

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KORONER ARTER HASTALARINDA
SAĞLIK ALGISI VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Burhan PALA

Hemşirelik Anabilim Dalı

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Aslıhan ÇATIKER

ORDU-2023

ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Burhan PALA tarafından hazırlanan ve Dr. Öğr. Üyesi Aslıhan ÇATIKER danışmanlığında yürütülen “Koroner Arter Hastalarında Sağlık Algısı ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki” adlı bu tez, jürimiz tarafından .../.../20... tarihinde oybirliği/oyçokluğu ile Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Aslıhan ÇATIKER

Başkan : Doç. Dr. Kamuran ÖZDİL İmza.....
(Yaşlı Bakım Programı, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Hacer GÖK UĞUR İmza.....
(Halk Sağlığı Hemşireliği ABD, Ordu Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Aslıhan ÇATIKER İmza.....
(Hemşirelikte Öğretim ABD, Ordu Üniversitesi)

ONAY

... / ... / 20... tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../20... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../20...

İmza

Enstitü Müdürü

Doç. Dr. Hanife DURGUN

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitede bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

İmza

Burhan PALA

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgi ve görüşleriyle bana her zaman katkıda bulunan, kıymetli vaktini bana ayırarak karşıma çıkan her zorlukta bana rehberlik eden ve yüksek lisans eğitimim sonrasında da tüm içtenliği ve samimiyetiyle her zaman yanımda olacağını hissettiğim sevgili hocam Dr. Öğr. Üyesi Aslıhan ÇATIKER' e,

Tez jürimde yer alan değerli hocalarıma,

Tez çalışmamın uygulanmasının izinlerini sağlayan Ordu Üniversitesi Rektörlüğü ve çalışmaya gönüllü olarak katılarak çalışmanın gerçekleşmesine yardımcı olan koroner arter hastalarına,

Tüm eğitim hayatım boyunca beni destekleyen, her zaman bir adım ileriye gitmeme rehberlik eden, sevgilerini ve manevi desteklerini hiç esirgemeyen ve haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim canım annem Fadik PALA'ya ve canım babam İsmet PALA'ya,

Tez dönemim boyunca bana inanç veren ve beni destekleyen aile bildiğim Koroner Yoğun Bakım Ünitesi hemşirelerine,

Tez dönemim boyunca yanımda olarak desteklerini hiç esirgemeyen sevgili arkadaşım Hatice Nur NEFES'e ve başarılarımı dileyen tüm arkadaşlarıma,

Teşekkür ediyorum, iyi ki varsınız.

ÖZET

KORONER ARTER HASTALARINDA SAĞLIK ALGISI VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Amaç: Bu araştırmanın amacı koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapılan bu araştırma 15.02.2022-08.02.2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın örnekleme Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne Koroner Arter Hastalığı (KAH) tanısıyla yatan 375 hasta alınmıştır. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ile toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Spearman korelasyon testi ve Bonferroni testi kullanılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce Ordu İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır. Katılımcılardan sözlü ve yazılı onamlar alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların %52.8'inin 73 yaş ve üzeri, %62.7'sinin erkek, %29.1'inin 0-12 aydır KAH hastası olduğu ve %72.8'inin KAH nedeniyle daha önce hastaneye yattığı belirlenmiştir. Hastaların SAÖ puan ortalaması 26.66 ± 6.67 ve TSOY-32 ölçeği puan ortalaması 18.94 ± 8.99 olarak bulunmuştur. Araştırmada SAÖ ile TSOY-32 arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzey bir ilişki saptanmıştır ($r=0.318$, $p<0.05$). Araştırmada hastaların yaş ortalaması, yaş grupları, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, aile tipi, mesleği, gelir düzeyi, yaşadığı yer, kiminle yaşadığı, KAH tanısı aldıkları süre, başka kronik hastalığa sahip olma, KAH'tan korunmada etkili buldukları önlem, sigara kullanma, düzenli egzersiz yapma, sağlığı algılama ve sürekli ilaç kullanma durumlarına göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırmada hastaların yaş ortalaması, yaş grupları, medeni durumu, eğitim düzeyi, aile tipi, mesleği, gelir düzeyi, yaşadığı yer, kiminle yaşadığı, KAH tanısı aldıkları süre, KAH tanısı nedeniyle hastanede yatma durumu ve sayısı, başka kronik hastalığa sahip olma durumu, KAH'tan korunmada etkili bulunan önlem, sigara ve alkol kullanma durumu, sağlığı algılama ve sürekli ilaç kullanma durumlarına göre TSOY-32 ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç: Araştırmada koroner arter hastalarının sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin düşük olduğu ve sağlık algısı ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif ilişkinin olduğu, sağlık okuryazarlıkları yükseldikçe sağlık algılarının iyileştiği belirlenmiştir. Araştırma sonuçları doğrultusunda konu ile ilgili hastaları destekleyecek eğitim programları geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Koroner arter hastalığı, Sağlık algısı, Sağlık okuryazarlığı, Hemşirelik

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH PERCEPTION AND HEALTH LITERACY IN CORONARY ARTERY PATIENTS

Aim: The aim of this study is to determine the relationship between health perception and health literacy in coronary artery disease patients.

Material and Method: This descriptive and relationship-seeking research was conducted between 02.15.2022-02.08.2023. The sample of the study were included in 375 patients who were hospitalized in the Coronary Artery Disease (CAD) of Ordu University Training and Research Hospital. The data of the study were collected with Personal Information Form, Health Perception Scale (HPS) and Turkey Health Literacy Scale (TSOY-32). Descriptive statistics, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test, Spearman correlation test and Bonferroni test were used in the analysis of the data. Before starting the research, necessary permissions were obtained from Ordu Provincial Health Directorate and Ordu University Clinical Research Ethics Committee. Verbal and written consent was obtained from the participants.

Results: It was determined that 52.8% of the patients with participating in the study were 73 years old and over, 62.7% were male, 29.1% had CAD for 0-12 months, and 72.8% had been hospitalized for CAD before. The mean HPS score of the patients was found to be 26.66 ± 6.67 , and the mean score of the TSOY-32 scale was found to be 18.94 ± 8.99 . In the study, a statistically significant, positive and moderate relationship was found between HPS and TSOY-32 ($r=0.318$, $p<0.05$). In the study, a statistically significant difference was found between the mean HPS total score according to the mean age, age groups, gender, marital status, education level, family type, occupation, income level, place of residence, living with whom, time they were diagnosed with CAD, having another chronic disease, precaution they found effective in preventing CAD, smoking, regular exercise, health perception and the continuous drug use status of the patients ($p<0.05$). Also, in the study, a statistically significant difference was found between the total score averages of the TSOY-32 scale to the average age of the patients, age groups, marital status, education level, family type, occupation, income level, place of residence, with whom they lived, the time they were diagnosed with CAD, the status and number of hospitalizations due to CAD diagnosis, the status of having another chronic disease, the measures found to be effective in protection from the disease, smoking and alcohol use, perception of health, and continuous drug use ($p<0.05$).

