ARZU OZAN

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ

2025

T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

KORONER ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİ, HASTA İLAÇ UYUMU VE AKTİFLİK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ARZU OZAN

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

BURSA-2025

T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

KORONER ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİ, HASTA İLAÇ UYUMU VE AKTİFLİK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ARZU OZAN

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

DANIŞMAN
Doç. Dr. Seda PEHLİVAN

BURSA-2025

T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYANI

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum "**Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri, Hasta İlaç Uyumu ve Aktiflik Düzeylerinin Değerlendirilmesi**" adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

Arzu OZAN
Tarih ve İmza

TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

17/06/2025

Adı Soyadı: Arzu Ozan
Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı
Tez Konusu: Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri, Hasta İlaç Uyumu ve Aktiflik Düzeylerinin Değerlendirilmesi

ÖZELLİKLER	UYGUNDUR	UYGUN DEĞİLDİR	AÇIKLAMA
Tezin Boyutları	☒	❑	
Dış Kapak Sayfası	☒	❑	
İç Kapak Sayfası	☒	❑	
Kabul Onay Sayfası	☒	❑	
Sayfa Düzeni	☒	❑	
İçindekiler Sayfası	☒	❑	
Yazı Karakteri	☒	❑	
Satır Aralıkları	☒	❑	
Başlıklar	☒	❑	
Sayfa Numaraları	☒	❑	
Eklerin Yerleştirilmesi	☒	❑	
Tabloların Yerleştirilmesi	☒	❑	
Kaynaklar	☒	❑	

DANIŞMAN ONAYI

Unvanı Adı Soyadı: Doç. Dr. Seda Pehlivan

İmza:

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYANI ..... **II**
TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU ..... **III**
TÜRKÇE ÖZET ..... **VII**
İNGİLİZCE ÖZET ..... **VIII**
TEZ KONUSUNUN KÜRESEL SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA HEDEFLERİ İLE İLİŞKİSİ ..... **IX**
1. GİRİŞ **1**
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1
1.2. Araştırmanın Amacı 4
1.3. Araştırmanın Soruları 4
2. GENEL BİLGİLER **6**
2.1. Koroner Arter Hastalığı (KAH) 6
2.1.1. Koroner arter hastalığı epidemiyolojisi 6
2.1.2. Koroner arter hastalığı risk faktörleri 7
2.1.2.1. Değiştirilebilir risk faktörleri 8
2.1.2.1.1. Tütün kullanımı 8
2.1.2.1.2. Alkol kullanımı 9
2.1.2.1.3. Obezite 10
2.1.2.1.4. Beslenme 11
2.1.2.1.5. Fiziksel inaktivite 12
2.1.2.1.6. Stres 12
2.1.2.1.7. Diabetes mellitus (DM) 13
2.1.2.1.8. Hipertansiyon (HT) 14
2.1.2.1.9. Hiperkolesterolemi 15
2.1.2.2. Değiştirilemeyen risk faktörleri 15
2.1.2.2.1. Yaş 15
2.1.2.2.2. Cinsiyet 16
2.1.2.2.3. Genetik faktörler 16
2.1.3. Koroner arter hastalığı semptomları 17
2.1.4. Koroner arter hastalığı sınıflandırılması 17

2.1.4.1. Anjina pektoris 17
2.1.4.1.1. Stabil anjina pektoris (SAP) 18
2.1.4.1.2. Varyant (prizmental) anjina pektoris 18
2.1.4.1.3. Anstabil (kararsız) anjina pektoris (USAP) 18
2.1.4.2. Miyokard infarktüsü (MI) 19
2.1.5. Koroner arter hastalığı tanı yöntemleri 19
2.1.6. Koroner arter hastalığı tedavi yöntemleri 20
2.1.6.1. Nonfarmakolojik tedavi 20
2.1.6.2. Farmakolojik tedavi 20
2.1.6.3. Revaskülarizasyon 21
2.1.7. Koroner arter hastalığında hemşirelik bakımı 21
2.2. Sağlık Okuryazarlığı 23
2.2.1. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler 24
2.2.2. Ülkemizde ve dünyada sağlık okuryazarlılık düzeyi 25
2.2.3. Sağlık okuryazarlılık sınıflaması 25
2.2.3.1. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı 26
2.2.3.2. İletişimsel sağlık okuryazarlığı 26
2.2.3.3. Kritik sağlık okuryazarlığı 26
2.2.4. Koroner arter hastalarında sağlık okuryazarlılığı 26
2.3. İlaç Uyumu 28
2.3.1. İlaç uyumunu etkileyen faktörler 28
2.3.2. Koroner arter hastalarında ilaç uyumu 29
2.4. Hasta Aktifliği Kavramı 30
2.4.1. Hasta aktifliği aşamaları 31
2.4.2. Hasta aktifliği etkileyen faktörler 31
2.4.3. Koroner arter hastalarında hasta aktifliği 31
2.4.4. Koroner arter hastalarında ilaç uyumu ve aktiflik ilişkisi 33
3. GEREÇ VE YÖNTEM 34
3.1. Araştırmanın Tipi 34
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 34
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 34
3.3.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri 34
3.3.2. Araştırmadan dışlama kriterleri 35
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri 35
3.5. Veri Toplama Araçları 35
3.5.1. Kişisel bilgi formu 35

3.5.2.Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) 36
3.5.3.Hasta aktiflik düzeyi ölçeği (patient activation measure) 37
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi 37
3.7. Araştırmanın Etik Yönü 40
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları 40
4. BULGULAR 41
4.1. Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerin Dağılımı 41
4.2. Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistikleri ve Karşılaştırma Sonuçları 43
4.3. Korelasyon Analizi Sonuçları 52
5. TARTIŞMA VE SONUÇ 54
5.1. Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerinin Dağılımı 54
5.2. Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistikleri ve Karşılaştırma Sonuçları 55
5.3. Korelasyon Analizi Sonuçları 63
5.4.Sonuç 64
5.5. Öneriler 65
6. KAYNAKLAR 67
7. SİMGELER VE KISALTMALAR 87
8. EKLER 88
9. TEŞEKKÜR 97
10. ÖZGEÇMİŞ 98

TÜRKÇE ÖZET

Bu çalışma koroner arter hastalığı (KAH) olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri, hasta ilaç uyumu ve aktiflik düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikteki araştırma, 15.04.2024-08.11.2024 tarihleri arasında Bursa Şehir Hastanesi kardiyoloji kliniklerinde KAH tanısı ile yatan 371 hasta ile yürütüldü. Araştırmanın verilerinin toplanmasında, Kişisel Bilgi Formu, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32), Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği kullanıldı. Araştırmanın verileri, IBM SPSS Statistics 26 programında ortalamalar, standart sapma, yüzdelikler, Kolmogorow Smirnov, Bağımsız Örneklem T, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Tukey, Pearson, Spearman's rho Korelasyon testleri ile değerlendirildi.

KAH olan bireylerin yaş ortalaması 63,06 (±12,733)'tür. Bireylerin %56,6'sı erkek, %39,1'i ilkokul mezunudur. En sık görülen ek hastalıklar hipertansiyon (%66), diyabet (%45)'dir. Hastaların TSOYÖ-32 puan ortalamaları 24,62±13,09, Hasta Aktiflik Düzeyi puan ortalaması 65,54±18,21'dir. "İlaçlarımı kullanmayı unuturum.", "İlacı bıraktığım dönemler olur." ve "İlacı yan etkilerinden dolayı bıraktığım olur." ifadelerine evet yanıtını verenlerde sağlık okuryazarlığı ve hasta aktiflik düzeyi puan ortalamaları, daha düşüktür. Sağlık okuryazarlığının ve hasta aktifliğinin ileri yaş, kadın cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, geniş aile yapısı, düşük gelir düzeyi, ek kronik hastalık varlığı, hastane yatış sayısı, medikal tedavi uygulanması, hastalık süresinin uzaması, günlük kullanılan ilaç sayısının fazla olması ilaç yan etkisinin bulunması, hastalık hakkında bilgi sahibi olmama durumu ve bilgi sahibi olanlarda alınan bilgi kaynağının aile, arkadaş gibi yakın çevreden olması, ilaç kullanımını unutma, ilacı yan etkileri nedeniyle bırakma gibi durumlarda negatif yönde etkilendiği saptandı. Sağlık okuryazarlığı puanı ile hasta aktiflik düzeyi puanı arasında pozitif yönde korelasyon olduğu ($r=0,816$; $p<0,001$) belirlendi.

Koroner arter hastalarında sağlık okuryazarlığı, ilaç uyumu ve hasta aktifliğinde etkilidir. Sağlık okuryazarlığını teşvik eden program ve kampanyaların yapılması, buna yönelik sağlık politikalarının uygulanmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Koroner arter hastalığı, sağlık okuryazarlığı, ilaç uyumu, hasta aktifliği

İNGİLİZCE ÖZET

EVALUATION OF HEALTH LITERACY LEVELS, PATIENT MEDICATION COMPLIANCE AND ACTIVITY LEVELS OF INDIVIDUALS WITH CORONARY ARTERY DISEASE

This study was conducted to evaluate the health literacy levels, patient medication compliance and activity levels of individuals with coronary artery disease (CAD).

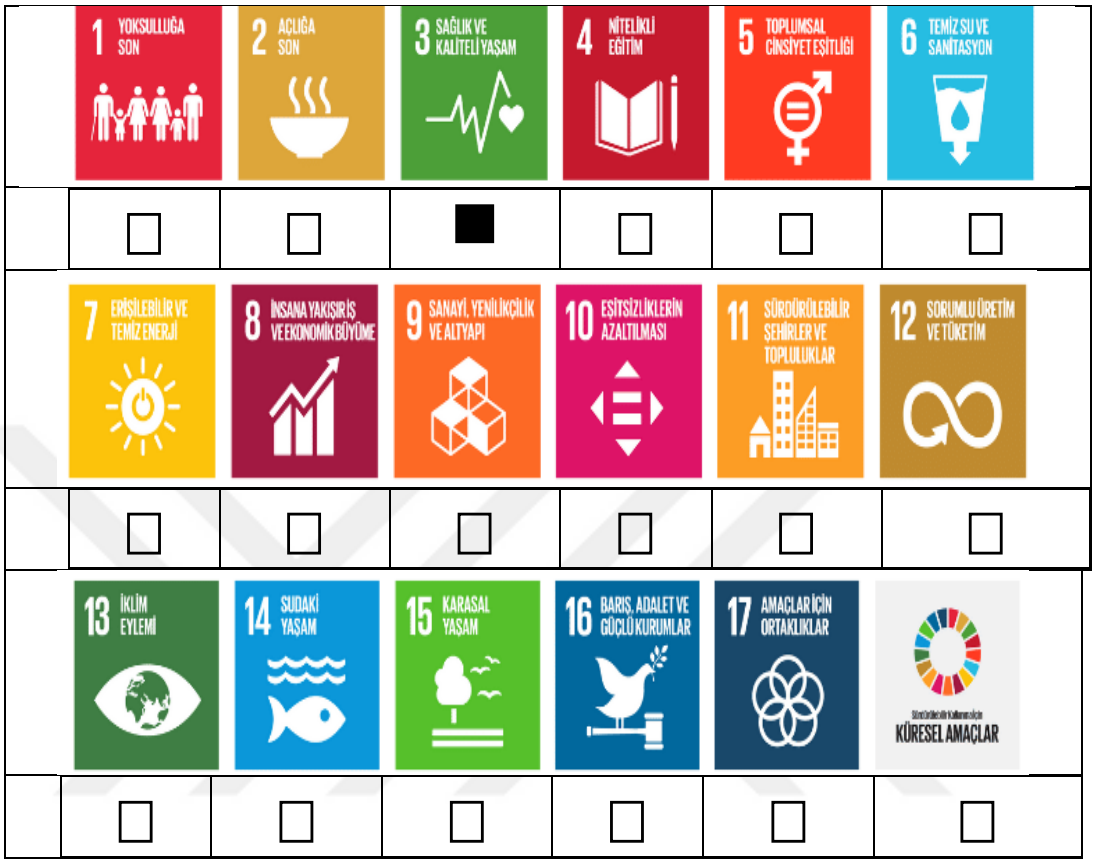
The descriptive and correlational study was conducted between 15.04.2024-08.11.2024 with 371 patients hospitalised in Bursa City Hospital cardiology clinics with a diagnosis of CAD. Personal Information Form, Turkey Health Literacy Scale (TSOY-32), Patient Activism Level Scale were used to collect the data of the study. The data of the study were evaluated by means, standard deviation, percentages, Kolmogorow Smirnov, Independent Sample T, One-Way Analysis of Variance (ANOVA), Tukey, Pearson, Spearman's rho Correlation tests in IBM SPSS Statistics 26 programme.

The mean age of individuals with CAD was 63.06 years (±12.733). 56.6% of the individuals were male and 39.1% were primary school graduates. The most common comorbidities were hypertension (66%) and diabetes (45%). The mean score of TSOYÖ-32 was 24.62±13.09 and the mean score of Patient Activity Level was 65.54±18.21. The mean scores of health literacy and patient activism level were lower in those who answered yes to the statements ‘I forget to take my medication’, ‘There are periods when I stop taking the medication’ and ‘I stop taking the medication because of its side effects’. It was found that health literacy and patient activism were negatively affected by advanced age, female gender, low education level, large family structure, low income level, presence of additional chronic diseases, number of hospitalisations, application of medical treatment, prolongation of disease duration, high number of drugs used daily, presence of drug side effects, lack of information about the disease and the source of information received from close environment such as family and friends, forgetting the use of medication, stopping the drug due to side effects. It was determined that there was correlation between the health literacy score and the patient activity level score ($r=0.816$; $p<0.001$).

Health literacy is effective in medication adherence and patient activism in coronary artery disease patients. It is recommended that programmes and campaigns promoting health literacy should be carried out and health policies should be implemented accordingly.

Keywords: Coronary artery disease, health literacy, medication adherence, patient activism

BUÜ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TEZ KONUSUNUN KÜRESEL SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA HEDEFLERİ İLE İLİŞKİSİ



Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum " **Koroner arter hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri, hasta ilaç uyumu ve aktiflik düzeylerinin değerlendirilmesi** " başlıklı tez **3.** Küresel Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ile ilişkilidir.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Koroner arter hastalığı (KAH) özellikle orta yaş grubunda sık görülmekte olup, ölüm ve hastalık nedenleri arasında dünyada ilk sıralarda yer almaktadır (WHO 2021). Epikardiyal arterlerde aterosklerotik plak birikimiyle karakterize, miyokardın yetersiz oksijenlenmesiyle iskemi ve buna bağlı semptomların görüldüğü bir hastalıktır (Koplay, & Erol, 2013). Stabil anjina, unstabil anjina, miyokard enfarktüsü ve ani ölüm tablosuyla sonuçlanabilmektedir (Nicolau ve ark., 2021). Türkiye'de 37 yaş üzeri popülasyonda KAH kaynaklı yılda 340 bin bireyin hayatını kaybettiği, 400-420 bin bireyin ise; KAH tanısı aldığı tespit edilmiştir (Onat, & Karakoyun, 2015). KAH sıklıkla birden fazla eşlik eden hastalıkla birlikte görülmektedir. Hiperlipidemi, hipertansiyon, artrit, diyabet, tiroid hastalıkları KAH ile birlikte sık görülen hastalık gruplarıdır. Ayrıca komorbidite arttıkça hastaneye 30 gün içerisinde tekrarlı yatış sıklığı da artış göstermektedir (Murray, & Thalmann, 2018).

KAH'ın gelişmesinde fizyolojik ve çevresel birçok faktör rol oynamaktadır. Hastalığın başlamasında ya da ilerlemesinde rol oynayan kontrol altına alınabilen ve kontrol altına alınamayan faktörlerin etkisi ile gelişmektedir (Kanejima ve ark., 2022). KAH' ın risk faktörleri incelendiğinde kontrol altına alınabilen faktörler ağırlıklı olmakla birlikte obezite, hipertansiyon, stres, sigara kullanımı, hiperlipidemi, sağlıksız beslenme alışkanlığı, aktivite yetersizliği en yaygın görülen risk fökterleridir (Arnett ve ark., 2019; Türkiye İstatistik Kurumu, 2021). Kontrol altına alınabilen bu risk faktörlerinin önlenmesi özellikle genetik yatkınlığı olan bireylerde erken teşhis ve tedavi, sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi açısından büyük önem arz etmektedir (Piepoli ve ark., 2016). Miyokard infarktüsü (MI) sonrasında, kolesterol düzeyi, kan şekeri, kan basıncı kontrolü, sigaranın bırakılması, düzenli fiziksel aktivite yapılması ve uygun beslenme şekli önerilerine uyulması halinde kardiyak mortalitenin azaltılabileceği belirtilmektedir (Türk Kardiyoloji Derneği, 2018).

KAH'ın etkin yönetiminde yaşam tarzı değişiklikleri, farmakolojik tedavisinin uygulanması, olası ve mevcut risk faktörlerinin yönetimi gibi konuları da kapsayan multidisipliner yaklaşım önemlidir (Arnett ve ark., 2019). Risk faktörleri, farmakolojik ve girişimsel tedavi yöntemlerinde sağlanan gelişmelere rağmen, kardiyovasküler

mortalitenin belirleyicileri olma özelliğini sürdürmektedir. Hastalığın tam olarak kontrol altına alınabilmesi klinik semptomun azaltılabilmesi, ancak KAH tanılı bireylerin aktif katılımı, tedavi önerilerine uyum sağlamaları ve çoklu yaşam tarzı değişikliğiyle mümkün olabilmektedir.

Kardiyovasküler hastalıkların (KVH) tedavisinde yaşam tarzı değişikliğiyle birlikte ilaç uyumu da önem arz etmektedir. Kişilerin tedaviye uyumu hastalığı kontrol altında tutabilmek ve oluşabilecek komplikasyonları önlemek açısından önemlidir (Güngör, 2020). İlaç uyumsuzluğu sık hastane başvurusu, mortalite ve sağlık hizmeti maliyetinde artış gibi olumsuz çıktıları da beraberinde getirmektedir (Neiman ve ark., 2017). Neiheisel ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada, kanser hastalarında tedavi uyumunun en yüksek, KVH'da ise en düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Tedaviye uyumu birçok faktör etkilemektedir. Düşük eğitim düzeyi, tedavi gereksinimin anlaşılamaması, bilgi yetersizliği gibi faktörler tedavi uyumunu olumsuz etkilemektedir (Köse, 2017). Bu açıdan hastaların sağlıklarıyla ilgili yeterli düzeyde bilgiye sahip olmaları, sağlığı geliştirmeye yönelik karar alabilmeleri, sağlık bilgilerine erişebilmeleri önemlidir (De Melo Ghisi ve ark., 2018).

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkları hakkında karar almak, sağlıklarını geliştirme, hastalıkları önlemeye yönelik sağlık bilgisine ulaşma, anlama becerisi ve erişilen bilgiyi kullanmaya yönelik gerekli bilgi, motivasyon ve yeterliliktir (Sørensen, & Van den Broucke, 2012). Sınırlı sağlık okuryazarlığı, koruyucu/geliştirici sağlık hizmetlerine katılımda azalma, riskli davranışları daha fazla sergileme ve çoklu kronik hastalıklarda hastalık yönetiminde zorlanma, morbidite ve mortalite artışıyla ilişkilidir (Berkman, & Sheridan, 2011). Bu nedenle, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde toplumsal sorunlardan birisidir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde en yüksek prevalansa Hollanda (%25,1) sahip olurken, Bulgaristan'ın (%26,9) yetersiz sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer aldığı saptanmıştır (Sørensen ve ark., 2015). Ülkemizde ise; yetersiz/sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylerin yetişkin nüfusun üçte ikisinden fazla olduğu bildirilmiştir (Tanrıöver ve ark., 2014). KVH olan bireylerde yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin hastalık sürecinde pek çok olumsuz etkiye sahip olduğu belirtilmiştir. Literatürde, düşük sağlık okuryazarlık düzeyinde olan bireylerin daha çok KAH komorbiditesine sahip olduğu saptanmış olup, bu

bireylerde tekrarlı yatış, düşük yaşam kalitesi, zayıf sosyal destek ve kaygının arttığı belirtilmiştir (De Melo Ghisi ve ark., 2018). Danimarka'da yapılan bir çalışma sonucunda, her on KAH olan bireyden birinin sağlıkla ilişkili bilgileri anlamada zorlandığı tespit edilmiştir (Friis ve ark., 2019). Yapılan başka bir çalışmada ise düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin kardiyovasküler hastalık prevalansında artış, koruyucu ve geliştirici sağlık davranışlarını sergilemede eksiklik, hastalık hakkında yetersiz bilgi düzeyi, hastalık öz yönetiminde başarısızlık, sık hastane başvurusu ve mortalite artışı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Aaby ve ark., 2017). 275 KAH olan birey ile yapılan çalışmada, bireylerin %59,3'ünün sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu, sadece %12'sinin mükemmel sağlık okurayazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir (Ahçıoğlu, 2020). Yetersiz sağlık okuryazarlığının ne kadar olumsuz etkisi varsa yeterli okuryazarlığın da o ölçüde olumlu etkileri vardır. Yeterli sağlık okuryazarlığı, yanlış ilaç kullanımından kaçınmaya, başarılı polifarmasi yönetimine, tıbbi öneriler doğrultusunda ilaç kullanımına, önemli yan etkileri değerlendirebilmesine ve KAH ile ilişkili semptomları anlamasına ve tüm bunlara paralel olarak etkin ilaç yönetimine katkı sağlamaktadır (Magnani, & Mujahid, 2018).

KAH olan bireylerin her geçen yıl artış göstermesi, risk faktörlerinin yeterli düzeyde önlenememesi, hastalığın kontrol altına alınması için hastalık yönetimi programlarının önemini ön plana çıkarmıştır. Toplumsal, sosyal, ekonomik açıdan hastalığın yarattığı ve yaratabileceği sorunların azaltılmasına ilişkin etkili sağlık politikası ve girişimlere ihtiyaç duyulmaktadır (Durna, & Oğuz, 2018). KAH ve diğer tüm kronik hastalıklarda mortalitenin temel nedeni hastalık yönetiminin etkin şekilde yapılamamasıdır. Komplikasyonların, mortalite ve morbiditenin en az düzeye indirilebilmesi ancak etkin hastalık yönetimiyle sağlanabilmektedir (Koşar, 2015). Tedavi yaklaşımının temel bileşeni bakım ve tedavi yönetiminin yerine getirilmesidir. Tedavi ile bakım yönetiminin sağlanmasında bireylerin özbakım ve özyönetiminin yeterli olması önemlidir (Hançerlioğlu, & Şenuzun Aykar, 2018). Etkin hastalık yönetiminin tam anlamıyla gerçekleşebilmesi ancak kendi bakımına aktif katılan hastayla mümkündür (Koşar, & Besen, 2015).

Aktif hasta, "sağlığını nasıl koruyup geliştirebileceğini, mevcut fonksiyonlarını nasıl devam ettireceğini, durumunun kötüye gitmesinin nasıl önüne geçebileceğini bilen kişi" olarak tanımlanmaktadır. Özellikle kronik hastalıklarla yaşayan bireylerde

karmaşık tedavi planlarına uyum sağlayabilmeleri, hastalık sürecini başarılı şekilde yönetebilmeleri, sağlıklarını iyileştirmeye yönelik gerekli yaşam tarzı değişikliklerini benimseyebilmeleri, sağlıklarına yönelik etkin karar verebilmeleri gibi konularda bireylerin aktif rol üstlenmeleri gerekmektedir ve bu hususta hasta aktifliği kritik bir öneme sahiptir (Hibbard ve ark., 2005). Aktif hasta bireyler sağlığını etkin yönetebilen, sağlık profesyonelleriyle işbirliği içinde olan, sağlık işlevlerini mümkün olan en üst düzeyde devam ettirebilen, kaliteli bakıma tedavilerine uygun şekilde ulaşabilecek bilgiye sahip ve bu bilgileri davranışlarıyla sergileyebilen bireylerdir (Hibbard ve ark., 2007). Bireylerin aktiflik düzeyi öz yönetime katılma isteğini ve öz yönetim düzeyini etkilemektedir. Tüm bu etkiler, bireylerin sağlık çıktılarında rol oynamaktadır (Koşar, & Besen, 2015). Hastanın bakım süreciyle ilgili gereksinimlerini ve bakım uygulamalarından elde etmek istediği sonuçları kararlaştıran temel kişi hastanın kendisidir (Hibbard, & Greene, 2013).

KAH olan bireylerde gerek komorbidite gerek risk faktörleri gerek mortalite oranlarının yüksekliği nedeniyle bireylerin sağlık bakımındaki sorumlukları artmaktadır. Bu nedenle, bireylerin sağlık ve hastalıklarıyla ilgili yeterli düzeyde bilgiye sahip olmaları, doğru kaynak ve bilgilere kolayca erişebilmeleri, eriştikleri bilgiyi doğru şekilde yorumlayabilmeleri, tedavi ve bakımda primer rol oynamaları önemlidir. Bu bağlamda bireylerin sağlık okuryazarlıklarının ve hasta aktiflik düzeyinin değerlendirilmesi önemlidir. KAH olan bireylerde sağlık okuryazarlık düzeyleri ve bu düzeyin hasta aktifliğine etkisine yönelik çalışmalar oldukça sınırlıdır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, KAH olan bireylerin sağlık okuryazarlılık düzeyleri, hasta ilaç uyumu ve aktiflik düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

1.3. Araştırmanın Soruları

- Koroner arter hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ne düzeydedir?
- Koroner arter hastalığı olan bireylerin ilaç uyumları ne durumdadır?
- Koroner arter hastalığı olan bireylerin hasta aktiflikleri ne düzeydedir?

- Koroner arter hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığının ilaç uyumu ve aktiflik düzeyine etkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koroner Arter Hastalığı (KAH)

KVH kaynaklı ölümlerin en sık nedeni olan KAH; çeşitli nedenlerle oluşan aterosklerotik plakların koroner arter intimasında damar lümenini kısmen veya tamamen tıkaması sonucu miyokard iskemisiyle ciddi klinik tablolara yol açan sistemik, inflamatuar ve progresif bir hastalıktır (Bektaş, & Türker, 2017; Kalkan Uğurlu ve ark., 2019).

KAH, periferik arter hastalığı ve karotis arter hastalığının temel etiyolojisinde rol oynayan ateroskleroz; lipid artışı, enflamasyon seviyesinde düşüş endotel hasarı ve plak oluşumuyla karakterizedir (Koplay, & Erol, 2013; Kalkan Uğurlu ve ark., 2019). Arter lümeninde endotel disfonksiyonu sonucu intima tabakasında düşük yoğunluklu lipoprotein birikimiyle ateroskleroz süreci başlar (Malakar ve ark., 2019). Düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) oksidasyona uğrayarak damar intimasına lökositleri toplar. İnflamasyonla inflamatuar hücreler harekete geçer. Sigara kullanımı, hipertansiyon ve diğer risk faktörleri inflamatuar yanıtın gelişmesini hızlandırır. Sitokin ve enzim üretimiyle bağ dokusuna hasar veren makrofajlar endotel tabakada yoğunlaşır (Kanan, 2019).

Sonuç olarak lipidden zengin fibrotik bir plak meydana gelir. Oluşan aterosklerotik plak koroner arterlerde en sık sol ana koroner arterler, karotis arterler, abdominal aortun dallara ayrıldığı yerlerde tutulum göstermekte, kan akımında azalma ve tıkanıklık meydana getirerek miyokardiyal oksijenlenmede azalmayla birlikte iskemiye sebep olmaktadır (Kapıkıran, 2019). İlerlemiş ateroskleroz birden fazla arter lümenini etkilediğinde beraberinde daha kötü tabloyla sonuçlanmaktadır (Bauersachs ve ark., 2019). Aterosklerotik plak kan akımını durdurduğunda miyokard enfarktüsüne (MI) veya ani kardiyak ölüme neden olabilir (Kanan, 2019).

2.1.1. Koroner arter hastalığı epidemiyolojisi

Dünyada ve ülkemizde, ölüm ve sakatlık nedenlerinin başında gelen, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve sağlık harcamalarının artması ile sonuçlanan temel sağlık sorunu bulaşıcı olmayan hastalıklardır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar kaynaklı ölüm oranı, her yıl artış göstermekle birlikte, 2019 yılından itibaren %63'e yükselerek ölüm nedenleri arasında ilk sırada yerini almıştır (WHO, 2023). Bulaşıcı olmayan

hastalıklara bağlı ölümlerinin %82'si KVH, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet kaynaklı olmakla birlikte, bu hastalık gruplarında KVH (%37) ilk sıradadır (Üner, & Balcılar, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2023 raporuna göre; ölümlerin %17,9'u KVH sebebiyle gerçekleşmiştir (WHO, 2023). Ülkemizde aile sağlığı merkezli yürütülen Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması kapsamında KAH ilişkin önemli veriler elde edilmiş olup. 15 yaş ve üzeri bireylerde KAH görülme sıklığının erkeklerde %3,8, kadınlarda %2,3 olduğu belirlenmiştir (Ünal, 2013).

Türk toplumunda KVH risklerini inceleyen (1990) Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasına göre; KAH prevalansı yaşla birlikte artış göstermekle birlikte 45-54 yaş grubunda %6 iken, 65 yaş üzerindeki bireylerde %28 oranına ulaşmaktadır. 24 yıl süresince yapılan izlemlerde 45-74 yaş aralığındaki bireyler incelendiğinde erkeklerde kardiyovasküler kaynaklı mortalite oranı binde 7,3, kadınlarda ise binde 3,8 olarak belirlenmiştir. Bu mortalite oranları çoğu Avrupa ülkesine kıyasla yüksek düzeydedir (Onat, & Can, 2017; Onat, & Karakoyun, 2015).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2022 verileri ölüm nedenleri sıralamasında; %35,4 ile dolaşım sistemi hastalıklarının ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Bu hastalıklar ise; %42,3 ile iskemik kalp hastalığı, %19,2 ile serebrovasküler hastalıklar, %23,5 ile diğer kalp hastalıkları olarak sıralanmaktadır. Toplumların yaşlanması ve beklenen yaşam süresinin uzamasına paralel olarak gelişmiş ülkelerde kardiyovasküler morbidite giderek artmakta ve buna bağlı olarak sağlık hizmetlerindeki yük de artmaktadır. Küresel düzeyde kardiyovasküler hastalıkların uzun vadede birinci mortalite sebebi olmaya devam edeceği tahmin edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

2.1.2. Koroner arter hastalığı risk faktörleri

KAH oluşumu veya ilerleyişinde fiziksel ve çevresel pek çok etken rol oynamaktadır (Kanejima ve ark., 2022). KAH risk faktörleri, değiştirilebilen ve değiştirilemeyen olarak iki başlık altında incelenmektedir (Akdemir, & Birol, 2020; Arnett ve ark., 2019; Karadakovan, & Eti-Aslan, 2020; Türkmen ve ark., 2012).

Tablo 1. Koroner arter hastalığı risk faktörleri

Değiştirilebilir Risk Faktörleri	Değiştirilemeyen Risk Faktörleri
✓ Tütün kullanımı ✓ Alkol kullanımı ✓ Obezite (BKİ ≥ 30 kg/m2) ✓ Sağlıksız beslenme ✓ Fiziksel inaktivite ✓ Stres ✓ Diabetes mellitus (HbA1c > %6.5) ✓ Hipertansiyon (≥ 140/90) veya antihipertansif tedavisi alma ✓ Hiperkolesterolemi	✓ Yaş ✓ Cinsiyet ✓ Genetik faktörler

Değiştirilebilir faktörler, değiştirilemeyen risk faktörlerine göre KAH oluşumunda daha sık görülmekle birlikte, özellikle hipertansiyon, obezite, hiperlipidemi, sigara, sağlıksız beslenme alışkanlığı, fiziksel inaktivite, stres KAH için en sık saptanan risk faktörleridir (Arnett ve ark., 2019; TÜİK, 2022). Hastaların genelinde çoklu risk faktörü bir arada bulunmakta ve bu risk faktörleri arasında etkileşimler olmaktadır (Gülhan Güner, 2020).

Günümüzde teknolojinin ilerlemesi ve gelişimine paralel olarak KAH'a ait değiştirilebilir risk faktörleri hızla artış göstermektedir (Willerson, & Armstrong, 2015). Değiştirilebilir risk faktörlerinin önlenmesi veya en aza indirgenmesi erken tanı ve tedavinin sağlanması, olumlu sağlık çıktılarının elde edilmesi açısından önemlidir (Piepoli ve ark., 2016). Yaşam alışkanlıklarının değiştirilmesiyle bile mortalite azalmaktadır. Sigarayı bırakma, sağlıklı beslenme, yeterli ve sürekli fiziksel aktivite, kan basıncı, kolesterol düzeyi ve glukoz düzeyi kontrolüyle kardiyak mortalitenin azaltılması mümkündür (TKD, 2018). Bu sebeple, toplumu bilinçlendirecek faaliyetlerin yapılması, risk faktörlerinin kontrol altında tutulması ve bireylerin yaşam alışkanlıklarını düzenlemesi KAH yönetiminde önemlidir.

2.1.2.1. Değiştirilebilir risk faktörleri

2.1.2.1.1. Tütün kullanımı

Dünya genelinde tütün kullanma oranının %20 olduğu ve tütün kaynaklı KVH oranının %10 olduğu tahmin edilmektedir. Tütün içinde bulunan nikotin aterosklerotik sürecin başlamasına neden olmakta ve beraberinde kalp hızında ve debisinde artış, vazokonstriksiyon görülmektedir (Knuuti ve ark., 2020). KAH patogenezinde primer rol oynayan tütün, sekonder olarak diyabet gibi hastalıkların komplikasyon risklerini arttırarak da KAH oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Tütün kullanımı, MI ve ani kardiyak ölüm riskini erkeklerde üç, kadınlarda ise yaklaşık beş kat arttırmaktadır

(Roy ve ark., 2017). Sigara içerisinde bulunan 4.000'den fazla toksik kimyasal maddenin etkisiyle glikoz intoleransı ve lipit profilinde varyasyona yol açmakta, sempatik sinir sistemi aktivasyonuyla kan basıncını yükseltmekte ve miyokard oksijenlenmesini azaltarak KAH riskini arttırmaktadır (Alıcı, 2017). Yapılan çalışmalar, sigaranın içinde bulunan zararlı komponentlerin (oksidan gazlar, serbest radikaller, metaller, aromatik hidrokarbonlar gibi) damar endotelinde hasara neden olarak inflamasyon sürecini başlattığını göstermektedir. Ayrıca sigara kullanımı arterlerdeki inflamasyonu arttırarak, KAH ve MI riskinde artışa neden olmaktadır (Chuang ve ark., 2021).

Tütün kullanımı, 50 yaş altı bireylerde KAH riskini 5 kat arttırırken, 60 yaş ve üzeri bireylerde risk iki kat artmaktadır. Bu doğrultuda, 50 yaş altı bireylerde KVH kaynaklı ölümlerin %38'i sigara ve tütün kullanımı kaynaklıdır. Cinsiyet bazında ise; sigara kullanımı MI riskini kadınlarda 6 kat erkeklerde ise 3 kat arttırmaktadır (Edwards, 2004). Aktif sigara kullanımında oluşan risk kadar pasif sigara kullanımında da KAH riski artış göstermektedir. Yapılan bir çalışmada, pasif sigara içiciliğinin KAH riskini %25 arttırdığı ayrıca kadınların erkeklere kıyasla daha riskli olduğu saptanmıştır (Li ve ark., 2018). Bu nedenle, risk oranını en aza indirgemek için tütün dumanı maruziyetinden kaçınmak büyük önem arz etmektedir (Rigotti ve ark., 2018).

