliği test-yeniden test yoluyla değerlendirilir. Test-yeniden test güvenirligi, bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme gücüdür.^[13,16,17] Özellikle iki test arasındaki süre, bellek etkisini kaldıracak kadar uzun, iki hafta ile bir ay arasında olmalıdır.^[13]

Test-yeniden test güvenirliginde İUHİÖ'de yarar altboyutunda 15 gün ara ile yapılan iki görüşmenin sınıfıçı korelasyon katsayısı 0.90, engel altboyutunda ise 0.91 bulundu. Bennett ve ark.^[15] birinci görüşme ile ikinci görüşmenin sınıfıçı korelasyon katsayısı-

nı yarar altboyutunda 0.23, engel altboyutunda ise 0.41 bulmuşlardır. Aynı çalışmada ikinci görüşme ile üçüncü görüşmenin güvenilirlik katsayısı yarar ve engel altboyutunda 0.47'ye yükselmiştir. Çalışmamızda Türkçeye uyarlanan İUHİÖ'nün korelasyon katsayısının Bennet ve ark.nın bulduğu değerden daha yüksek olduğu ve ülkemizdeki KKY olan hastalarda kullanılabileceği görülmektedir.

Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği'nde birinci ve ikinci görüşmenin sınıfıçı korelasyon katsayısı yarar ve engel altboyutunda 0.86 bulundu. Bennett ve ark.nın^[15] çalışmasında bu değerler sırasıyla 0.18 ve 0.30 bulunmuştur. Ölçeklerin ülkemizdeki güvenilirlik puanlarının Bennett ve ark.nın çalışmasından daha yüksek olduğu ve ülkemizde kullanılabileceği görülmektedir.

Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği'nde birinci ve ikinci görüşmenin sınıfıçı korelasyon katsayısı yarar altboyutunda 0.90, engel altboyutunda ise 0.93 bulundu. Bu değerler BİHİÖ'nün de ülkemizde güvenilir bir araç olarak kullanılabileceğini göstermektedir.

Sonuç olarak, KKY'li 80 hasta ile yaptığımız bu çalışmada, İUHİÖ, DUHİÖ ve BİHİÖ'nün Türkçe şeklinin kalp yetersizliği olan hastalarda ülkemizde güvenilir bir şekilde kullanılabileceği belirlendi. Ancak, bu ölçeklerin hastaların ilaç, diyet ve bireysel izleme konusundaki uyumlarının artırılmasındaki katkıları daha ileri çalışmalarla sınımlı ve ölçeklerin fizibilitesi araştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Nalbantgil İ. Kalp yetersizliğinin tanım ve epidemiyolojisi. In: Büyüköztürk K, Koylan N, editörler. Kalp yetersizliği. İstanbul: Üniform Matbaacılık; 2003. s. 8-12.
2. Enç N, Yiğit Z, Altrok MG, Özer S, Oğuz S. Kalp yetersizliği hemşirelik bakım kılavuzu. 2. baskı. İstanbul: Türk Kardiyoloji Derneği; 2007.
3. Rich MW. Heart failure in the elderly: strategies to optimize outpatient control and reduce hospitalizations. Am J Geriatr Cardiol 2003;12:19-24.
4. House-Fancher MA, Foell HY. Nursing management heart failure. In: Lewis SL, Heitkemper MM, Dirksen SR, O'Brien PG, Bucher L, editors. Medical-surgical nursing. Assessment and management of clinical problems. 7th ed. St. Louis: Mosby; 2007. p. 821-41.
5. Gould M. Chronic heart failure. In: Hatchett R, Thompson D, editors. Cardiac nursing: a comprehensive guide. Edinburg: Churchill Livingstone; 2002. p. 198-217.
6. Stewart S, MacIntyre K, Capewell S, McMurray JJ. Heart failure and the aging population: an increasing burden in the 21st century? Heart 2003;89:49-53.

7. Evangelista L, Doering LV, Dracup K, Westlake C, Hamilton M, Fonarow GC. Compliance behaviors of elderly patients with advanced heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2003;18:197-206.
8. Clark DO, Tu W, Weiner M, Murray MD. Correlates of health-related quality of life among lower-income, urban adults with congestive heart failure. *Heart Lung* 2003;32:391-401.
9. Olgun N, Oğuz S. Etkili sağlık eğitiminde Sağlık İnanç Modelinin kullanımı. In: IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Kitabı. İstanbul: Çevik Matbaacılık; 1999. s. 216-8.
10. Fuat A, Hungin AP, Murphy JJ. Barriers to accurate diagnosis and effective management of heart failure in primary care: qualitative study. *BMJ* 2003;326:196.
11. Bennett SJ, Milgrom LB, Champion V, Huster GA. Beliefs about medication and dietary compliance in people with heart failure: an instrument development study. *Heart Lung* 1997;26:273-9.
12. Bennett SJ, Hays LM, Embree JL, Arnould M. Heart Messages: a tailored message intervention for improving heart failure outcomes. *J Cardiovasc Nurs* 2000; 14:94-105.
13. Erefe İ, editör. Veri toplama araçlarının niteliği. In: Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemler. HEMAR-G Yayın No 1. İstanbul: Odak Ofset; 2002. s. 169-87.
14. Özdamar K. Güvenirlik ve soru analizi. In: Paket programlar ile istatistiksel veri analizi-1. 4. baskı. Eskişehir: Kaan Kitabevi; 2002. s. 661-76.
15. Bennett SJ, Perkins SM, Lane KA, Forthofer MA, Brater DC, Murray MD. Reliability and validity of the compliance belief scales among patients with heart failure. *Heart Lung* 2001;30:177-85.
16. Dereboy İF, Dereboy Ç, Sevinçok L, Kaynak H. Gençlerde kimlik gelişimi sürecini değerlendirmekte kullanılan iki ölçeğin psikometrik özellikleri: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999;10:92-101.
17. Aksayan S, Gözüm S. Kültürler arası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi* 2002;4:9-14.