Conclusions: It was determined that the health perception levels and health literacy levels of the coronary artery patients were low. As a result of the research, it was observed that the coronary artery patients with low health perception level had a low health literacy level. In line with the results of the research, it is recommended to develop training programs to support the patients on the subject.

Key words: Coronary artery disease, Health perception, Health literacy, Nursing

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ONAY	1
TEZ BİLDİRİMİ.....	I
TEŞEKKÜR	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT	IV
TABLolar DİZİNİ	IIx
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	X
EKLER.....	XI
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Soruları.....	5
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1.Koroner Arter Hastalığının Tanımı.....	6
2.2.Koroner Arter Hastalığının Epidemiyolojisi.....	7
2.3. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri	7
2.3.1.Değiştirilebilen (Kontrol Altına Alınabilen) Risk Faktörleri	8
2.3.1.1. Hipertansiyon (HT).....	8
2.3.1.2. Diabetes Mellitus (DM).....	9
2.3.1.3. Sigara Kullanımı	9
2.3.1.4. Dislipidemi	10
2.3.1.5. Hareketsiz Yaşam (Fiziksel İnaktivite)	10
2.3.1.6. Alkol Kullanımı	10
2.3.1.7. Obezite	11
2.3.1.8. Sağlıksız Beslenme Alışkanlıkları (Aterojenik Beslenme)	11
2.3.1.9. Stres	11

2.3.2. Değiştirilemeyen (Kontrol Altına Alınamayan) Risk Faktörleri	12
2.3.2.1. Genetik.....	12
2.3.2.2. Yaş	12
2.3.2.3. Cinsiyet.....	13
2.4. Koroner Arter Hastalığında Tanı Yöntemleri	13
2.5.Koroner Arter Hastalığının Tedavisi.....	13
2.5.1.Nonfarmakolojik Tedavi.....	14
2.5.2.Farmakolojik Tedavi.....	14
2.5.3. İnvaziv (Girişimsel) Tedavi	15
2.6.Koroner Arter Hastalığında Hemşirelik Bakımı	16
2.7. Sağlık Algısının Tanımı ve Önemi	16
2.8. Sağlık Algısının Ölçülmesi	17
2.9. Koroner Arter Hastalarında Sağlık Algısı.....	18
2.10.Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Önemi	19
2.11. Dünya’da ve Türkiye’ de Sağlık Okuryazarlığı	20
2.12.Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması (Düzeyleri)	20
2.12.1.Temel/İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı	21
2.12.2.İletişimsel/ Etkileşimli Sağlık Okuryazarlığı.....	21
2.12.3.Kritik (Eleştirel) Sağlık Okuryazarlığı	21
2.13.Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi	21
2.14.Koroner Arter Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı	22
2.15. Sağlık Algısı ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki.....	23
2.16. Sağlık Algısı ve Sağlık Okuryazarlığında Hemşirenin Rolü	24
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Türü.....	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	26

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	26
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	27
3.3.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri	27
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	27
3.5. Veri Toplama Araçları	27
3.5.1. Glaskow Koma Skalası.....	28
3.5.2. Kişisel Bilgi Formu	28
3.5.3. Sağlık Algısı Ölçeği.....	28
3.5.4. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği.....	29
3.6. Verilerin Toplanması	29
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	29
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	30
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	79
6. 1. Sonuçlar	79
6.2. Öneriler	81
KAYNAKLAR	83
EKLER.....	102
EK 1: Glaskow Koma Skalası.....	102
EK 2: Kişisel Bilgi Formu	103
EK 3: Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ).....	106
EK 4: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)	108
EK 5: Sağlık Algısı Ölçeği Kullanım İzni	110

EK 6 : Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kullanım İzni	111
EK: 7 Ordu İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni	112
EK 8. Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni	113
EK 9. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	114
ÖZGEÇMİŞ.....	115

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Bazı Değişkenlere Göre Dağılımları	31
Tablo 4.2. Katılımcıların Sağlık veya Hastalık Durumlarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları	32
Tablo 4.3. SAÖ ve Alt Boyutları ile TSOY-32 ve Alt Boyutlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Güvenirliklerin Dağılımı	34
Tablo 4.4. SAÖ ve Alt Boyutları ile TSOY-32 ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki	36
Tablo 4.5. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre SAÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	39
Tablo 4.6. Katılımcıların Sağlık ve Hastalık Durumlarına İlişkin Özelliklere Göre SAÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.7. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklere Göre TSOY-32 ve Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	53
Tablo 4.8. Katılımcıların Sağlık ve Hastalık Durumlarına İlişkin Özelliklere Göre TSOY-32 ve Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	59

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADA	: Amerika Diyabet Derneği
Ark	: Arkadaşları
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
DM	: Diabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık rgt
EKO	: Ekokardiyografi
ESC	: Avrupa Kardiyoloji Derneği
HLS-EU	: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması
HT	: Hipertansiyon
KABG	: Koroner Arter Bypass Greft
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KES	: Kesinlik
KOM	: Kontrol Merkezi
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
KW	: Kruskal Wallis Testi
MI	: Miyokard Enfarktüsü
Max	: Maksimum
Min	: Minimum
MR	: Manyetik Rezonans
Ort	: Ortalama
ZF	: z Farkındalık
PTKA	: Perkütan Translminal Koroner Anjiyografi
r	: Pearson Korelasyon
SA	: Sağlık Algısı leği
SĖ	: Sağlığın nemi
SS	: Standart Sapma
TEKHARF	: Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
TEMD	: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
TKD	: Türkiye Kardiyoloji Derneği
TSOY-32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı leği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
U	: Mann Whitney U Testi