2.1.2.1.2. Alkol kullanımı

Sürekli alkol tüketiminin, kardiyomiyopati, hipertansiyon (HT), hemorajik inme, aritmi ve ani kardiyak ölüm gibi klinik sonuçlara neden olabileceği bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda, alkol kullanımının intertisyumda kollajen birikimine yol açması sonucu kısa dönemde diyastolik disfonksiyon, uzun dönemde ise sistolik disfonksiyona sebep olduğu belirtilmiştir (Dülek ve ark., 2018). Türkiye Sağlık Araştırması 2022 raporunda; toplumda alkol kullanım oranının %12,1 olduğu, cinsiyet bazında ele alındığında erkeklerde %18,4, kadınlarda %5,9 olarak tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2022). 2016 yılında alkole bağlı ölümlerin %19 kadarı kanser ve karaciğer hastalığından sonra KVH kaynaklandığı açıklanmıştır (WHO, 2019).

Alkol tüketiminin kalp-damar sağlığı üzerindeki etkileri tüketim düzeyi ve şekline bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (Minzer ve ark., 2020). Hafif-orta düzey alkol tüketimi (1-2 kadeh/gün) KAH riskinde artışa yol açmazken, günde 3-4 kadehi aşan

kronik alkol tüketimi riski artırmaktadır (Mostofsky ve ark., 2016). Strelitz ve ark. (2019) yaptığı çalışmada, alkol alımında haftada ≥2 ünite azalmanın daha düşük KVH riskiyle ilişkili olduğu belirlenmiştir (Strelitz ve ark., 2019). Haftada 100 gramı aşan alkol tüketimi, yüksek MI riski ve kardiyovasküler mortaliteyle ilişkilendirilmektedir. Aynı zamanda alkol tüketimi hipertansiyon, kardiyak aritmi ve inme gibi diğer vasküler etkilere sebep olmaktadır (Wood ve ark., 2018).

2.1.2.1.3. Obezite

Vücutta aşırı yağ birikimiyle karakterize olan obezite, sedanter yaşam ve sağlıksız beslenme alışkanlıkları gibi kötü sağlık davranışları kaynaklı gelişmekte ve KAH morbiditesinde ciddi bir artışa yol açmaktadır (Francula, & Nola, 2018; Malakar ve ark., 2019). Son yıllarda obezite sıklığı artış göstermektedir (Ural ve ark., 2018). Son yayınlanan DSÖ Avrupa Bölgesi Obezite Raporu 2022 verilerinde; Avrupa Bölgesi'nde fazla kilolu veya obez erişkin oranının %59 (erkeklerde %63, kadınlarda %54) olduğu belirlenmiştir. Yine aynı rapor verilerine göre Avrupa bölgesinde obezite oranları yüksek olan ülkelerden birisinin de Türkiye olduğu belirtilmiş ve erişkin nüfusun %66,8'I fazla kilolu ve %32,1'i obez olarak bildirilmiştir (WHO, 2022).

Beden kitle indeksi (BKİ) ile KAH riski arasında pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. Uzun süreli bir izlem çalışmasında, çocuklukta artan beden kitle indeksi ile yetişkinlikte KAH görülme oranında artış arasında doğrudan ilişki olduğu tespit edilmiştir (Baker ve ark., 2007). Beden kitle indeksinde bir birimlik artışın, KAH mortalitesinde %5'lik artışa sebep olduğu bildirilmektedir (Thomas ve ark., 2018). Fazla kilolu/obez genç ve orta yaş yetişkinler, zayıf olan akranlarına kıyasla kardiyovasküler hastalık oluşumuna daha yatkındır. Kilodaki 5-8 kg artış MI ölüm riskini %25 arttırmaktadır (Wang ve ark., 2018). Çıkım ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2004), BKİ'nin 30 kg/m^2'den fazla olması ve abdominal obezite varlığı ile KVH risk parametreleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Çıkım, Özbey, & Orhan, 2004).

Obezitede yağın abdominal bölgede yoğun olarak birikimi insülin direncinde artışa yol açarak diyabet, dislipidemi, hipertansiyon vb. hastalıkları da beraberinde getirmektedir. Ayrıca adipositlerin üretmiş olduğu leptin hormonunun vücuttaki artışı da KAH riskini arttırmaktadır (Helvacı ve ark., 2014). Obez ve fazla kilolu bireylerde, kan basıncı, lipid ve glukoz metabolizması regülasyonu sağlamak ve olumlu çıktılar

elde edebilmek amacıyla kilo kaybının sağlanması gerekmektedir. Kilo vermeyle çeşitli hastalık ve risklerin önüne geçmek mümkündür (Perk ve ark., 2012).

2.1.2.1.4. Beslenme

Beslenme; KAH etyolojisinde yer alan obezite, tip 2 DM, HT, metabolik sendrom, hiperlipidemi gibi bir çok hastalığın patogenezinde önemli rolü olan değiştirilebilir risk faktörüdür (Das, 2015). Diyabet, obezite, hipertansiyon gibi KAH'a yol açan risk faktörlerinin çoğu sağlıklı beslenme ile geciktirilebilmekte ve hatta risk minimal düzeye indirilebilmektedir (Lacroix ve ark., 2017). Sağlıksız ve düzensiz beslenme davranışı KAH riskini arttırmakta; tam tahıl, meyve, sebze tüketimiyle risk azaltılabilmektedir (Neuenschwander ve ark., 2019). Ayrıca aşırı kalori alımı ve tuz tüketiminin azaltılması, balık tüketimi, diyette hayvansal yağlar yerine bitkisel yağların tercih edilmesi, lif bakımından zengin sebze ve meyve tüketimiyle KAH riski azaltılabilmektedir. Güncel literatür doğrultusunda; yaşam tarzında bitkisel ağırlıklı diyet uygulamak, KAH gelişimini önleme ve geciktirmede etkili olmaktadır (Dinu ve ark., 2017).

Bitki esaslı diyet; bitkisel kaynaklı besinlerin tüketimine ağırlık verilmesiyle birlikte mikro besinler (vitaminler ve mineraller), makro besinler (karbonhidrat, protein ve yağlar), biyoaktif bileşenler (flavonoidler, bitkisel steroller, polifenoller) gibi tüm besinleri içeren gıdalarla beslenmedir. Bitki esaslı diyet, yağ, kolestrol, tuz, hayvansal protein ve şeker bakımından zayıf olmakla birlikte, daha düşük KAH insidansı ile bağlantılıdır. Şeker, tuz, kolesterol ve yağ ağırlıklı beslenmeyi içeren batı diyeti ise; DM, KAH, HT, hiperlipidemi ve obezite ile ilişkilidir. Ayrıca, yağlı süt ürünleri ve kırmızı et ürünleri tüketiminin artışına paralel olarak KVH riskinin arttığı bildirilmektedir. Ayrıca, fazla et tüketimi ile KVH risk artışı (kadınlarda %29; erkeklerde %20) arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (Chowdhury ve ark., 2014). Trans yağların tüketiminin durdurulması, bunların yerine çoklu doymamış yağların tercih edilmesi, KAH riskini azaltır. KVH öyküsü olmayan ancak yüksek risk grubunda bulunan hastalarda, sızma zeytinyağı veya kuruyemiş ile desteklenen diyet uygulandığında majör kardiyovasküler olay sıklığında azalma olduğu görülmüştür (Estruch ve ark., 2013). Bu bulgular doğrultusunda, batı diyeti yerine bitki esaslı diyete geçiş yapmanın, KAH önlemede uygulaması kolay ve maliyet etkili bir müdahale olabileceği vurgulanmaktadır (Tuso ve ark., 2015).

2.1.2.1.5. Fiziksel inaktivite

Bireylerin ruhsal ve fiziksel sağlıkları üzerinde olumlu katkı sağlayan, hastalıklardan korunmada ve tedavisinde fayda sağlayan fiziksel aktivite sağlıklı yaşam için en önemli bileşen olmasına ragmen, toplumun önemli bir kısmının fiziksel inaktif grupta yer aldığı belirtilmiştir. Ülkemize ilişkin veriler incelendiğinde fiziksel inaktivite prevalansının küresel ortalamalarının üzerinde seyrettiği dikkat çekmektedir (Dalkılınç, 2016).

Sedanter yaşam şekli erken mortaliteyle sonuçlanabilecek pek çok hastalığın oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Uzun dönemde vücuttaki adipoz doku birikimini arttırarak, aşırı kilo veya obezite oluşumunu kolaylaştırmaktadır. Bunun sonucunda da hipertensiyon, yüksek kolesterol, diyabet ve KAH gibi hastalıklar ortaya çıkabilmektedir (Enç, & Kasapoğlu, 2017). KAH hastaları ile yapılan bazı çalışmalarda, sedanter yaşam tarzı süren bireylerin her iki cinsiyet grubunda da kardiyovasküler açıdan daha fazla risk taşıdığı görülmüştür (Deter ve ark., 2022).

Sağlığı korumak ve geliştirmek amacıyla, 18-65 yaş aralığındaki tüm yetişkinlerin, haftalık 150 dakika (beş gün en az 30 dakika) orta yoğunluklu aerobik fiziksel aktivite (yürüme, dinamik egzersiz gibi) yapmaları önerilmektedir (Mozaffarian, 2016; Montalestcot, 2014). Fakat bireylerin egzersiz kapasitesi değerlendirilmeli, egzersiz açısından riskli olup olmadığı tespit edildikten sonra hastaya uygun program belirlenmesi önemlidir (Karataş, & Polat, 2021). Fiziksel aktivite, kardiyovasküler semptomları, kan basıncını, lipid profilini ve insülin duyarlılığını iyileştirir sonuç olarak da KAH riskini azaltır (Winzer ve ark., 2018). Ayrıca sempatik aktiviteyi azaltmaya yardımcı olarak kalp ritmi kontrolü sağlar (Langhamme ve ark., 2018).

2.1.2.1.6. Stres

Stres, kardiyovasküler sağlığı bozan en sık görülen psikososyal faktörlerden biridir (Stoll ve ark., 2014). Psikososyal stresörler (çevresel, kronik yaşam sorunları vb) sistem üzerinde doğrudan etkili olabilmekte ya da sağlıksız yaşam şekli davranışları sergilemeyle dolaylı olarak da etki edebilmektedir (Roohafza, 2009). Psikolojik stres, bireyin bünyesinde çeşitli etkilere yol açtığından kardiyovasküler açıdan risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Akut psikolojik stres, sol ventrikül

disfonksiyonu, MI ve aritmiyi hızlandırabilmektedir. Kronik psikolojik stres ise; aterosklerotik süreci hızlandırarak KVH yol açabilmektedir (Çolak, & Akdeniz, 2022). Roohafza ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmada, akut stresin akut koroner sendromların oluşumunda tetikleyici rol oynadığı ve kronik stres ile de orta derecede ilişkili olduğu belirlenmiştir. Erkeklerde iş stresi, kadınlarda ise aile içi yaşanan kriz ve çatışmalar, uzun süreli stres durumu KVH riskini arttırmaktadır (Albus, 2010). Stres yönetiminin, KAH riskini azaltmada etkili ve önemli olduğu bilinmektedir (Moran ve ark., 2014). Stres yönetiminde; egzersiz, yoga, nefes egzersizleri, uğraş edinme, meditasyon gibi aktiviteler ve sosyal destek önerilmektedir (American Heart Association, 2021).

2.1.2.1.7. Diabetes mellitus (DM)

Diabetes mellitus (DM), hiperglisemi ile karakterize karbonhidrat metabolizma bozukluğunun neden olduğu hastalıktır. Tip 2 DM, yetişkin bireylerde en sık görülen tip olup, insülin eksikliği veya direnci sonucu gelişen hiperglisemi ile seyrederken; Tip 1 DM ise; pankreasın beta hücrelerinde otoimmun yıkım sonucu gelişen insülin eksikliğiyle karakterizedir (Çayır, & Turan, 2015). Diyabet; hipertansiyon, hiperlipidemi ve tütün kullanımı gibi geleneksel risk faktörlerinden bağımsız şekilde KVH için bir risk faktörüdür (Goodarzi ve ark., 2020). Diyabet hastaları, KVH açısından yüksek risk taşımakta ve KAH gelişimi yaklaşık 2-4 kat artmaktadır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2024). Diyabetik hastalarda KVH artışının mekanizmaları, endotel disfonksiyonu, damar duvarı modifikasyonu, hiperglisemik toksisite, oksidatif stres ve inflamasyon ve insülin direnci dahil olmak üzere multifaktörlüdür (Wang ve ark., 2012). Kardiyovasküler risk artışı, prediyabetik glukoz seviyelerinde de ilişkili görülmektedir. Bir meta analiz çalışmasında, 24 prospektif kohort çalışması incelenmiş olup, diyabetik olmayan bozulmuş açlık glukozu (BAG), bozulmuş glukoz toleransı (BGT) ya da artmış HbA1c (%5,6-6,4) düzeylerinin normoglisemik düzeylere göre artmış KAH riski ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Huang ve ark., 2016). Diyabet tanılı bireylerde ise; KAH görülme sıklığının erkeklerde 2 ve kadınlarda ise 4 kat arttığı bildirilmektedir. Ayrıca diyabetli hastaların %65-75'inde ölüm nedeni KVH kaynaklıdır (Brunner, 2010).

Diyabet hastalarında ateroskleroz süreci hızlı ilerlemekte, KAH ve buna bağlı kalp yetersizliği gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir (Levit ve ark., 2011). Aynı

zamanda diyabetli bireylerde KAH seyri diyabetik olmayanlara göre daha kötü ilerlemektedir (Zehirlioğlu, & Mert, 2020). Son yıllarda MI sonrası mortalite oranında düşüş görülmektedir, fakat diyabetik hastalarda mortalite oranında belirgin artış olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda bu hastalarda MI sonrası dönem daha komplike olmakla birlikte, anjina, konjestif kalp yetmezliği daha sık görülmektedir. Birçok çalışmada, akut MI sonrasında erken ve geç dönem mortalite oranlarının diyabetik bireylerde, non-diyabetik bireylere kıyasla 2-3 kat arttığı belirlenmiştir (Keller ve ark., 2010).

2.1.2.1.8. Hipertansiyon (HT)

Ülkemizde ve dünyada yüksek prevelansı ve kardiyovasküler ölümlerin en sık görülen risk faktörü olması sebebiyle HT; önemli kronik hastalıklardan birisidir (Çakmak, 2024). Sistolik kan basıncı 140 mmHg ve diyastolik kan basıncı 90 mmHg üzerinde olması hipertansiyonun en yaygın tanımıdır. HT prevalansı, düşük ve orta gelirli ülkelerde artış göstermektedir (Mills ve ark., 2020). Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması 2 (PatentT2) verileri; Türkiye'de HT prevalansının %30,3 (erkeklerde %28,4 ve kadınlarda %32,3) olduğunu göstermektedir (Şengül ve ark., 2016). Dünya genelinde yaygın görülen HT, endotel disfonksiyonuyla beraber miyokart duvar gerilimi ve oksijen gereksinimini artırarak, akut iskemik problemlere yol açmakta ve KAH neden olabilmektedir (Dülek ve ark., 2018; Volpe, & Gallo, 2023). Hipertansiyonun süresi ve şiddeti risk durumunu etkilemektedir (Halasz ve ark., 2021). Özellikle sistolik kan basıncında 20 mmHg, diyastolik kan basıncında 10 mmHg artışın, KAH riskinde iki kat artışa neden olduğu bulunmuştur (Francula, & Nola, 2018; Whelton ve ark.., 2018).

KAH olan bireylerin kan basıncı değerleri 140/90 mmHg üzerinde ise; antihipertansif tedavi başlanmalı ve tedavi süresince tüm yaş gruplarında diyastolik kan basıncı 70-80 mmHg civarında tutulmalıdır. Sistolik kan basıncı hedefi; >65 yaş olanlarda 130-140 mmHg, ≤65 yaş olanlarda ise; 120-130 mmHg olmalıdır. Tedavide sık tercih edilen ilaç grupları; beta bloker, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü (ACEİ), anjiyotensin II reseptör blokerleri (ARB) veya kalsiyum kanal blokerleri (KKB)'dir (TKD, 2019). KAH olanlarda hipertansiyon tedavisi düzenlenirken hipertansiyona sıklıkla hiperlipideminin, glukoz intoleransının, hiperkoagulabilitenin, düşük yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) ve santral

obezitenin eşlik ettiği unutulmamalı ve tedavi planı çok yönlü risk faktörü modifikasyonuyla yapılmalıdır (TKD, 2019).

2.1.2.1.9. Hiperkolesterolemi

İskemik kalp hastalıklarının üçte biri hiperkolesterolemi ile ilişkilidir (Thomas ve ark., 2018). Yüksek kan kolesterol düzeyi, MI ve serebrovasküler hastalık riskini artırmaktadır (WHO, 2011). Kolesterol seviyelerinin ateroskleroz ve KAH gelişimi üzerindeki etkisi incelendiğinde; ateroskleroz ile nedenselliği en fazla olan parametre LDL'dir. Yüksek LDL ile aterom gelişimi arasında paralel bir ilişki olmakla birlikte, LDL kolesterol yüksekliği KAH riskinde artışa neden olurken, HDL kolesterol yüksekliğinin KAH riskinde azalma sağladığı bilinmektedir (Wang ve ark., 2020). Ancak son yıllarda yapılan çalışmalar, yüksek HDL kolesterol değerinin de istenmeyen kardiyovasküler sonuçlara yol açabileceğini göstermiştir (Liu ve ark., 2022).

Kardiyovasküler hastalıklardan korunmada, LDL kolesterolün düşürülmesi birincil hedef olarak kabul edilmektedir (Reiner ve ark., 2011). 70 yaş erkek bir hastanın kan kolesterol düzeyindeki %10 azalmanın, KAH riskini beş yıl içinde %20 azaltabileceği düşünülmektedir (Thomas ve ark., 2018). Hiperkolesterolemi, KAH riskini arttırdığından riski azaltmak için ise uygun lipit düşürücü statinlerle tedaviye başlanılması risk ve KAH gelişimini azaltabilmektedir (Temporelli ve ark., 2021). Medikal tedavi, beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi, fiziksel aktivite artışı gibi yaşam tarzı değişiklikleriyle desteklenmelidir. Tedavide asıl amaç; KVH riski ve beraberindeki mevcut diğer risk faktörlerinin düzeltilmeye çalışılması ve minimal düzeye indirilmesidir (Öztürk, & Öztürk, 2012).

2.1.2.2. Değiştirilemeyen risk faktörleri

2.1.2.2.1. Yaş

Yaş, aterogenez ve KVH'ın bağımsız bir risk faktörüdür. Yaş ve ateroskleroz oluşumu arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma olmasına rağmen oluşumunda doğrudan rol oynayan mekanizma tam olarak bilinmemektedir (Spannella ve ark., 2020). İlerleyen yaşla birlikte damar duvarında elastikiyet azalmakta, damar endotelinde kalsifikasyon artmakta ve kan basıncında değişiklikler oluşmaktadır. Buna bağlı olarak, kalp hastalıkları herhangi bir yaşta belirti gösterebilmekle birlikte

özellikle 40 yaşından itibaren artış göstermektedir (Camici, & Liberale, 2017).

Yaşın ilerlemesiyle birlikte aort ve ana arterlerde distansibilite ve elastisite kaybı meydana gelmekte ve buna bağlı KAH riski artmaktadır (Dülek ve ark., 2019). 1990 yılında başlatılan ülkemizdeki kardiyovasküler risk faktörlerini inceleyen Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında; KAH görülme oranının 45-54 yaş arasında %6, 55-64 yaş arasında %17 ve 65 yaş ve üzerinde en yüksek düzeye ulaşarak %28 olduğu saptanmıştır (Onat, & Can, 2017; Onat, & Karakoyun, 2015). KAH prevalansı yaşlı bireylerde artmış olmasına rağmen, bu grupta KAH tanısının atlanması ya da yanlış tanı konulması ile sık karşılaşılmaktadır. Yaşlı hastalarda semptomların gençlerde görülen semptomlardan farklı olması, anjina eşdeğeri çeşitli nedenlerden oluşan dispne gibi atipik semptomların sık olması, komorbid hastalıkların varlığı nedeniyle semptomların KAH semptomları ile karışması gibi nedenlerden dolayı yaşlı popülasyonda sessiz miyokard iskemisi ve yorumlanması güç anjinaya sık rastlanmaktadır (İkitimur, 2017).

2.1.2.2.2. Cinsiyet

KAH riski erkeklerde kadınlardan daha yüksektir. Bunun başlıca nedeni, kadınlarda yüksek miktarda mevcut olan östrojen hormonunun LDL kolesterol düzeyini azaltarak arter duvarındaki hasarın önlenmesine yardımcı olmasıdır (Onat ve ark., 2017). Postmenopozal dönemde kadınlarda östrojen seviyeleri azalmakta ve LDL seviyeleri artış göstermekte, ateroskleroz gelişim süreci hızlanarak KAH riski de artmaktadır. Bu dönemde, KAH riski açısından erkeklerle benzer risk düzeyi görülmektedir (Lloyd-Jones ve ark., 2010). Yapılan bir çalışmada, kadınlarda gebelik dönemi komplikasyonlarının da ileri dönemde kardiyovasküler riski arttırdığı belirlenmiştir (Deter ve ark., 2022). Aterosklerozun erkeklerde 40 yaşından önce, kadınlarda ise menopozdan önce oluşması nadirdir. KAH mutlak riski, kadınlarda menopozdan sonra artar ve 70-80 yaş gruplarında KAH gelişme riski her iki cinsiyette birbirine yakındır (Willerson ve ark., 2015). Ancak 80 yaş sonrasındaki kadınlarda daha sık görülür (Karaaslan, & Demir, 2017).

2.1.2.2.3. Genetik faktörler

Birinci ve ikinci derece akrabalarda koroner arter hastalığı olan ailelerde risk yaklaşık iki kat artış göstermektedir (Willerson, 2015). Pozitif aile öyküsü olan

erkeklerde 55 yaş, kadınlarda ise 65 yaş öncesi KAH riski artmaktadır (TKD, 2019).

2.1.3. Koroner arter hastalığı semptomları

KAH olgularının çoğunda tipik semptom anjina pektoristir (Yavuzgil, 2016). Anjina görülme sıklığı yaş ile artış göstermektedir. 45-64 yaş kadın popülasyonda prevalans %5-7, 65-84 yaş arasında %10-12; erkek popülasyonda ise 45-64 yaş arasında %4-7, 65-84 yaş aralığında ise %12-14 civarındadır (National Institutes of Health, 2012).

KAH'lı hastalar eforla ortaya çıkan ve dinlenmeyle geçen sıkışma veya baskı tarzında göğüs ağrısı tarifleyebilmektedir. Göğüs ağrısının ayırıcı tanısı için sistematik bir yaklaşım gerekmektedir. Göğüs ağrısının non-iskemik kardiyovasküler, pulmoner, gastrointestinal, kas-iskelet sistemi ve psikiyatrik nedenler kaynaklı olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Cagle, & Cooperstein, 2018). Boyun, omuz, sırt, kol ve çeneye yayılabilen retrosternal ağrı, bulantı, kusma, ilerleyen halsizlik, baş dönmesi, dispne, hipotansiyon, bilinç kaybı, uzamış baskılayıcı iskemik ağrı ve eşlik eden terleme gibi semptomların aniden gelişmesi KAH düşündürmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2019). Göğüs ağrısıyla gelen hastada ağrının lokalizasyonu, niteliği, sıklığı, süresi eşlik eden semptomlar, ağrıyı azaltan ve arttıran faktörlerin sorgulanması gerekir. Ağrı en çok retrosternal bölgede görülmekte, sol kol, boyun, sol omuz, alt çene sırt ve abdomene doğru yayılım gösterebilmektedir. Ağrı, genellikle 5-10 dakika sürer. Stres, anksiyete, fiziksel aktivite, soğuk ile artar ve istirahat ve dil altı nitrat ile azalır. İleri yaş grubunda, diyabetik hastalarda anjina yerine dispne, yorgunluk vb semptomlar primer semptom olarak görülebilmektedir. Hastalarda detaylı anamnez ve fizik muayane sonrası gerekli test ve tetkiklerle tanı süreci tamamlanmalıdır (Knuuti ve ark., 2020).

2.1.4. Koroner arter hastalığı sınıflandırılması

2.1.4.1. Anjina pektoris

Koroner arter hastalığının tipik sendromu olan ve göğüs ağrısı olarak da bilinen anjina pektoris, koroner arterlerde kan akımının bozulması sonucu miyokardın kanlanmasında azalma ve miyokardın oksijen gereksiniminin karşılanmaması sonucu gelişmektedir. Her hastada semptomlar farklılık gösterebilmekle birlikte, stabil, variant (prizmental) ve kararsız olarak üç ana klinik formda sınıflandırılmaktadır

(Akdemir, & Birol, 2020; Gülhan Güner, & Nural, 2020).

2.1.4.1.1. Stabil anjina pektoris (SAP)

Stabil anjina, sıklıkla fiziksel aktivite veya emosyonel stres gibi durumlarda gelişen anjina pektoris formudur. Kalbin oksijen ihtiyacını arttıran fizyolojik durumlarla ortaya çıkmaktadır. Egzersize bağlı koroner arterlerde gelişen stenoz kardiyak output artışına sebep olmaktadır. Stenoz sıklıkla yavaş gelişmekte ve anjina belirli bir düzeyde sabit düzeyde kalmaktadır. Hastalar sternum, sol omuz/kol, boyun çeneye yayılım gösteren ağrı tarifler. Ağrı baskı, batma, yanma şeklinde tariflenir ve bu semptomlar 15-20 dakikadan kısa sürmektedir (Knuuti ve ark., 2020; Jia ve ark., 2020). Stabil anjina sıklıkla nitrogliserin alımı veya dinlenmekle geçer. Bu dönemde koroner arterlerde oksijen iletiminin yetersiz olmasıyla miyokard hasar bakımından tehlike altındadır, fakat tam olarak miyokard hasarı görülmemektedir. Bu nedenle, kardiyak belirteçler (troponin gibi), EKG bulguları normal düzeydedir (Peng ve ark., 2014).

2.1.4.1.2. Varyant (prizmental) anjina pektoris

Prinzmetal (Varyant) angina, istirahatle geçen göğüs ağrısına EKG'de ST elevasyonunun eşlik ettiği angina formudur. Anjina eforla tetiklenmez. Koroner arterlerde endotel kaynaklı vazokonstriktör ve vazodilatör faktörler arası dengesizlik sonucu vazospazm gelişir. Spazm, aterosklerotik plak üzerinde ortaya çıkabileceği gibi normal koroner arterlerde de gelişebilir. Yapılan çalışmalarda, özellikle sigara ve madde kullanan bireylerde varyant anjinanın daha sık görüldüğü saptanmıştır (Şahin ve ark., 2021). Prognoz genellikle iyi olmasına rağmen hastalarda ciddi ventrüküler aritmi veya MI gibi hayatı tehdit edici durumlar ortaya çıkabilmektedir (Atasoy, & Kılıçaslan, 2014).

2.1.4.1.3. Anstabil (kararsız) anjina pektoris (USAP)

Koroner arterlerde %90'nın üzerinde stenozun görüldüğü ve çeşitli nedenlerle trombüs oluşumunun gerçekleştiği durumlarda meydana gelir (O'Gara ve ark., 2013). Ağrı, uyku veya efor sarfedilmeyen dönemde görülmekte, stabil anjinadan daha uzun sürmekte ve prognoz kötüleşip miyokard infartüsüyle sonuçlanabilmektedir (Yılmaz ve ark., 2023). USAP'ta dinlenmeyle veya nitrogliserin alımıyla ağrı azalmaz (Jia ve

ark., 2020).

2.1.4.2. Miyokard infarktüsü (MI)

Miyokard infarkütüsü, epikardiyal koroner arterde ani trombolitik tıkanıklık sonucu oluşan uzamış iskeminin neden olduğu geri dönüşümsüz miyokard hasarıdır (Tahtalıoğlu ve ark., 2024). Mortalite oranının yüksekliği beraberinde gelişebilen komplikasyonlar ve tekrarlı yatışlar nedeniyle önemli bir sağlık problemidir (İbanez ve ark., 2018; Visseren ve ark., 2021). MI'da görülen ağrı ani başlangıçlı, en az 30 dakika süreli, sıkıştırıcı nitelikte, retrosternal bölge ile başlayıp, kol, sırt, çeneye yayılabilen, bazı hastalarda epigastrik alanda hissedilebilen travmatize bir olaydır (Dural, & Çıtlık Sarıtaş, 2017). Hastalarda ağrıya ek olarak dispne, bulantı, kusma, halsizlik, çarpıntı, senkop gibi semptomlar da görülebilmektedir (İbanez ve ark., 2018; Visseren ve ark., 2021).

MI 2 şekilde görülür; EKG'sinde ST elevasyonu olan STEMI ve ST elevasyonu olmayan NSTEMI. STEMI hastaları için acil perkütan koroner girişim planlanmalıdır. Semptomların başlamasını izleyen ilk 4 saat içinde uygulanan anjiyografilerde olguların %84'ünde koroner arterin tamamının tıkandığı çok az kan akışının sağlandığı görülmektedir (Ambrose, & Singh, 2015; Amsterdam ve ark., 2014; O'Gara ve ark., 2013). Miyokard infarktüsü güncel tanı kriterlerine göre; belirtilen kriterlerden en az ikisinin varlığı tanı koydurucudur. Hastada tipik belirtilerin varlığı, kardiyak biyobelirteç (örneğin; kreatin kinazın miyokard bandı (CK-MB) izoenzimleri) ya da serum troponin (TnT veya TnI) değerlerinde yükselme/düşme paterni veya Q dalgalarında değişikliği içeren bir EKG sonucu ile MI tanısı konulabilmektedir (Thygesen ve ark., 2018).

2.1.5. Koroner arter hastalığı tanı yöntemleri

KAH tanısında, girişimsel veya girişimsel olmayan yöntemler kullanılmaktadır. Girişimsel olmayan yöntemlerde; egzersiz sırasında ekokardiyografi, miyokard perfüzyon sintigrafisi (MPS), stres ekokardiyografisi, kardiyak manyetik rezonans (MR) ve pozitron emisyon tomografisi (PET), bilgisayarlı tomografi (BT) gibi yöntemler sıklıkla kullanılmaktadır (Salata, 2017; Tragard ve ark., 2018). MPS, girişimsel olmayan kardiyak görüntülemeler içerisinde kanıt düzeyi yüksek veriler nedeniyle büyük önem arz eder. Ayrıca, EKG farklılığı olan orta düzey KAH riskli

hastalarda da en uygun tanısal yöntem MPS olarak bilinmektedir (Task Force Members ve ark., 2013). Kardiyak markerların pozitif olması, serum lipid düzeylerinin yüksekliği, EKG'de ST yüksekliği, Q patolojisi, T dalgası negatifliği, EKO'da saptanan anormal kardiyak duvar hareketleri KAH'da görülebilecek bulgulardandır (Yıldız, 2021). Bulguların erken dönemde saptanması, yaşam kalitesi ve sekonder korunma açısından önemlidir. Bulguların erken dönem tespiti için multidisipliner yaklaşım gerekmekte, hastalar laboratuvar bulguları, kan basıncı kontrolü, kardiyovasküler risk değerlendirme ölçütleriyle takip edilmelidir (Ahcıoğlu, & Yılmazel, 2021).

2.1.6. Koroner arter hastalığı tedavi yöntemleri

Son yayınlanan kılavuzlara göre tedavi sürecine hastanın dahil edilmesi önemlidir. Tedavinin primer amacı; semptomları kontrol altına alarak yaşam kalitesini arttırmak, mortalite riskini azaltmaktır. Tedavi planı hastanın mevcut durumu göz önünde bulundurularak ihtiyaçları doğrultusunda oluşturulmalıdır. Koroner arter hastalığında tedavi seçenekleri nonfarmakolojik, farmakolojik ve revaskülarizasyon olmak üzere 3 başlık altında incelenmektedir (Pala, 2023).

2.1.6.1. Nonfarmakolojik tedavi

Koroner arter hastalığında nonfarmakolojik tedavi; yaşam tarzı değişikliği, kilo kontrolü, stres yönetimi, fiziksel aktivite ve diyeti içermektedir. Tedavi sürecinde hasta ve yakınlarına semptomlar ve tedavi süreci hakkında bilgi verilerek, hasta tedavi sürecine dahil edilmelidir. Bu dönemde, Akdeniz tarzı diyet, yeterli egzersiz, sigara kullanımının bırakılması tavsiye edilir. Ayrıca, anjinayı tetikleyebilecek fiziksel ve emosyonel faktörler (anemi, hipertiroidi, vb) kontrol altına alınmalıdır (Toprak, & Demirbağ, 2023). Diyabet, hipertansiyon ve dislipideminin majör kardiyovasküler risk faktörlerinin de gerekli yaşam tarzı değişiklikleriyle kontrol altında tutulması gerekmektedir (Visseren ve ark., 2021).

2.1.6.2. Farmakolojik tedavi

Gelişebilecek aterotrombolitik olayları önleme, aterosklerozun ilerleyişini durdurma farmakolojik tedavinin amacıdır. Farmakolojik tedavide; platelet inhibitörü, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, nitrogliserin, anjiyotensin dönüştürücü

enzim inhibitörleri ve lipit düşürücü ajanlar kullanılmaktadır (Montalescot ve ark., 2013). Farmakolojik tedavi başlandıktan 2-4 hafta sonra hasta kontrole çağrılarak ilaçların yeterliliği değerlendirilmelidir. Yetersiz kalması durumunda, kombinasyon tedavisine başlanmalıdır (Toprak, & Demirbağ, 2023).

Platalet inhibitörleri; akut ve kronik dönem hastalarda aspirin sık tercih edilir. Aspirine alerjik reaksiyonu olan hastalarda ise klopidogrel (75mg/gün) başlanılmalıdır (Al Mobeirekcve ark., 2014; Montalescot ve ark., 2013).

Beta Blokerler; miyokardın kontraksiyonunu ve kalp hızını azaltarak oksijen gereksinimini azaltır. Beta bloker dozu nabız 55-60/dk olacak şekilde ayarlanmalı ve kesileceği zaman anjinal semptomların tekrarını önlemek için kademeli olarak azaltılmalıdır (Kalyoncuoğlu ve ark., 2017; Al Mobeirek ve ark., 2014).

Nitrogliserin ve Nitratlar; aterosklerotik koroner arterler ve normal kan damarlarında vazodilatasyon yaparken, kollaterallere kan akışının hızlandırılmasında yardımcı etkisi vardır (Hamm ve ark., 2011).

Kalsiyum Kanal Blokerleri; kalsiyum kanallarını inhibe ederek koroner damarlarda vazodilatasyona sebep olur (TKD, 2024).

Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörü (ACEİ); anjiotensin II salınımını durdurarak damarlarda vazokontriksiyon oluşumunu engeller (Grobe ve ark., 2008). Aterosklerotik plağı olan tüm hastalarda kullanımı önerilen ilaç grubudur (James ve ark., 2013).

2.1.6.3. Revaskülarizasyon

Perkütan koroner girişim, femoral, radial veya brakial artere kateter yardımıyla girilerek kontrast maddeyle koroner arterlerin görüntülenmesidir (Badır, & Demir, 2017). Perkütan koroner girişim; medikal tedaviye yanıt alınamayan, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %40'ın altında olan, sol ana koroner arter hastalığı, üç damar hastalığı, proksimal sol ön inen arter hastalığı, sol ventrikülde %10 üzeri iskemisi olan hastalarda tercih edilir (Ekici, 2021; Lawton ve ark., 2022). Perkütan koroner girişimin başarısız olduğu durumlarda ise; koroner arter baypass greft (KABG) ameliyatları yapılmaktadır (Badır, & Demir, 2017).

2.1.7. Koroner arter hastalığında hemşirelik bakımı

KAH hastalığı, bireylerin yaşam kalitesini çok yönlü olarak etkilemektedir.

Beraberinde getirdiği sosyal, ekonomik, fiziksel, psikolojik sorunlar nedeniyle bireylerin özbakım davranışlarını yerine getirmesini ve sağlık uyumunu zorlaştırmakta hatta ilerleyen dönemde imkansız kılmaktadır (Butcher, & Castelluci, 2011). KAH risk faktörlerinin erken dönemde saptanması ve gerekli müdahalelerin uygulanması, bireylerin özbakım faaliyetleri, fonksiyonel kapasitenin devamı ve konforunun arttırılması açısından önemlidir (Tok Yıldız, & Kaşıkçı, 2018). Özellikle hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet gibi yüksek risk faktörü olan bireyler erken tanı, özbakım konusunda desteğe ihtiyaç duymaktadır (Nurmeksela ve ark., 2020).

Bireylerin ve toplumun sağlığının korunmasında sağlık profesyonelleri ve özellikle de hemşireler anahtar role sahiptir (Karataş, & Polat, 2021; Kumsar, & Yılmaz, 2017). KAH tanılı bireylerin bakım sürecinde hemşirelerin; eğitim, bakım, danışmanlık, savunuculuk, araştırıcı, multidisipliner ekip işbirliği gibi çeşitli rolleri vardır (Sazak ve ark., 2020). Koroner arter hastalığını önlemede, temel yöntemlerden birisi değiştirilebilir risk faktörlerinin kontrolüne yönelik müdahalelerdir. Hastalık yönetiminde başarılı olunabilmesi için bireylerin sağlıklı yaşam alışkanlıklarını benimsemeleri gereklidir. Ancak, mevcut risk faktörlerinin yerine sağlıklı olanların konulması her zaman kolay olmayabilir. Bu noktada kardiyak rehabilitasyon süreci önemli bir rol üstlenmektedir. Kardiyak rehabilitasyon, hastalığın ilerleyişini yavaşlatmanın yanı sıra, semptomları azaltarak yaşam kalitesini arttırmayı hedefler. Bu kapsamda; hastanın değerlendirilmesi, beslenme danışmanlığı, risk faktörlerinin konrolü (kan basıncı, lipit düzeyi, tütün kullanımı, kilo yönetimi, diyabet) , emosyonel destek, fiziksel aktiviteye yönelik rehberlik eğitimi gibi çok disiplinli,koruyucu yaklaşımlar içerir (Sase, Kida, & Furukawa, 2020).

Kardiyak rehabilitasyonun kardiyovasküler mortaliteyi azalttığı, fizyolojik ve psikolojik sağlığı iyileştirdiği bilinmektedir (Bruce ve ark., 2021). Hastaların çoğu risk faktörleri ve KAH'ın yönetimine yönelik yetersiz bilgi düzeyine sahiptir. Yapılan çalışmalarda, risk faktörleri hakkında yüksek bilgi düzeyine sahip hastaların yaşam tarzı değişikliğine daha kolay adapte olduğu görülmüştür (Çürük ve ark., 2018; Kasapoğlu, & Enç, 2017; Zhang ve ark., 2017; Wong ve ark., 2016). Bireylerin gerekli bilgi düzeyine erişmeleri beraberinde sağlıklı yaşam tarzı davranışları sergilemeleri, sağlık profesyonelleri tarafından verilen eğitimlerle mümkündür. Bireylere verilecek eğitim içerikleri ilaç yönetimi, beslenme alışkanlığı, hipertansiyon ve diyabet

yönetimi, sigara bırakma, egzersiz danışmanlığı, psikososyal destek gibi konuları içermektedir (Bittner, 2018).

KAH tanısı olan bireylerde yaşanan semptomlar nedeniyle korku, stres, tedavi sürecine yönelik bilinmezlik nedeniyle anksiyete ve depresyon gibi psikososyal problemler yaygın görülmekte ve bireyin hastalıkla baş etmesini güçleştirmekte, uyumunu zorlaştırmaktadır. Hastaların anksiyete, korku düzeyi belirlenerek gerekli psikososyal destek gerekli eğitimleri planlayarak sağlanmalıdır (Kökcü, & Kutlu, 2020). Sözlü anlatımın yanı sıra çevrimiçi sağlık uygulamalarıyla verilen eğitimler, hastalık yönetimini kolaylaştırıp bireylerin davranış değişiklikleri üzerinde olumlu katkı sağlamaktadır (Gandhi ve ark., 2017; Şahan, & Gezer, 2021). Verilen eğitime yönelik önemli noktalardan birisi ise; her bireye özgü ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planlanması, hasta yakınının da eğitim sürecine dahil edilmesi, aralıklı olarak eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesidir (Doğan, & Kartal, 2019; Özkan ve ark., 2019).

Koroner arter hastalarında tekrarlı yatışlarla sık karşılaşılabilmektedir. Bu nedenle, hemşirelik bakımının sürekliliği önemlidir. Sürekli hemşirelik bakımı taburculuk planı, evde rehberlik ve aralıklı takibi içermelidir. Bireyler sürekli hemşirelik bakımıyla sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarını daha kolay kazanmakta, hastalık yönetimini yürütebilmekte ve yaşam kalitelerinde artış görülmektedir (Posadas-Collado ve ark., 2022; Zhou ve ark., 2021; Zhang ve ark., 2017). Koroner arter hastalarına yönelik yapılacak tüm girişimlerde etkin sonuçlar elde edilmesi için hastanın bakımına ve tedavi sürecine aktif katılımı önemlidir (Posadas-Collado ve ark., 2022). Bireylerin öz bakımlarına katılmaları hastalık sürecini kolaylaştırıp, yaşam kalitelerini arttıracaktır (Yıldız, & Kaşıkçı, 2018).

2.2. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığının literatürde çok sayıda tanımı mevcuttur. Sørensen ve arkadaşlarının (2012) tüm tanımlardan süzerek oluşturduğu tanıma göre; "*sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında karar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve mevcut hastalıkları önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterliliktir.*" (Sørensen, & Van den Broucke, 2012). Sağlık okuryazarlılığı için bireylerin gerekli sağlık bilgilerini anlamalarının yanı sıra bilgileri kullanabilmeleri de önemlidir. Bu noktada, sağlık

kuruluşlarına sağlık okuryazarlılığını geliştirmeye yönelik önemli görevler düşmektedir (Santana ve ark., 2021).

Toplumda sağlık okuryazarlığı, bireylerin hastalık yönetimini sağlayabilmeleri ve sağlık kaynaklarını doğru şekilde kullanabilmeleri konusunda katkı sağlamaktadır (Kahraman ve ark., 2018). Ayrıca hasta/sağlık personeli iletişimi, özbakım davranışlarını yerine getirme ve sağlık hizmetlerine erişimde de sağlık okuryazarlılığının olumlu etkileri vardır (Conard, 2019; Muhanga, & Malungo, 2017). Yüksek sağlık okuryazarlığı, hastalık semptomlarını doğru yorumlama, bakım sürecini etkin yönetebilme konusunda fayda sağlarken, düşük sağlık okuryazarlığı hastaneye yatış sıklığında artış, mortalite oranlarında yükselme ve sağlık maliyetlerinde artış ile sonuçlanmaktadır (Aronis ve ark., 2017; Rezaei ve ark., 2022). Düşük/sınırlı sağlık okuryazarlığa sahip bireyler, koruyucu sağlık hizmetlerine daha az katılım gösterirken, acil servis başvuruları ise fazla olmaktadır (Taş, & Akış, 2016). Ayrıca düşük sağlık okuryazarlılığı olan bireyler, kronik hastalık yönetimi, tedaviye uyum ve düzenli ilaç kullanımı gibi konularda zorlanmakta sağlıklarıyla ilgili konularda karar alırken sağlık profesyonelleriyle iletişim kurmada problem yaşamaktadır (Gutierrez ve ark., 2014).

Sağlık okuryazarlılığındaki yetersizlik, olumsuz sağlık çıktılarını beraberinde getirmektedir. Toplumda sağlık okuryazarlılığının değerlendirilmesi sağlığın teşviki, kronik hastalıklarının yönetimi ve sağlık bakım hizmeti maliyetlerinin azaltılmasına katkı sağlar. Sağlık okuryazarlılığı sağlığın önemli bir belirleyicisidir, bu nedenle sağlık okuryazarlılığına yönelik gerekli yatırımların yapılması ve bu doğrultuda sağlık okuryazarlılık oranını arttırmak için bireylere uygun eğitim ve bilginin verilmesi sağlık hizmetlerinin temel hedefi olmalıdır (WHO, 2016; Weiss ve ark., 2015; Parnell ve ark., 2019).

2.2.1. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler

Bireylerin sağlık okuryazarlılık düzeylerini etkileyen birçok faktör vardır. Yaş, ırk, cinsiyet, ekonomik düzey gibi demografik özellikleri, geçmiş hastalık deneyimleri, sağlık hizmetlerine yönelik tutumu, sosyal destek, okuryazarlılık ve eğitim düzeyi gibi çevresel faktörler sağlık okuryazarlılık düzeyini etkilemektedir (Vozikis ve ark., 2014). Ayrıca sağlık hizmeti sağlayan sağlık profesyonellerinin iletişim becerisi, verilen sağlık bilgisinin anlaşılabilirliği gibi sistemsel faktörler de sağlık okuryazarlılığı üzerinde etkili olabilmektedir (Kıraç, & Öztürk, 2020).

2.2.2. Ülkemizde ve dünyada sağlık okuryazarlılık düzeyi

Dünya genelinde sağlık okuryazarlık düzeyi incelendiğinde; Amerika'da Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesine göre; bireylerin %12,4'ü yetersiz, %35,2'si sorunlu, %36'sı yeterli düzeyde ve sadece %16,5'i ileri düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir. Yunanistan, Almanya, İrlanda, İspanya, Avusturya, Hollanda, Bulgaristan, Polonya gibi ülkelerin katıldığı sağlık okuryazarlığı araştırmasında, düşük sağlık okuryazarlığına sahip birey oranı Hollanda'da %1,8, Bulgaristan'da %26,9 olarak belirlenmiş ve yarısından fazlasının yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu görülmüştür. Yeterli ve çok iyi düzey kategorisinde Avusturya (%9,9) ve İspanya (%9,1)'nın en düşük orana sahip iki ülke olduğu tespit edilmiştir (Sorensen ve ark., 2015; Kaya, & Sivrikaya, 2018).

Ülkemizdeki durum incelendiğinde; 2014 yılında yürütülen bir çalışmada, toplumunun %64,6'sı "yetersiz" ya da "sorunlu" sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir. Bu sonucun temel nedenleri arasında; yaş, eğitim ve sosyoekonomik düzeyin düşük olması gösterilmiştir (Taş, & Akış, 2016; Tanrıöver ve ark., 2014). Sağlık Bakanlığı (2020) tarafından yürütülen "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması" kapsamında, sağlık okuryazarlılık düzeyi ulusal ölçekte değerlendirilmiş olup, araştırma 6228 hastaneye başvuran bireyler üzerinde yürütülmüştür. Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı düzeyi incelendiğinde; %30,9'unun yetersiz, %38'inin sınırlı, yalnızca %7,7'sinin mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bulgulara göre; 10 bireyden 7'si sağlık okuryazarlığı açısından yetersiz veya sınırlı düzeydedir (Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, 2020).

2.2.3. Sağlık okuryazarlılık sınıflaması

Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlıkları hakkındaki bilgileri okuma, anlama ve uygulamala yeteneğidir (Bröder ve ark., 2018). Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemli role sahiptir. Sağlık okuryazarlılığının sınıflandırılması sağlık eylemlerinin daha etkin yürütülmesine imkan verir (Aslantekin, 2011). Sağlık okuryazarlılığı Nutbeam tarafından oluşturulan modele göre; fonksiyonel sağlık okuryazarlılığı, iletişimsel sağlık okuryazarlılığı ve kritik sağlık okuryazarlılığı olarak üç sınıfa ayrılmıştır (Nutbeam, 2000).

2.2.3.1. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı

Bireylerin sağlık bilgilerini okuma, yazma, anlama becerisine dayanan sağlık okuryazarlığı türüdür. Temel okuryazarlılık becerisine dayanan bu türde bireyler sağlıklarıyla ilgili bilinçli karar alabilir, risk faktörlerini değerlendirebilir, sağlık sistemini nasıl kullanacağının farkındadır (Marques, 2017).

2.2.3.2. İletişimsel sağlık okuryazarlığı

Sağlık hizmeti sunucularıyla etkili iletişim hususunda gelişmiş bilişsel ve sosyal becerileri kapsayan türüdür. Bu bireyler bilişsel ve sosyal yetileri sayesinde gerekli bilgiye ulaşabilir, ulaştığı bilgileri güncel şartlara entegre edebilir, sağlığını geliştirmeye yönelik bilgileri uygulayabilir. Sağlık eğitiminde etkileşimi arttırarak sağlığın korunması ve geliştirilmesinde yarar sağlar (Nutbeam, & Lloyd, 2021).

2.2.3.3. Kritik sağlık okuryazarlığı

Bireyin sağlık uygulamalarında aktif, bilişsel ve eleştirel düşünmeyle rol almasıdır. Bu türde bireyler sağlıklarıyla ilgili aktif rol alma ve sağlık profesyonelleriyle etkin iletişim kurma becerisine sahiptir (Ilgaz, & Gözüm, 2016). Bireyler eleştirel düşünmeyle sağlık bilgilerini yorumlayıp hayatlarına entegre etme konusunda aktiftir. Westra ve arkadaşları (2014) sağlık okuryazarlığını geliştirmede iki önemli nokta olduğunu belirtmiştir. Temel nokta bireylere doğru bilgi kaynaklarını ulaştırma ve gerektiğinde düşünmesini sağlama ikinci nokta ise bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri doğrultusunda kaynak oluşturarak kaynağı kendilerine ulaştırmaktır (Westra ve ark., 2014).

2.2.4. Koroner arter hastalarında sağlık okuryazarlılığı

Sağlık okuryazarlılığı hastalıkların önlenmesi, sağlığın geliştirilmesi, yaşam kalitesinin arttırılması amacıyla sağlıkla ilgili karar alabilme yeteneğidir. Bu yetenek bireyler arası çeşitli faktörler nedeniyle farklılık gösterebilmektedir (Sorensen ve ark., 2012). Düşük sağlık okuryazarlılığı olumsuz sağlık çıktılarına neden olur. Sınırlı sağlık okuryazarı bireyler riskli sağlık davranışlarını daha fazla sergilemekte, proaktif ve geliştirici sağlık hizmetlerine daha az yönelim göstermektedir. Düşük sağlık okuryazarlığının, artmış mortalite ve morbidite ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Berkman ve ark., 2011). Yapılan çalışmalar, düşük seviye sağlık okuryazarlılığının

hasta eğitimiyle iyileştirilebileceğini göstermektedir. Toplumda sağlık okuryazarlılığı geliştirmeye yönelik bu girişimler bireysel becerilerin de güçlendirilmesine katkı sağlamaktadır (Peltzer ve ark., 2020; Smith ve ark., 2015). Sağlık okuryazarlılığı yükselen bireyler sağlıklarına yönelik daha fazla sorumluluk alarak, kronik hastalıklarındaki risk faktörlerini daha etkin şekilde yönetebilmektedir (Sørensen ve ark., 2012).

Kronik hastalıklar içerisinde koroner arter hastalığı yüksek prevalansa sahip olması mortalite ve morbidite açısından artış göstermesi nedeniyle önemli yere sahiptir. Koroner arter hastalığı olan bireyler semptomları hafifletmek ve hastalığın komplikasyonlarını azaltmak için çoklu ilaç kullanımı, risk faktörlerini azaltmaya yönelik zorunlu yaşam tarzı değişiklikleri gibi tedavi sürecine uyum sağlamaları gerekmektedir. Aynı zamanda bireyler, bilinçli olarak sağlıklarıyla ilgili kararları alabilmelidir (Beauchamp ve ark., 2022; González-Chica ve ark., 2016). Koroner arter hastalığı tanılı bireylerde sağlık okuryazarlılığı, ilaç kullanım talimatlarını, taburculuk öncesi ve sonrası verilen eğitimleri anlama, sağlık sistemine yönelik düşünme ve analiz yapabilme becerisidir (Lindahl ve ark., 2020). Kardiyak hastalığı olan bireylerin %20-%60'ı düşük sağlık okuryazarlığına sahiptir (De Melo Ghisi ve ark., 2018; Lindahl ve ark., 2020). Düşük sağlık okuryazarlılığı, koroner arter hastalarında sosyal destek yetersizliği, yaşam kalitesi düşüklüğü, sık hastane yatışı ve kaygı düzeyi yüksekliği ile ilişkilidir (de Melo Ghisi ve ark., 2016). Yeterli sağlık okuryazarlılığı daha az hatalı ilaç kullanımı, tedavi rejimini etkili yönetme, hastalıkla ilgili semptomlara yönelik farkındalık sağlama konusunda yarar sağlamaktadır (Ahcıoğlu, & Yılmazel, 2021).

Toplumdaki sağlık okuryazarlılığın yüksek düzeyde olabilmesinde, sağlık profesyonellerine önemli roller düşmektedir. Hemşireler hastaların ihtiyaçları doğrultusunda vereceği hemşirelik bakımı ve eğitimlerle sağlık okuryazarlılık düzeyinin artmasına katkı sağlar (Kaya, & Sivriyaka, 2019). Yapılan bir araştırmada koroner arter hastalığı tanısı alan her on bireyden birisinin sağlıkla ilgili bilgileri kavrama konsuunda zorluk yaşadığı tespit edilmiştir (Magnani ve ark., 2018). Bu nedenle, öncelikle hastaların sağlık okuryazarlılık ve eğitim düzeyi belirlenmeli, eğitim içeriği basit anlaşılır ve kalıcı olacak şekilde planlanmalı, hastaya etkili iletişim kurarak ve hastayı da sürece dahil ederek yürütülmelidir (Kaya, & Sivriyaka, 2019).

2.3. İlaç Uyumu

İlaç uyumu, hastanın ilaçlarının hekim tarafından reçete edilmesi, dozlarının düzenlenmesi, ilaca başlama ve sonlandırma süreçlerine olan bağlılığıdır (Yap ve ark., 2016). İlaç uyumu tedavi etkinliğinin temel bir göstergesidir (Hromadkova ve ark., 2012). Reçete edilen ilaçlarının %80'inden fazlasını düzenli kullanan hastalar, ilaç tedavisine uyumlu olarak değerlendirilir (Nieuwlaat ve ark., 2014). Gelişmiş ülkelerde uzun süreli ilaç tedavisine uyumun %50 civarında olduğu DSÖ tarafından bildirilmiştir. Bu oran gelişmekte olan ülkelerde daha düşük düzeydedir (Demirbaş, & Kutlu, 2020; Dikeç, & Kutlu, 2015). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, yetişkin bireylerin çoğunun ilaçlarını düzenli kullanmadığı belirlenmiştir (Haney, & Kudubeş, 2017).

İlaç uyumu tedavi başarısını önemli düzeyde etkilemektedir (Thakkar ve ark., 2016). Kronik hastalıklarda kullanılan ilaçlara uyum sağlamak hastalık sürecinde daha fazla olumlu sağlık çıktılarına sebep olmaktadır (Neiman ve ark., 2017). İlaç uyumsuzluğu hekim kararı dışında ilaç dozunu arttırma/azaltma veya order edilen ilaç kullanımını bırakma şeklinde olabilir. Çoklu ilaç kullanımı, tedavi planının karmaşık olması, sağlık personeliyle sınırlı iletişim, aile ve sosyal destek yetersizliği gibi durumlar ilaç uyumsuzluğuna yol açmaktadır (Bağcivan, & Akbayrak, 2015). Zayıf ilaç uyumu artmış mortalite, morbidite ve sağlık harcamalarıyla bağlantılıdır (Neiman ve ark., 2017). Güçlü ilaç uyumu hastaların hastalık semptomları kaynaklı hastane başvurularını azaltmakta ve iyileşme sürecini hızlandırmaktadır (Kara, & Kara, 2019). Bireyin tedavi ve ilaç uyumunda düzenli ilaç kullanımı, ilaç etki mekanizması ve yan etkileri hakkında alacağı eğitimler uyum farkındalığında artış sağlayacaktır (Erdoğan, & Kırılmaz 2020; Çakır, & Yıldız, 2023).

2.3.1. İlaç uyumunu etkileyen faktörler

Bireylerin ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve davranışlarını, sosyoekonomik özellikleri, kültürü, tedaviye ve sağlık sistemine ilişkin durumlar başta olmak üzere pek çok faktör etkilemektedir. İlaçlara yönelik geçmiş deneyimleri, hasta ile ilgilenen sağlık personelinin sık değişmesi, çoklu ilaç kullanımının getirdiği ciddi advers etkiler, aynı ilacın farklı hekimler tarafından tekrarlı order edilmesi, ilaç raporlarının tekrarlanmasındaki zorluklar, ilaç fiyatlarındaki artış, bazı ilaçların kullanımında rutin

kan takibi gerekliliği, hastanın tedavi sürecine yaklaşımı, hastanın tedavi ve ilaç kullanımına yönelik olumsuz inancı (ilaçların bağımlılık yapacağına dair düşünce gibi), ilaç kullanımındaki fiziksel zorluklar (tabletleri yutmada güçlük gibi), sağlık personeliyle yetersiz düzeyde iletişim gibi durumlar ilaç uyumunu etkilemektedir (Alhewiti, 2014; Kaya, 2019; Köseoğlu, & Enç, 2016; Wei ve ark., 2017).

Çoklu ilaç kullanan yetişkin bireylerde tedaviye uyum yaşlılarda daha düşüktür (Demirbaş, & Kutlu 2020). İlaç uyumunun değerlendirildiği bir çalışmada, hastaların %49,7'sinin ilaç kullanmama nedeninin ilaç almayı unutma olduğu tespit edilmiştir (Çakır, 2016). Hastalara günlük olarak ilaç kullanımını hatırlatıcı mesaj gönderilmesi ilaç uyumunda artışı sağlamaktadır (Ekinci ve ark., 2017).

2.3.2. Koroner arter hastalarında ilaç uyumu

KAH'ın etkin bir şekilde yönetilebilmesi; yaşam tarzı değişikliklerinin benimsenmesi, risk faktörleri kontrolü ve farmakolojik tedavinin uygulanmasını içeren bütüncül bir strateji gerektirmektedir (Arnett ve ark., 2019). Kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde yaşam tarzı değişikliğiyle birlikte ilaç uyumu da kritik öneme sahiptir. Kişilerin tedaviye uyumu hastalığı kontrol altında tutabilmek ve oluşabilecek komplikasyonları önlemek açısından önemlidir (Güngör, 2020). İlaç uyumsuzluğu tekrar eden hastane başvurularının, mortalite ve sağlık hizmeti maliyetinin artmasına neden olmaktadır (Neiman ve ark., 2017). Neiheisel ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada, kanser hastalıklarında tedavi uyumunun en yüksek, kardiyovasküler hastalıklarda ise en düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Tedaviye uyumu birçok faktör etkilemektedir. Düşük eğitim düzeyi, tedavi gereksinimin anlaşılamaması, bilgi yetersizliği gibi faktörler koroner arter hastalarında tedavi uyumunu olumsuz etkilemektedir (Köse, 2017). Kahraman ve arkadaşlarının (2023) koroner arter hastalarında statin ilaç uyumunu inceledikleri çalışmaya koroner arter hastalığı tanısı olan 1108 hasta dahil edilmiş ve hastaların %45,6'nın statin kullanımını bıraktığı, %54,4'ünün ilaç kullanımına devam ettiği belirlenmiştir. Statin ilaç kullanımını bırakan hastaların %57,6'sı kendi isteğiyle ilacı bıraktığını belirtirken, ilaç bırakma nedenleri olarak televizyon programlarından, bitkisel ilaç satıcılarından, komşu ve akrabalardan dergi ve gazetelerden etkilenme, ilacın kendisine zarar vereceği düşüncesi, sürekli ilaç kullanımından sıkılma, ilaç kaynaklı uyku düzeninin

olumsuz etkilenmesi gibi durumlar nedeniyle ilaç kullanımını bıraktığını bildirmiştir (Kahraman ve ark., 2023). Kardiyovasküler hastalık tanısıyla tedavi gören hastaların ilaç uyumunun incelendiği bir başka çalışmada, hastaların %49,4'ünün zayıf ilaç uyumuna sahip olduğu belirlenmiştir (Avcı ve ark., 2020). Literatür incelendiğinde; koroner arter hastalığı olan bireylerin ilaç uyumları zayıf düzeydedir (Bulut ve ark., 2020).

2.4. Hasta Aktifliği Kavramı

Hasta aktifliği bireylerin sağlıklarını yönetmede rollerinin olduğunu anlaması, rollerini yerine getirebilmede gerekli bilgi, beceri ve güven düzeyine sahip olmasıdır (Hibbard, & Greene, 2013). Hasta aktifliği özellikle kronik hastalıkların yönetiminde önemlidir. Aktif hasta sağlığıyla ilgili konuların bilincinde olup gerekli sorumlulukları üstlenen, gerektiğinde sağlık profesyonelleriyle iş birliği yapabilen, bakım ve tedavi olanaklarına etkin ulaşabilen ve bu doğrultuda sağlığını yönetmede bağımsız olarak eyleme geçen bireydir (Hibbard ve ark., 2004; Rix, & Marrin, 2015).

Hasta aktifliği, sağlık çıktılarını doğrudan etkilemektedir (Hibbard and Greene, 2013). Hasta aktifliği, hastaların karar verme süreçlerine katılırken, özyönetim becerisi ve sağlığı geliştirme davranışlarını sergileyebilmelerine de katkı sağlar (Deen ve ark., 2011). Yeterli aktiflik düzeyine sahip olmayan bireyler hastalık semptomlarını önemsememekte, tedavi sürecinden daha az memnun kalmakta, sağlıklarını koruma ve geliştirmeye yönelik tavsiyelere daha az uyum göstermektedir. Yapılan bir çalışmada, hasta aktifliği düşük olan bireylerin sağlık okuryazarlılık seviyelerinin düşük olduğu ve erken taburculuk sonrası mortalite risklerinin fazla olduğu belirtilmiştir (Dunlay ve ark., 2017). Ayrıca bu hastalar ihtiyaç durumunda yardım isteme konusunda da pasiftirler (Rix, & Marrin, 2015).

Aktiflik düzeyi yüksek olan hastaların hastane başvuru oranları azalmakta, sağlıklı yaşam davranışları artmakta ve yaşam kaliteleri yükselmektedir (AuYoung ve ark., 2016; Sacks ve ark., 2017; Erskine ve ark., 2018). Yaşam kalitesi, bireyin fizyolojik, emosyonel, sosyal ve çevresel koşullarıyla şekillenen sağlığın çok boyutlu bir göstergesidir. Hasta aktifliği düşük bireylerin yaşam kalitesi azalmakla birlikte, psikososyal sorunlarda beraberinde gelmektedir. Bu hastalarda depresyon düzeyi daha yüksek ve stres yönetimi zayıftır (Sacks ve ark., 2014; Hibbard ve ark., 2007).

2.4.1. Hasta aktifliği aşamaları

Hasta aktifliğinin dört aşaması bulunmaktadır. Her aşama aktiflik seviyesi bireylerin bilgi, tutum, beceri ve öz etkililiğini değerlendirmektedir (Hibbard, & Mahoney, 2010). Hasta aktifliğinin arttırılabilmesinde hastanın yeterli bilgi düzeyine sahip olması, gerekli becerileri geliştirmesi, yüksek motivasyon ve özgüvene sahip olması gerekmektedir (Yağar, & Öke, 2018).

Birinci aktiflik düzeyindeki birey, hastalık yönetimindeki sorumluluğunun bilincinde değildir. Sağlığını yönetmede sorumlu kişi olarak kendisini değil, sağlık profesyonellerini sorumlu görmektedir. Hastalık öz yönetimini kavrayamamıştır ve baş etme becerisi zayıftır.

İkinci aktiflik düzeyindeki birey, sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik sorumluluklarının bilincinde ve isteklidir, fakat bu sorumlulukları yerine getirmek için gerekli bilgi donanımına sahip değildir.

Üçüncü aktiflik düzeyindeki birey, sağlığını yönetme konusunda gerekli bilgi donanımına sahiptir ve sağlık davranışlarını gerçekleştirmektedir.

Dördüncü aktiflik düzeyindeki birey, sağlık konusunda aktiftir ve olumlu sağlık davranışlarını günlük hayatına entegre etmiştir (Hibbard ve ark., 2004; Kosar, & Besen, 2019).

2.4.2. Hasta aktifliği etkileyen faktörler

Hasta aktifliğini etkileyen faktörlerden; yaş, beden kitle indeksi, fiziksel aktivite, kronik hastalık sayısı, hastalık süresi ve depresyonun hasta aktiflik düzeylerini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (Zaimoğlu, & Özer, 2023). Eğitim seviyesi ve sosyoekonomik düzeyin de hasta aktifliğinde rol oynadığı bilinmektedir (Pala, 2023; Bahrom ve ark., 2020).

Çevreden alınan sosyal desteğin ve bireyin öz yeterlilik becerisinin hasta aktifliği düzeyine olumlu etkisi vardır (Zhu ve ark., 2022). Yapılan bir çalışmada, mobil sağlık uygulamasının hasta aktiflik düzeyini arttırmada katkı sağladığı belirtilmiştir (Gimbel ve ark., 2017).

2.4.3. Koroner arter hastalarında hasta aktifliği

Koroner arter hastası bireylerin her geçen yıl artış göstermesi, risk faktörlerinin yeterli düzeyde önlenememesi, hastalığın kontrol altına alınması için hastalık yönetimi

programlarının önemini ön plana çıkarmıştır. Toplumsal, sosyal, ekonomik açıdan hastalığın yarattığı ve yaratabileceği sorunların azaltılmasında, etkili sağlık politikası ve girişimlere ihtiyaç duyulmaktadır (Durna, & Oğuz, 2018). KAH ve diğer tüm kronik hastalıklarda mortalitenin temel nedeni hastalık yönetiminin etkin şekilde yapılamamasıdır. Komplikasyonların, mortalite ve morbiditenin en az düzeye indirilebilmesi ancak etkin hastalık yönetimiyle sağlanabilmektedir (Koşar, 2015). Tedavi yaklaşımının temel bileşeni bakım ve tedavi yönetiminin yerine getirilmesidir. Tedavi ile bakım yönetiminin sağlanmasında bireylerin özbakım ve özyönetiminin yeterli olması önemlidir (Hançerlioğlu, & Aykar, 2018). Etkin hastalık yönetiminin tam anlamıyla gerçekleşebilmesi ancak kendi bakımına aktif katılan hastayla mümkündür (Koşar, & Besen, 2015).

Kalp hastalarında hasta aktifliklerini inceleyen çalışmalar, kalp yetmezliği (Shively ve ark., 2013), hipertansiyon (Akça ve ark., 2018) ve KAH (Zhu ve ark., 2022) tanılı hastalar üzerinde yürütülmüştür. Zhu ve arkadaşlarının (2022) koroner arter hastalarında sosyal destek, öz yeterlilik ve hasta aktifliği arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, hastalara gerekli sosyal desteğin sağlanmasının ve öz yeterlilik düzeylerindeki artışın hasta aktifliğini geliştirdiği belirtilmiştir (Zhu ve ark., 2022).

Akut koroner sendrom tanılı hastaların yaşam kalitesi ve hasta aktiflikleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada, hastaların %9,7'sinin birinci düzey aktifiliğe, %40,3'ünün ise ikinci düzey hasta aktifliğine sahip olduğu tespit edilmiştir. Düşük hasta aktifliğine sahip bu bireylerin yaşam kalitelerinin de düşük olduğu belirtilmiştir (Erskine ve ark., 2018).

MI geçiren hastaların konfor ve hasta aktiflik düzeyleri ile etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmaya, 138 MI tanılı hasta dahil edilmiş, hasta aktiflik düzeyleri incelenmiştir. Hastaların %50,7'sinin hasta aktiflik düzeyinin birinci aşamasında, %18,8'inin hasta aktiflik düzeyinin ikinci aşamasında, %23,9'unun hasta aktiflik düzeyinin üçüncü aşamasında, %6,5'inin ise hasta aktiflik düzeyinin dördüncü aşamasında olduğu saptanmıştır. Hastaların Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalaması 48.79±12.49 olarak tespit edilmiştir (Arıcı Türk, 2024).

Koroner arter hastalarında hastalığın uzun seyri, karmaşık tedavi planı hasta aktiflik düzeyini düşürebileceği bildirilmektedir (Zhu ve ark., 2022). Ülkemizde ve

dünyada koroner arter hastalarının hasta aktiflik düzeyini ölçen çalışmalar sınırlıdır, bu nedenle daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

2.4.4. Koroner arter hastalarında ilaç uyumu ve aktiflik ilişkisi

Koroner arter hastalarında gerek komorbidite gerek risk faktörleri gerek mortalite oranlarının yüksekliği nedeniyle bireylerin sağlık bakımındaki sorumlukları artmaktadır. Bu nedenle, bireylerin sağlık ve hastalıklarıyla ilgili yeterli düzeyde bilgiye sahip olmaları, doğru kaynak ve bilgilere kolayca erişebilmeleri, eriştikleri bilgiyi doğru şekilde yorumlayabilmeleri, tedavi ve bakımda primer rol oynamaları önemlidir. Bu bağlamda bireylerin sağlık okuryazarlıkları, ilaç uyumu ve hasta aktiflik düzeyinin değerlendirilmesi önemlidir. Koroner arter hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyleri, ilaç uyumu ve hasta aktiflik düzeylerini değerlendirmeye yönelik çalışmalar sınırlıdır. Koroner arter hastalarının hastalık yönetimindeki durumlarını saptayabilmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu doğrultuda çalışmamız, KAH olan bireylerin sağlık okuryazarlılık düzeyleri, hasta ilaç uyumu ve aktiflik düzeylerini değerlendirmek amacıyla planlandı.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, koroner arter hastası bireylerin sağlık okuryazarlılık düzeyleri, hasta ilaç uyumu ve aktiflik düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılan, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Bursa ili Bursa Şehir Hastanesi kardiyoloji kliniğinde yatarak tedavi gören ve dahil edilme kriterlerine uyan hastalarla 15.04.2024-08.11.2024 tarihleri arasında yürütüldü. Bursa Şehir Hastanesi kardiyoloji klinikleri; kardiyoloji 1, kardiyoloji 2, kardiyoloji 3 kliniği olmak üzere üç klinikte, toplam 56 yatak kapasitesine sahiptir. Üç klinikte toplam 24 hemşire vardiyalı olarak çalışmakta toplamda 19 hekim her servisten bir sorumlu hekim ve asistan doktor olacak şekilde rotasyonlu olarak çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırma süresinde Bursa Şehir Hastanesi kardiyoloji kliniklerinde KAH nedeniyle yatan hastalar oluşturdu. Hastaların tekrarlayan yatışlarının olması nedeniyle, bilinmeyen evren formülü kullanıldı. Örneklem hesaplanırken Ahçıoğlu'nun (2020) çalışmasında bulunan KAH olanların sağlık okuryazarlık oranı, incelenecek olayın görülme sıklığı olarak kullanıldı.