EKLER

Ek No		Sayfa No
Ek 1.	Glaskow Koma Skalası	102
Ek 2.	Kişisel Bilgi Formu.....	103
Ek 3.	Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ).....	106
Ek 4.	Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)	108
Ek 5.	Sağlık Algısı Ölçeği Kullanım İzni	110
Ek 6.	Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kullanım İzni....	111
Ek 7.	Ordu İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni.....	112
Ek 8.	Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni	113
Ek 9.	Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	114

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) dünya çapında önde gelen morbidite ve mortalite nedenidir (DSÖ, 2018). Bu hastalıkların özellikle yetişkinlerde en yaygın türlerinden birisinin Koroner Arter Hastalığı (KAH) olduğu görülmektedir. KAH korumanın hastalık kontrolünde ön planda olduğu kronik bir durum olarak kabul edilmektedir. Kalp kasının yetersiz oksijenlenmesi sonucu ortaya çıkan KAH, akut koroner sendromlar, miyokard enfarktüsü (MI) ve ani ölüm gibi ciddi sorunların altında yatan en önemli neden olarak gösterilmektedir (Knuuti ve ark., 2020; Roth ve ark., 2020). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Dünya'da ilk on ölüm nedeni raporuna göre, KAH ölüme neden olan hastalıklar arasında gelir düzeyi yüksek ve orta olan ülkelerde ilk sırada, düşük gelirli ülkelerde ise üçüncü sırada yer aldığı bildirilmiştir (DSÖ, 2018; Doğru, 2019). Aynı şekilde yapılan değerlendirmelerde dünya çapında ölümlerin %30'unun KAH nedeniyle gerçekleştiği, ülkemizde ise 37 yaş ve üzeri bireylerde yılda 340 bin kişinin KAH nedeniyle yaşamını yitirdiği ve 400-420 bin kişiye yeni KAH tanısı konulduğu bildirilmektedir (Akdemir, 2011; Kervan ve ark., 2011; Doğru, 2019).

KAH'ın gelişmesinde fizyolojik ve çevresel birçok faktörün etkili olduğu bilinmektedir. Hastalığı başlatan ve veya ilerlemesine neden olan bu faktörlerin bazıları kontrol altına alınabilir faktörler iken, bazıları ise alınmamaktadır (Doğru, 2019; Malakar ve ark., 2019; Kanejima ve ark., 2022). Bu faktörler düşünüldüğünde KAH'a sahip hastaların, çoklu yaşam tarzı değişiklikleri yapması, riski en iyi şekilde azaltmak için tedavi önerilerine uyması ve sağlık durumlarının yönetimine aktif olarak katılmaları gerektiği bildirilmektedir. Bu açıdan hastaların sağlıkları ile ilgili her konuda yeterince bilgili olmaları gerekmektedir (De Melo Ghisi ve ark., 2018).

Sağlık algısı, sağlık hizmetlerine katılımı, tedaviye uyumu ve sağlık davranışları ile ilgili tavsiyelere bağlılığı dolayısıyla sağlık sonuçlarını etkileyen ve çok sayıda kişisel, psikososyal ve sistemik faktör arasındaki karmaşık etkileşimi yansıtan önemli bir kavramdır (Juengst ve ark., 2022). Bu kavram kişilerin sağlık durumlarını nasıl algılayıp değerlendirdikleri için sıklıkla kullanılmaktadır (Yalnızoğlu Çaka ve ark.,

2017). Çalışmalarda bireyin sağlık algısının, sağlıklı yaşam alışkanlıkları edinmede, bu alışkanlıkların sürdürülmesinde dolayısıyla sağlığı geliştirme ile direk olarak etkili olduğu bildirilmektedir (Çilingir ve Aydın, 2018; Gür ve Sunal, 2019).

Kronik hastalıkların tümünde geçerli olduğu gibi KAH'a sahip bireylerde de bakımın etkili şeklinde sağlanması açısından hastalık, tedavisi ve hastalıkla ilişkili her türlü girişimin hastaların sağlık algısını nasıl etkilediğinin ortaya çıkarılması önemlidir (Şahin, 1997; Gür ve Sunal, 2019). Bu açıdan değerlendirildiğinde KAH hastalarında gerçekleştirilen çalışmalarda, hastaların günlük hayatını sürdürüyor olmayı sağlıklı olma şeklinde yorumladığı, eğer günlük hayatında sıkıntı yaratan bir durum yoksa kendilerini sağlıklı gördükleri belirlenmiştir. Hastaların hastalıkla ilgili belirtilerle karşılaştıklarında ise, bireysel yöntemlere başvurduğu, eğer bir değişiklik olmaz ise sağlıkla ilişkili algılarını değiştirerek kendilerini hasta olarak değerlendirdikleri bulunmuştur. Bu düşünce biçiminin sonucu olarak bu hastalığa sahip bireylerin hastalığı geçici gördüğü, dikkate almadığı ve kalp sorununa sahip olduğunu düşünmedikleri ve en son çare olarak sağlık kurumuna başvurduğu belirlenmiştir (Doğan, 2010; Gür ve Sunal, 2019). KAH'lı bireylerde yapılan bir çalışmada, katılımcıların Sağlık Algısı Ölçeği'nden (SAÖ) aldıkları toplam puan ortalamasının orta düzeyde olduğu, sağlık algısı ile cinsiyet, medeni durum, mesleki yaşantı açısından aktif olma durumu, Beden Kütle İndeksi (BKİ), sigara ve alkol kullanma durumu, en çok yaşanan şikayetin ne olduğu, düzenli şekilde tetkik ve kontrol yaptırma durumu, düzenli diyet yapma durumu, düzenli yürüyüş ve egzersiz yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Gür ve Sunal, 2019).

Sağlıkla ilişkili doğru kararlar alınması açısından bir diğer önemli kavram ise sağlık okuryazarlığıdır (Akça ve ark., 2020). Sağlık okuryazarlığı, bireylerin temel sağlık bilgilerine ve hizmetlerine erişebilme ve bunları işleyebilme ve böylece sağlıkla ilgili kararlara katılabilme derecesini ifade etmektedir. Günümüzde sınırlı sağlık okuryazarlığı küresel bir sorun olarak görülmektedir. Dünyanın birçok ülkesinde oldukça yaygın olduğu bildirilen sınırlı sağlık okuryazarlığının hastalık morbiditesi, mortalitesi, sağlık hizmeti kullanımı ve maliyetleri ile güçlü bir ilişkisi olduğu bildirilmektedir (Magnani ve ark., 2018; Kanejima ve ark., 2022).

Okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı, modern toplumlarda sağlık ve refahın temel bileşenlerinden biri haline gelmiştir. Zamanla toplumlar daha karmaşık hale geldikçe, insanlar sağlık bilgileriyle giderek daha fazla bombardımana tutuldukça, yanlış bilgilendirme ve karmaşık sağlık sistemleriyle daha fazla yüzleştikçe sağlık okuryazarı olmak daha da güçleşmiştir. Son Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (HLS-EU), araştırmanın yürütüldüğü sekiz Avrupa ülkesindeki tüm yetişkinlerin neredeyse yarısının sağlık okuryazarlıklarını olumsuz yönde etkileyen yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip olduğunu ortaya koymuştur (WHO, 2013). Amerika’da yapılan bir çalışmada yetişkinlerin %50’sinin sağlık bilgilerini anlama ve uygulamada sorunlar yaşadığı belirlenmiştir (Magnani ve ark., 2018). Ülkemizde ise, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması’na göre toplumun %64.6’sının “yetersiz” ya da “sorunlu” sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu saptanmıştır. Ayrıca aynı çalışmada yüksek yaş ortalamasına ve düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde sağlık okuryazarlığı oranının düştüğü belirlenmiştir (Tanrıöver ve ark., 2014).

Yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığı düşük olan hastaların, karmaşık sağlık görevlerinde ve sağlık bilgilerini arama ve anlama becerisinde zorluklarla karşılaştığı ve koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandığı belirlenmiştir (Berkman ve ark., 2011; Kanejima ve ark., 2022). Özellikle KVH’ye sahip bireylerde gerçekleştirilen çalışmalarda sağlık okuryazarlıklarının sınırlı olduğu, düşük sağlık okuryazarlığının mortaliteyi ve hastaneye yeniden yatışı artırarak yaşam kalitesini düşürdüğu saptanmıştır (De Melo Ghisi ve ark., 2018; Beauchamp ve ark., 2022; Kanejima ve ark., 2022). Bununla birlikte, KVH’ye sahip hastalarda sağlık okuryazarlığı çalışmaları arasında yüksek bir heterojenlik olduğu görülmektedir. Özellikle hedef hastalıkların müdahale yöntemleri veya takip sürelerinin değişkenliğinin buna yol açtığı bildirilmektedir (De Melo Ghisi ve ark., 2018). Bu açıdan durum değerlendirildiğinde bu hastalığa sahip bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinin önemli bir konu olarak ön plana çıktığı görülmektedir (De Melo Ghisi ve ark., 2018; Kanejima ve ark., 2022).

KAH birey açısından bilgi ve beceri gerektiren karmaşık, zorlu bir hastalıktır. Hastalığın saptanması ve tedavisi diğer basit durumlarla karşılaştırıldığında, yüksek düzeyde hasta katılımını gerektirmektedir. Hastalar, temel belirtileri ve semptomlar

konusunda neyi, ne zaman ve nasıl izleyeceklerini bilmeli, beslenme ve ilaç konusundaki talimatları anlamalı, bu bilgileri sağlık ekiplerine etkili bir şekilde paylaşmalı ve sağlıklarıyla ilgili doğru kararlar alabilmelidir (Dunn ve Conard, 2018). Bu nedenle sağlık okuryazarlığının KAH'lı hastalar açısından da kritik bir bileşen olduğu bildirilmiştir (De Melo Ghisi ve ark., 2018). KAH'lı hastalarda gerçekleştirilen bir sistematik derlemede sağlık okuryazarlığının %14-50 arasında değiştiği bulunmuştur. Çin'de KAH'a sahip bireylerde gerçekleştirilen bir çalışmada; sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olmanın kalp açısından sağlık yaşam biçimini sürdürmemeye olasılığını 1.61 kat arttırdığı belirlenmiştir (De Melo Ghisi ve ark., 2018; Lu ve ark., 2020). Türkiye'de gerçekleştirilen bir çalışmada ise, yatarak tedavi gören KAH'lı hastaların %59.3'ünde sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz/sorunlu olduğu belirlenmiştir (Ahçıoğlu, 2020).

KAH sahip bireylerde veya KAH gelişme riski bulunan bireylerde, hastalıktan korunma, bakım ve izlem sürecinde hemşireler en etkili sağlık çalışanlarından biridir (Martinez ve Bucher, 2005; Badır, 2014). Hemşireler özellikle bu hastaların primer ve sekonder korunmalarına yönelik; hemşire liderliğinde yürütülen hizmetleri sağlama, kronik hastalığın etkin yönetimini sağlama, hastaya hizmet verebilecekleri her alanda (okul, iş vb.) ulaşarak çalışmalarını gerçekleştirebilmeleri mümkündür. Böylece hemşireler üstlendikleri bu rolleri yerine getirerek sağlık çıktılarında olumlu gelişme sağlayabilirler (Türkmen ve ark., 2012). Benzer şekilde giderek yaygınlaşan sağlık okuryazarlığı konusunda da sağlık hizmet sunumunun en büyük yapı taşı olan hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler araştırarak, sağlık eğitimleri faaliyetleri yürüterek, hasta iletişiminde daha hassas yaklaşımlar sergileyerek sorumluluklarını yerine getirebilir. Özellikle sağlık algısını yükseltmek için yapılan çalışmalar ve hasta eğitimi bunların başında gelmektedir (De Melo Ghisi ve ark., 2018; Kaya ve Sivrikaya, 2019).

Tüm dünyada artan kronik hastalık olgusu ve yukarıdaki bilgiler ışığında sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığının belirlenmesi ve aralarındaki ilişkinin ortaya çıkarılmasının, hastalıkların yönetimi için verilecek hemşirelik bakımının kalitesini arttıracığı ve hastaların sağlığının geliştirilmesine katkı sağlayacağı görülmektedir. Bu çalışma, doğrudan KAH'lı hastalarda sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemesi ve bunların arasındaki ilişkiyi ortaya koyması bakımından önemlidir.

Ayrıca ilgili çalışmanın gelecekte gerçekleştirilecek çalışmalara da yön vereceği ve literatüre katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

- Koroner arter hastalarının sağlık algısı ne düzeydedir?
- Koroner arter hastalarının sağlık okuryazarlığı ne düzeydedir?
- Koroner arter hastalarının sağlık algısı ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki var mıdır?
- Koroner arter hastalarının sağlık algısı ile sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koroner Arter Hastalığının Tanımı

KAH küresel ölçekte en sık öldüren hastalıklar içerisinde ilk sırada yer almaktadır ve uzun bir süre daha birinci sırada olmaya devam edeceği tahmin edilmektedir. KAH'lar, stabil angina, stabil olmayan angina, miyokard enfarktüsü (MI) veya ani kardiyak ölüm ile kendini gösteren ve doğası gereği inflamatuvar olan aterosklerotik hastalıklar olarak ifade edilmektedir (Malakar ve ark., 2019).