$n = t^2pq/d^2$ formülüne göre;

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülme sıklığı (0,407)

q: İncelenen olayın görülmeme sıklığı (0,593)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1,96)

d: Görülme sıklığına göre kabul edilen örneklem hatası (0,05) olarak belirlendi.

$n = (1,96)^2 \times 0,407 \times 0,593 / (0,05)^2 = 371$ hastanın çalışmaya dahil edilmesi gerektiği hesaplandı.

3.3.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma

- 18 yaş ve üzeri olma
- Okuma-yazma bilme
- Veri toplama araçlarının cevaplayabilecek bilişsel yeterlilikte olma
- En az altı aydır KAH teşhisi konmuş olma

3.3.2. Araştırmadan dışlama kriterleri

- Ciddi kronik hastalığa sahip olma (Alzheimer, demans, evre IV KOAH, SVO gibi)
- Yoğun bakım ünitesinde yatma
- İletişim sorunu yaşama (işitme, dil, anlama vb.)
- Bilinen bir psikiyatrik rahatsızlığının olması
- Ciddi komplikasyon varlığı (atrial fibrilasyon, ventriküler taşikardi),
- Kendi isteğiyle araştırmadan ayrılma

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim düzeyi, meslek, çalışma durumu, ekonomik durum) ve hastalık özellikleri (teşhis süresi, günlük kullandığı ilaç sayısı, sigara kullanımı) araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

Bağımlı değişkenler: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği puanları araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerinin toplanmasında, Kişisel Bilgi Formu (EK-1), Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) (EK-2), Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği (EK-3) kullanıldı ve veri toplama formları yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulandı.

3.5.1. Kişisel bilgi formu

Araştırmacılar tarafından literatür taraması doğrultusunda oluşturulmuştur (Büber & Sevgican, 2022; Arıcı Türk, 2024; Pala, 2023). Hazırlanan formda, hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleği, çalışma durumu, sağlık güvencesi, ekonomik durum) ve hastalık özelliklerini (teşhis süresi, günlük kullandığı ilaç sayısı, sigara kullanımı) ve ilaç tedavisine uyumunu belirlemeye yönelik toplam 17 soru yer almaktadır. Hastaların ilaç uyumları dört alt

madde ile değerlendirilmiştir.

3.5.2.Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu'nun geliştirdiği kavramsal çerçeveye dayanan ölçek, 15 yaş üzerinde okuma yazma bilen bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (HLS-EU, 2012). TSOY-32'de iki boyut (tedavi ve hizmet - hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ve dört süreç (sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) bulunmaktadır. Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında, Cronbach Alfa katsayısı 0,927 olarak saptanmıştır. Birinci boyut olan "tedavi ve hizmet" alt boyutunun Cronbach Alfa katsayısı 0,880 ve "hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi" alt boyutunun Cronbach Alfa katsayısı 0,863'tür. Her madde, 1=Çok kolay, 2=Kolay, 3=Zor, 4=Çok zor olacak şekilde 4 derecelidir. "Fikrim yok" ifadesi ise 5 kodu ile kodlanmıştır. Veri analizinden önce, kodlar 1-4, 4-1 şeklinde kodlamaya tabi tutulmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan aşağıda belirtilen formül ile standart olarak hesaplanmaktadır.

Formül = İndeks (aritmetik ortalama-1) x (50/3)

İndeks = Hesaplanan kişiye özgün indeks

Aritmetik ortalama = Her maddeye verilen tepkilerin ortalaması

1=Ortalamanın en düşük olası değeri (indeksin en düşük 0 olmasına neden olur)

3=Ortalamanın aralığı

50=Yeni ölçüt için seçilen en yüksek değer

Sağlık okuryazarlığı ölçeğinden alınabilecek puan 0-50 arasında değişmekte olup, bu değerler sırasıyla en düşük ve en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Toplam puan üzerinden sağlık okuryazarlığı, dört kategoride sınıflandırılmaktadır (Okyay, & Abacıgil, 2016).

0-25 puan: yetersiz

26-33 puan: sorunlu-sınırlı

34-42 puan: yeterli

43-50 puan: mükemmel sağlık okuryazarlığını göstermektedir.

3.5.3.Hasta aktiflik düzeyi ölçeği (patient activation measure)

Araştırmaya dahil edilen hastaların aktiflik düzeyleri Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı kullanılarak değerlendirildi. Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı, Hibbard ve arkadaşları (2004) tarafından kronik hastalığa sahip bireyler ile çalışılarak geliştirilmiş olup, ölçek; hastaların hastalığa hakkında bilgi ve becerileri ile birlikte sağlık yönetimine katılım konusundaki özyeterliliklerini ve özgüvenini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması kapsamında geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Koşar ve Besen (2015) tarafından yapılmış olup, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,81 olarak bulunmuştur.

13 maddeden oluşan ölçek (1- Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Katılıyorum, 4-Kesinlikle katılıyorum, 5-Bilemiyorum/değerlendiremiyorum) beşli likert tipindedir (Koşar, & Besen, 2015).

Aktif hasta kavramı bireyin sağlığına yönelik sorumluluk alma inancı, eyleme geçebilmek için gerekli bilgi ve güvenin varlığı, harekete geçme, stres altında dahi sağlıkla ilgili rutini sürdürebilme olarak dört aşamalı bir süreci kapsamaktadır.

Ölçeğin hesaplaması, geliştirici ekibin oluşturduğu excel tablosu kullanılarak yapılmaktadır. Her birey için yanıtlar tabloya yerleştirildiğinde o bireyin aktiflik düzeyi belirlenmektedir. Ölçekte yer alan her bir madde için; kesinlikle katılıyorum: 4 puan, katılıyorum: 3 puan, katılmıyorum: 2 puan, kesinlikle katılmıyorum: 1 puan ve bilemiyorum/değerlendiremiyorum: 0 puan (SPSS programı için) şeklinde analiz edilmektedir. Hasta aktiflik düzeyi 0-100 arasında puanlanmaktadır.

Alınan puana göre hasta aktiflik düzeyi birden dörde kadar derecelenmektedir.

Düzey 1: <47 puan (en düşük aktiflik düzeyi)

Düzey 2: 47,1-55 puan arası

Düzey 3: 55,1-72,0 puan arası

Düzey 4: ≥72,1 puan (en yüksek aktiflik düzeyi) olarak belirtilmektedir (Hibbard ve ark., 2007).

Ölçekten alınan puan arttıkça hasta aktiflik düzeyi ve buna paralel olarak bilgi, özgüven, deneyim ve uyumu doğru orantılı olarak artmaktadır (Hibbard ve ark., 2015).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri, IBM SPSS Statistics 26 (IBM, Armonk, NY, USA)

programında analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde, kategorik değişkenler için frekans dağılımları, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) verildi.

Çalışmada kullanılan ölçüm araçlarından Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ve Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeğinin güvenirlikleri Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ile incelendi. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinde, her madde "1=Çok kolay, 2=Kolay, 3=Zor, 4=Çok zor" şeklinde derecelendirilmiş olup, puanlama hesabına geçilmeden önce, kodlar ters şekilde tekrar kodlandı. Ölçekte toplam puan, belirtilen formül ile standart olarak hesaplandı. Puanın yüksek olması sağlık okuryazarlığının yüksek olduğunu göstermektedir. Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeğinde, her madde "1=Şiddetle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Katılıyorum, 4=Şiddetle Katılıyorum" olacak şekilde dört dereceden oluşmaktadır. Ölçekte, minimum puan 0 (sıfır), maksimum puan ise 100 (yüz) olarak alınmış olup, yüksek puan hasta aktiflik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Uygulanacak analizlere karar verebilmek için öncelikler araştırmaya katılan koroner arter hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ve hasta aktiflik düzeyi puanlarına normal dağılım varsayımı için Kolmogorow Smirnov Testi (n>30) ile kontrol edilmiştir. Analiz sonucunda, sağlık okuryazarlığı ve hasta aktiflik düzeyi puanının normal dağılım gösterdiği belirlendiğinde, karşılaştırmalarda parametrik testler kullanıldı. İki bağımsız grup arasında sağlık okuryazarlığı ve hasta aktiflik düzeyi puanlarına göre farklılık olup olmadığı Bağımsız Örneklem T Testi ile ikiden fazla bağımsız grup arasında sağlık okuryazarlığı ve hasta aktiflik düzeyi puanlarının fark analizi ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelendi. Fark saptanan durumlarda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı ise Tukey Testi ile incelendi. Sayısal iki değişken arasında ilişkinin derecesinin belirlenmesi amacıyla Pearson ve Spearman's rho Korelasyon Katsayısı kullanıldı.

Güvenirlik analizlerinde, ölçeklerin yapı geçerliği açımlayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi ile tespit edildi. Ölçeklerin tutarlı ölçüm yapıp yapmadığını belirlemek eş zamanlı olarak madde tutarlılık analizi yapılması gerekmektedir ve genellikle güvenirlik analizi kullanılmaktadır (Gürbüz, & Şahin, 2018). Güvenirlik analizinde, ölçüm verilerinin yorumlanması sonrasında ortaya çıkacak analizler için bir temel oluşturur. Güvenirlik analizinde kullanılan test, ölçeklerin yapısal özellikleri

ve güvenirliğini değerlendirmeye yönelik geliştirilmiştir. Güvenirlik analizi kapsamında toplam puanların esas alındığı likert tipi ölçeklerde güvenilirlik katsayıları hesaplanır ve ölçek maddeleri arasında ilişki varlığı ile ilgili veriler elde edilmektedir (Kalaycı, 2010: 403). Bir ölçüm aracında bulunan K sayıda maddenin fenomeni açıklamaya yönelik yardımcı nitelikte ve maddeler arasında kolerasyonun yüksek düzeyde olmalıdır. Söz konusu kolerasyon ve kovaryans değerlerinden hareketle güvenirlik ölçütleri geliştirilmiştir (Özdamar, 2002: 663). Araştırmamızda kullanılan ölçeklerin güvenirlik düzeyini değerlendirmek amacıyla Cronbach Alfa İç Tutarlık katsayısından faydalanıldı.

Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayısı (Alfa Yöntemi): Ölçek sorularının varyansları toplamının genel varyansa oranı ile elde edilen ağırlıklı bir standart sapma ortalamasını ifade eder. Bu katsayı, 0 ile 1 arasında değer alır. Alfa yöntemi, ölçekteki korelasyon veya kovaryans değerlerinden yararlanarak diğer istatistiklerin veya testlerin uygulanabilirliğini destekleyici niteliktedir (Özdamar, 2002: 663). Bu yöntem, ölçek sorularının homojen yapıya sahip bir bütünü ifade edip etmediğini değerlendirir. Alfa (**α**) katsayısı doğrultusunda ölçeğin güvenilirliği aşağıdaki gibidir (Kalaycı, 2010: 405).

Tablo 2. Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları

Alfa Katsayısı	Açıklama
$0,00 \leq \alpha \leq 0,39$	Ölçek güvenilir değildir
$0,40 \leq \alpha \leq 0,59$	Ölçek güvenilirliği düşüktür
$0,60 \leq \alpha \leq 0,79$	Ölçek oldukça güvenilirdir
$0,80 \leq \alpha \leq 1,00$	Ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı ve Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeklerinin Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayıları Tablo 2'de sunuldu. Buna göre; 32 maddeden oluşan Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin yüksek derecede güvenilir (α=0,977) olduğu görülürken, tedavi hizmet bilgiye ulaşma (α=0,908), bilgiyi anlama (α=0,884), bilgiyi değerlendirme (α=0,835), bilgiyi kullanma/uygulama (α=0,855) ve hastalıklardan koruma/sağlığın geliştirilmesi bilgiye ulaşma (α=0,843), bilgiyi anlama (α=0,889), bilgiyi değerlendirme (α=0,851), bilgiyi kullanma/uygulama (α=0,844) olmak üzere tüm alt boyutlarının da yüksek düzeyde güvenilir olduğu belirlendi. 13 maddeden

oluşan Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeğinin de yüksek derecede güvenilir (α=0,942) olduğu saptandı.

Tablo 3. Ölçeklerin cronbach alfa iç tutarlılık sonuçları

	Madde Sayısı	Cronbach Alfa (α)	Güvenilirlik Düzeyi
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)	32	0,977	Yüksek Derecede Güvenilir
Alt Boyutlar			
Tedavi Hizmet			
Bilgiye ulaşma	4	0,908	Yüksek Derecede Güvenilir
Bilgiyi anlama	4	0,884	Yüksek Derecede Güvenilir
Bilgiyi değerlendirme	4	0,835	Yüksek Derecede Güvenilir
Bilgiyi kullanma/uygulama	4	0,855	Yüksek Derecede Güvenilir
Hastalıklardan Koruma/Sağlığın Geliştirilmesi			
Bilgiye ulaşma	4	0,843	Yüksek Derecede Güvenilir
Bilgiyi anlama	4	0,889	Yüksek Derecede Güvenilir
Bilgiyi değerlendirme	4	0,851	Yüksek Derecede Güvenilir
Bilgiyi kullanma/uygulama	4	0,844	Yüksek Derecede Güvenilir
Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği	13	0,942	Yüksek Derecede Güvenilir

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Bursa Şehir Hastanesi (EK-4) ve Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Araştırmaları ve Yayın Etik Kurulu'ndan (EK-5) gerekli izinler alındı. Araştırmada kullanılan TSOY-32 (EK-6) ve Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği (EK-7) için sorumlu yazarlardan e-posta aracılığıyla kullanım izin alındı. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara araştırmanın amacı anlatılarak sözlü ve yazılı onamları alındı.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmamız kapsamında, araştırma süresi boyunca Bursa ilindeki bir hastanenin kardiyoloji birimlerine başvuran ve gönüllü olarak araştırmaya katılım sağlayan hastalardan elde edilen bulgular ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Araştırma verilerinin analiz süreci üç başlık altında incelendi. İlk olarak araştırmaya katılan koroner arter hastalığı olan bireylerin sosyodemografik özellikleri ve ilaç kullanımına yönelik ifadelerin dağılımları verildi. İkinci aşamada bireylerin sağlık okuryazarlığı ve hasta aktiflik düzeyi puanlarının normal dağılım varsayımına uygunluğu incelendi ve sosyodemografik özellikleri ve ilaç kullanımına yönelik ifadeler arasında sağlık okuryazarlığı ve hasta aktiflik düzeyi puanlarına göre fark olup olmadığına bakıldı. Üçüncü aşamada ise puanlar arasındaki ilişkiler incelendi.

4.1. Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerin Dağılımı

Araştırmaya katılan KAH olan bireylerin (n=371) sosyodemografik özelliklerine ilişkin verilerinin dağılımı Tablo 4' te sunuldu. KAH olan bireylerin yaş ortalaması 63,06 (±12,733)'tür. Bireylerin %37,2'si 60 yaş altında iken, %43,4'ü kadın, %74,9'u evli, %39,1'i ilkokul mezunudur. Hastaların %73,9'u çekirdek aile iken, %40,2'si emekli, %66,3'ünün geliri giderine denktir.

Tablo 4. Sosyodemografik özelliklerin dağılımları

		Sayı (n=371)	**Yüzde (%)**
Yaş Ort±SS; Medyan (Min-Maks)		63,06±12,733	63,00 (34-93)
	<60	138	37,2
	60-69	108	29,1
	≥70	125	33,7
Cinsiyet	Kadın	161	43,4
	Erkek	210	56,6
Medeni Durum	Evli	278	74,9
	Bekar	93	25,1
Eğitim Durumu	Okur-Yazar değil	37	10,0
	İlkokul	145	39,1
	Ortaokul	87	23,5
	Lise	56	15,1
	Üniversite	43	11,6
	Lisansüstü	3	0,8
Aile Tipi	Çekirdek Aile	274	73,9
	Geniş Aile	97	26,1
Meslek	Ev hanımı	114	30,7
	Memur	23	6,2
	İşçi	25	6,7
	Çiftçi	18	4,9
	Emekli	149	40,2
	Serbest Meslek	42	11,3
Gelir Durumu	Gelirim giderimden az	98	26,4
	Gelirim giderime denk	246	66,3
	Gelirim giderimden fazla	27	7,3

Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma, Min=Minimum, Maks=Maksimum

KAH hastalarının hastalık özellikleri ve ilaç kullanımına yönelik ifadelerin dağılımları frekans ve yüzdelik değerleri ile hastalık süresi ve günlük kullanılan ilaç sayısı tanımlayıcı istatistikleri (ortalama, standart sapma, medyan) Tablo 5'te görülmektedir. Hastaların hastalık sürelerinin (ay) ortalaması 63,92 (±68,301)'dir. Hastaların %90,6'sının başka bir kronik hastalığının olduğu; ilk üç sırada; hipertansiyon (%66), diyabet (%45) ve kalp yetmezliği (%22,6) olduğu belirlendi.

Hastaların %39,1'i KAH sebebiyle daha önce hastanede yattığını bildirirken, bu hastalarının %20,2'si bir kez hastanede yattığını ifade etti. Hastaların %56,3'üne PTCA+STENT tedavisi uygulandığı belirlendi. Hastaların %42,6'sı sigara kullandığını bildirdi. Hastaların %67,4'ü hastalığı hakkında bilgisi olduğunu belirtirken, bunların %80,4'ü bilgiyi doktorundan, %57,2'si hemşireden aldığını bildirdi.

Tablo 5. Hastalık özelliklerin dağılımı

	N	%
Hastalık Süresi (Ay) Ort±SS; Medyan (Min-Maks)	63,92±68,301	36 (6-480)
Ek kronik hastalık varlığı		
Evet	336	90,6
Hayır	35	9,4
Koroner arter hastalığı sebebiyle daha önce hastanede yatma durumu		
Evet	145	39,1
Hayır	226	60,9
Hiç yatmadım	226	60,9
Bir kez yattım	75	20,2
İki kez yattım	46	12,4
Üç kez yattım	14	3,8
Üçten fazla yattım	10	2,7
Hastalık nedeniyle uygulanan girişimsel tedaviler		
PTCA	19	5,1
PTCA+STENT	209	56,3
Medikal Tedavi	143	38,5
Sigara kullanma durumu		
Evet	158	42,6
Hayır	213	57,4
Kullanılan ilaçların yan etkilerinin olma durumu		
Evet	58	15,7
Hayır	312	84,3
Hastalık hakkında bilgisi olma durumu		
Evet	250	67,4
Hayır	121	32,6

Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma, Min=Minimum, Maks=Maksimum

Hastaların kullandıkları ilaç sayısı ortalaması 4,85 (±3,187)'dir. Hastaların %15,7'si kullandıkları ilaçların yan etkisi olduğunu ifade etti. Hastaların %48,5'i "İlaçlarımı kullanmayı unuturum.", %90,3'ü "İlaçlarımı zamanında kullanırım." %29,9'u "İlacı bıraktığım dönemler olur." %24,8'i "İlacı yan etkilerinden dolayı bıraktığım olur." ifadelerine evet cevabı verdi (Tablo 6).

Tablo 6. İlaç kullanım özelliklerinin dağılımı

	Evet		Hayır	
İlaç kullanımına yönelik ifadeler	N	%	n	%
İlaçlarımı kullanmayı unuturum.	180	48,5	191	51,5
İlaçlarımı zamanında kullanırım.	335	90,3	36	9,7
İlacı bıraktığım dönemler olur.	111	29,9	260	70,1
İlacı yan etkilerinden dolayı bıraktığım olur.	92	24,8	279	75,2
Kullanılan İlaç Sayısı Ort±SS; Medyan (Min-Maks)	4,85±3,187		0-25	

Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma, Min=Minimum, Maks=Maksimum

4.2. Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistikleri ve Karşılaştırma Sonuçları

Bu bölümde ilk olarak koroner arter hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ve hasta aktiflik düzeyi puanlarının tanımlayıcı istatistikleri (ortalama, standart sapma, medyan) verildi. Daha sonra sağlık okuryazarlığı puanı ve alt boyut puanları ile hasta aktiflik düzeyi puanının normal dağılım varsayımını sağlayıp sağlamadığı incelendi. Normallik incelemesinden sonra hastaların sosyodemografik özellikleri ve ilaç kullanımına yönelik ifadelere verdikleri yanıtlar arasında sağlık okuryazarlığı ve hasta aktiflik düzeyi puanlarına göre fark olup olmadığına bakıldı. Sonuçlar detaylı olarak aşağıdaki tablolarda sunuldu.

Tablo 7. Sağlık okuryazarlığı ve hasta aktiflik düzeyi puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri ve normal dağılım varsayımının incelenmesi

Puanlar	Ort±SS	Medyan	Min-Maks	Çarpıklık	Basıklık	Kolmogorov Smirnov Testi (p)
Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32)	24,62±13,098	25,50	0-50	-0,74	-3,46	0,042
Bilgiye ulaşma	22,23±14,609	20,83	0-50	1,13	-2,12	0,000
Bilgiyi anlama	26,90±13,881	27,78	0-50	-2,18	-2,14	0,000
Bilgiyi değerlendirme	23,90±13,074	25,00	0-50	-0,40	-2,90	0,017
Bilgiyi kullanma/uygulama	25,82±12,767	27,08	0-50	-1,50	-2,76	0,000
Alt Boyutlar						
Tedavi Hizmet	24,24±13,357	25,00	0-50	-0,02	-2,54	0,019
Bilgiye ulaşma	22,51±15,062	20,83	0-50	1,03	-2,96	0,000
Bilgiyi anlama	26,55±14,261	29,17	0-50	-1,63	-2,51	0,000
Bilgiyi değerlendirme	23,38±13,134	25,00	0-50	0,68	-2,73	0,000
Bilgiyi kullanma/uygulama	25,11±13,995	25,00	0-50	0,17	-2,77	0,000
Hastalıklardan Koruma/Sağlığın Geliştirilmesi	25,22±13,171	26,67	0-50	-1,53	-3,01	0,004
Bilgiye ulaşma	22,29±15,023	20,83	0-50	1,05	-2,96	0,000
Bilgiyi anlama	27,30±14,469	29,17	0-50	-2,77	-2,83	0,000
Bilgiyi değerlendirme	24,76±14,299	25,00	0-50	-1,32	-2,15	0,000
Bilgiyi kullanma/uygulama	26,75±13,179	29,17	0-50	-2,58	-1,98	0,000
Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği	65,54±18,216	67,31	0-100	-2,55	0,14	0,020

Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma, Min=Minimum, Maks=Maksimum

Araştırmada hastaların sağlık okuryazarlığı ve hasta aktiflik düzeyi puanlarının normal dağılım varsayımını sağlayıp sağlamadığı Kolmogorow Smirnov Testi (n>30)

ile değerlendirildi. Test sonucunda, sağlık okuryazarlığı puanı, tüm alt boyut puanları ve hasta aktiflik düzeyi puanının normal dağılım varsayımını karşılamadığı görüldü ($p<0,05$). Ancak, p anlamlılık düzeyi ile dağılımın normalliğini değerlendirmek tek başına yeterli değildir. Anlamlılık düzeyi ile birlikte çarpıklık-basıklık değerleri ve histogram grafiklerinin de değerlendirilmesi gerekmektedir. Tablo 7'de puanlarının Çarpıklık ve Basıklık değerleri ±3 değer aralığında yer aldığı görülmektedir. Bu değerler SPSS'te standart hataları ile birlikte verilir ki, kendi standart hatasına bölünmesi ile elde edilen standartlaştırılmış değer eğer -1,96 ile +1,96 arasında ise dağılımın normalliğinden bahsedilir. Ancak pek çok kaynağa göre çarpıklık ve basıklık katsayısının ±3 arasında olması dağılımın normal olduğunu göstermektedir (Alpar, 2020). Histogram grafiklerinin de incelenmesiyle tüm puanların normal dağılıma uygun olduğu ifade edilebilir. Bu nedenle, karşılaştırmalarda parametrik testler kullanıldı ve karşılaştırma sonuçları Tablo 7'de sunuldu.

KAH olan bireylerin %48,5'inin sağlık okuryazarlığının yetersiz, %24,8'inin sorunlu-sınırlı, %17,5'inin yeterli, sadece %9,2'sinin ise mükemmel olduğu belirlendi. Hastaların %14,8'inin hasta aktiflik düzeyi 1 iken, %13,2'sinin düzey 2, %32,9'unun düzey 3, %39,1'inin ise düzey 4'tür (Tablo 8).

Tablo 8. TSOY-32 ve hasta aktiflik düzeyi ölçeklerinin kategorik değerlendirmesine ilişkin dağılımlar

	N	**%**
TSOY-32		
Yetersiz	180	48,5
Sorunlu-Sınırlı	92	24,8
Yeterli	65	17,5
Mükemmel	34	9,2
Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği		
Düzey 1	55	14,8
Düzey 2	49	13,2
Düzey 3	122	32,9
Düzey 4	145	39,1
Toplam	**371**	**100**

Tablo 9'da hastaların sosyodemografik özellikleri açısından sağlık okuryazarlığı ve hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Hastaların yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aile tipi, meslek, gelir durumu ile

sağlık okuryazarlığı puanı, alt boyut puanları ve hasta aktiflik düzeyi puanının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü ($p<0,05$).

Hastaların yaşı arttıkça sağlık okuryazarlığı ve hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının düştüğü belirlendi ($p<0,05$). Kadınların sağlık okuryazarlığı, alt boyutları ve hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının, erkeklerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Evlilerin sağlık okuryazarlığı, alt boyutları ve hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının, bekarların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Hastaların eğitim durumu arttıkça sağlık okuryazarlığı ve hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının da arttığı saptandı ($p<0,05$). Çekirdek aile olan hastaların sağlık okuryazarlığı, alt boyutları ve hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının, geniş aile olan hastaların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edildi ($p<0,05$).

Ev hanımı olan hastaların sağlık okuryazarlığı puanı ve alt boyut puan ortalamalarının, diğer mesleklerde olan hastaların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük; memur olan hastaların sağlık okuryazarlığı ve alt boyut puan ortalamalarının ise diğer mesleklerde olan hastaların (serbest meslek hariç) puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi. Ev hanımı olan hastaların hasta aktiflik düzeyi puan ortalamasının, memur, işçi ve serbest meslek olan hastaların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük; memur olan hastaların hasta aktiflik düzeyi puan ortalamasının ise diğer mesleklerde olan hastaların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Gelir durumu arttıkça sağlık okuryazarlığı ve hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının da arttığı belirlendi ($p<0,05$).

Tablo 9. Sağlık okuryazarlığı ve hasta aktiflik düzeyi puanlarına göre sosyodemografik özellikler arasındaki farklılıkların incelenmesi

		Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği					**Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği**
		Toplam Puan	Bilgiye ulaşma	Bilgiyi anlama	Bilgiyi değerlendirme	Bilgiyi kullanma/ uygulama	Toplam Puan
	n	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş Grubu							
1. <60	138	35,58±8,723	34,81±10,205	38,12±8,916	33,61±9,980	35,85±8,616	78,27±14,286
2. 60-69	108	23,28±9,370	20,09±10,878	25,85±10,153	22,77±9,525	24,13±9,766	64,87±13,901
3. ≥70	125	13,68±9,807	10,20±9,682	15,24±11,002	14,00±10,841	15,94±10,479	52,06±15,294
F		183,923	192,887	170,662	122,420	141,440	106,969
P		**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****
Fark		1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3
Cinsiyet							
Kadın	161	21,70±13,675	18,93±14,736	23,85±14,360	21,04±13,378	23,86±13,848	62,47±18,538
Erkek	210	26,86±12,204	24,77±14,027	29,22±13,072	26,06±12,440	27,28±11,717	67,89±17,651
T		-3,830	-3,884	-3,746	-3,720	-2,492	-2,870
P		**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,013***	**0,004****
Medeni Durum							
Evli	278	26,68±12,046	24,51±13,731	28,95±12,598	25,84±12,043	27,63±11,985	68,50±16,253
Bekar	93	18,47±14,214	15,43±15,106	20,74±15,703	18,06±14,335	20,24±13,534	56,68±20,816
T		5,429	5,383	5,084	5,017	4,918	5,640
P		**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****
Eğitim Durumu							
1.Okur-Yazar değil	37	10,73±10,385	7,94±10,097	12,00±11,232	10,73±11,220	12,48±11,860	49,22±14,494
2.İlkokul	145	17,42±9,815	13,87±10,341	19,42±11,029	17,25±10,353	19,56±10,437	55,76±15,425
3.Ortaokul	87	27,77±8,778	25,18±10,689	30,56±9,122	26,87±8,905	28,64±8,974	70,07±11,828
4.Lise	56	34,58±8,799	33,36±10,421	36,97±9,428	32,89±8,776	34,96±9,421	78,40±13,303
5.Üniversite/Lisansüstü	46	40,41±7,149	40,96±7,591	42,86±7,358	38,48±9,914	39,13±6,971	85,28±11,994
F		96,204	101,378	86,797	71,575	67,022	68,840
P		**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****
Fark		1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Aile Tipi							
Çekirdek Aile	274	26,07±13,036	23,86±14,646	28,29±13,961	25,11±13,016	27,35±12,457	67,53±17,855
Geniş Aile	97	20,52±12,444	17,63±13,549	22,97±12,931	20,46±12,688	21,49±12,702	59,93±18,148
T		3,650	3,669	3,267	3,025	3,938	3,584
P		**0,000*****	**0,000*****	**0,001****	**0,003****	**0,000*****	**0,000*****
Meslek							
1.Ev hanımı	114	18,59±13,134	15,56±13,719	20,80±14,224	17,92±12,656	21,06±13,863	58,84±18,320
2.Memur	23	40,59±8,701	40,13±10,307	43,15±8,573	39,61±9,867	39,40±8,770	84,45±11,725
3.İşçi	25	30,35±9,069	30,58±10,563	31,50±9,345	30,08±9,210	29,83±9,485	75,77±9,256
4.Çiftçi	18	22,96±10,829	20,14±12,950	26,85±10,884	23,50±11,951	22,76±10,667	64,32±16,321
5.Emekli	149	23,51±11,378	20,82±12,849	25,68±12,350	22,91±11,572	24,42±11,006	64,44±17,288
6.Serbest Meslek	42	33,48±10,852	31,50±13,279	35,91±11,841	31,23±11,743	34,79±9,784	71,70±17,976
F		21,339	21,815	18,497	19,000	16,322	12,344
P		**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****
Fark		1-2,3,4,5,6 2-3,4,5	1-2,3,4,5,6 2-3,4,5	1-2,3,4,5,6 2-3,4,5	1-2,3,4,5,6 2-3,4,5	1-2,3,4,5,6 2-3,4,5	1-2,3,6 2-3,4,5,6
Gelir Durumu							
1.Gelirim giderimden az	98	18,13±12,983	15,86±13,256	19,59±14,180	18,16±12,904	19,57±13,576	58,56±18,590
2.Gelirim giderime denk	246	26,17±11,945	23,49±13,963	28,97±12,470	25,12±12,128	27,36±11,348	66,60±17,125
3.Gelirim giderimden fazla	27	34,06±13,934	33,95±15,296	34,41±15,061	33,41±13,911	34,34±13,117	81,27±14,777
F		23,230	20,961	22,504	19,297	21,567	19,443
P		**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****
Fark		1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3

***p<0,01, ***p<0,001, t=Bağımsız Örneklem T Testi, F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Fark=Tukey Testi, p=Anlamlılık Düzeyi*

Kronik hastalıklardan hipertansiyon, böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği, inme, KOAH ve diğer hastalıklar olma durumu, KAH nedeniyle hastanede yatma durumu, hastalık nedeniyle uygulanan girişimsel tedaviler, sigara kullanma durumu, kullanılan ilaçların yan etkileri olma durumu, hastalığı hakkında bilgi sahibi olma durumu, bilgiyi doktor, hemşire, internet, dergi/kitap/broşür ve televizyon/radyodan edinme durumu ve ifadelere verilen yanıtlar arasında sağlık okuryazarlığı puanı, alt boyut puanları ve hasta aktiflik düzeyi puanının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülürken ($p<0,05$), hastaların sadece kronik hastalıklardan diyabet, malignite ve astım olma durumları arasında sağlık okuryazarlığı puanı, alt boyut puanları ve hasta aktiflik düzeyi puanının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 10).

KAH olan bireylerin kronik hastalıklardan hipertansiyon, böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği, inme, KOAH ve diğer hastalıklar olma durumları arasında sağlık okuryazarlığı puanı, alt boyut puanları ve hasta aktiflik düzeyi puanının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Buna göre; hipertansiyon, böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği, inme, KOAH ve diğer hastalıklardan olmayan hastaların sağlık okuryazarlığı, alt boyutları ve hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının, bu hastalıkları olan hastaların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 10. Sağlık okuryazarlığı ve hasta aktiflik düzeyi puanlarına göre tanı alınan diğer hastalıklar arasındaki farklılıkların incelenmesi

		Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği					**Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği**
Tanı Alınan Kronik Hastalık		Toplam Puan	Bilgiye ulaşma	Bilgiyi anlama	Bilgiyi değerlendirme	Bilgiyi kullanma/ uygulama	Toplam Puan
	n	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Diyabet							
Yok	204	25,34±13,482	23,07±14,984	28,12±14,123	24,27±13,732	26,31±13,094	65,35±19,687
Var	167	23,74±12,596	21,21±14,114	25,41±13,471	23,45±12,249	25,21±12,367	65,78±16,297
T		1,170	1,225	1,871	0,599	0,820	-0,226
P		0,243	0,222	0,062	0,550	0,413	0,822
Hipertansiyon							
Yok	126	28,95±12,271	26,91±13,950	31,37±12,649	27,74±12,768	29,78±12,026	70,02±17,557
Var	245	22,39±12,974	19,83±14,382	24,59±13,950	21,91±12,808	23,74±12,674	63,23±18,154
T		4,695	4,450	4,564	4,158	4,413	3,450
P		**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,001****
Böbrek yetmezliği							
Yok	340	25,07±12,986	22,72±14,639	27,37±13,677	24,4±12,895	26,27±12,619	66,17±18,370
Var	31	19,63±13,495	16,85±13,342	21,80±15,255	18,46±13,99	20,86±13,508	58,68±15,051
T		2,228	2,155	2,151	2,437	2,273	2,200
P		**0,026***	**0,032***	**0,032***	**0,015***	**0,024***	**0,028***
Kalp yetmezliği							
Yok	287	26,75±12,835	24,46±14,532	28,84±13,823	25,89±12,916	27,76±12,279	68,25±17,792
Var	84	17,34±11,299	14,62±12,160	20,13±11,873	16,94±11,159	18,96±12,146	56,30±16,633

Tablo 10. Sağlık okuryazarlığı ve hasta aktiflik düzeyi puanlarına göre tanı alınan diğer hastalıklar arasındaki farklılıkların incelenmesi**(devamı)**

T		6,069	5,656	5,184	5,696	5,702	5,493
P		**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****
İnme							
Yok	349	25,13±13,024	22,84±14,626	27,4±13,712	24,41±13,017	26,30±12,683	66,08±18,184
Var	22	16,48±11,743	12,66±10,634	19,13±14,528	15,85±11,468	18,18±11,858	56,91±16,856
T		3,040	3,209	2,733	3,012	2,922	2,306
P		**0,003****	**0,001****	**0,007****	**0,003****	**0,004****	**0,022***
Malignite							
Yok	340	24,98±13,136	22,64±14,698	27,39±13,809	24,19±13,084	26,17±12,815	65,95±18,407
Var	31	20,69±12,188	17,74±12,979	21,62±13,776	20,72±12,740	21,95±11,737	61,04±15,536
T		1,748	1,793	2,228	1,416	1,765	1,438
P		0,081	0,074	0,057	0,158	0,078	0,151
KOAH							
Yok	343	25,24±12,954	22,86±14,511	27,54±13,722	24,56±12,887	26,40±12,594	66,09±18,260
Var	28	17,01±12,663	14,56±13,829	19,17±13,706	15,90±12,910	18,73±12,935	58,86±16,546
T		3,240	2,290	3,102	3,417	3,093	2,027
P		**0,001****	**0,004****	**0,002****	**0,001****	**0,002****	**0,043***
Astım							
Yok	325	25,11±12,941	22,63±14,531	27,40±13,632	24,31±12,985	26,27±12,709	66,17±17,951
Var	46	21,18±13,817	19,43±15,012	23,30±15,240	20,97±13,492	22,53±12,842	61,08±19,621
T		1,909	1,393	1,864	1,606	1,849	1,780
P		0,057	0,165	0,063	0,109	0,065	0,076
Diğer							
Yok	322	25,40±12,977	23,13±14,522	27,76±13,689	24,52±12,893	26,61±12,641	66,60±18,079
Var	49	19,49±12,855	16,34±13,928	21,34±13,977	19,81±13,642	20,69±12,509	58,59±17,756
T		2,972	3,065	3,045	2,364	3,052	2,893
P		**0,003****	**0,002****	**0,002****	**0,019***	**0,002****	**0,004****

**p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001, t=Bağımsız Örneklem T Testi, F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Fark=Tukey Testi, p=Anlamlılık Düzeyi*

Hastalık özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeği ve hasta aktiflik ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 11'de görülmektedir. KAH olan bireylerin hastalık nedeniyle hastaneye yatma durumları arasında sağlık okuryazarlığı puanı, alt boyut puanları ve hasta aktiflik düzeyi puanının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü (p<0,05). Buna göre; hiç hastaneye yatmayan hastaların sağlık okuryazarlığı, alt boyutları ve hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının, hastaneye yatan hastaların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (p<0,05).

KAH olan bireylerin hastalık nedeniyle uygulanan girişimsel tedavi durumları arasında sağlık okuryazarlığı puanı, alt boyut puanları ve hasta aktiflik düzeyi puanının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü (p<0,05). Buna göre; medikal tedavi uygulanan hastaların sağlık okuryazarlığı, alt boyutları ve hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının, PTCA ve PTCA+STENT tedavisi uygulanan hastaların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlendi (p<0,05).

KAH olan bireylerin sigara kullanma durumları arasında sağlık okuryazarlığı puanı, alt boyut puanları ve hasta aktiflik düzeyi puanının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü (p<0,05). Buna göre; sigara kullanan hastaların sağlık okuryazarlığı, alt boyutları ve hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının, sigara kullanmayan hastaların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (p<0,05).

Tablo 11. Hastalık özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeği ve hasta aktiflik ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

		Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği					**Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği**
	n	Toplam Puan	Bilgiye ulaşma	Bilgiyi anlama	Bilgiyi değerlendirme	Bilgiyi kullanma/ uygulama	Toplam Puan
Koroner arter hastalığı yatış durumu							
1.Hiç yatmadım	226	27,69±12,633	25,61±14,425	29,91±13,357	26,39±12,837	28,92±12,090	68,51±17,954
2.Bir kez yattım	75	22,33±11,369	19,17±12,227	25,28±12,299	21,96±11,977	23,79±10,949	61,67±17,736
3.İki kez yattım	46	18,13±13,475	15,26±14,765	19,78±14,636	18,15±13,378	18,92±13,199	60,62±19,165
4.3 kez ve daha fazla yattım	24	15,27±11,881	13,37±13,102	16,85±11,901	17,15±11,642	15,85±12,309	59,13±15,112
F		14,116	12,660	13,116	8,822	15,937	5,426
P		**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****
Fark		1-2,3,4	1-2,3,4	1-2,3,4	1-2,3,4	1-2,3,4	1-2,3,4
Hastalık nedeniyle uygulanan girişimsel tedaviler							
1.PTCA	19	31,53±8,843	30,26±10,944	34,32±8,198	29,35±9,650	32,16±9,544	74,49±17,175
2.PTCA+STENT	209	25,77±12,503	23,32±14,116	27,95±13,506	25,29±12,228	26,89±12,055	68,01±16,597
3.Medikal Tedavi	143	22,02±13,89	19,59±15,220	24,38±14,527	21,13±14,147	23,36±13,699	60,75±19,518
F		6,462	5,947	5,801	6,197	5,813	9,591
P		**0,002****	**0,003****	**0,003****	**0,002****	**0,003****	**0,000*****
Fark		3-1,2	3-1,2	3-1,2	3-1,2	3-1,2	3-1,2
Sigara kullanma durumu							
Evet	158	30,18±12,678	28,53±14,528	33,02±13,039	29,48±12,761	29,76±12,432	71,91±17,266
Hayır	213	20,49±11,840	17,56±12,832	22,33±12,703	19,72±11,695	22,84±12,224	60,82±17,485
T		7,564	7,697	7,908	7,632	5,220	6,074
P		**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****
Kullanılan ilaçların yan etkileri olma durumu							
Evet	58	19,45±12,476	16,33±13,925	21,66±12,685	19,44±12,493	20,15±13,033	58,49±15,838
Hayır	312	25,66±12,944	23,40±14,454	27,97±13,825	24,81±12,976	26,94±12,386	66,83±18,377
T		-3,373	-3,440	-3,232	-2,907	-3,773	-3,239
P		**0,001****	**0,001****	**0,001****	**0,004****	**0,000*****	**0,001****
Hastalığı hakkında bilgi sahibi olma durumu							
Evet	250	29,86±10,888	27,91±12,905	32,35±11,491	28,72±10,944	30,28±10,974	72,17±15,688
Hayır	121	13,79±10,372	10,51±10,333	15,46±11,290	13,78±11,309	16,40±11,077	51,84±15,224
T		13,529	12,954	13,269	12,125	11,286	11,812
P		**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****

***p<0,01, ***p<0,001, t=Bağımsız Örneklem T Testi, F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Fark=Tukey Testi, p=Anlamlılık Düzeyi*

KAH olan bireylerin hastalığı hakkında bilgi sahibi olma durumları arasında sağlık okuryazarlığı puanı, alt boyut puanları ve hasta aktiflik düzeyi puanının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü (p<0,05). Buna göre; hastalığı hakkında bilgi sahibi olan hastaların sağlık okuryazarlığı, alt boyutları ve hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının, hastalığı hakkında bilgi sahibi olmayan hastaların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 11). Bunula birlikte, bilgi kaynağına göre sağlık okuryazarlığı ve hasta aktiflik

düzeyi puan ortalamalarının dağılımı Tablo 12'de görülmektedir. KAH olan bireylerin hastalığı hakkında bilgiyi hemşireden, aile üyeleri/arkadaştan, internetten ve dergi/kitap/broşürden edinme durumları arasında sağlık okuryazarlığı puanı, alt boyut puanları ve hasta aktiflik düzeyi puanının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü ($p<0,05$). Buna göre; hemşireden, internetten ve dergi/kitap/broşürden bilgi edinen hastaların sağlık okuryazarlığı, alt boyutları ve hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının, bilgi edinmeyen hastaların puan ortalamalarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu; aile üyeleri ya da arkadaştan bilgi edinen hastaların sağlık okuryazarlığı puanı ve alt boyutlarından bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanma/uygulama puan ortalamalarının ise bilgi edinmeyen hastaların puan ortalamalarına kıyasla anlamlı derecede düşük olduğu saptandı.

Tablo 12. Bilgi kaynağına göre sağlık okuryazarlığı ve hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının dağılımı

		Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği					**Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği**
Hastalıkla ilgili bilgi kaynakları		Toplam Puan	Bilgiye ulaşma	Bilgiyi anlama	Bilgiyi değerlendirme	Bilgiyi kullanma/ uygulama	Toplam Puan
	n	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Doktor							
Evet	201	29,92±10,931	28,02±12,866	32,31±11,387	29,08±11,005	30,17±11,140	72,72±15,283
Hayır	49	29,63±10,818	27,47±13,188	32,51±12,027	27,23±10,670	30,73±10,370	69,90±17,230
T		0,167	0,267	-0,109	1,064	-0,317	1,131
P		0,867	0,790	0,913	0,288	0,752	0,259
Hemşire							
Evet	143	31,65±9,389	29,70±11,787	34,48±9,864	30,12±9,605	32,15±9,461	73,94±15,631
Hayır	107	27,47±12,26	25,51±13,963	29,50±12,863	26,84±12,31	27,76±12,338	69,81±15,523
T		3,049	2,567	3,470	2,363	3,178	2.074
P		**0,003****	**0,011***	**0,001****	**0,019***	**0,002****	**0,039***
Aile üyeleri/arkadaş							
Evet	58	26,74±11,782	25,16±13,265	29,51±12,706	25,60±11,099	26,45±12,592	71,05±12,905
Hayır	192	30,80±10,453	28,74±12,713	33,21±10,990	29,66±10,748	31,42±10,208	72,51±16,451
T		-2,518	-1,863	-2,161	-2,502	-3,050	-0,617
P		**0,012***	0,064	**0,032***	**0,013***	**0,003****	0,538
İnternet							
Evet	91	37,79±6,568	37,24±8,057	40,40±7,079	35,59±8,068	37,74±6,949	82,10±11,640
Hayır	159	25,32±10,261	22,57±12,109	27,74±10,993	24,78±10,433	25,98±10,567	66,49±14,878
T		10,428	10,322	9,870	8,529	0,499	8,614
P		**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****
Dergi/kitap/broşür							
Evet	18	41,20±6,362	41,32±6,751	45,02±6,276	38,77±8,638	39,58±7,426	84,51±10,747
Hayır	232	28,98±10,677	26,87±12,691	31,37±11,222	27,94±10,729	29,55±10,885	71,21±15,620
T		4,787	4,773	5,095	4,179	3,836	3,544
P		**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****
Televizyon/Radyo							
Evet	45	29,06±9,144	26,28±11,827	32,61±10,069	27,50±8,380	29,52±9,819	72,91±15,847
Hayır	205	30,03±11,247	28,27±13,130	32,29±11,801	28,98±11,43	30,45±11,228	72,01±15,687
T		-0,544	-0,934	0,166	-0,823	-0,511	0,347
P		0,587	0,351	0,868	0,411	0,610	0,729

**p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001, t=Bağımsız Örneklem T Testi, p=Anlamlılık Düzeyi*

İlaç kullanımına yönelik ifadelere göre sağlık okuryazarlığı ve hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında (Tablo 13); KAH olan bireylerin ilaçların yan etkileri olma durumları ve ilaç kullanımına yönelik ifadelere verdikleri yanıtlar arasında sağlık okuryazarlığı puanı, alt boyut puanları ve hasta aktiflik düzeyi puanının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görüldü ($p<0,05$). Kullandıkları ilaçların yan etkileri olan hastaların sağlık okuryazarlığı, alt boyutları ve hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının, yan etkisi olmayan hastaların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlendi. Buna göre; "İlaçlarımı kullanmayı unuturum.", "İlacı bıraktığım dönemler olur." ve "İlacı yan etkilerinden dolayı bıraktığım olur." ifadelerine evet yanıtını veren hastaların sağlık okuryazarlığı, alt boyutları ve hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının, hayır yanıtını veren hastaların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı. Bununla birlikte, "İlaçlarımı zamanında kullanırım." ifadesine evet yanıtını veren hastaların sağlık okuryazarlığı, alt boyutları ve hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının ise hayır yanıtını veren hastaların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 13. İlaç kullanımına yönelik ifadelere göre sağlık okuryazarlığı ve hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının dağılımı

İlaç kullanımına yönelik ifadeler		**Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği**					**Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği**
		Toplam Puan	Bilgiye ulaşma	Bilgiyi anlama	Bilgiyi değerlendirme	Bilgiyi kullanma/ uygulama	Toplam Puan
	n	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
İlaçlarımı kullanmayı unuturum.							
Evet	180	16,78±11,487	14,07±12,108	18,59±12,130	16,89±12,09	18,16±11,704	55,06±16,079
Hayır	191	32,01±9,833	29,93±12,445	34,66±10,530	30,44±10,29	32,87±9,134	75,41±14,166
T		-13,741	-12,427	-13,615	-11,619	-12,481	-12,952
P		**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****
İlaçlarımı zamanında kullanırım.							
Evet	335	26,01±12,713	23,64±14,367	28,14±13,600	25,31±12,585	27,15±12,265	67,47±17,727
Hayır	36	11,64±8,909	9,14±9,55	15,16±10,812	10,40±9,576	13,17±10,400	47,54±11,842
T		6,609	5,911	5,464	6,806	6,496	6,586
P		**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****
İlacı bıraktığım dönemler olur.							
Evet	111	16,98±11,835	14,38±12,576	19,27±12,577	16,97±12,273	18,55±11,909	55,87±17,743
Hayır	260	27,88±12,243	25,58±14,143	30,10±13,154	26,81±12,303	28,84±11,878	69,67±16,829
T		-7,930	-7,214	-7,310	-7,014	-7,560	-7,112
P		**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****
İlacı yan etkilerinden dolayı bıraktığım olur.							
Evet	92	14,04±11,105	11,28±10,838	15,56±11,919	14,38±11,922	16,25±11,908	52,17±16,710
Hayır	279	28,11±11,775	25,84±13,887	30,56±12,430	26,97±11,914	28,88±11,465	69,95±16,481
T		-10,079	-9,174	-10,053	-8,720	-8,963	-8,939
P		**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****	**0,000*****

**p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001, t=Bağımsız Örneklem T Testi, p=Anlamlılık Düzeyi*

4.3. Korelasyon Analizi Sonuçları

Korelasyon analizi sayısal iki değişken arasında nedensel olmayan ilişkilerin derecesinin belirlemek amacıyla kullanılan istatistiksel bir yöntemdir. Bu derecenin belirlenmesinde iki temel korelasyon katsayısı (Pearson ve Spearman's rho) kullanılmaktadır. Sayısal ve normal dağılım gösteren değişkenlerde Pearson Korelasyon Katsayısı, normal dağılım göstermeyen değişkenlerde ise Spearman's rho Korelasyon Katsayısı kullanılmaktadır (Alpar, 2020).

Çalışmada ölçme aracı olarak kullanılan ölçek puanlarının ve hastalık süresi, günlük ilaç sayısı değişkenlerinin normal dağılım varsayımı incelendi; ölçek puanlarının normal dağıldığı, hastalık süresi ve günlük ilaç sayısı değişkenlerinin ise normal dağılmadığı görüldü. Bu nedenle ölçek puanları arasındaki ilişkileri incelemek için Pearson Korelasyon Katsayısı, ölçek puanları ile hastalık süresi ve günlük ilaç sayısı arasındaki ilişkileri incelemek için Spearman's rho Korelasyon Katsayısı kullanıldı. Korelasyon analizi sonuçları Tablo 14'de yer almaktadır.

Tablo 14. Korelasyon katsayısının değerlendirilmesi (Gürbüz ve Şahin, 2018)

r (Korelasyon Katsayısı)	İlişki Düzeyi	İlişki Yönü
0,00 – 0,29	Düşük düzeyde ilişki	r= - ise negatif ilişki r= + ise pozitif ilişki
0,30 – 0,69	Orta düzeyde ilişki	
0,70 – 1,00	Yüksek düzeyde ilişki	

Tablo 15 incelendiğinde; hastaların hastalık süresi ile sağlık okuryazarlığı puanı arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu görülürken (r=-0,487; p<0,001), bilgiye ulaşma puanı arasında orta düzeyde negatif yönde (r=-0,479; p<0,001), bilgiyi anlama puanı arasında orta düzeyde negatif yönde (r=-0,457; p<0,001), bilgiyi değerlendirme puanı arasında orta düzeyde negatif yönde (r=-0,455; p<0,001), bilgiyi kullanma/uygulama puanı arasında orta düzeyde negatif yönde (r=-0,472; p<0,001), hasta aktiflik düzeyi puanı arasında da orta düzeyde negatif yönde (r=-0,452; p<0,001) anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu belirlendi.

Hastaların kullandıkları günlük ilaç sayısı ile sağlık okuryazarlığı puanı arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu görülürken (r=-0,429; p<0,001), bilgiye ulaşma puanı arasında orta düzeyde negatif yönde (r=-0,446; p<0,001), bilgiyi anlama puanı arasında orta düzeyde negatif yönde (r=-0,410; p<0,001), bilgiyi değerlendirme puanı arasında orta düzeyde negatif yönde (r=-0,392;

p<0,001), bilgiyi kullanma/uygulama puanı arasında orta düzeyde negatif yönde (r=-0,391; p<0,001), hasta aktiflik düzeyi puanı arasında da orta düzeyde negatif yönde (r=-0,436; p<0,001) anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu saptandı.

Hastaların hasta aktiflik düzeyi puanı ile sağlık okuryazarlığı puanı arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu (r=0,816; p<0,001), bilgiye ulaşma puanı arasında yüksek düzeyde pozitif yönde (r=0,780; p<0,001), bilgiyi anlama puanı arasında yüksek düzeyde pozitif yönde (r=0,765; p<0,001), bilgiyi değerlendirme puanı arasında yüksek düzeyde pozitif yönde (r=0,791; p<0,001) ve son olarak bilgiyi kullanma/uygulama puanı arasında da yüksek düzeyde pozitif yönde (r=0,785; p<0,001) anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu tespit edildi.

Tablo 15. Hastalık süresi, ilaç sayısı, TSOY-32 ve Hasta aktiflik düzeyi ilişkisi

		Hastalık Süresi	Günlük İlaç Sayısı	1	2	3	4	5	6
1. Sağlık Okuryazarlığı	r	-0,487	-0,429	1			H		
	p	**0,000*** **	**0,000*** **						
2. Bilgiye ulaşma	r	-0,479	-0,446	0,963	1				
	p	**0,000*** **	**0,000*** **	**0,000*** **					
3. Bilgiyi anlama	r	-0,457	-0,410	0,959	0,898	1			
	p	**0,000*** **	**0,000*** **	**0,000*** **	**0,000*** **				
4. Bilgiyi değerlendirme	r	-0,455	-0,392	0,954	0,894	0,886	1		
	p	**0,000*** **	**0,000*** **	**0,000*** **	**0,000*** **	**0,000*** **			
5. Bilgiyi kullanma/uygulama	r	-0,472	-0,391	0,953	0,888	0,890	0,883	1	
	p	**0,000*** **	**0,000*** **	**0,000*** **	**0,000*** **	**0,000*** **	**0,000*** **		
6. Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği	r	-0,452	-0,436	0,816	0,780	0,765	0,791	0,785	1
	p	**0,000*** **	**0,000*** **	**0,000*** **	**0,000*** **	**0,000*** **	**0,000*** **	**0,000*** **	

****p<0,001, r= Pearson Korelasyon Katsayısı, Spearman's rho Korelasyon Katsayısı, p=Anlamlılık Düzeyi*

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

KAH, özellikle orta yaş grubunda sıklıkla görülmekte olup dünya çapında mortalite ve morbiditelerin başlıca nedenlerinden biri olarak öne çıkmaktadır (WHO, 2021). KAH'ta tekrarlı hastane yatışlarının azaltılması, hastalık yönetiminin aktif olarak sağlanabilmesi, olası risklerin ve komplikasyonların azaltılması açısından sağlık okuryazarlık derecesi ve ilaç uyumu önemlidir (Neiman ve ark., 2017; Köse, 2017; Aaby ve ark., 2017). Bu noktada, hasta bakımından sorumlu hemşirelerin hastaları koruyucu, önleyici ve geliştirici girişimlerde bulunması beklenmektedir (Malakar ve ark., 2019). KAH olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri, hasta ilaç uyumu ve aktiflik düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yürütülen bu çalışmadan elde edilen bulgular, literatür bağlamında bu kısımda tartışıldı.

5.1. Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerinin Dağılımı

Araştırmaya katılan KAH olan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımına bakıldığında; yaş ortalaması 63,06 (±12,73) yıldır. Bireylerin %37,2'si 60 yaş altında iken, %56,6'sı erkek, %74,9'u evli, %39,1'i ilkokul mezunu, %73,9'u çekirdek aile yapısına sahip, %40,2'si emekli ve %66,3'ünün sosyoekonomik düzeyi geliri giderine denktir. Pala (2023)'nın KAH olan bireylerle yürütmüş olduğu çalışmada, hastaların %62,7'sinin erkek, %87,2'sinin evli, %31,7'sinin eğitim düzeyinin ilköğretim seviyesinde olduğu belirlenmiştir. Büber ve Sevgican (2022)'ın 396 hastayla yürüttüğü çalışmada da hastaların %69,7'sinin erkek olduğu görülmektedir. KAH hastalarında yapılan bir başka çalışmada, hastaların %52,5'i erkek, %37,9'u okuryazar değil, %97,9'u evli olduğu saptanmıştır. Sigara KAH için önemli risk faktörlerinden biridir ve başta KAH olmak üzere birçok kronik hastalığa neden olmaktadır. Tülüce ve Kartal (2021)'ın çalışmasında da paralel veriler elde edilmiş olmakla birlikte hastaların %45,4'ünün sigara kullandığı ve sigara kullanan hastaların %78,4 'ünün erkek hasta olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda ise bu oran %42,6 olarak belirlendi. Literatürdeki çalışmalar ve çalışmamızdan elde edilen veriler benzerlik göstermekle birlikte koroner arter hastası erkek oranları kadın hastalara göre daha fazladır. Kadın hastalarda östrojen hormonunun koruyucu etkisi ve sigara kullanım oranının daha az olması kaynaklı olduğu bilinmektedir (Gür, & Sunal, 2019).

Diyabet ve hipertansiyonun endotel disfonksiyonuna neden olarak ateroskleroz

sürecini hızlandırdığı bilinmektedir. Bu nedenle, bu risk faktörlerinin kontrol altına alınması KAH prognozunda ve yönetiminde etkili yöntemlerden biridir (Dülek, 2018; ESC, 2013). Yalçın (2024)'ın çalışmasında, KAH olan bireylerin %51'i hipertansiyon ve %50,5'i diyabet hastalıklarının olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda hastaların eşlik eden ek hastalıkları incelendiğinde; literatüre benzer olarak en sık görülen hastalıkların %66'sında hipertansiyon, %45'inde ise diyabet tanılarının olduğu görülmektedir.

5.2. Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistikleri ve Karşılaştırma Sonuçları

KAH olan bireylerin TSOYÖ-32 puan ortalamalarının 24,62±13,09 olduğu tespit edildi. TSOY-32 Ölçeği'nden alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 50 olarak göz önüne alındığında araştırma kapsamındaki KAH'lı bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz düzeyde olduğu ifade edilebilir. Hastaların %48,5'inin sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz, %24,8'inin sorunlu-sınırlı olduğu ve bu verilerin literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, TSOY-32 Ölçeği Genel sağlık okuryazarlığı puanı 29,5 (%95 GA: 28,8-30,3) olarak bulunmuştur (Okyay, & Abacıgil, 2016). Pala (2023)'nın yaptığı çalışmada da koroner arter hastalarının sağlık okuryazarlığının yetersiz (18,94±8,99) düzeyde olduğu belirlenmiştir. Danimarka'da KVH olan bireyler ile yapılan bir çalışmada, her on kişiden birinin hastalıkla ilgili bilgileri anlamada güçlük çektiği ve sağlık okuryazarlıklarının düşük olduğu saptanmıştır (Friss ve ark., 2019). Kronik hastalığı bulunan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışmadan elde edilen bulgular, katılımcıların çoğunun (%36) sağlık okuryazarlığının sorunlu/sınırlı düzeyde olduğunu ortaya koymuştur (Dost, & Durmaz, 2022). Bir başka çalışmada ise; diyabet, KVH, KOAH, kanser, kas-iskelet sistemi hastalıkları ve ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri incelenmiş olup, en düşük okuryazarlık düzeyine sahip hastalık grubunun KVH grubu olduğu belirlenmiştir (Friss ve ark., 2016). Ayrıca düşük eğitim düzeyine sahip kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin, yüksek eğitim düzeyine sahip bireylere kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiş olup, çalışmamızda da hastaların eğitim düzeyi incelendiğinde %39,1'inin ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Bu sonuç, literatür ile paralellik göstermekle birlikte eğitim seviyesinin sağlık okuryazarlık düzeyiyle doğrudan ilişkili olması ile açıklanabilir. Literatürde sağlık okuryazarlık düzeyi yeterli olarak belirlenen

çalışmalar da mevcuttur. Yalçın (2024)'ın çalışmasında, akut koroner sendrom (AKS) hastalarının toplam SOY puanı 89,80±23,14 olarak bulunmuş olup, sağlık okuryazarlık düzeylerinin iyi olduğu saptanmıştır. Ancak unutulmamalıdır ki sağlık okuryazarlığı birçok faktörden etkilenebilmekte, hasta gruplarının yaş, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum ve bilgi kaynakları gibi birçok faktör sağlık okuryazarlığı üzerinde rol oynayabilmektedir. Literatürde sağlık okuryazarlığının düşük düzeyde olmasının; ileri yaş, düşük eğitim düzeyi ve düşük gelir seviyesi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Hickey ve ark., 2018; Okyay, & Abacıgil, 2016). Araştırmada yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, aile yapısı, meslek, sosyoekonomik düzey gibi sosyodemografik özelliklerin sağlık okuryazarlığını etkilediği saptandı. Yaşı yüksek olanlarda, kadınlarda, bekarlarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda, gelir düzeyi düşük olanlarda, ev hanımı olanlarda, sağlık okuryazarlığı düzeyi daha düşük bulundu. 60 yaş altı hastaların puan ortalamaları 35,58±8,72; 70 yaş üzeri grupta ise 13,68±9,80'dir ve yaşla birlikte sağlık okuryazarlık düzeyi düşmektedir. Beerens ve arkadaşları (2016) tarafından farklı yaş gruplarında sağlık okuryazarlık düzeylerini inceledikleri çalışmada, 65 yaş üzeri bireylerde yetersiz sağlık okuryazarlılık düzeyinin daha belirgin olduğu görülmüştür. Literatürdeki diğer çalışmalarda artan yaşla birlikte bilişsel fonksiyonların azalması nedeniyle sağlık okuryazarlığının azaldığını destekler niteliktedir (Morris ve ark., 2013; Değer, & Zoroğlu, 2021; Aydın, & Aba, 2019).

Araştırmamızda, cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, kadın hastaların puan ortalamalarının (21,70±13,67), erkek hastaların puan ortalamalarından (26,86±12,20) düşük olduğu saptandı ($p<0,05$). Literatürde, cinsiyet ile sağlık okuryazarlık arasında ilişki bulunmadığına dair çalışmalar da mevcuttur (Okyay, & Abacıgil, 2016; Demirli, 2018; Topallar, 2019). Elde edilen sonuçlardaki bu farklılığın, ölçüm aracı ya da örneklem grubunun özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi'nin 2014 yılında yaptığı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (TR-SOYA)'na göre; kadın cinsiyeti, yaş artışı ve eğitim düşüklüğü ile sağlık okuryazarlığın azaldığı saptanmıştır (Durusu Tanrıöver ve ark., 2014). Son yıllarda yapılan çalışmalar incelendiğinde; kadınların sağlık okuryazarlıklarının erkeklere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (Usta, 2024). Yalçın (2024)'ın çalışmasında da kadın hastaların SOY toplam puanı (85,98±22,48), erkek hastaların

SOY puanına (92,40±23,32) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Kadın hastalarda sağlık okuryazarlığının erkek hastalara göre düşük olmasının nedeni eğitim düzeyi düşüklüğü, meslek olarak ev hanımı olması, gelir düzeyi gibi sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olan diğer faktörlerden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Kadın cinsiyette yazılı materyali daha az kullanma/sağlık bilgisine daha sınırlı erişim gibi durumların SOY düşüklüğünde etkili olabileceği vurgulanmaktadır (Ilgaz, 2021).

Literatürde medeni durum ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki incelendiğinde farklı sonuçlara ulaşılmaktadır. Pala (2023)'nın çalışmasında, medeni durumu evli olan koroner arter hastalarının sağlık okuryazarlığının bekar olanlara kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ahçıoğlu (2020) tarafından yürütülen çalışmada ise; evli olmayan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri evli bireylere kıyasla anlamlı düzeyde düşük olarak belirlenmiştir. AKS hastaları ile yapılan bir çalışmada, çalışmamıza benzer bulgular elde edilmiş olmakla birlikte bekar hastaların sağlık okuryazarlık toplam puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür (Yalçın, 2024). Araştırmada geniş aile yapısına sahip bireylerin çekirdek aile yapısına sahip bireylere kıyasla sağlık okuryazarlık düzeyleri daha düşük olarak belirlenmiştir. Geniş ailelerde, bireylerin ekonomik gücünün zayıflaması, bu yüzden geçim sıkıntısı yaşanma olasılığının artması, tedavi ve bakım sürecinin diğer aile üyeleri arasında paylaştırılması ve bu nedenle bireylerin hastalık öz yönetimlerinde etkin rol oynamaması kaynaklı olabileceği öngörülebilir.

Araştırmada eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığının arttığı saptanmıştır. Çelikkanat ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında da sağlık okuryazarlığının eğitim seviyesiyle ilişkili olduğu görülmüştür. Duong ve arkadaşlarının (2017) 6 Asya ülkesinde yaptığı araştırmada, tüm ülkelerde sağlık okuryazarlığı ile eğitim düzeyi ilişkisi anlamlı bulunmuştur. Akbolat ve arkadaşları (2016) tarafından yürütülen araştırmada, kişilerin eğitim düzeyi ile fonksiyonel, iletişimsel ve kritik sağlık okuryazarlıkları arasında ters yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bulgumuzdan farklı sonuçlar da literatürde yer almaktadır. Topallar (2019)'ın koroner arter hastaları ile yürüttüğü çalışmada, eğitim düzeyi açısından SOY düzeyinde anlamlı fark izlenmemiştir. Bu durum, hastaların sosyodemografik özellik ve sosyokültürel yapı farklılığından, hastaneye yatmakta olmaları gibi durum farklılıklardan kaynaklı olması ile açıklanmıştır. Araştırmamızda meslek grubu ev hanımı olan hastaların memur olan

hastalara kıyasla sağlık okuryazarlık düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Şengül (2023)'ün çalışmasında da ev hanımı ve bir işte çalışmayan bireylerin sağlık okuryazarlıklarının diğer meslek gruplarına kıyasla daha düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Koca ve Deniz (2024)'in çalışmasında da benzer şekilde farklı grup meslek çalışanlarının sağlık okuryazarlık düzeylerinin değişkenlik gösterdiği görülmüştür. Yapılan diğer çalışmalarda da mesleğin ve bireylerin çalışma durumlarının sağlık okuryazarlığı düzeyiyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Kobayashi ve ark., 2015; Wu ve ark., 2017). Tan (2025)'ın çalışmasında, çalışmamıza benzer şekilde, gelir düzeyi yüksek olan bireylerin, meslek bazında özellikle memurların sağlık okuryazarlıklarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Pala (2023)'nın çalışmasında ise; çalışmamızdan farklı bulgular elde edilmiş olup, ev hanımlarının sağlık okuryazarlıklarının diğer meslek gruplarından daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Bu farklılık hastaların sosyoekonomik düzey, eğitim seviyesi, yaş ortalamaları gibi faktörlerine bağlı olarak farklı bulguların elde edilmesine neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda sigara kullanan hastaların kullanmayanlara göre sağlık okuryazarlık puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan çalışmalarda, sigara kullanmayan hastaların puanlarının çalışmamızın aksine daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Ahçıoğlu, 2020; Pala, 2023). Eker'in (2021) yapmış olduğu çalışmada, sigara kullanan hastaların sağlık okuryazarlık puanları daha yüksek bulunmuş olup, çalışmamızı destekler şekildedir. Özonuk'un (2017) çalışmasında da halen sigara kullanan bireyler ile sigarayı bırakan bireylerin SOY puanlarının, hiç kullanmamış bireylere kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sosyodemografik veriler, sağlık okuryazarlığını etkileyen önemli parametrelerden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bununla birlikte, ek hastalığı olan hastaların olmayanlara göre, birden fazla hastane yatışı olan hastaların hiç hastaneye yatmayan hastalara göre, hastalık hakkında bilgisi olmayanların olanlara kıyasla sağlık okuryazarlılık puanlarının daha düşük olduğu belirlendi. Friss ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında da kronik hastalık sayısı fazla olan hastaların sağlıkla ilgili bilgileri anlama da güçlük çektikleri ve sağlık okuryazarlıklarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Literatürde, komorbidite ve düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında ilişkili olduğunu ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (de Melo Ghisi ve ark., 2018;

Ahçıoğlu, 2020; Pala, 2023). Koroner arter hastalarında komorbidite sık görülen bir durumdur ve bu durumun hastaların sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ve uygulama becerileri üzerinde olumsuz etki yarattığı düşünülmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığı, koroner arter hastalarında sosyal destek yetersizliği, yaşam kalitesi düşüklüğü, sık hastane yatışı ile ilişkilidir (De Melo Ghisi ve ark., 2016). Sağlık okuryazarlığı yüksek kişilerin sağlık hizmetlerinin etkin kullanması, hastalık ve tedavi sürecinin bilincinde olmalarıyla ek hastalığa yakalanma olasılıklarının azalması kaynaklı olabileceği düşünülmektedir (Çiftçi, 2015). Çalışmamızı destekler nitelikte düşük sağlık okuryazarlığı ile hastane kalış süresi ile tekrarlı yatış arasında anlamlı ilişki gösteren çalışmalar literatürde mevcuttur (Rymer ve ark., 2018; Cox ve ark., 2017; Jaffee ve ark., 2017). Rymer ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada, MI hastalarında sağlık okuryazarlığı yüksekliğinin daha yüksek ilaç uyumu ve daha az sıklıkta yatış ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.