KAH, kalbe giden kan ve oksijen kaynağının azalması sonucu oluşan bir durumdur (Malakar ve ark., 2019). KAH'da, koroner arterde ateroskleroza bağlı plak gelişmesi sonucu daralma meydana gelir ve anjina pektoris veya miyokard infarktüsü (MI) gibi çeşitli hastalıklar ortaya çıkabilir. Anjina pektoris, kalp kasına kan akımının geçici bir süre sağlanamaması sonucu, göğüste ağrı veya rahatsızlık hissiyatı veren bir durumdur. Toplumda kalp krizi olarak da adlandırılan MI ise, kalbin bir bölümüne kan akışının sağlanamaması sonucu hücre ölümünün gerçekleşmesidir (Özdemir, 2014; Mozaffarian ve ark., 2015).

Normalde koroner arterler, her düzeydeki kalp aktivitesi için miyokardın ihtiyaç duyduğu oksijeni sağlayacak kanı kalbe taşımaktadırlar. KAH'da, kan damarlarının yapısında ve işleyişinde zamanla değişiklikler meydana gelmektedir ve bu süreç yaygın olarak damar sertleşmesi olarak bilinen aterosklerotik süreci oluşturmaktadır. Aterosklerotik süreç; damar yapısında anormal lipid depolanmasına, lökosit infiltrasyonuna, vasküler inflamasyona, plak gelişimine ve damar duvarının anormal kalınlaşmasına yol açmaktadır. Bu değişimler lümenin kan akımını sağlayamayacak şekilde daralmasına neden olabilir (Okutan ve Özdemir, 2018).

KAH'da, miyokarda kan akımının kısıtlı sağlanması sonucu, sağlanan oksijenle talep edilen oksijen arasında bir dengesizlik oluşmaktadır. Ortamdaki bulunan oksijen miktarı, ihtiyacı karşılamada yeterli olmayınca miyokard hipoksik hale gelmektedir. Bu durum anjina, göğüs ağrısı veya başka bir klinik semptomlar ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ayrıca dokunun infarktüsüne veya ölümüne yol açabilecek derecede ciddi bir iskemi olabilir (Özdemir, 2014).

2.2. Koroner Arter Hastalığının Epidemiyolojisi

Kronik hastalıklar bireylerin yaşam süreçlerinin büyük bir bölümünü kapsayan ve süreklilik arz eden tedavi ve bakım gerektirmektedir. Kronik hastalıkları içerisinde KAH ciddi bir yerde bulunmaktadır dünya genelinde ölüm nedenlerinin en başında geldiği açıklanmaktadır (Özen ve Çelik, 2010).

DSÖ'nün verilerine göre; 2016 yılında 15.2 milyon kişinin dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle yaşamını kaybettiği bildirilmiştir (DSÖ, 2018). KAH ile ilişkili yapılan projeksiyonlarda, 2030'a kadar dolaşım sistemi hastalığı ve inme nedeniyle yaklaşık 23.6 milyon insanın öleceği tahmin edilmektedir (Dülek ve ark., 2018). Ülkemizde, TÜİK'in 2019 yılı ölüm nedenleri istatistiklerine göre ilk sırada dolaşım sistemi hastalıkların yer aldığı (%37.8) görülmektedir. Dolaşım sistemi hastalıkları kaynaklı ölümlerin alt ölüm nedenleri incelendiğinde, ölenlerin %39.1'inin iskemik kalp hastalığı nedeniyle olduğu belirlenmiştir (TÜİK, 2019).

Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) tarafından yürütülen "Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF)" araştırması sonuçlarına göre; 2011 yılında ülkemizde yaklaşık olarak 3-3.5 milyon koroner arter hastası olduğu belirtilmiştir (Onat ve ark., 2012; Gür ve Sunal, 2019). TEK HARF araştırmasında yaşa göre KAH'ın görülme oranları; 45-54 yaş grubunda %6, 55-64 yaş grubunda %17 ve 65 yaş ve üzerindeki bireylerde %28 olduğu bildirilmiştir. Araştırma sonuçların da görüldüğü gibi KAH görülme sıklığı yaşa bağlı olarak artmaktadır. Yapılan çalışmalarda Türkiye'de erkeklerin kadınlara göre daha fazla KAH'a yakalandığı belirlenmiştir (Yusuf ve ark., 2004; Onat ve ark., 2017).

2.3. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri

KAH genellikle egzersiz ve stres ile bağlantılı olup kendiliğinden, aniden ortaya çıkan ve tekrarlayabilen miyokardın oksijen ihtiyaç dengesizliği şeklinde tanımlanır (Gür, 2017). Koroner arterin ateroskleroz olması ile kalp kasında meydana gelen iskemi sonucunda oksijen uyumsuzluğu ve işlev bozukluğu meydana gelmekte ve KAH klinik bir tablo olarak gelişmektedir (Koplay ve Erol, 2013). KAH risk faktörleri ilk olarak 1960 yılında Framingham Kalp Çalışmasının bulguları ile tartışılmaya başlanmıştır. TKD'ye göre, KAH çok etmenli bir fenomendir ve risk faktörleri değiştirilemeyen (kontrol altına alınamayan) ve değiştirilebilir (kontrol altına

alnabilen) faktörler olmak üzere iki grupta değerlendirilmektedir (Onat ve ark.,1997; Dülek ve ark.,2018). Cinsiyet, yaş, aile öyküsü ve genetik faktörler değiştirilemeyen faktörler olarak ifade edilirken; sigara içme, obezite, Diabetes Mellitus (DM), Hipertansiyon (HT), hareketsiz yaşam, aşırı alkol kullanma, aterojenik beslenme (doymuş yağ vb. şeklinde olan beslenme şekli), lipid düzeyleri (HDL-K, LDL-K, Total K.) ve psikososyal değişkenler değiştirilebilir risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir (Malakar ve ark., 2019). KAH risk faktörlerinin tanımlanması; KAH tanısı almamış ve belirti ve bulgusu olmayan kişilerde birincil korumayı sağlarken, KAH tanısı almış kişilerde ise tekrarlayan olayların önüne geçilmesini sağlayarak ikincil korumayı sağlamaktadır. KAH risk faktörlerinin korunması KAH'ın tedavisinde büyük bir öneme sahiptir (De Smedt ve ark., 2012).