KAH olan bireylerin hastalığı hakkında bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde; hastaların %67,4'ü hastalık hakkında bilgilerinin olduğunu belirtmiştir. Hastalığı hakkında bilgi sahibi olan hastaların sağlık okuryazarlığı, alt boyutları puan ortalamalarının, hastalığı hakkında bilgi sahibi olmayan hastaların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı. Özonuk ve Yılmaz (2019) tarafından yapılan çalışmada, araştırmaya katılanların %47,2'si her zaman sağlık profesyonellerinden bilgi aldığı belirtilmiş olup, bu bireylerin SOY puanının (54,2±2,3), zaman zaman sağlık profesyonellerinden bilgi alanlara kıyasla(35,4±6,1) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışmamızda hastaların bilgi kaynakları incelendiğinde; hemşireden, internetten ve dergi/kitap/broşürden bilgi edinen hastaların sağlık okuryazarlığı, alt boyutları puan ortalamalarının, bilgi edinmeyen hastaların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu; aile üyeleri ya da arkadaştan bilgi edinen hastaların sağlık okur yazarlığı puanı ve alt boyutlarından bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanma/uygulama puan ortalamalarının ise bilgi edinmeyen hastaların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlendi. Hastaların hastalıklarıyla ilgili en doğru ve güvenilir bilgiyi sağlık profesyonellerinden alabileceği öngörülmüştür. Bu veriler, bilgi kaynağını doğru seçmek ve güvenilirliğini değerlendirmek açısından oldukça önemlidir. Hastalıklarla başa çıkabilme, semptom yönetimi, hastalıkla ilgili bilgiyi

anlama, değerlendirme, uygulama açısından alınan bilginin güvenilirliği, bilimselliği, çağdaş tıp uygulamalarına uygunluğu bilgiyi alan kişi tarafından değerlendirilmesinin önemli olduğunu göstermektedir. Bilgiyi doktordan alan hastaların sağlık okuryazarlık ve hasta aktiflik puan ortalamaları ile bilgiyi doktordan almayan hastaların puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığı saptandı. Doktorların yoğun iş yükü nedeniyle hastaya ayrılan zaman diliminin kısıtlı olması, bilgilendirme sırasında tıbbi terminolojinin kullanılması, hasta-hekim iletişiminin sınırlı olması gibi nedenlerden dolayı istenilen bilginin verilemediği düşünülmüştür. Ayrıca bilgi alan hastaların sosyokültürel ve sosyodemografik durumlarının da verilen bilgiyi anlamaları ve değerlendirmeleri husunda etkili olduğu öngörülebilir.

Hastaların ilaç uyumları ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı fark olduğu belirlendi. KAH olan bireylerin ilaç uyumunu değerlendirmek için yöneltilen "İlaçlarımı kullanmayı unuturum.", "İlacı bıraktığım dönemler olur." ve "İlacı yan etkilerinden dolayı bıraktığım olur." ifadelerine evet yanıtını veren hastaların sağlık okuryazarlığı, alt boyutları ve hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının, hayır yanıtını veren hastaların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı. Bununla birlikte, "İlaçlarımı zamanında kullanırım." ifadesine evet yanıtını veren hastaların sağlık okuryazarlığı, alt boyutları ve hasta aktiflik düzeyi puan ortalamalarının ise hayır yanıtını veren hastaların puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi. Ayrıca hastaların kullandıkları ilaç sayısı ortalaması 4,85 (±3,187) olmakla birlikte, %48,5'i ilaç kullanımını unuttuğunu bildirdi. Sağlık okuryazarlığının ilaç kullanımına uyum üzerine etkisi vardır. Literatürde de sağlık okuryazarlığı ile ilaç ve tedavi uyumu arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Sohbi ve arkadaşlarının (2022) akut koroner sendromlu bireylerle yürütüğü çalışmada, sağlık okuryazarlığı düşük olanların verilen bilgiyi anlamadıklarından dolayı tedavi ve ilaç kullanımına uyum sağlayamadıkları belirlenmiştir. Hipertansiyonlu hastalarla yapılan bir çalışmada, sağlık okuryazarlığı ile tedavi uyumu arasında pozitif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır (Bakan ve İnci, 2021). Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi hastaların hatalı ilaç kullanım davranışını sergilemesinde azalma, polifarmasi yönetimini sağlayabilme, talimata uygun ilaç kullanımı, ilaç yan etkilerinin bilincinde olma ve hangi semptomların KAH kaynaklı olduğunun farkında olma gibi davranışlar sergilemesinde rol oynamaktadır (Magnani,

2018). Öztaş ve Korkmaz Aslan (2019)'ın çalışmasında ise; yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlık ve ilaç kullanım davranışları incelenmiş olup, sağlık okuryazarlığı seviyesi yetersiz, sınırlı olan bireylerin ilaçlarını almayı unutma ve kendilerini iyi hissettiklerinde ilaç bırakma davranışlarını daha fazla sergiledikleri belirlenmiştir. Çalışmamızda elde edilen bulgular literatüre benzer şekildedir.

Çalışmamızda KAH olan bireylerin Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalaması 65,54±18,21 olarak belirlendi. Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı'nın en düşük puanı sıfır, en yüksek puanı 100 olup, alınan puan arttıkça hasta aktiflik düzeyi de paralel artmaktadır (Hibbard ve ark., 2005). Ölçekten alınan puan ortalaması 55,1-72,0 aralığında olması koroner arter hastalarının hasta aktifliklerinin düzey 3 aşamasında olduğunu göstermektedir. Üçüncü aktiflik düzeyindeki birey, sağlığını yönetme konusunda gerekli bilgi donanımına sahiptir ve sağlık davranışlarını gerçekleştirebilir, fakat davranışlarını sürdürmede güven ve beceri eksiklikleri olabilir. Hastaların %14,8'inin hasta aktiflik düzeyi 1 iken, %13,2'sinin düzey 2, %32,9'unun düzey 3, %39,1'inin ise düzey 4'tür. Buna veriler ışığında; KAH olan bireylerin hastalıklarıyla ilgili bilgi donanımları yeterli, fakat gerekli sağlık davranışını sürdürmede eksikliklerinin olduğu ifade edilebilir. KAH uzun tedavi süreci olan, yaşam tarzı değişikliği gerektiren bir hastalıktır ve bu süreçte yaşanan başarısızlıkların bireylerin güçsüzleşmelerine, gerekli sağlık davranışlarını sürdürememelerine neden olabileceği düşünülmektedir. MI geçiren bireylerle yürütülen bir çalışmada, Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı puan ortalaması 48,79±12,49 ve düzey 1 aşamasında aktif oldukları belirlenmiştir (Arıcı Türk, 2024). Literatürde koroner arter hastalarının hasta aktiflik düzeyini inceleyen çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, daha çok kronik hastalıkları olan bireylerin hasta aktiflik düzeyleri incelenmiştir. Zaimoğlu ve Özer (2023)'in kronik hastalığı olan bireylerle yürüttükleri çalışmada, hasta aktiflik düzeyi ölçüm ortalaması 28,88±15,54 olarak bulunmuş ve düzey 1 aşamasında oldukları hastalıklarıyla ilgili bilgiden yoksun oldukları ve hastalık sürecinde aktif rol almadıkları belirlenmiştir. Pelin (2017)'in kronik hastalığı olan bireylerde yaptığı çalışmada, hasta aktiflik düzeyi puan ortalamaları 57,81±18,87 ve hasta aktifliklerinin 3. düzey olduğu saptanmıştır. Diyabetli bireylerle yapılan bir çalışmada, bireylerin %33'ü en düşük aktivasyon düzey 1'de, yaklaşık %30'u düzey 3'te ve %27,5'i düzey 2'de olduğu saptanmıştır (de Leon ve ark., 2024). Çalışmamızda aktiflik düzeyi puan

ortalamalarının literatüre göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Örneklem grubunun sosyodemografik, kültürel ve sağlık sorunu farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmamıza benzer olarak, Tusa ve arkadaşlarının (2020) kronik hastalıklar üzerinde yaptığı çalışmada, hasta aktiflik puan ortalamasının 69,9±15,7 olduğu belirlenmiştir. Hasta aktifliğini etkileyen faktörlere yönelik literatür incelendiğinde; yaş, beden kitle indeksi, fiziksel aktivite, kronik hastalık sayısı, hastalık süresi ve depresyonun hasta aktiflik düzeylerini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (Zaimoğlu, & Özer, 2023). de Leon ve arkadaşlarının (2024) çalışmasında da eğitim seviyesi, düşük aylık gelir, sağlık algısı ve yaşam memnuniyetiyle hasta aktifliği arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda, ileri yaş, kadın cinsiyet, eğitim düzeyi düşük olanlarda, geniş aile yapısına sahip olanlarda, medeni durumu bekar olanlarda, mesleği ev hanımı olanlarda, geliri giderinden az olan bireylerde hasta aktifliğinin daha düşük olduğu saptandı. Arıcı Türk (2024)'ün çalışmasında, cinsiyetler arası anlamlı farklılık saptanmazken; Akça ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında, çalışmamıza benzer şekilde erkek hastaların aktiflik düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Koroner arter hastaları ile yapılan bir çalışmada, gelir düzeyi daha iyi olan bireylerin hasta aktiflik düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Zhu ve ark., 2022). Eğitim düzeyi ile hasta aktiflik düzeyi arasında anlamlı fark olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Akça ve ark., 2018; Zhu ve ark., 2022; Özkan Tuncay, & Yapar, 2024). Eğitim seviyesi arttıkça bilgiye ulaşma ve bilgi kullanımı arttığından, orantılı olarak hasta aktifliğinin de artış göstereceği düşünülmektedir (Ay ve Çıray, 2023). Hasta aktifliğinde yaş değişkenine yönelik literatürde anlamlı farklılık olmadığını gösteren (Cukor ve ark.., 2021; De Leon ve ark., 2024), yaş değişkeniyle hasta aktifliği arasında negatif (Sheikh ve ark., 2016; Tusa ve ark., 2020; Ay, & Çıray, 2023) ilişki gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Çalışmamızda, geniş aile yapısına sahip hastaların aktifliklerinin çekirdek aile yapısına kıyasla daha düşük olduğu görüldü. Sosyal destek bakım ve tedavi yükünün bakım vericilerle paylaşılmasının hastaların aktifliklerini azalttığı düşünüldü. Sosyal destek olumlu katkılar sağlasa da bazen hastalar üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir (Palant, & Himmel, 2019).

Çalışmamızda hastaneye yatma sayısı yüksek olanlarda, ilaç yan etkisi belirtenlerde, hastalık hakkında bilgisi olmayanlarda, girişimsel tedavi olarak medikal

tedavi uygulananlarda hasta aktifliği daha düşük; sigara kullanan hastaların kullanmayan hastalara göre hasta aktiflikleri ise daha yüksek olarak belirlendi. Sigaranın hastalıkları üzerindeki etkisini ve zararlarını bilmelerine rağmen sigara bırakma davranışlarını sürdüremedikleri düşünüldü. Koroner arter hastaları ile yapılan bir çalışmada, hastaların hastane öncesi ilaç alımına uyumu %84,7 iken, kalp sağlığına uygun yaşam tarzı (sigara/alkol kullanımını bırakma, yağsız diyet, vb.) öz bildirim oranları ise %53,2 olarak belirlenmiştir (Lu ve ark., 2020). Koroner arter hastalarında yaşam tarzı değişikliğini gerçekleştirmek ve sürdürmek ilaç kullanımına kıyasla daha yetersiz düzeyde olduğu öngörülebilir. Çalışmamızda da hastaneye yatışı üç ve üzeri olan hastaların hiç hastaneye yatmayan hastalara kıyasla aktiflik düzeyi puan ortalamaları düşük bulundu. Ay ve Çıray (2023)'ın KOAH hastaları ile yürüttüğü çalışmada, hastalık süresi ve hastanede yatış sayısının aktifliği etkilediği belirlemiştir. Dunlay ve arkadaşları (2017) ise; hasta aktifliği düşük olan kalp yetmezliği hastalarının taburculuk sonrası mortalite riskinin ve 30 gün içinde tekrarlı yatışlarının daha fazla olduğunu ifade etmiştir. Literatürde, uygulanan girişim ve hasta aktifliğini değerlendiren, anlamlı farklılık tespit eden bir çalışma mevcut değildir. Çalışmamızda medikal tedavi uygulanan hastaların hasta aktiflik düzeylerinin, PTCA ve stent uygulanan hastalara kıyasla daha düşük olduğu belirlendi. Koroner arter hastalarında yaş ilerledikçe girişimsel tedavi daha az uygulanmaktadır (Işık ve ark., 2021). Yaş nedeniyle dolaylı olarak girişimsel tedavi uygulanan hasta grubunda aktifliğin düşük olduğu öngörülmektedir.

5.3. Korelasyon Analizi Sonuçları

Çalışmamızda hastaların hasta aktiflik düzeyi puanları ile sağlık okuryazarlığı puanları arasında anlamlı ilişki olduğu ($r=0,816$; $p<0,001$) ayrıca alt boyutları arasında yüksek düzeyde pozitif yönlü ve doğrusal bir ilişki olduğu görüldü. Bu doğrultuda; hastaların sağlık okuryazarlığı arttıkça, aktifliklerinin de paralel olarak artış gösterdiği söylenebilir. Zaimoğlu ve Özer (2023)'in çalışmasında, kronik hastalığı olan bireylerde e-sağlık okuryazarlığı ve hasta aktifliği arasındaki ilişki incelenmiş ve e-sağlık okuryazarlığı ile hasta aktifliği arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (Zaimoğlu, & Özer, 2023). Hatipoğlu (2024)'nun çalışmasında da sağlık okuryazarlık ölçeği ile hasta aktiflik düzeyi arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,271$; $p=0,000$). Yüksek sağlık okuryazarlığı

hastalık semptomlarını doğru yorumlama, bakım sürecini etkin yönetebilme konusunda fayda sağlarken, düşük sağlık okuryazarlığı hastaneye yatış sıklığının artışına, mortalite oranlarının yükselmesine ve sağlık harcamalarının artışına neden olmaktadır (Aronis ve ark., 2017; Rezaei ve ark., 2022). Koroner arter hastalarında gerek komorbidite gerek risk faktörleri gerek mortalite oranlarının yüksekliği nedeniyle bireylerin sağlık bakımındaki sorumlukları artmaktadır. Bu nedenle, bireylerin sağlık ve hastalıklarıyla ilgili yeterli düzeyde bilgiye sahip olmaları, doğru kaynak ve bilgilere kolayca erişebilmeleri, eriştikleri bilgiyi doğru şekilde yorumlayabilmeleri, tedavi ve bakımda primer rol oynamaları önemlidir. Çalışmamızdan elde edilen bulgular ışığında; koroner arter hastalarında sağlık okuryazarlığının, hastaların öz bakım davranışlarını yerine getirmede, tedavi ve ilaç rejimine uyum sağlamalarında bakım ve tedavi sürecinde aktif olmalarını sağlayan temel faktörlerden birisi olduğu söylenebilir.

5.4.Sonuç

Son yıllarda artış gösteren KAH üzerine yürütülen çalışmada, koroner arter hastalarının sağlık okuryazarlık, ilaç uyumu ve hasta aktiflik düzeyleri incelendi. Sağlık okuryazarlığının ve hasta aktifliğinin ileri yaş, kadın cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, geniş aile yapısı, düşük gelir düzeyi, ek kronik hastalık varlığı, hastane yatış sayısı, medikal tedavi uygulanması, hastalık süresinin uzaması, günlük kullanılan ilaç sayısının fazla olması ilaç yan etkisinin bulunması, hastalık hakkında bilgi sahibi olmama durumu ve bilgi sahibi olanlarda alınan bilgi kaynağının aile, arkadaş gibi yakın çevreden olması, ilaç kullanımını unutma, ilacı yan etkileri nedeniyle bırakma gibi durumlarda negatif yönde etkilendiği saptandı. Ayrıca, sigara kullanan bireylerin sağlık okuryazarlık ve hasta aktifliklerinin daha yüksek olduğu belirlendi. Koroner arter hastalarında sağlık okuryazarlığın yetersiz, hasta aktifliğinin ise düzey 3 aşamasında olduğu belirlendi. Hastaların %67,4'ünün hastalıkları hakkında bilgisi vardı ve %42,6'sı sigara kullanımına devam etmekteydi. Koroner arter hastalarının hastalıklarıyla ilgili gerekli bilgiye sahip olmalarına rağmen, bilgiyi yaşam rutinlerine aktarmada ve sürdürmede zorluklar yaşadığı öngörülebilir. Hastaların sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alt boyutları ve hasta aktifliği arasında yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlendi.

5.5. Öneriler

Koroner arter hastalarında sağlık okuryazarlığı yetersiz düzeydedir. Düşük sağlık okuryazarlığı olan bireyler, kronik hastalık yönetimi, tedaviye uyum ve düzenli ilaç kullanımı gibi konularda zorlanmakta, sağlıklarıyla ilgili konularda karar alırken sağlık profesyonelleriyle iletişim kurmada problem yaşamaktadır (Gutierrez ve ark., 2014). Sağlık okuryazarlığı sağlık bilincinin önemli bir belirleyicisidir, bu nedenle sağlık okuryazarlığına yönelik gerekli yatırımların yapılması ve bu doğrultuda sağlık okuryazarlık oranını arttırmak için bireylere uygun eğitim ve bilginin verilmesi sağlık hizmetlerinin temel hedefi olmalıdır (WHO, 2016; Weiss ve ark., 2015; Parnell ve ark., 2019). Bu nedenle, sağlık okuryazarlığını teşvik eden program ve kampanyaların yapılması, buna yönelik sağlık politikalarının uygulanması önem arz etmektedir.

- Sağlık okuryazarlığı ve hasta aktifliği sosyodemografik özelliklerden, hastalık süresi, ilaç sayısı, kronik ek hastalık varlığı gibi durumlardan etkilenmektedir. KAH hastalarında taburculuk öncesi verilecek eğitimlerde bireylerin sosyodemografik özellikleri göz önünde bulundurularak eğitim içeriği hazırlanmalıdır. Eğitim düzeyi düşük, ileri yaş veya okur-yazar olmama gibi durumlarda hastalara yazılı materyallerle eğitim vermek yerine görsel materyal ağırlıklı eğitim içeriği hazırlamak etkili olabilir.
- Günlük kullanılan ilaç sayısı, ilaç yan etkisinin varlığı gibi durumlar sağlık okuryazarlığı ve hasta aktifliğini etkilemektedir. Ayrıca, hastaların hemen hemen yarısı (%48,5) ilaç kullanımını unutmaktadır. Bu nedenle, hastaların tedavisinde akılcı ilaç kullanımına yönelik müdahaleler önemlidir. Düzenli ilaç kullanımının önemli olduğu bu hastalık grubunda ilaç kullanımının unutulması, tekrarlı yatışlara neden olarak hastalık sürecini olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle, hasta ve yakınlarına doğru dozda doğru sürede düzenli ilaç kullanımı hakkında eğitim planlanmalıdır.
- Teknolojinin her geçen gün geliştiği çağımızda özellikle yalnız yaşayan kendi bakımından primer olarak sorumlu olan ileri yaş grubu hastalarında dijital hatırlatıcı girişimler düşünülebilir.
- Hastaların sağlık okuryazarlıkları, ilaç uyumları ve aktiflik düzeylerini belirli aralıklarla takip edecek uzun süreli hasta izlemleri yapılmalıdır. Sigara kullanan hastalarda sağlık okuryazarlığı ve hasta aktifliği kullanmayanlara

kıyasla daha yüksek düzeydedir. Hastaların hastalıkları ve risk faktörleri hakkında bilgiye sahip olmalarına rağmen yaşam tarzı değişikliklerini gerçekleştiremediği öngörülmektedir. Bu nedenle, taburculuk sonrası uzun süreli hasta izlemi yapılmalıdır.

- Motivasyon, inanç, ruhsal durum, geçmiş deneyimler gibi faktörler de hastanın faaliyete geçmesinde etkili olabilir. Bu nedenle hastalara holistik bakış açısıyla yaklaşılması ve gereken durumlarda psikolojik destek alması için teşvik edilmesi önemlidir.
- Geniş aile yapısına sahip hastalarda sağlık okuryazarlığı ve hasta aktifliği çekirdek aile yapısına sahip hastalara kıyasla düşük düzeydedir. Hasta bakımının bakım vericiler tarafından üstlenilmesi yerine hastanın gerekli özbakım davranışlarını gerçekleştirebilmesi için teşvik edilmesi ve hastalık sürecine dahil edilmesi gerekmektedir.
- Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerde bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutlarından hangisinde yetersizlik varsa o alan doğrultusunda müdahalenin yapılması, gerekli girişimlerin uygulanması gerekmektedir. Bu noktada sağlık profesyonellerin hastalara verdikleri eğitim içeriklerinde sağlık okuryazarlığını teşvik edici konulara yer vermesi gerekmektedir.
- Hastaların kazandığı sağlık bilinci sağlıkları konusunda primer olarak rol almalarını ve aktif olmalarına katkı sağlayacaktır. Koroner arter hastalarında sağlık okuryazarlığı, ilaç uyumu ve hasta aktifliğini inceleyen çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Daha yüksek örneklem gruplarında daha detaylı incelemelere gerek vardır.

6. KAYNAKLAR

Ahçıoğlu, A., &Yılmazel, G. (2021). Halk Sağlığı Gözüyle Koroner Arter Hastalığı ve Sağlık Okuryazarlığı, *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi SOYD*, 2(2),81-88.

Ahçıoğlu, A. (2020). *Koroner Arter Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi İle Psikososyal ve Davranışsal Faktörler Arasındaki İlişki*. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Akbolat, M., Kahraman, G., Erigüç, G., & Saglam, H. (2016). Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi?: Sakarya ilinde bir araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*,15(4), 354-362.

Akça, N., Sönmez, S., Öke, P, & Saygılı, M. (2018). Hipertansiyon Hastalarında Hasta Aktifliği ve Tedaviye Uyum Düzeylerinin Değerlendirilmesi, 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 1768- 1778.

Akdemir, N., & Birol, L. (Eds.). (2020). İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı (5th ed.). Akademisyen Kitapevi.

Al Mobeirek, A.F., Albackr, H., Al Shamiri, & M Albacker T.B. (2014). Review of Medical Treatment of Stable İschemic Heart Disease. *International Journal of Clinical Medicine,* 5, 249-259.

Albus, C. (2010). Psychological and Social Factors in Coronary Heart Disease.*Ann Med,* 42(7), 487-94. https://doi.org/10.3109/07853890.2010.515605 .

Alhewiti, A. (2014). Adherence To Long-Term Therapies and Beliefs About Medications. *International Journal Of Family Medicine*, 479596. doi: 10.1155/2014/479596.

Alıcı, M.H. (2017). Kardiyovasküler Hastalıklar ve Sigara.*Türkiye Klinikleri Kardiyoloji - Özel Konular Dergi Kimliği,* 10(4), 228-234.

Alpar, R. (2020), *Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik*. Ankara: Detay Yayıncılık

Ambrose, J.A., Singh, M. (2015). Pathophysiology of Coronary Artery Disease Leading to Acute Coronary Syndromes. *F1000Prime Reports*, 7.

American Diabetes Association. (2021). Standards of Medical Care in Diabetes-2021 Abridged for Primary Care Providers, *Clinical Diabetes*, 39(1), 14-43. https://doi.org/10.2337/cd21-as01

Amsterdam, E. A., Wenger, N. K., Brindis, R. G., Casey, D. E., Jr, Ganiats, T. G., Holmes, D. R., Jr, Jaffe, A. S., Jneid, H., Kelly, R. F., Kontos, M. C., Levine, G. N., Liebson, P. R., Mukherjee, D., Peterson, E. D., Sabatine, M. S., Smalling, R. W., & Zieman, S. J. (2014). 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients with Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, *64*(24), e139–e228.

Arıcı Türk, H. (2024). *Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastaların Konfor ve Hasta Aktiflik Düzeyleri İle Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].

Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Jr, Virani, S. S., Williams, K. A., Sr, Yeboah, J., & Ziaeian, B. (2019). 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, *140*(11),596–646. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000678

Aronis K, N., Edgar, B,, Lin, W,, Martins, M.A.P., Paasche-Orlow, M.K, & Magnani, J,W. (2017). Health Literacy and Atrial Fibrillation: Relevance and Future Directions for Patient-Centred Care. *European Cardiology*,12(1), 52-57. doi: 10.15420/ecr.2017:2:2

Aslantekin, F. (2011). *Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlık Durumları ve Etkileyen Faktörler: Tip II Diyabetli Hasta Örneği* (Tez No:302914).[Doktora Tezi , Ankara Üniversitesi] YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/

Atasoy, İ., & Kılıçaslan, B. (2014). Atipik Prizmetal Angina Pektoris Olgusu, *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 24(3), 197-201.

AuYoung, M., Ponce, N. A., Duru, O. K., Bustamante, A. V., Mangione, C. M., & Rodriguez, H. P. (2016). Patient Activation is Inconsistently Associated with Positive Health Behaviors Among Obese Safety Net Patients. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(6), 1489-1497.

Avcı, A., Gün, M., & Erdoğan, S. (2020). Kardiyovasküler Hastalık Tanısıyla Yatarak Tedavi Gören Hastaların İlaç Tedavisine Uyumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(26), 132-139.

Ay, A., & Çıray, N. (2023). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastaların Aktiflik Düzeyi ve Yaşam Kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 16(1), 39-50.

Aydın, D.,& Aba, Y. A. (2019). "Annelerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ile Emzirme Öz-Yeterlilik Algıları Arasındaki İlişki''. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(1), 31-39.

Badır, A. & Demir, K.F. (2017). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, 5. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitapevi, s.389-560.

Bakan, G., & İnci, F. H. (2021). Hipertansiyonlu Hastalarda Tedavi Uyumu ve Sağlık Okuryazarlığı. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 12(28), 81-87.

Baker, D.W., Gazmararian, J.A., Williams, M.V., Scott, T., Parker, R.M., …..&Green, D. (2004). Health Literacy and Use of Outpatient Physician Services By Medicare Managed Care Enrollees. *Journal Of General Internal Medicine*,19(3), 215-20.

Baker, J.L, Olsen, L.W., Sørensen, T.I. (2007). Childhood Bodymass Index and The Risk of Coronary Heart Disease In Adulthood, The New England Journal of Medicine, 357, 23-29.

Barua, R. S., Rigotti, N. A., Benowitz, N. L., Cummings, K. M., Jazayeri, M. A., Morris, P. B., Ratchford, E. V., Sarna, L., Stecker, E. C., & Wiggins, B. S. (2018). 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *Journal of the American College of Cardiology*, *72*(25), 3332–3365.

Bauersachs, R., Zeymer, U., Brière, J. B., Marre, C., Bowrin, K., Huelsebeck, M. (2019). Burden of Coronary Artery Disease And Peripheral Artery Disease: A Literature Review. *Cardiovascular Therapeutics*,1-9.

Beauchamp, A., Talevski, J., Niebauer, J., Gutenberg, J., Kefalianos, E., Mayr, B., Sareban, M., &Kulnik, S.T.(2022). Health Literacy İnterventions for Secondary Prevention of Coronary Artery Disease: A Scoping Review, *Open Heart*, 9(1), e001895. doi: 10.1136/openhrt-2021-001895.

Bektaş, B., & Türker, P. (2017). Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalarda Beslenme Durumu ile Kardiyovasküler Risk Etmenleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.*Beslenme ve Diyet Dergisi*, 45(2), 128-36.

Berens, E. M., Vogt, D., Messer, M., Hurrelmann, K., & Schaeffer, D. (2016). Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. *BMC*

public health, *16*(1), 1151. https://doi.org/10.1186/s12889-016-3810-6
Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J, Viera, A., Crotty, K.……& Viswanathan, M. (2011). Health Literacy İnterventions and Outcomes: An Updated Systematic Review. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep),* (199), 1-941.
Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, *155*(2), 97–107.
Bertoluci, M.C., & Rocha, V.Z. (2017).Cardiovascular Risk Assessment in Patients With Diabetes. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 19;9:70. doi: 10.1186/s13098-017-0270-9.
Bittner, V. (2018). Cardiac Rehabilitation for Women. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1065, 565–577. https://doi.org/10.1007/978-3-319- 77932-4_34
Bröder, J., Chang, P., Kickbusch, I., Levin-Zamir, D., Mcelhinney, E., Nutbeam, D.,… &Rootman, I. (2018). IUHPE Position Statement on Health Literacy: A Practical Vision for A Health Literate World. *İnternational Union for Health Promotion and Education*,25(4):79-88.
Bruce, C., Achan, V., & Rathore, S. (2021). Yoga-Based Cardiac Rehabilitation: Current Perspectives from Randomized Controlled Trials in Coronary Artery Disease. *Vascular health and risk management*, 17, 779–789.
Brunner, L.S. (2010).Brunner Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, 13 th ed.Philadelphia, Wolters kluwer ,pp. 2063-2072.
Bulut, S., Kafadar, D.,Yakupağlu, E., &Okuyan, E. (2020). Koroner Arter Hastalığı Tanılı Hastalarda Tedaviye Uyumun Polifarmasi ve Multimorbidite ile İlişkisinin Değerlendirilmesi*, Ankara Tıp Dergisi,* 4, 777-789.
Butcher, L.,& Castelluci, D.(2011). Nursing Management Coronary Artery Disease and Acute Coronary Syndrome. In: Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L, Camera IM, editors. Medical Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems. 8. ed. St. Louis Missouri: Elsevier Mosby,pp. 760-96.
Büber, İ., & Sevgican, C.İ. (2022). Koroner Arter Hastalığı Olanlarda Tıbbi Tedavi ve Yaşam Biçimine Uyumun Değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 15(2),239-250.
Cagle, S.D Jr&Cooperstein, N.(2018). Coronary Artery Disease: Diagnosis and Management. *Prim Care*,45(1),45-61. doi: 10.1016/j.pop.2017.10.001. PMID: 29406944.
Camici, G.G., &Liberale, L.(2017). Aging: the next cardiovascular disease? , *European Heart Journal*,38(21),1621–1623.
Chowdhury, R., Warnakula, S., Kunutsor, S., Crowe, F., Ward, H. A., Johnson, L., Franco, O. H., Butterworth, A. S., Forouhi, N. G., Thompson, S. G., Khaw, K. T., Mozaffarian, D., Danesh, J., & Di Angelantonio, E. (2014). Association of dietary, circulating, and supplement fatty acids with coronary risk: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*, *160*(6), 398–406.
Chuang, S.Y., Bai, C. H., Chen, J. R., & Yeh, W. T. (2021). Association Between Smoking and Risk of Coronary Artery Disease: A Mendelian Randomization Study,*BMC Medical Genetics*, 22(1), 1–9. https://doi.org/10.3389/fgene.2023.1158293.
Conard, S.(2019). Best Practices in Digital Health Literacy.*International Journal of Cardiology*,292,277-279.
Cox, S. R., Liebl, M. G., McComb, M. N., Chau, J. Q., Wilson, A. A., Achi, M., Garey, K. W., & Wallace, D. (2017). Association between health literacy and 30-day healthcare use after hospital discharge in the heart failure population. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP*, *13*(4), 754-758.

Cukor, D., Zelnick, L. R., Charytan, D. M., Shallcross, A. J. & Mehrotra, R. (2021). 'Patient Activation Measure in Dialysis Dependent Patients in the United States'. *Journal of the American Society of Nephrology*, 32(12), 3017-3019.

Çakır, C., & Yıldız, H. (2023). Hemşirelikte Bakım Modeli Geliştirme Basamakları,*Sağlık Bilimleri Dergisi,* 32 (2) , 306-315.

Çakır, S. (2016). *Hastalarda İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi,* . [Yayınlanmamış uzmanlık tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü] Erişim adresi: https://nek.istanbul.edu.tr/ekos/TEZ/60033.pdf

Çakmak, S.(2024). Hipertansiyon Hastalarında İlaç Uyum İnsidansı ve Girişimleri: Tezlerin Sistematik Derlemesi. *Sağ Akademisyenleri Dergisi*,11(3),422-432.

Çatı, K., Karagöz, Y. Yalman, F., & Öcel, Y.. (2018).Sağlık Okuryazarlığının Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi,*14(1),67-88

Çayır, A., &Turan, İ.M.(2015). Diabetes Mellitusla İlişkili Kardiyak Bozukluklar. *Ankara Tıp Dergisi*,15(4),231-234. DOI: 10.17098/amj.97668

Çelikkanat, Ş., Akbaş, M. & Gökyıldız Sürücü, Ş. (2020). "Yetişkin Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Belirlenmesi", *International Social Sciences Studies Journal.* (e-ISSN:2587-1587) 6(54), 19-27.

Çıkım, A.S., Özbey, N., & Orhan, Y.(2004). Relationship Between Cardiovascular Risk İndicators and Types of Obesity in Overweight and Obese Women, *Journal of International Medical Research* ,32,268-273.

Çiftçi, İ.K.(2015). *Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ve Sağlık Bakım Hizmetinin Belirlenmesi*. [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].

Çolak, A. &Akdeniz, B.(2022). "Stres ve Kalp Hastalıkları," içinde(s.1-5) *Stres Altında Kalp Yapısı* , İstanbul: Türkiye Klinikleri Yayınevi.

Çürük, G. N., Bayındır, S. K., & Oğuzhan, A. (2018). Kardiyovasküler Hastalığı Olan Hasta ve Hasta Yakınlarında Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 27(1), 40-47.

Dalkılınç, M.(2016). Fiziksel İnaktivitenin Etkileri.*Türkiye Klinikleri Fizyoterapi ve Rehabilitasyon-Özel Konular*,2(1),12-7.

Das, U.N.(2015). Nutritional Factors in The Prevention and Management of Coronary Artery Disease and Heart Failure.*Nutrition*,31(2),283-91.

de Leon, E. B., Campos, H. L. M., Santos, N. B., Brito, F. A., & Almeida, F. A. (2024). Patient activation levels and socioeconomic factors among the Amazonas population with diabetes: a cross-sectional study. *BMC health services research*, *24*(1), 169. https://doi.org/10.1186/s12913-023-10529-0

De Melo Ghisi, G.L, da Silva Chaves G.S, Britto R.R., & Oh P. (2018). Health Literacy and Coronary Artery Disease: A Systematic Review. *Patient Education and Counseling*, 101(2), 177-184.

Deen, D., Lu, W., Rothstein, D., Santana, L. & Gold, M.(2011) Asking questions: The effect of a brief intervention in community health centers on patient activation. *Patient Education and Counseling*, 84, 257–260.

Değer, M.S., & Zoroğlu, G. (2021). Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranlarda Sağlık Okuryazarlığı ile Kanser Bilgi Yükü İlişkisi. *Anadolu Kliniği*, 26(1), 108-117.

Demirli, P. (2018*). Bireysel Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Araştırma: Edirne İli Örneği.* [Yüksek lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü].

Demirbaş, N., &Kutlu, R. (2020). Çoklu İlaç Kullanan Yetişkin Bireylerin Tedaviye Uyumu ve Öz-Etkililik Düzeyleri,Ankara Tıp Dergisi, 20(2), 269-280.

Deter, H. C., Meister, R., Leineweber, C., Kecklund, G., &Lohse, L., (2022). Behavioral Factors Predict All-Cause Mortality in Female Coronary Patients and Healthy Controls Over 26 Years – A Prospective Secondary Analysis of The Stockholm Female Coronary Risk Study.*Plos One*,7;17(12).

Dikeç, G.,&Kutlu, Y. (2015). Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak İçin Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı. *Journal of Psychiatric Nursing*,6(1),40- 46.

Dinu, M., Abbate, R., Gensini, G. F., Casini, A., & Sofi, F. (2017). Vegetarian, vegan diets and multiple health outcomes: A systematic review with meta-analysis of observational studies. *Critical reviews in food science and nutrition*, *57*(17), 3640–3649.

Doğan, M. D. & Kartal, F. T. (2019). Kardiyovasküler Sistem Hastalıklarının Risk Faktörleri Üzerine Beslenme Durumunun Etkisi. *Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi*, 3(1), 11-19.

Dost, A., & Özsoy Durmaz, M. (2022). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 652-666.

Dunlay, S. M., Griffin, J. M., Redfield, M. M., & Roger, V. L. (2017). Patient Activation in Acute Decompensated Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*,32(6), 560-567.