2.3.1. Değiştirilebilen (Kontrol Altına Alnabilen) Risk Faktörleri

2.3.1.1. Hipertansiyon (HT)

Koroner arter hastalarında değiştirilebilen risk faktörlerinden birisi hipertansiyondur. HT'nin toplumlarda görülme sıklığı %30-40 arasında değişim göstermektedir. HT, KAH'da bağımsız risk faktörüdür. Sistolik kan basıncındaki her 10 mm-Hg, diastolik kan basıncındaki her 5 mm-Hg'lik düşüş, KAH kaynaklı ölüm riskini %40-50 oranında düşürmektedir. Ancak yaşın ilerlemesiyle birlikte hipotansiyon KAH için daha da riskli bir hal almaktadır (Sazak ve ark., 2020). HT'nin, KAH riskini 2-3 kat artırdığı bildirilmektedir. Kan basıncının artışı, koroner arter çeperlerinde hasara neden olmakta ve zamanla hasar görmüş çeperlerde kolesterol depolanması meydana gelmektedir (Irmak ve Fesci, 2005; Montalescot ve Sechtem, 2014).

Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) ve Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) tarafından 2018 yılı hipertansiyon kılavuzuna göre; arteriyel kan basıncının tekrarlanan ölçümlerinde 140/90 mm-Hg'dan yüksek olması durumu HT olarak tanımlanmaktadır. Kan basıncının ölçümü hasta istirahat halindeyken iki kez her iki koldan da ayrı ayrı yapılmalıdır ve kan basıncı değerini negatif etkileyebilecek reçetesiz ilaç kullanımı yönünden hasta mutlaka değerlendirilmelidir. Hastanın kan basıncını etkileyecek durumların değerlendirilmesi yapılarak; bireyin sistolik kan basıncı 130-139 mm-Hg ya da diyastolik kan basıncı 85-89 mm-Hg olduğu zaman

yaşam tarzı değişiklikleri açısından bireye ve ailesine bilgilendirilme yapılmalıdır (Tokgöz ve ark., 2014; Akbulut ve ark., 2016).

2.3.1.2. Diabetes Mellitus (DM)

DM'nin, KAH için güçlü bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir (Akbulut ve ark., 2016). Diyabetle beraber KAH görülme sıklığı 2-3 kat daha fazla olmakla birlikte diyabetli bireylerde ölümlerin %60'ı KAH nedeniyle gerçekleşmektedir. KAH prognozu DM'li bireylerde daha olumsuz biçimde ilerlemektedir (Sazak ve ark., 2020).

DM tanısında ADA 2009 (Amerika Diyabet Derneği) kriterleri kullanılmaktadır. Bu kriterlerin yanında HbA1c değerine bakılmaktadır. HbA1c değeri >%6.5 olan bireylere DM tanısı konulmaktadır. Kandaki glukoz düzeyinin normalden fazla olması (açlık kan glukoz düzeyinin 126 mg/dl'den, tokluk kan glukoz düzeyinin 200 mg/dl'den ve rastgele ölçülen kan glukoz düzeyinin 200 mg/dl'den fazla olması) KAH oluşma riskini arttırmakta ve koroner arterlere zarar vererek işlevsel bozukluklara neden olmaktadır (Keskin ve Balcı, 2011). DM olan bireylerde glukoz değerinin artmasına paralel olarak trigliserit değeri yükselerek koroner arter çeperlerinde hasara neden olmaktadır. Aynı zamanda glukoz değerinin artması arter çeperinden doğrudan nitrik oksit salınımını azaltarak trombosit ve inflamasyona sebep olmaktadır. Bu etkenler DM'li hastalarda tromboza ve otonom nöropatiye sebep olarak kalpte dolaşımın bozulmasına ve ani kardiyak ölümlere yol açmaktadır (Bartnik ve ark., 2007; Keskin ve Balcı, 2011).

2.3.1.3. Sigara Kullanımı

KAH'da değiştirilebilen risk faktörlerinden biri de sigara kullanımınıdır. Sigara içen bireylerde KAH görülme oranı yüksektir ve KAH tanısına sahip olan bireylerin sigara kullanımına devam etmesi mortaliteyi arttırmaktadır (Onat ve ark., 2017). Sigara kullanımını miktar ve süresine bağlı olarak koroner damarlarda hasara neden olmaktadır. Sigaranın aktif kullanımında %50, pasif kullanımında ise %20 ateroskleroza neden olduğu görülmektedir (Irmak ve Fesci, 2005; Karabulut, 2019). Erkek hastalarda sigara kullanımını kadın hastalara göre koroner olay riskini ve ölüm

oranını daha fazla arttırmaktadır. Sigara kullanımının bırakılması KAH sebebiyle olan ölüm riskini azaltmaktadır (Montalescot ve Sechtem, 2014).

2.3.1.4. Dislipidemi

KAH değiştirilebilen risk faktörlerinden biri olan dislipidemi plazma lipidlerinden herhangi birinin normal aralık dışında bir değere sahip olmasına denir. Düşük dansiteli lipoprotein (LDL) değerinin normalden yüksek olması veya yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) değerinin normalden düşük olması KAH için riski arttırmaktadır. Total kolesterolün 200 mg/dl ve LDL'in 130 mg/dl'den fazla olması, HDL'nin ise 35 mg/dl'den az olması KAH risk oranını artırmaktadır (Irmak ve Fesci, 2005; Montalescot ve Sechtem,2014). Farklı yaş gruplarında kadın ve erkeklerin hiperkolesterolemi (>200 mg/dl) değerlerine bakıldığında yetişkin bireylerde sınırın üstünde olanlar erkeklerde %29.1, iken kadınlarda %47.6 olduğu bildirilmiştir (Onat ve ark., 2004; Ahçioğlu, 2020).