Duong, T. V., Aringazina, A., Baisunova, G., Pham, T. V., Pham, K. M., Truong, T. Q., & Huang, H. L. (2017). Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *Journal of Epidemiology*, 27(2), 80-86.

Dural, G.,&Çıtlık Sarıtaş, S.(2017). Miyokard infarktüsünde ev tabanlı eğitim ve yaşam kalitesi. *Journal of Cardiovascular Nursing*,8(17),86–94.

Durna, Z., Oğuz, G.,Aştı, N(Ed.).(2018). Kronik Hastalıklar ve Yönetimi. Kronik Hastalıklarda Bakımın Yönetiminde Bütüncül Yaklaşımla Ekip Çalışması.içinde (s.1-10).Ankara: Türkiye Klinikleri.

Durusu Tanrıöver, M., Yıldırım, H.H., Demiray-Ready, F.N., Çakır, B., & Akalın, H.E. (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.

Dülek, H., Vural, Z.T., &Gönenç, I.(2018). Kardiyovasküler Hastalıklarda Risk Faktörleri,*The Journal of Turkish Family Physician*, 9,53-58.

Dülek, H., Vural, Z. T., & Gönenç, I. (2019). Kardiyovasküler Hastalıklara Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi ve Kardiyovasküler Risk Skorlamalarının Karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi*, 46(3),449-459.

Eker, Y. (2021). *Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Tedaviye Uyum İle İlişkisi.* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü] Erişim adresi: http://acikerisim.kirklareli.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/20.500.11857/1496/689864.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ekici, B., & Kudat, H. (Ed.). (2021). Kronik Koroner Sendromda Girişimsel Tedavi.Kronik Koroner Sendromlar(1. Baskı) içinde (s:52-55). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Ekinci, F., Tuncel, B., Coşkun, D.M., Akman, M., & Uzuner, A. (2017). Günlük İlaç Hatırlatıcı Kısa Mesaj (SMS) Göndermenin Hipertansif Hastalarda Kan Basıncı Kontrolü ve İlaç Uyumu Üzerine Etkisi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 9(2), 136-141.

Enç, N.,& Kasapoğlu, E.S. (2017). Koroner Arter Hastalıklar Rehberi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Rehberi,*8 (15),1-7.

Erdoğan, M., & Kırılmaz, H. (2020). Hasta Merkezlilik ve Hasta Merkezli Bakım. *İnsan ve İnsan,* 7 (24) , 97-126. DOI: 10.29224/insanveinsan.668806

Erskine, N. A., Gandek, B., Waring, M. E., Kinney, R. L., Lessard, D. M., Devereaux, R. S., ... & Goldberg, R. J. (2018). Survivors of an Acute Coronary Syndrome With Lower Patient Activation Are More Likely to Experience Declines in Health-Related Quality of Life. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 33(2), 168-178.

Estruch, R.,Ros, E., Salas-Salvado, J., Covas, M.I., Pharm, D., Corella, D., Aros, F., Gomez-Gracia, E.,,,,&Martinez Gonzalez, M.A.(2013).Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *The New England Journal of Medicine*,368(14),1279-1290.

Francula-Zaninovic, S., & Nola, I. A. (2018). Management of Measurable Variable Cardiovascular Disease Risk Factors,*Current Cardiology Reviews*, 14(3),153-163.

Friis, K., Lasgaard, M., Osborne, R. H., & Maindal, H. T. (2016). Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29,473 Danish citizens. *BMJ Open*, *6*(1), e009627. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009627

Friis, K., Lasgaard, M., Pedersen, M. H., Duncan, P., & Maindal, H. T. (2019). Health literacy, multimorbidity, and patient-perceived treatment burden in individuals with cardiovascular disease. A Danish population-based study. *Patient education and counseling*, *102*(10), 1932–1938. https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.05.013

Gandhi, S., Chen, S., Hong, L., Sun, K., Gong, E., Li, C., Yan, L. L., & Schwalm, J. D. (2017). Effect of Mobile Health Interventions on the Secondary Prevention of Cardiovascular Disease: Systematic Review and Meta-analysis. *The Canadian Journal of Cardiology*, 33(2), 219–231. https://doi.org/10.1016/j.cjca.2016.08.017

Gao, D., Ning, N., Guo, Y., Ning, W., Niu, X., & Yang, J. (2011). Computed Tomography for Detecting Coronary Artery Plaques: A Meta-Analysis. *Atherosclerosis*, 219(2), 603-609.

Gimbel, R., Shi, L., Williams, J.E., Dye, C. J., Chen, L., Crawford, P., Shry, E. A., Griffin, S. F., … Truong, K. (2017). Enhancing Mhealth Technology in The Patient-Centered Medical Home Environment to Activate Patients with Type 2 Diabetes: A Multisite Feasibility Study Protocol. *JMIR Research Protocols*, 6(3), 6993.

González-Chica, D. A., Mnisi, Z., Avery, J., Duszynski, K., Doust, J., Tideman, P.,… Stocks, N. (2016). Effect of Health Literacy on Quality of Life amongst Patients with Ischaemic Heart Disease in Australian General Practice, *PLoS One*, 11(3), e0151079.

Goodarzi, M. O., & Rotter, J. I. (2020). Genetics Insights in the Relationship Between Type 2 Diabetes and Coronary Heart Disease. *Circulation Research*, 126(11), 1526-1548.

Gür, G., & Sunal, N. (2019). Koroner Arter Hastalarında Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(2), 210-219.

Gürbüz, S., & Şahin, F. (2018). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Greene, J., & Hibbard, J. H. (2012). Why Does Patient Activation Matter? An Examination of The Relationships Between Patient Activation and Health-Related Outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 27, 520-526.

Grobe, J.L., Xu, D., & Sigmund, C. D. (2008). An İntracellular Renin-Angiotensin System in Neurons: Fact, Hypothesis or Fantasy.*Journal Physiology*, 23,187-193.

Gutierrez, N., Kindratt, T. B., Pagels, P., Foster, B., Gimpel, N. E. (2014). Health Literacy, Health İnformation Seeking Behaviors and İnternet Use among Patients Attending a

Private and Public Clinic in The Same Geographic Area. *Journal of Community Health*, 39(1), 83-89.

Gülhan Güner, S., & Nural, N. (Ed.). (2020). Koroner Arter Hastalığı: Etiyoloji Ve Patogenez, Kalp Damar Hastalıkları Hemşireliği (1. Baskı) içinde (s:1-6). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Günel, M. (2020). *Kronik Hastalığa Sahip Genç ve Yaşlı Hastaların İlaç Uyumu ve Akılcı İlaç Kullanım Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi.* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü].

Halasz, G., Parati, G., & Piepoli, M. F. (2021). Editor Comment: Focus on Arterial Hypertension and Coronary Artery Disease, *European Journal of Preventive Cardiology*, 28(13), 1411–1414.

Hamm, C. W., Bassand, J. P., Bueno, H., & Huber, K. (2011). ESC Guidelines for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation. *European Society of Cardiology*, 39(3), 73-128.

Hançerlioğlu, S., & Şenuzun Aykar, F. (2018). Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 7(1), 175-183.

Haney, M. Ö., & Kudubeş, A. A. (2017). Determination of Medication Use Habits of Adults Living in Rural Area, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(4), 213- 220.

Hatipoğlu, Z. (2023). *Sağlık Okuryazarlığının Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalığı ve Hasta Aktiflik Düzeyi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi*. [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].

Helvacı, A., Tipi, F. F., & Belen, E. (2014). Obeziteye Bağlı Kardiyovasküler Hastalıklar. *Okmeydanı Tıp Dergisi,* 30(1), 5-14.

Hibbard, J. H., & Greene, J. (2013). What The Evidence Shows about Patient Activation: Better Health Outcomes and Care Experiences: Fewer Data on Costs, *Health Affairs*, 32(4), 207-214.

Hibbard, J. H., Greene, J., & Overton, V. (2013). Patients with lower activation associated with higher costs; delivery systems should know their patients' 'scores'. *Health Affairs (Project Hope), 32*(2), 216–222. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1064

Hibbard, J. H., Greene, J., Shi, Y., Mittler, J., & Scanlon, D. (2015). Taking the long view: how well do patient activation scores predict outcomes four years later?. *Medical Care Research and Review: MCRR*, *72*(3), 324–337.

Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stock, R., & Tusler, M. (2004). Development of the Patient Activation Measure (Pam): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers. *Health Services Research*, 39(4), 1005-1026.

Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stock, R., & Tusler, M. (2005). Development and Testing of a Short Form of The Patient Activation Measure. *Health Services Research*, 40(6), 1918-1930.

Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stock, R., & Tusler, M. (2007). Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors?. *Health services research*, *42*(4), 1443–1463. https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00669.x

Hibbard, J.H., &Mahoney, E. (2010). Toward a Theory of Patient and Consumer Activation, Patient Education and Counseling,78(3),377-381.

Hickey, K. T., Masterson Creber, R. M., Reading, M., Sciacca, R. R., Riga, T. C., Frulla, A. P., & Casida, J. M. (2018). Low health literacy: Implications for managing cardiac patients in practice. *The Nurse Practitioner*, 43(8), 49–55.

HLS-EU Consortıum. (2012). Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. https://www.healthliteracyeurope.net/hls-eu. Erişim.:30.01.2024

Hromadkova, L., Soukup, T., Cermakova, E., & Vlcek, J. (2012). Drug Compliance in Patients with Systemic Scleroderma. *Clinical Rheumatology*, 31(11), 1577-1583.

Huang, Y., Cai, X., Mai, W., Li, M., & Hu, Y. (2016). Association Between Prediabetes and Risk of Cardiovascular Disease and All Cause Mortality: Systematic Review and Meta-Analysis. *BMJ*, 355: i5953 doi: 10.1136/bmj.i5953.

Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H.,… Widimský, P., & ESC Scientific Document Group (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal*, *39*(2), 119–177.

Ilgaz, A. (2021). Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Seviyesi ve İlişkili Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(2), 151-159.

Ilgaz, A., & Gözüm, S. (2016). Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Güvenilir Kullanımı İçin Sağlık Okuryazarlığının Önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(2), 67-77.

International Council of Nurses (ICN). (2010). Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care. International Nurses Day, Genava: ICN.

Işık, F., İnci, Ü., Akyüz, A., & Çil, H. (2021). ST Segment Yükselmesiz Akut Koroner Sendromlu Yaşlı Hastalarda Girişimsel Tedavi ile Konservatif Tedavinin Altı Aylık Dönemde Mortalite Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi*, 48(3), 529-536.

İkitimur, B. (2017). Yaşlılarda Koroner Arter Hastalığına Yaklaşım, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi,* 45(5), 32-34.

Jaffee, E. G., Arora, V. M., Matthiesen, M. I., Meltzer, D. O., & Press, V. G. (2017). Health Literacy and Hospital Length of Stay: An Inpatient Cohort Study. *Journal of hospital medicine*, 12(12), 969–973.

James, S., Atar, D., Badano, L., Lundqvist, C., Borger, M., Di Mario, C.,… & Zahger, D. (2013). ST-Segment Yükselmeli Akut Miyokart Enfarktüsü ile Başvuran Hastaların Tedavisine İlişkin ESC Kılavuzu,*Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi,* 3,1-51.

Jia, R. F., Li, L., Li, H., Cao, X. J., Ruan, Y., Meng, S., ... & Jin, Z. N. (2020). Metaanalysis of C-Reactive Protein and Risk of Angina Pectoris. *The American Journal of Cardiology*, 125(7), 1039-1045.

Jousilahti, P., Tuomilehto, J., Vartiainene, E., Pekkanen, J., & Puska, P.(1996). Body Weight, Cardiovascular Risk Factors and Coronary Mortality. *Circulation*,93,1372–1379.

Kahraman, F., Ersoy, İ., Yılmaz, A.S., Oskay, T., Güler, S., Adalı, M. K., Öğütveren, M. M. & Türker, Y. (2023). Stabil Koroner Arter Hastalarında Statin Tedavi Uyumu ve Tedavi Bırakma Nedenlerinin Değerlendirilmesi. *MN Kardiyoloji*, 30(1), 14-19 .

Kalaycı, Ş. (2010). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri.* Ankara: Asil Yayın Dağıtım.

Kalkan Uğurlu, Y., Öz Alkan, H., Enç, N.(Ed.). (2019). *Kalp Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı: Kardiyovasküler Hemşirelik*(s:60), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Kalyoncuoğlu, M., Öztürk, S., Durmuş, G. , Keskin, B., & Can, M. M. (2017). Güncel Tedavi Kılavuzları Işığında Kronik İskemik Kalp Hastalığı Tedavisine Yaklaşım. *Haseki Tıp*

Bülteni, 55, 85-100.
Kanan, N., Akyolcu, N. (Ed.)., Aksoy, G. (Ed.). (2019*). Kalp ve Damar Sisteminin Cerrahi Hastalıkları ve Bakımı. Cerrahi Hemşireliği II.* (2. baskı) içinde (s.65- 104). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
Kanejima, Y., Shimogai, T., Kitamura, M., Ishihara, K., & Izawa, K. P. (2022). Impact of health literacy in patients with cardiovascular diseases: A systematic review and meta-analysis. *Patient education and counseling*, *105*(7), 1793–1800.
Kapıkıran, G., Çıtlık Sarıtaş, S. (Ed.)., Bülbüloğlu, S. (Ed.). (2021). *Kalp Hastalıkları ve Bakım. Kardiyovasküler ve Solunum Sistemi Hastalıkları, Cerrahisi ve Bakımı* içinde (s.37-49). Ankara: Akademisyen Kitapevi.
Kara, A. M., & Kara, T. (2019). Tip 2 Diyabet Tanılı Hastalarda Uygulanan Tedavi Yöntemi İle Hastalardaki Tedaviye Uyum, Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Arasındaki İlişki. *Haseki Tıp Bülteni,* 57, 377-385.
Karaaslan, M. B. & Demir, M. (2017). Yaşlı Kardiyovasküler Hastalarla İlgili Önemli Çalışmalar ve Sonuçları. *Türk Kardiyoloji Derneği* Arsivi, 45, 138-142.
Karataş, T., & Polat, Ü. (2021). Effect Of Nurse-Led Program on The Exercise Behavior of Coronary Artery Patients: Pender's Health Promotion Model. *Patient Education and Counseling*, 104(5), 1183–1192. https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.10.003
Karlıkaya, C., Öztuna, F., Solak, Z.A., Özkan, M., & Örsel, O.(2006). Tütün Kontrolü. *Toraks Dergisi*,7(1),51-64.
Kasapoğlu, E. S., & Enç, N. (2017). Koroner Arter Hastaları için Bir Rehber, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(15), 1-7.
Kaya, E., & Sivrikaya, S. K. (2019). Sağlık Okuryazarlığı ve Hemşirelik. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(3), 216-221..
Kaya, N. (2019). *Dahiliye Polikliniklere Başvuran Kronik Hastalığı Olan Hastalarda Öz Bakım Yönetimi ve İlaç Uyumu*. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi-Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimler, Enstitüsü] Erişim adresi: https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/596641.
Keller, P. F., Carballo, D., & Roffi, M. (2010). Diabetes and Acute Coronary Syndrome. *Minerva Medica*, 101, 81-104.
Keskin, Ö., & Balcı, B. (2011). Diabetes Mellitus ve Kardiyovasküler Komplikasyonlar. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 1(2), 81-85.
Kıraç, R., & Öztürk, Y.E. (2020). Halkın Sağlık Okuryazarlık Düzeyi İle Sağlık Kaygısı Arasındaki İlişki. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi,* 23(2), 214-243.
Knuuti, J., Wijns, W., Saraste, A., Capodanno, D., Barbato, E., Funck-Brentano, C., … Bax, J.J.ESC Scientific Document Group (2020). 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *European Heart Journal*, 41(3), 407–477. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425
Kobayashi, L. C., Wardle, J., & Wagner, C. (2014). Limited Health Literacy is a Barrier to Colorectal Cancer Screening in England: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Preventive medicine*, 61(100), 100–105.
Koca, M., & Deniz, S. (2024). Hastane Çalışanlarının Sağlık Okuryazarlılık Düzeyleri. *TOGÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1),1-14.
Koplay, M., & Erol, C. (2013). Koroner Arter Hastalığı. *Türk Kardiyoloji Derneği,* (1),57-69. Doi:10.5152/trs.2013.007
Kopecky, S. L., Bauer, B. A., Li, D., Kopecky, K. K. (2019). Oxidative stress and coronary artery disease. *The American Journal of Medicine*, 132(9), 1007–1011.
Koplay, M., &Erol, C.(2013). Koroner Arter Hastalığı. *Türk Radyoloji Seminerleri*,1,57-69.

Koşar, C.(2015*). Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı'nın (Patient Activation Measure) Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması.*(Tez no:408516) [Yüksek lisans tezi, D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü].

.

Koşar, C., & Besen, D.B. (2015). Kronik Hastalıklarda Hasta Aktifliği: Kavram Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi,*8(1),45-51.

Koşar, C., & Besen, D.B. (2019). Adaptation of a patient activation measure (PAM) into Turkish: reliability and validity test. *Afr Health Sci*, 19(1), 1811-1820

Kökcü, Ö., & Kutlu, Ö. (2020). Kardiyovasküler sistem hastalıklarında spiritüel bakım. *Ege Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 36(1), 53-59.

Köseoğlu, N. & Enç, N. (2016). Kronik kalp yetersizliği olan bireylerde ilaç uyumuna engel olan faktörlerin incelenmesi. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(14),162-168.

Kumsar, A.K., & Yılmaz, F.T. (2017). Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörlerinden korunmada hemşirenin rolü. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(4), 18-27.

Lacroix, S., Cantin, J., & Nigam, A. (2017). Contemporary issues regarding nutrition in cardiovascular rehabilitation. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 60, 36-42.

Langhammer, B., Bergland, A., & Rydwik, E. (2018). The Importance of Physical Activity Exercise among Older People. *BioMed Research International*, 2018, 7856823.

Lawton, J. S., Tamis-Holland, J. E., Bangalore, S., Bates, E. R., Beckie, T. M., Bischoff, J. M.,… Zwischenberger, B. A. (2022). 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, *145*(3), 4-17.

Lernfelt, B., Landahl, S., & Svanborg, A. (1990). Coronary heart disease at 70, 75 and 79 years of age: a longitudinal study with special reference to sex differences and mortality. *Age and ageing*, *19*(5), 297–303.

Levit, R. D., Reynolds, H. R., & Hochman, J. S. (2011). Cardiovascular disease in young women: a population at risk. *Cardiology in review*, *19*(2), 60–65.

Li, Y., Hruby, A., Bernstein, A. M., Ley, S. H., Wang, D. D., Chiuve, S. E., Sampson, L., Rexrode, K. M., Rimm, E. B., Willett, W. C., & Hu, F. B. (2015). Saturated Fats Compared With Unsaturated Fats and Sources of Carbohydrates in Relation to Risk of Coronary Heart Disease: A Prospective Cohort Study. *Journal of the American College of Cardiology*, *66*(14), 1538–1548. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.07.055

Libby, P. (2002). Inflammation in atherosclerosis. *Nature*, 420, 868–874.

Liu, C., Dhindsa, D., Almuwaqqat, Z., Sun, Y. V., & Quyyumi, A. A. (2022). Very High High-Density Lipoprotein Cholesterol Levels and Cardiovascular Mortality. *The American journal of cardiology*, *167*, 43–53.

Lindahl, B., Norberg, M., Johansson, H., Lindvall, K., Ng, N., Nordin, M.,…Schulz, P. J. (2020). Health literacy is independently and inversely associated with carotid artery plaques and cardiovascular risk. *European Journal of Preventive Cardiology*, *27*(2), 209-215. https://doi.org/10.1177/2047487319882821

Lloyd-Jones, D., Adams, R. J., Brown, T. M., Carnethon, M., Dai, S., De Simone, G.,…Wylie-Roset, J. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee (2010). Executive summary: heart disease and stroke statistics--2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 121(7), 948–954.

Lu, M., Xia, H., Ma, J., Lin, Y., Zhang, X., Shen, Y., & Hravnak, M. (2020). Relationship between adherence to secondary prevention and health literacy, self-efficacy and

disease knowledge among patients with coronary artery disease in China. *European journal of cardiovascular nursing*, 19(3), 230–237.

Magnani, J. W., Mujahid, M. S., Aronow, H. D., Cené, C. W., Dickson, V. V., Havranek, E.,…Willey, J. Z., & American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Peripheral Vascular Disease; Council on Quality of Care and Outcomes Research; and Stroke Council (2018). Health Literacy and Cardiovascular Disease: Fundamental Relevance to Primary and Secondary Prevention: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 138(2),48–74.

Malakar, A. K., Choudhury, D., Halder, B., Paul, P., Uddin, A., & Chakraborty, S. (2019). A review on coronary artery disease, its risk factors, and therapeutics. *Journal of cellular physiology*, *234*(10), 16812–16823.

Mallika, V., Goswami, B., & Rajappa, M. (2007). Atherosclerosis pathophysiology and the role of novel risk factors: a clinicobiochemical perspective. *Angiology*, *58*(5), 513–522.

Marques, S.R.L., &Lemos, S.M.A.(2017). Health literacy assessment instruments: literature review. *Audiology Communication Research*,22,1757

Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS medicine*, *3*(11), 442.

Mehta, R. H., Rathore, S. S., Radford, M. J., Wang, Y., Wang, Y., & Krumholz, H. M. (2001). Acute myocardial infarction in the elderly: differences by age. *Journal of the American College of Cardiology*, *38*(3), 736–741.

Mendelsohn, M. E. (2002). Protective effects of estrogen on the cardiovascular system. *The American journal of cardiology*, *89*(12), 12–18.

Mills, K.T., Stefanescu, A., & He, J. (2020). The global epidemiology of hypertension. *Nature Reviews Nephrology*, 16(4), 223- 237.

Minzer, S., Losno, R. A., & Casas, R. (2020). The Effect of Alcohol on Cardiovascular Risk Factors: Is There New Information?. *Nutrients*, *12*(4), 912.

Mostofsky, E., Chahal, H. S., Mukamal, K. J., Rimm, E. B., & Mittleman, M. A. (2016). Alcohol and Immediate Risk of Cardiovascular Events: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis. *Circulation*, 133(10), 979–987.

Montalescot, G., Sechtem, U., Achenbach, S., Andreotti, F., Arden, C., Budaj, A., , … Zamorano, J. L. (2014). 2013 ESC Kararlı Koroner Arter Hastalığı Yönetimi Kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arsivi*,42(4)*:* 73-134.

Moran, A. E., Forouzanfar, M. H., Roth, G. A., Mensah, G. A., Ezzati, M., Flaxman, A., Murray, C. J., & Naghavi, M. (2014). The global burden of ischemic heart disease in 1990 and 2010: the Global Burden of Disease 2010 study. *Circulation*, *129*(14), 1493–1501.

Morris, N. S., Field, T. S., Wagner, J. L., Cutrona, S. L., Roblin, D. W., Gaglio, B., Williams, A. E., Han, P. J., Costanza, M. E., & Mazor, K. M. (2013). The association between health literacy and cancer-related attitudes, behaviors, and knowledge. *Journal of health communication*, *18*(1), 223–241.

Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., …Turner, M.B. Stroke Statistics Subcommittee. (2016). Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, *133*(4), 38–360.

Muhanga, M.I., & Malungo, J.R.S.(2017). The what, why and how of health literacy: a

systematic review of literature. *International Journal of Health*,5(2),107-114.
Murray, M.I.K.,Thalmann, I.N., Mossialos, E.A., &Zeiher, A.M.(2018). Comorbidities of Coronary Heart Disease and the Impact on Healthcare Usage and Productivity Loss in a Nationally-Based Study. *Epidemiology* (Sunnyvale),8(347),2161-2165.
National Institutes of Health NIH, Lung and Blood Institute.(2012).Morbidity & Mortality: 2012 Chart Book on Cardiovascular, Lung, and Blood Diseases. Bethesda, MD: National Heart, Lung and Blood Institute; 2012. https://www.astrazeneca.com/content/dam/az/media-centre-docs/article_files/articles-2015/Documents/2012_ChartBook_508.pdf
Neiman, A. B., Ruppar, T., Ho, M., Garber, L., Weidle, P. J., Hong, Y., George, M. G., & Thorpe, P. G. (2017). CDC Grand Rounds: Improving medication adherence for chronic disease management - innovations and opportunities. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 66(45), 1248–1251.
Neuenschwander, M., Ballon, A., Weber, K. S., Norat, T., Aune, D., Schwingshackl, L., & Schlesinger, S. (2019). Role of diet in type 2 diabetes incidence: umbrella review of meta-analyses of prospective observational studies. *BMJ (Clinical research ed.)*, *366*, l2368.
Nicolau, J. C., Feitosa Filho, G. S., Petriz, J. L., Furtado, R. H. M., Précoma, D. B.,Rochitte, C. E., … Mathias Júnior, W. (2021). Brazilian Society of Cardiology Guidelines on Unstable Angina and Acute Myocardial Infarction without ST-Segment Elevation - 2021. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, *117*(1), 181–264.
Nieuwlaat, R., Wilczynski, N., Navarro, T., Hobson, N., Jeffery, R., Keepanasseril, A., Agoritsas, T., Mistry, N., Iorio, A., Jack, S., Sivaramalingam, B., Iserman, E., Mustafa, R. A., Jedraszewski, D., Cotoi, C., & Haynes, R. B. (2014). Interventions for enhancing medication adherence. *The Cochrane database of systematic reviews*, *2014*(11), CD000011.
Nurmeksela, A., Pihlainen, V., Kettunen, T., Laukkanen, J., & Peltokoski, J. (2021). Nurse-led counseling for coronary artery disease patients: A 1-year follow-up study. *Nursing & health sciences*, 23(3), 678–687.
Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health Promotion International*,15,259-267.
Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual review of public health*, 42, 159–173. ,
O'Gara, P. T., Kushner, F. G., Ascheim, D. D., Casey, D. E., Jr, Chung, M. K., de Lemos, J. A., …Yancy, C.W. American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (2013). 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, *127*(4), 362–425.
Okyay, P., & Abacıgil, F.(2016).T.C. Sağlık Bakanlığı.Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması.(1. Baskı).Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki Daire Başkanlığı. https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/530 Erişim tarihi:06.01.2025.
Onat, A.(Ed.)., Can, G., Yüksel, H., Ademoğlu, E., Erginel Ünaltuna, N., & Kaya, A.(2017). *TEKHARF 2017:Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük*(4.Baskı). İstanbul:Logos Yayıncılık.
Onat, A.,Karakoyun, S.,… &Can, G.(2015). TEKHARF 2014 taraması ve coğrafi bölgelere

göre ölüm oranı ile koroner hastalık insidansı. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*,43(4),326–32.

Özdamar, K. (2002). *Paket Programları ile İstatistiksel Veri Analizi-2*. Eskişehir: Kaan Kitabevi.

Özkan, P. Ö., Büyükünal, S. K., Yiğit, Z., İnci, Y., Şakar, F. Ş., & Özçelik, E. D. (2019). Kardiyovasküler hastalık tanısı almış hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 12(1), 22-31.

Özkan Tuncay, F., Yapar, S.N. (2024). Patient Ac.tivation and Adaptation in Individuals with Chronic Illnesses. *Journal of Health Sciences Institute,* 9(3), 287-294.

Özonuk, E. (2017*). Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Tip 2 Diabetes Mellitus Tanılı Hastalarda Tedaviye Uyum ile Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*(Tez no: 491918) [Yüksek lisans tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü].

Özonuk, E., & Yılmaz, M. (2019). Tip 2 Diabetes Mellitus Tanılı Hastaların Sağlık Okuryazarlığı ve Tedavi Uyumu Arasındaki İlişki. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi,* 16(2), 96-103.

Öztaş, Ö., & Korkmaz Aslan, G. (2019). Yaşlı Bireylerin İlaç Uyumsuzluğu İle İlişkili İlaç Kullanım Davranışları ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile İlişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(3), 132-140.

Öztürk, S., & Öztürk, S.(2012). Kardiyovasküler Risk Faktörü Olarak Dislipidemilere Yaklaşım. *Abant Tıp Dergisi*,1(2),89-93.

Pala, B. (2023). *Koroner Arter Hastalarında Sağlık Algısı ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki*. [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].

Palant, A., & Himmel, W. (2019). Are there also negative effects of social support? A qualitative study of patients with inflammatory bowel disease. *BMJ Open* 9(1), e022642.

Parnell, T. A., Stichler, J. F., Barton, A. J., Loan, L. A., Boyle, D. K., & Allen, P. E. (2019). A concept analysis of health literacy. *Nursing forum*, *54*(3), 315–327.

Peltzer, S., Hellstern, M., Genske, A., Jünger, S., Woopen, C., & Albus, C. (2020). Health literacy in persons at risk of and patients with coronary heart disease: A systematic review. *Social science & medicine (1982)*, *245*, 112711.

Pelin, M. (2017). Kronik Hastalık Yönetiminde Hasta Rolü, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].

Peng, S., Zhao, M., Wan, J., Fang, Q., Fang, D., & Li, K. (2014). The efficacy of trimetazidine on stable angina pectoris: a meta-analysis of randomized clinical trials. *International journal of cardiology*, *177*(3), 780–785.

Perk, J., De Backer, G., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Z., Verschuren, M., …Zannad, F. ESC Committee for Practice Guidelines (CPG) (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *European heart journal*, *33*(13), 1635–1701.

Petriček, G., Buljan, J., Prljević, G., Owens, P., & Vrcić-Keglević, M. (2015). Facing the diagnosis of myocardial infarction: a qualitative study. *The European journal of general practice*, *21*(1), 19–25.

Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., …Binno,

S. ESC Scientific Document Group (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts)Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European heart journal, 37*(29), 2315–2381.

Posadas-Collado, G., Membrive-Jiménez, M. J., Romero-Béjar, J. L., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., Suleiman-Martos, N., & Cañadas-De La Fuente, G. A. (2022). Continuity of Nursing Care in Patients with Coronary Artery Disease: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 19(5), 3000.

Reiner, Z., Catapano, A. L., De Backer, G., Graham, I., Taskinen, M. R., Wiklund, O.,…Wood, D., & ESC Committee for Practice Guidelines (CPG) 2008-2010 and 2010-2012 Committees. (2011). ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *European heart journal, 32*(14), 1769–1818.

Rezaei, S., Vaezi, F., Afzal, G., Naderi, N., & Mehralian, G. (2022). Medication Adherence and Health Literacy in Patients with Heart Failure: A Cross-Sectional Survey in Iran. *Health literacy research and practice*, *6*(3),191–199.

Rix, A., &Marrin, K.(2015). Prudent health care and patient activation: an appraisal prepared for the planned care programme. Welsh Government, Cardiff. https://www.gov.wales/sites/default/files/publications/2019-04/prudent-health-care-and-patient-activation.pdf (Erişim Tarihi:20.08.2024)

Roohafza, H., Sadeghi, M., Zadegan-Sarraf, N., Baghaei, A., Kelishadi, R.,Msc, M.M.…Talaei, M.(2007).Relation between stres and other life style factors. *Stress & Health*,23,23-29.

Roohafza, H., Talaei, M., Sadeghi, M., Mackie, M., & Sarafzadegan, N. (2010). Association between acute and chronic life events on acute coronary syndrome: a case-control study. *The Journal of cardiovascular nursing*, *25*(5), E1–E7.

Roy, A., Rawal, I., Jabbour, S., & Prabhakaran, D. (2017). Tobacco and Cardiovascular Disease: A Summary of Evidence. In D. Prabhakaran (Eds.) et. al., *Cardiovascular, Respiratory, and Related Disorders*. (3rd ed.). The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.

Rymer, J. A., Kaltenbach, L. A., Anstrom, K. J., Fonarow, G. C., Erskine, N., Peterson, E. D., & Wang, T. Y. (2018). Hospital evaluation of health literacy and associated outcomes in patients after acute myocardial infarction. *American heart journal*, *198*, 97-107.

Sacks, R. M., Greene, J., Hibbard, J., Overton, V., & Parrotta, C. D. (2017). Does patient activation predict the course of type 2 diabetes? A longitudinal study. *Patient education and counseling*, 100(7), 1268-1275.

Sacks, R. M., Greene, J., Hibbard, J. H., & Overton, V. (2014). How well do patient activation scores predict depression outcomes one year later?. *Journal of affective disorders*, *169*, 1–6.

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. (2020).Türkiyenin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ölçüldü. https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html (Erişim tarihi:10.07.2024).

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.(2019).Birinci Basamak Sağlık

Hizmetlerinde Koroner Arter Hastalığı İçin İzlem Kılavuzu. Ankara https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Rehberler/Koroner_Arter_Kilavuzu.pdf (Erişim:06.05.2024).

Salata, B. M., & Singh, P. (2017). Role of Cardiac PET in Clinical Practice. *Current treatment options in cardiovascular medicine*, *19*(12), 93.

Santana, S., Brach, C., Harris, L., Ochiai, E., Blakey, C., Bevington, F., Kleinman, D., & Pronk, N. (2021). Updating Health Literacy for Healthy People 2030: Defining Its Importance for a New Decade in Public Health. *Journal of public health management and practice : JPHMP*, 27(6),258–264.

Sase, K., Kida, K., &Furukawa, Y.(2020). Cardio-Oncology rehabilitation- challenges and opportunities to improve cardiovascular outcomes in cancer patients and survivors. *Journal of Cardiology*,76(6),559-567.

Sazak, Y., Kanadlı, K.A., & Olgun, N. (2020). Kardiyak Rehabilitasyon Ekip Çalışmasında Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi,* 24(3): 217-226.

Shao, C., Wang, J., Tian, J., & Tang, Y. D. (2020). Coronary Artery Disease: From Mechanism to Clinical Practice. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1177, 1–36.

Sheikh, S., Hendry, P., Kalynych, C., Owensby, B., Johnson, J., Kraemer, D. F. & Carden, D. (2016). Assessing Patient Activation and Health Literacy in the ED. *The American journal of emergency medicine*, 34(1), 93–96.

Smith, S. C., Jr, Allen, J., Blair, S. N., Bonow, R. O., Brass, L. M., Fonarow, G. C.,…Taubert, K. A. (2006). AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute. *Journal of the American College of Cardiology*, *47*(10), 2130–2139.

Smith, S. G., O'Conor, R., Curtis, L. M., Waite, K., Deary, I. J., Paasche-Orlow, M., & Wolf, M. S. (2015). Low health literacy predicts decline in physical function among older adults: findings from the LitCog cohort study. *Journal of epidemiology and community health*, *69*(5), 474–480.

Snaterse, M., Jorstad, H. T., Minneboo, M., Lachman, S., Boekholdt, S. M., Ter Riet, G., …Peters, R. J. (2019). Smoking cessation after nurse-coordinated referral to a comprehensive lifestyle programme in patients with coronary artery disease: a substudy of the RESPONSE-2 trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(2), 113–121.

Sobhi, E., Moghaddam, H.R., & Soola, A.H. (2022). Challenges and facilitators of health literacy in patients with acute coronary syndrome: a qualitative study. *Ann Ig* 34(4): 326-343 .

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12*, 80.

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., …Brand, H., & HLS-EU Consortium .(2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*, *25*(6), 1053–1058.

Spannella, F., Di Pentima, C., Giulietti, F., Buscarini, S., Ristori, L., Giordano, P., & Sarzani,

R. (2020). Prevalence of Subclinical Carotid Atherosclerosis and Role of Cardiovascular Risk Factors in Older Adults: Atherosclerosis and Aging are Not Synonyms. *High blood pressure & cardiovascular prevention : the official journal of the Italian Society of Hypertension*, *27*(3), 231–238.