2.3.1.5. Hareketsiz Yaşam (Fiziksel İnaktivite)

Düzenli fiziksel aktivite KAH riskini azaltmaktadır. Düzenli fiziksel aktivite, kolesterol ve kan basıncının normal düzeyde olmasını sağlarken aynı zamanda bireylerde stresin azaltılması açısından da yarar sağlamaktadır (Türk Kardiyoloji Derneği, 2022). Egzersizin şiddetinden çok devamlılığı önemlidir. Egzersiz bireylerin sağlık durumlarına göre planlanmalı ve anormal durum yok ise günlük 20-40 dakika olarak düzenlenmelidir. Düzenli egzersiz yetişkinlerde orta derecede haftada 150 dakika şeklinde yapıldığında koroner arter riskini ve diyabet riskini azalttığı bildirilmektedir. Çalışmalar fiziksel aktivitenin kalp hastalıklarına bağlı ölüm riskini azalttığını göstermiştir (Alpözgen Az ve Özdiçler, 2016; Kodama ve ark., 2013).

2.3.1.6. Alkol Kullanımı

Alkol kullanımının KAH üzerindeki etkisi kullanım süresine ve miktarına bağlıdır. Alkolün fazla tüketimi diyabet, KAH ve ölüm riski oranını yükseltirken, normal sınırlarda tüketiminin KAH riskini azaltarak kadınlarda trigliserid düzeyini düşürdüğü açıklanmıştır. Araştırmalar alkol tüketiminin azaltılmasının hatta bırakılmasının riskleri önemli ölçüde azalttığını göstermektedir (Onat ve ark., 2017; Wood ve ark., 2018). Türkiye Sağlık Araştırması'nın sonuçlarına göre; Türkiye'de

alkol kullanım oranının %12.2 olduğu ve tüketiminin erkeklerde %19.3 kadınlarda ise %5.3 olduğu bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2017).

2.3.1.7. Obezite

KAH değiştirilebilen risk faktörü içerisinde yer alan obezitede; kan basıncı yükselmekte, oluşan dislipidemi ve diyabet sonucu koroner damarların yapısı ve işlevi bozulmakta ve koroner arter risk faktörleri önemli derecede artmaktadır. Obezitenin dünyada ve ülkemizde önemli sağlık problemlerinden birisi olduğu bildirilmektedir. Finucane ve ark. 2018 yılında yaptığı çalışmada; obeziteyle KAH'dan kaynaklanan mortalite ve morbidite arasında önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Obezitenin değerlendirmesini kolaylaştırmak için BKİ geliştirilmiştir. BKİ, kilo (kg)/boyun karesi (m²) olarak hesaplanır. BKİ'nin 25-29.9 arasında olması fazla kilolu, BKİ' nin 30 ve üzerinde olması ise, obez olarak kabul edilmektedir (şahin ve Eker, 2002; Finucane ve ark., 2018).

2.3.1.8. Sağlıksız Beslenme Alışkanlıkları (Aterojenik Beslenme)

Sağlıklı bir beslenme alışkanlığına sahip olmak; kan basıncını düzenler, diyabeti önler ve kolesterol düzeyinin normal seviyelerde olmasını sağlayarak KAH riskini azaltır. Sağlıklı beslenme bireylerin günlük enerjisini karşılamaya yeterli olacaktır. Sağlıksız beslenme davranışları, gerekenden az meyve, sebze, tahıl, baklagil alınması ve gerekenden fazla tuz ve yağ alınması olarak bilinmektedir. Dolayısıyla doymuş yağ, trans yağ, kolesterol ve tuzun günlük ihtiyacından fazla tüketilmesi ve sebze, meyve, balığın yetersiz tüketilmesi KAH oranını arttırmaktadır (Dülek ve ark., 2018). Sağlıksız bir diyetle kıyaslandığında, az yağlı, bol meyve ve sebze bir öğünü tüketen bireylerde %73 daha az KAH geliştiği bildirilmektedir (De Caterina ve ark.,2006; Dülek ve ark., 2018).

2.3.1.9. Stres

KAH psikolojik sebeplere bağlı olarak ortaya çıkabilir yada bu sebepler sahip olunan KAH seyrini kötü yönde etkileyebilir. Stresin, kalp hızında, kan basıncında ve pıhtılaşma sürecinde artış yapabildiği gibi sigara kullanımı, sağlıksız beslenme de artış ve fiziksel aktivitede azalmaya neden olarak KAH riskini arttırdığı bildirilmektedir (Yıldırım ve Öztürk, 2016).

Bireylerin stres yönetimini iyi yapabilmesi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında önemli bir paya sahiptir. Stresin belirtileri arasında hayata karşı olumsuz olma, karamsar tutum ve davranışlarda bulunma ve umutsuzluk yer almaktadır. Bunların artması ise depresyona yol açmaktadır (Savaşan ve ark., 2013). Hayatının herhangi bir evresinde tanısı konulmuş herhangi bir kronik hastalık depresyona neden olabileceği gibi depresyonun kendisi de herhangi bir kronik hastalığa yol açabilmektedir (Mete, 2008; Savaşan ve ark., 2013; Yıldırım ve Öztürk, 2016).

2.3.2. Değiştirilemeyen (Kontrol Altına Alınamayan) Risk Faktörleri

2.3.2.1. Genetik

Birinci derece akrabalarda bulunan KAH; erkeklerde 55 yaşın altında, kadınlarda 65 yaşın altında gelişmiş ise bireylerde KAH oluşma riskini 1.3-1.6 kat artırmaktadır (Abanonu, 2005; Montalescot ve Sechtem, 2014). Framingham Offspring Çalışması, anne veya babanın herhangi birinde prematür KAH bulunmasının KAH hastalığı oluşma riskini 2.3-2.6 kat arttığını göstermiştir. KAH tanısının erken yaşlarda alınması, fazla sayıda yakın akrabalarda koroner hastalık tanısı almış bireyin bulunması ve daha fazla genetik yatkınlığa sahip olunan akrabada hastalık olması koroner arter riskini artırmaktadır (Lloyd-Jones ve ark., 2004; Montalescot ve Sechtem, 2014).

2.3.2.2. Yaş

Yaşın artması ile KAH riski de artmaktadır. Erkeklerde 45 yaş, kadınlarda 55 yaş üstünde bir yaşta bulunma KAH için önemli bir risk olarak kabul edilmektedir. Yaş ilerledikçe koroner arterlerin yapısı değişmekte, arter duvarı kalınlaşmakta ve nitrik oksit salınımı azalması veya kullanımının artması ile orta tabakada kireçlenme ve elastin liflerde parçalanma meydana gelmektedir. Bunun sonucunda yaşlanan koroner arterde ateroskleroz gelişmektedir. Bunların yanı sıra hidrasyonun yeterli seviyede olmaması, böbrek fonksiyonların azalması veya hiç olmaması ve diyabet hastalığının sıklığının artması yaşlılarda KAH riskini arttırmaktadır (İkitimur ve ark., 2010, Ahçıoğlu, 2020).