Stoll, D.P., Csaszar, N., Szoke, H., &Bagdi, P.(2014). The importance of psychological assesment and support in patients suffering from cardiovascular disease or undergoing cardiac treatment. *Journal of Cardiovasculer Diseases Diagnosis* ,2(4),1- 5.

Strelitz, J., Ahern, A. L., Long, G. H., Boothby, C. E., Wareham, N. J., & Griffin, S. J. (2019). Changes in behaviors after diagnosis of type 2 diabetes and 10-year incidence of cardiovascular disease and mortality. *Cardiovascular Diabetology*, *18*(1), 98.

Şahan, D., & Gezer, N. (2021). Koroner Arter Hastalığında Çevrimiçi Sağlık Uygulamaları. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1), 106-113.

Şengül, A. (2023). *Anestezi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Cerrahi Anksiyete Üzerine Etkisi: Özel Hastane Örneği.* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].

Şengül, Ş., Akpolat, T., Erdem, Y., Derici, U., Arici, M., Sindel, S., …Ertürk, S. (2016). Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. *Journal of Hypertension,* 34(6), 1208-1217.

Tahtalıoğlu, S., Çakmak, A., Keskin, G., & Yazgan, B.(2024). Akut Miyokard İnfarktüsü Tedavi Sürecinde Rutin Biyokimya Parametreleri, Çöpçü Reseptörler ve Apoptotik Proteinler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi*,13(1),370-381.

Tan, İ. (2025). *Kalp Yetmezliği Hastalarında Akılcı İlaç Kullanımı Sağlık Okuryazarlığı ve Öz Bakım Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (*Tez no 919089). [Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].

Tanrıöver, M.D., Yıldırım, H.H., Ready, F.N.D., Çakır, B., &Akalın, H.E.(2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Birinci Baskı, Ankara:Sağlık-Sen Yayınları.

Task Force Members, Montalescot, G., Sechtem, U., Achenbach, S., Andreotti, F., Arden, C., Budaj, A., … Zamorano, J. L. (2013). 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. *European heart journal*, *34*(38), 2949–3003.

Taş, T. A.,& Akış, N. (2016). ‘’Sağlık Okuryazarlığı’’. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 119-124.

T.C. Sağlık Bakanlığı.(2022).Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022. Erişim tarihi: 03.03.2024. https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.(2015). Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020 Kılavuzu. Ankara:Anıl Matbaa Ltş. Şti. (T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 988. 2005:2.)

Temporelli, P. L., Arca, M., D’Erasmo, L., & De Caterina, R. (2021). Lipid-lowering therapy in patients with coronary heart disease and prior stroke: Mission impossible?. *Journal of Clinical Medicine*, 10(4), 886.

Thakkar, J., Kurup, R., Laba, T. L., Santo, K., Thiagalingam, A., Rodgers, A., Woodward, M., Redfern, J., & Chow, C. K. (2016). Mobile Telephone Text Messaging for Medication Adherence in Chronic Disease: A Meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 176(3), 340–349.

Thomas, H., Diamond, J., Vieco, A., Chaudhuri, S., Shinnar, E., Cromer, S.,…Moran, A. E. (2018). Global Atlas of Cardiovascular Disease 2000-2016: The Path to Prevention and Control. *Global heart*, *13*(3), 143–163.

Thygesen, K., Alpert, J.S., Jaffe, A.S., Chaitman, B.R., Bax, J.J., Morrow, D.A., & White, H.D. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction. *Circulation*. 2018(138),618–651.

Topallar, B. (2019). *Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin İncelenmesi. (Tez no:571758)* [Yüksek lisans tezi, Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü].

Tok Yıldız, F., &Kaşıkçı, M.(2018). Koroner Arter Hastalığı Tanısı İle İzlenen Bireyin Orem' in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na Göre Bakımı (Olgu Sunumu). *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*,7(3),114-120.

Trägårdh, E., Tan, S. S., Bucerius, J., Gimelli, A., Gaemperli, O., Lindner, O.,…Verberne, H. J. (2017). Systematic review of cost-effectiveness of myocardial perfusion scintigraphy in patients with ischaemic heart disease: A report from the cardiovascular committee of the European Association of Nuclear Medicine. Endorsed by the European Association of Cardiovascular Imaging. *European heart journal. Cardiovascular Imaging*, *18*(8), 825–832.

Tusa, N., Kautiainen, H., Elfving, P., Sinikallio, S., & Mäntyselkä, P. (2020). Relationship between patient activation measurement and self-rated health in patients with chronic diseases. *BMC family practice*, *21*(1), 225.

Tuso, P., Stoll, S. R., & Li, W. W. (2015). A plant-based diet, atherogenesis, and coronary artery disease prevention. *The Permanente journal*, *19*(1), 62–67.

Tülüce, D., & Kartal, M. (2021). Koroner Arter Hastalığının Yönetimi:Cinsiyet Farklılığı. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 12(29), 183-189.

Türkiye İstatistik Kurumu.(2022).Türkiye Sağlık Araştırması 2022 Raporu. https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Saglik-ve-Sosyal-Koruma-101 (Erişim Tarihi:05.05.2024).

Türkiye İstatistik Kurumu Sağlık İstatistikleri Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2022. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022- adresinden 31.01.24 tarihinde erişilmiştir.

TEMD Diyabet Bilimsel Çalışma Grubu .(2024).Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği.Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı,Tedavi ve İzlem Kılavuzu (s:196-204) .

TEMD Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu.(2022). Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği.Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu(s:91-103)

TKD. Türk Kardiyoloji Derneği.(2018). Kalpten Destek, Kalp krizi ve perkütan koroner girişim sonrası hasta bilgilendirme kitapçığı. https://www.tkd.org.tr/kardiyobil/html/file/KalptenDestek_Kitap.pdf. (Erişim tarihi: 27.01.2023).

Türk Kardiyoloji Derneği.Aydoğdu, S.,Güler, K.,Bayram, F.,Altun, B.,Derici, Ü.,Abacı, A.,…,Tokgözoğlu, L.(2019). Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu 2019. Türk Kardiyoloji Derneği Arsivi ;47(6):535-546. doi: 10.5543/tkda.2019.62565

Ural, D., Kılıçkap, M., Göksülük, H., Karaslan, D., Kayıkçıoğlu, M., Özer, N.,…Tokgözoğlu, L. (2018). Türkiye'de obezite sıklığı ve bel çevresi verileri: Kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme, meta-analiz ve meta-regresyonu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi,* 46(7): 577 - 590.

Usta, H. (2024). *KOAH'lı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin İlaç Tedavisine Uyum Ve Yaşam Doyumu Üzerine Etkisi*(Tez no:887119) [Yüksek lisans tezi, Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].

Ünal, B.,Ergör, G.(Ed.).(2013). Kalp ve Damar hastalıkları.Türkiye Kronik Hastalıklar ve

Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması.içinde(s.191-203). Ankara:Anıl Matbaa Ltd. Şti. (Sağlık Bakanlığı Yayın no:909).
Üner, S., Balcılar, M., & Ergüder, T.(2018). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). Ankara:Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi,2.
Visseren, F. L. J., Mach, F., Smulders, Y. M., Carballo, D., Koskinas, K. C., Bäck, M., …Williams, B.ESC Scientific Document Group (2021). 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European heart journal*, *42*(34), 3227–3337. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484
Volpe, M., & Gallo, G. (2023). Hypertension, coronary artery disease and myocardial ischemic syndromes. *Vascular pharmacology*, *153*, 107230.
Vozikis, A., Drivas, K., & Milioris, K. (2014). Health literacy among university students in Greece: determinants and association with self-perceived health, health behaviours and health risks. *Archives of public health ,72*(1), 15.
Vural Doğru, B., & Karadakovan, A. (2016). Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Hastalarda Psikososyal Uyum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 7(13), 88-104.
Wang, L., Liu, W., He, X., Chen, Y., Lu, J., Liu, K., Cao, K., & Yin, P. (2016). Association of overweight and obesity with patient mortality after acute myocardial infarction: a meta-analysis of prospective studies. *International journal of obesity*, 2005, *40*(2), 220–228.
Wang, Y., Yu, Q., Fan, D., & Cao, F. (2012). Coronary heart disease in type 2 diabetes: mechanisms and comprehensive prevention strategies. *Expert review of cardiovascular therapy*, *10*(8), 1051–1060.
Wang, Y.-J., Yeh, T.-L., Shih, M.-C., Tu, Y.-K., & Chien, K.-L. (2020). Dietary Sodium Intake and Risk of Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis. *Nutrients*, *12*(10), 2934.
Wang, Z., Song, Y., Ou, L., Liao, D., He, L., Ning, Q., Chen, Y., & Chen, H. (2024). Factors affecting patient activation among patients with systemic lupus erythematosus. *Scientific reports*, *14*(1), 1632.
Wei, L., Champman, S., Li, X., Li, X., Li, S., Chen, R., … Horne, R. (2017). Beliefs about medicines and non-adherence in patients with stroke, diabetes mellitus and rheumatoid arthritis: a cross-sectional study in China. *BMJ open*, 7(10), e017293.
Weiss, M. E., Bobay, K. L., Bahr, S. J., Costa, L., Hughes, R. G., & Holland, D. E. (2015). A Model for Hospital Discharge Preparation: From Case Management to Care Transition. *The Journal of nursing administration*, *45*(12), 606–614.
Westra, B.L., Weinfurter, E.F., Delaney, C.W. (2014). Integrative nursing and health literacy(pp.446-455). Well Integrative Library: Oxford Universtiy Press.
Willerson, J. T., Armstrong, P. W. C.(2015). Coronary artery disease(1th ed.) in (pp.365-407) London, Springer.
Winzer, E. B., Woitek, F., & Linke, A. (2018). Physical Activity in the Prevention and Treatment of Coronary Artery Disease. *Journal of the American Heart Association*, *7*(4), e007725.
World Health Organization. (2011).Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva:World Health Organization, 2011. http://apps.who.int/iris/bitstream/ 10665/44701/ 1/9789241564373_ eng.pdf?ua=1 Erişim tarihi: 20.02.2020
World Health Organisation. (2016). Promoting health in the SDGs. In Shangai. https://www. who.int/publications/i/item/WHO-NMHPND-17.5. Erişim tarihi: 11.10.2024

World Health Organisation.(2019). Status Report on Alcohol Consumption, Harm and Policy Responses in 30 European Countries.Available online: http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/ alcohol-use/publications/2019/status-report-on-alcohol-consumption,-harm-and-policy-responses-in-30- european-countries-2019 Erişim tarihi:12.07.2024.

World Health Organization (2022). WHO European Regional Obesity Report 2022, Geneva.

WHO 2023. https://www.who.int/data/stories/world-health-statistics-2023-a-visual-summary/

World Health Organization. (2021 September). Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020. Geneva, Switzerland 2013.

Wong, N., Chua, S. J. T., Gao, F., Sim, S. T. R., Matchar, D., Wong, S. L. A.,…Chin, C. T. (2016). The effect of a nurse-led telephonebased care coordination program on the follow-up and control of cardiovascular risk factors in patients with coronary artery d.isease. International journal for quality in health care : *Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 28(6), 758–76 3. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw103

Yağar, F.. & Öker Karakaya, P.(2017). Kişisel Özelliklerin Hasta Aktifliği Düzeyi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. *Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış Dergisi,*2,80-93.

Yalçın, B. (2024). *Akut Koroner Sendromlu Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Diyet ve İlaç Uyumuna Etkisi. (Tez no:888127)* [Yüksek lisans tezi, Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].

Yap, A. F., Thirumoorthy, T., & Kwan, Y. H. (2016). Systematic review of the barriers affecting medication adherence in older adults. *Geriatrics & gerontology international*, *16*(10), 1093–1101.

Yavuzgil, O.(2016). Kararlı koroner arter hastalığı: Epidemiyoloji ve güncel tedavi kılavuzlarının yaklaşımı. *Türk Kardiyoloji Derneği Arsivi*,44(3),1-7

Yıldız, H.,Çelik, S(Ed.).,Olgun, N(Ed.).(2021). Kardiyovasküler sistem hastalıkları ve hemşirelik bakımı.Tüm Yönleriyle İç Hastalıkları Hemşireliği.(1. Baskı.)içinde (s:102-108). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.

Yılmaz, K..Köksal, Ö.,Oral Yılmaztepe, A.,Durak, V.A., &Çetin, M.(2023). Anstabil Anjina Pektoris Tanılı Hastalarda Serum Copeptin Düzeylerinin ve HEART Skoru Değerinin Kısa Dönem Prognozda Etkinliğinin Araştırılması. *Anatolian Journal of Emergency Medicine*,6(2) 81-88.

Zaimoğlu, B.N., Özer, Z. (2023). Kronik Hastalığı Olan Bireylerde e-Sağlık Okuryazarlık ve Hasta Aktivasyon Düzeylerinin İncelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*,18(1),12-21.

Zehirlioğlu, L., & Mert, H. (2020). Validity and reliability of the Heart Disease Fact Questionnaire (HDFQ): a Rasch measurement model approach. *Primary care diabetes*, *14*(2), 154–160.

Zehirlioğlu, L., Mert, H., Sezgin, D., & Özpelit, E. (2020). Cardiovascular Risk, Risk Knowledge, and Related Factors in Patients With Type 2 Diabetes. *Clinical nursing research*, *29*(5), 322–330.

Zhang, P., Hu, Y. D., Xing, F. M., Li, C. Z., Lan, W. F., & Zhang, X. L. (2017). Effects of a nurse-led transitional care program on clinical outcomes, health-related knowledge, physical and mental health status among Chinese patients with coronary artery disease: A randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 74, 34–43.

Zhu, Y., Song, Y., Wang, Y., Ji, H., Wang, D., Cai, S., & Wang, A. (2022). Relationships among social support, self-efficacy, and patient activation in community-dwelling

older adults living with coronary heart disease: A cross-sectional study. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, *48*, 139–144.

7. SİMGELER VE KISALTMALAR

ACEİ	: Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü
AKS	: Akut Koroner Sendrom
ARB	: Anjiyotensin reseptör blokeri
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
CK-MB	: Kreatinin kinaz – MB
DM	: Diabetus Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü (WHO)
EKG	: Elektrokardiyografi
EKO	: Ekokardiyografi
HT	: Hipertansiyon
HDL	: Yüksek yoğunluklu lipoprotein
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KABG	: Koroner Arter Baypas Greftleme
KKB	: Kalsiyum kanal blokeri
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
LDL	: Düşük yoğunluklu lipoprotein
MI	: Miyokard İnfarktüsü
MR	: Manyetik Rezonans
MPS	: Miyokard Perfüzyon Sintigrafisi
NIH	: National Institutes of Health
Patent T2	: Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
PTCA	: Perkütan Koroner Anjiyoplasti
SAP	: Stabil Anjina Pektoris
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
TEKHARF	: Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
TKD	: Türk Kardiyoloji Derneği
TR-SOYA	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
USAP	: Anstabil Anjina Pektoris

8. EKLER

EK-1

Lütfen bu dokümanı dikkatlice okumak için zaman ayırınız

Sizi Doç Dr. Seda Pehlivan ve Hemşire Arzu Ceyhan tarafından yürütülen ***"Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin sağlık Okuryazarlıklarının Hasta İlaç Uyumu ve Aktiflik Düzeyine Etkisi"*** başlıklı ankete dayalı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Bu anket 66 sorudan oluşmakta ve yaklaşık 20-25 dakika süre almaktadır.

Araştırma Sorumlusu
(Doç. Dr. Seda Pehlivan)

Kişisel Bilgi Formu

1) Yaşınız: .....

2) Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek

3) Medeni durumunuz: 1) Evli 2) Bekâr

4) Eğitim düzeyiniz: 1) Okur-Yazar 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5) Üniversite 6) Lisansüstü

5) Aile Tipiniz: 1) Çekirdek aile 2) Geniş Aile

6) Mesleğiniz: 1) Ev hanımı 2) Memur 3) İşçi 4) Çiftçi 5) Emekli 6) Serbest Meslek 7) Diğer……..

7) Size göre gelir durumunuz:

1) Gelirim giderimden az 2) Gelirim giderime denk 3) Gelirim giderimden fazla

8) Tanı aldığınız kronik hastalığınız var mı?

1. Diyabet 2. Hipertansiyon 3. Böbrek yetmezliği 4. Kalp yetmezliği 5. İnme 6. Malignite 7.KOAH 8.Astım 9. Diğer: ……..

9) Ne kadar süredir koroner arter hastasısınız? .....yıl …….ay

10) Koroner arter hastalığı sebebiyle daha önce hastanede yattınız mı?

1) Evet ise kaç kez……. 2) Hayır

11) Hastalığınız nedeniyle uygulanan girişimsel tedaviler nelerdir?

1) PTCA 2) PTCA + STENT 3) Medikal Tedavi

12) Sigara kullanma durumunuz: 1) Evet 2) Hayır

13) Hastalığınız için günde kaç ilaç kullanıyorsunuz?.....

14) Kullandığınız ilaçların yan etkileri oluyor mu?.....

15) Hastalığınız hakkında bilginiz var mı?

1) Evet 2) Hayır

16) Evet ise hastalıkla ilgili bilgi kaynaklarınız kimlerdir/nelerdir?

1)Doktor 2)Hemşire 3) Aile üyeleri/arkadaş 4)İnternet 5)Dergi/Kitap/broşür 6)Televizyon/Radyo

17)Aşağıda ilaç kullanımına yönelik ifadeler belirtilmiştir. Size uygun olanı seçerek evet/hayır şeklinde yanıtlayınız.

1.İlaçlarımı kullanmayı unuturum	1)Evet	2)Hayır
2.İlaçlarımı zamanında kullanırım	1)Evet	2)Hayır
3.İlacı bıraktığım dönemler olur	1)Evet	2)Hayır
4.İlacı yan etkilerinden dolayı bıraktığım olur.	1)Evet	2)Hayır

EK-2

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)
Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler yer almaktadır. Lütfen her ifadede belirtilen konu için "çok zor/zor/kolay/çok kolay/fikrim yok" seçeneklerinden sizin için uygun olanı işaretleyiniz.

	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Bilmiyorum
S1. Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
S2. Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
S3. Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
S4. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
S5. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
S6. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
S7. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
S8. Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
S9. Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
S10. Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
S11. İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
S12. Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
S13. Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
S14. Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar,					

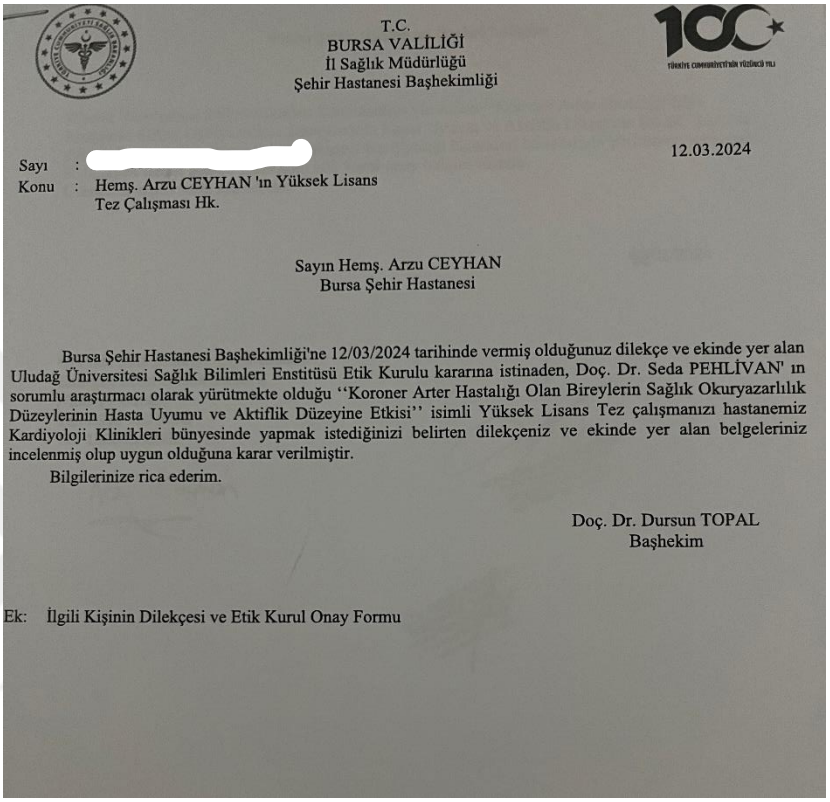
poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
S15. Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
S16. Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
S17. Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
S18. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
S19. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
S20. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
S21. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
S22. Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
S23. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
S24. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
S25. Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
S26. Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
S27. Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
S28. Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
S29. Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
S30. Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
S31. Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
S32. Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

EK-3

Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği

	Şiddetle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Şiddetle katılıyorum	Uygun değil/ilgisiz
1. Her şey söylendiğinde ve yapıldığında, sağlık durumumu idare etmekle sorumlu olan kişi benim					
2. Kendi sağlık bakımımda aktif rol almam sağlığımı ve işlevselliğimi belirleyen en önemli faktördür					
3. Sağlık durumumla ilişkili bazı belirtileri veya problemleri azaltacak veya önleyecek eylemleri yapabileceğim konusunda kendimden eminim					
4. Reçete edilen ilaçlarımın her birinin ne işe yaradığını bilirim					
5. Sağlık problemimle ne zaman baş edebilirim ve ne zaman tıbbi bakım almaya ihtiyacım olduğunu ayırt edebileceğim konusunda kendimden eminim					
6. Sağlık hizmetimi verenlerin sormadığı zaman bile benimle ilgilendiğini kendimden emin olarak söyleyebilirim					
7. Evde yapmam gereken ilaç tedavilerini uygulayabileceğim konusunda kendimden eminim					
8. Sağlık durumumun nedenlerini ve tabiatını anlarım					
9. Sağlık durumum için mevcut farklı tedavi seçeneklerini bilirim					
10. Sağlığım için yaptığım yaşam tarzı değişikliklerini sürdürebilmem mümkün olmuştur					
11. Sağlık durumumla ilgili daha ileri problemleri nasıl önleyeceğimi bilirim					
12. Sağlık durumumla ilgili yeni durumlar veya problemler ortaya çıktığı zaman çözebileceğimden eminim					
13. Stresli zamanlarda bile egzersiz ve diyet gibi yaşam tarzı değişikliklerini sürdürebileceğim konusunda kendimden eminim					

EK-4



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Şehir Hastanesi Başhekimliği

12.03.2024

Sayı : [redacted]
Konu : Hemş. Arzu CEYHAN 'ın Yüksek Lisans Tez Çalışması Hk.

Sayın Hemş. Arzu CEYHAN
Bursa Şehir Hastanesi

Bursa Şehir Hastanesi Başhekimliği'ne 12/03/2024 tarihinde vermiş olduğunuz dilekçe ve ekinde yer alan Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu kararına istinaden, Doç. Dr. Seda PEHLİVAN' ın sorumlu araştırmacı olarak yürütmekte olduğu ''Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlılık Düzeylerinin Hasta Uyumu ve Aktiflik Düzeyine Etkisi'' isimli Yüksek Lisans Tez çalışmanızı hastanemiz Kardiyoloji Klinikleri bünyesinde yapmak istediğinizi belirten dilekçeniz ve ekinde yer alan belgeleriniz incelenmiş olup uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Dursun TOPAL
Başhekim

Ek: İlgili Kişinin Dilekçesi ve Etik Kurul Onay Formu

EK-5

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK KURULLARI
(Sağlık Bilimleri Araştırma ve Yayın Etik Kurulu)
TOPLANTI TUTANAĞI

OTURUM TARİHİ
28 ŞUBAT 2024

OTURUM SAYISI
2024-02

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nden alınan SBF-Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Seda PEHLİVAN, danışmanlığında bulunan yüksek lisans programı öğrencisi Arzu CEYHAN'ın "Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Hasta İlaç Uyumu ve Aktiflik Düzeyine Etkisi" konulu tez çalışması kapsamında uygulanacak anket ve görüşme sorularının değerlendirilmesine geçildi.

Yapılan görüşmeler sonunda; Sağlık Bilimleri Enstitüsü, SBF-Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Seda PEHLİVAN, danışmanlığında bulunan yüksek lisans programı öğrencisi Arzu CEYHAN'ın "Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Hasta İlaç Uyumu ve Aktiflik Düzeyine Etkisi "konulu tez çalışması kapsamında uygulanacak anket ve görüşme sorularının fikri, hukuki ve telif hakları bakımından metot ve ölçeğine ilişkin sorumluluğu başvurucuya ait olmak üzere *(çalışmaya başlamadan önce anketin uygulanacağı kurum, kuruluş, SUAM Başhekimliği ve klinik sorumlusu vb. gerekli yerlerden yazılı izinlerin alınarak)* uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

Prof. Dr. Zekeriyya ARI
Kurul Başkanı

Prof. Dr. Ramazan KAHVECİ
Üye

Prof. Dr. Ayşe TOPAL
Üye

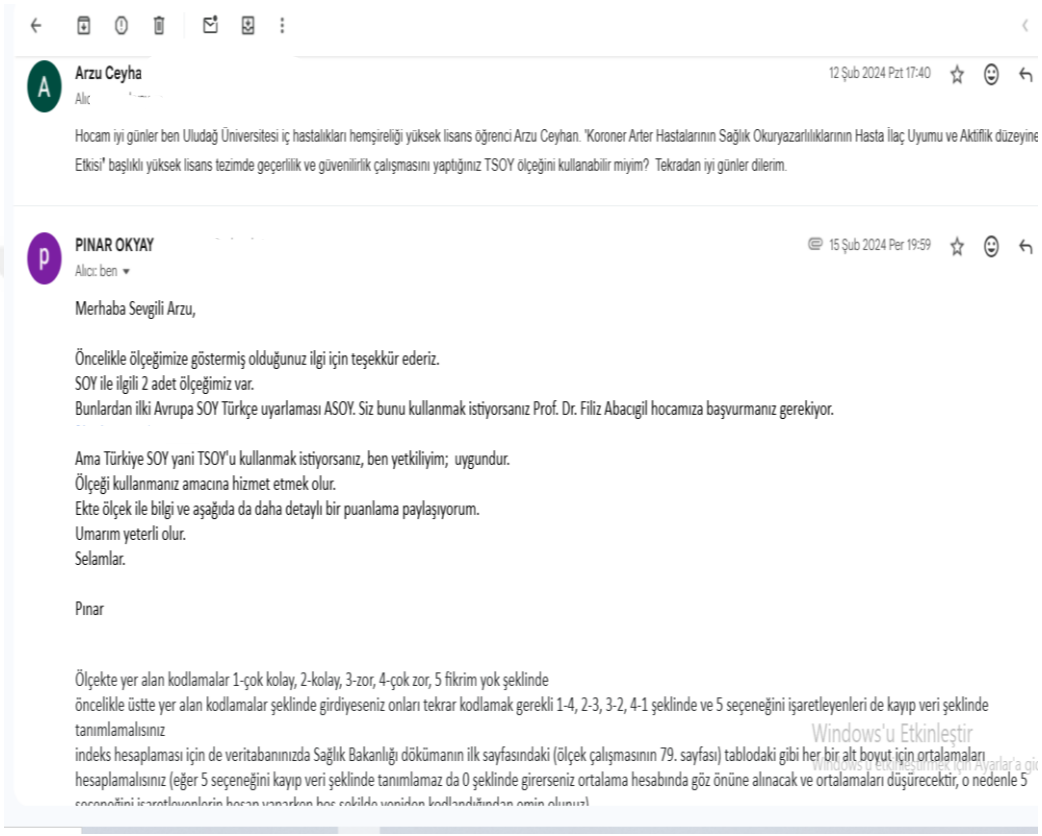
Prof. Dr. Berrin TUNCA
Üye

Prof. Dr. Levent ÖZDEMİR
Üye

Prof. Dr. Ahmet Onur GİRİŞGİN
Üye

Prof. Dr. Nurcan ÖZYAZICIOĞLU
Üye

EK-6



Arzu Ceyha
Alıc

12 Şub 2024 Pzt 17:40

Hocam iyi günler ben Uludağ Üniversitesi iç hastalıkları hemşireliği yüksek lisans öğrenci Arzu Ceyhan. "Koroner Arter Hastalarının Sağlık Okuryazarlıklarının Hasta İlaç Uyumu ve Aktiflik düzeyine Etkisi" başlıklı yüksek lisans tezimde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız TSOY ölçeğini kullanabilir miyim? Tekradan iyi günler dilerim.

PINAR OKYAY
Alıcı: ben

15 Şub 2024 Per 19:59

Merhaba Sevgili Arzu,

Öncelikle ölçeğimize göstermiş olduğunuz ilgi için teşekkür ederiz.
SOY ile ilgili 2 adet ölçeğimiz var.
Bunlardan ilki Avrupa SOY Türkçe uyarlaması ASOY. Siz bunu kullanmak istiyorsanız Prof. Dr. Filiz Abacıgil hocamıza başvurmanız gerekiyor.

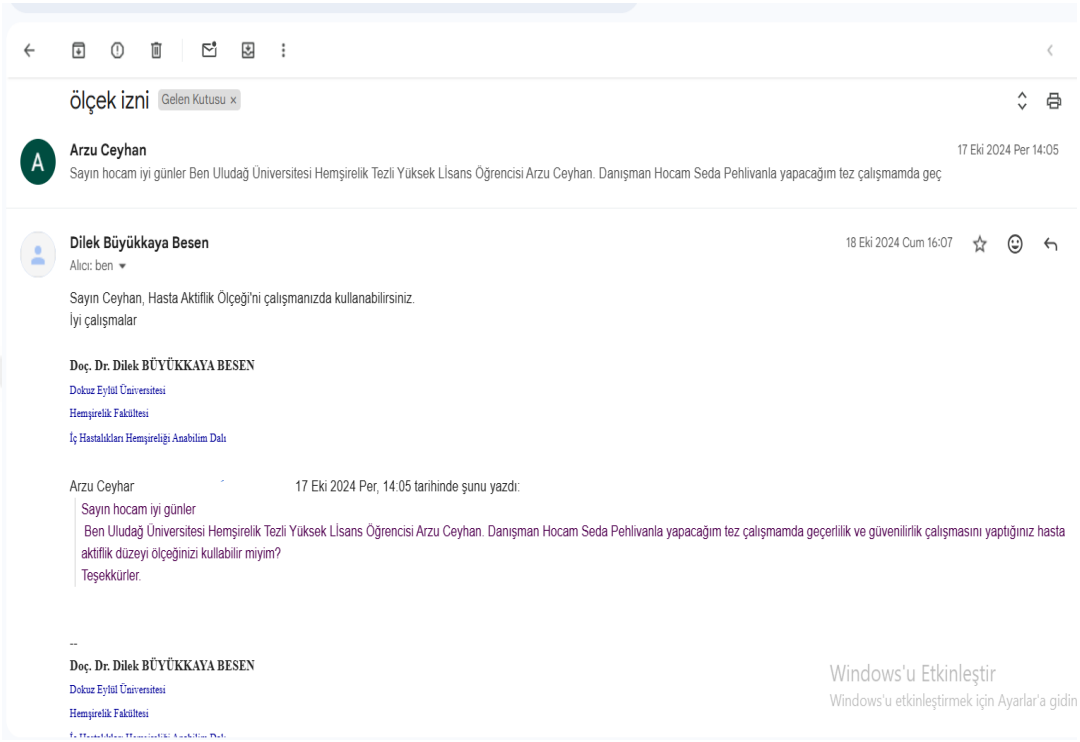
Ama Türkiye SOY yani TSOY'u kullanmak istiyorsanız, ben yetkiliyim; uygundur.
Ölçeği kullanmanız amacına hizmet etmek olur.
Ekte ölçek ile bilgi ve aşağıda da daha detaylı bir puanlama paylaşıyorum.
Umarım yeterli olur.
Selamlar.

Pınar

Ölçekte yer alan kodlamalar 1-çok kolay, 2-kolay, 3-zor, 4-çok zor, 5 fikrim yok şeklinde
öncelikle üstte yer alan kodlamalar şeklinde girdiyeseniz onları tekrar kodlamak gerekli 1-4, 2-3, 3-2, 4-1 şeklinde ve 5 seçeneğini işaretleyenleri de kayıp veri şeklinde tanımlamalısınız
indeks hesaplaması için de veritabanınızda Sağlık Bakanlığı dökümanın ilk sayfasındaki (ölçek çalışmasının 79. sayfası) tablodaki gibi her bir alt boyut için ortalamaları hesaplamalısınız (eğer 5 seçeneğini kayıp veri şeklinde tanımlamaz da 0 şeklinde girerseniz ortalama hesabında göz önüne alınacak ve ortalamaları düşürecektir, o nedenle 5 seçeneğini işaretleyenlerin boşan yaparken boş şekilde yeniden kodlandığından emin olunuz)

Windows'u Etkinleştir
Windows'u etkinleştirmek için Ayarlar'a gid

EK-7



ölçek izni Gelen Kutusu ×

Arzu Ceyhan 17 Eki 2024 Per 14:05
Sayın hocam iyi günler Ben Uludağ Üniversitesi Hemşirelik Tezli Yüksek LİSans Öğrencisi Arzu Ceyhan. Danışman Hocam Seda Pehlivanla yapacağım tez çalışmamda geç

Dilek Büyükkaya Besen 18 Eki 2024 Cum 16:07
Alıcı: ben

Sayın Ceyhan, Hasta Aktiflik Ölçeği'ni çalışmanızda kullanabilirsiniz.
İyi çalışmalar

Doç. Dr. Dilek BÜYÜKKAYA BESEN
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Arzu Ceyhar 17 Eki 2024 Per, 14:05 tarihinde şunu yazdı:

> Sayın hocam iyi günler
> Ben Uludağ Üniversitesi Hemşirelik Tezli Yüksek LİSans Öğrencisi Arzu Ceyhan. Danışman Hocam Seda Pehlivanla yapacağım tez çalışmamda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız hasta aktiflik düzeyi ölçeğinizi kullabilir miyim?
> Teşekkürler.

--
Doç. Dr. Dilek BÜYÜKKAYA BESEN
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Windows'u Etkinleştir
Windows'u etkinleştirmek için Ayarlar'a gidin

9. TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın tamamlanmasında bana rehberlik eden, sabır ve anlayışla yönlendiren değerli tez danışmanım Doç. Dr. Seda PEHLİVAN'a,

Çalışmayı yürüttüğüm Bursa Şehir Hastanesi Kardiyoloji kliniği hemşirelerine, hekimlerine ve hastalarına,

Her daim yanımda hissettiğim, tüm süreçte sabır ile desteğini esirgemeyen sevgili eşim Akif OZAN'a,

Bu günlere gelmemde büyük emeği olan hayatın her noktasında arkamda dağ gibi duran ailem, canım annem Hanife CEYHAN'a, biricik babam Adem CEYHAN'a, kardeşlerim Cevriye ve Seyit Aytuğ CEYHAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

10. ÖZGEÇMİŞ

Arzu OZAN, ilk, orta ve lise öğrenimini farklı illerde tamamlamış olup, 2015 yılında Bingöl Anadolu Öğretmen Lisesi'nden mezun olmuştur. 2015-2020 yılları arasında Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde öğrenimini tamamlamıştır. Lisansüstü eğitimine 2022 yılında başlamış olup, Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda devam etmektedir. 13 Ocak 2021'de Bursa Şehir Hastanesi'ne atanmış olup, halen yoğun bakım hemşiresi olarak tam zamanlı çalışmaktadır.