2.3.2.3. Cinsiyet

Erkeklerde KAH oluşması riskini kadınlara göre daha fazladır. Genç yaşlardaki erkeklerde KAH oluşma riski genç yaştaki kadınlara göre daha fazladır (Karabey ve ark., 2012; Gür ve Sunal, 2019). Erkeklerdeki KAH'ın görülme oranını kendisinden 10 yaş büyük kadınlarla aynı olduğu belirtilmektedir. Bu farkın ilerleyen yaşlarda azaldığı bildirilmektedir (Abanonu, 2005; Karabey ve ark., 2012). Östrojen hormonu kadınlarda KAH'a karşı koruyuculuk sağlarken, menopoz dönemine geçiş süreci ile birlikte KAH riski de artmaktadır (Hindistan ve Nural, 2010; Gür ve Sunal, 2019).

2.4. Koroner Arter Hastalığında Tanı Yöntemleri

KAH tanısına; klinik, laboratuvar ve kardiyak incelemeler sonucunda varılabilmektedir. Hastadan ilk alınan detaylı anamnez büyük önem taşımaktadır. Hastadan alınan anamnezde KAH belirti ve bulguları (ağrının niteliği, eforla ağrının ne durumda olduğu ve nasıl rahatladığı vb.) ve KAH için önemli olan yaşam biçimi davranışlarının (sigara ve alkol kullanımı, beslenme şekli ve aktivite düzeyi vb.) belirlenmesinin hastalığın kontrol altına alınmasında büyük fayda sağladığı bildirilmektedir. Laboratuvar testlerinde ise; tam kan sayımı, kreatinin değeri, açlık kan glukozu, troponin değeri, myoglobin, kreatin kinaz değerleri ve lipid değerlerinin incelenmesi gerekmektedir (Durusoy ve ark., 2010; Thygesen ve ark., 2018). KAH tanısı invaziv girişim ve noninvaziv kardiyak incelemeler ile yapılmaktadır (Karadağ, 2008; Montalescot ve Sechtem, 2014). Noninvaziv kardiyak incelemelerde; ekg, ekokardiyografi (EKO), egzersiz stres testi (efor testi), kardiyak MR, miyokard perfüzyon sintigrafisi, çok kesitli bilgisayarlı tomografi (BT) ve pozitron emisyon tomografisi/MR hibrit görüntüleme bulunurken, invaziv kardiyak incelemelerde ise koroner anjiyografi yer almaktadır (Cheitlin ve ark.,2003; Sun ve Cao, 2011; Boudoulas ve ark., 2016; Mertcan, 2020). KAH tanısının konulmasında invaziv bir işlem olan koroner anjiyografi kullanılmakta olup eşsiz standart olarak kabul edilmektedir (Koplay ve Erol, 2013; Mertcan, 2020).

2.5. Koroner Arter Hastalığının Tedavisi

KAH tedavisine hastanın özelliklerine, hastalığının ne derecede olduğuna bakılarak karar verilmektedir. Bu tedaviler nonfarmakolojik, farmakolojik ve invaziv

tedavi yöntemlerini kapsamaktadır. KAH tedavisindeki amaç; semptomları kontrol altına almak, yaşam kalitesini artırarak yaşam süresini uzatmak ve hastaneye tekrarlı yatışları engellemektir (Özen ve Çelik, 2010; Montalescot ve Sechtem, 2014; Steg ve Ducrog, 2016)

2.5.1. Nonfarmakolojik Tedavi

Nonfarmakolojik tedavi; sigara tüketiminin bırakılması, yeterli ve sağlıklı beslenme, yeterli egzersiz, vücut kitle indeksinin normal seviyelerde tutulması, kan basıncı kontrolünün sağlanması ve lipid değerlerinin kontrolünü içermektedir (Montalescot ve Sechtem, 2014). Birey ve ailesinin sağlıklı beslenme, yeterli fiziksel aktivitenin KAH açısından önemi konusunda eğitilerek kardiyak rehabilitasyon programları hakkında bilgi verilmesi gerektiği bildirilmektedir. Kardiyak rehabilitasyon programları kalp hastalığına sahip bireylerin fiziksel, sosyal, mental açıdan en iyi seviyeye çıkabilmeleri için yapılan çalışmaların tümünü kapsamaktadır. Rehabilitasyon programı; ilk olarak hastanın değerlendirilmesi yapılarak başlanır ve hastanın gereksinimleri saptanarak hastaya uygun eğitim, diyet programı, koroner arter hastalığının risk faktörlerini önleme tedavisi, mesleki ve mental açıdan destek tedavisi, egzersiz eğitiminden oluşmaktadır (Uzun, 2007; Sevinç ve Eşer, 2011; Bayülgen ve Altıok, 2017). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları KAH'da özel bir öneme sahiptir. Sağlıklı yaşam davranışlarının sürekliliği; KAH riskini azaltmakta ve KAH tanısına sahip bireylerde hastalığın tekrarlama riskini önlemektedir. Tedavi sonrası hastaların tamamen iyileşim hissine kapılıp sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını bırakması hastalığın tekrar nüks etmesini ve ölüm riskini arttırmaktadır. Bu nedenle hastaların bilgilendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Bayülgen ve Altıok, 2017).

2.5.2. Farmakolojik Tedavi

KAH farmakolojik tedavisinde iki önemli hedef vardır. Bu hedefler; semptomların azaltılması ya da onarılması ve kardiyovasküler olaylardan korumadır.

KAH'ın farmakolojik tedavisinde; hızlı olarak etki eden nitrogliserin formülasyonları acil anjinalarda kullanılır ve semptomların en aza indirilmesini sağlar. Antiiskemik ilaçlar (beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri vb.) ise uzun dönemde semptomların ortadan kaldırılmasında ve azaltılmasında önemli rol oynar. Bunların

yanı sıra antitrombotikler, antihiperlipidemik ilaçlar, renin-anjiyotensin-aldosteron sistem blokerleri kullanılmaktadır (Fox ve ark., 2006; Montalescot ve Sechtem, 2014).

Kardiyak iskemi sebebiyle gelişen miyokard hasarını en az seviyeye indirmek ve saturasyon değerini %90'ın yukarısında tutmak için hastaya oksijen verilmesi büyük önem arz etmektedir. Nitrogliserinler koroner arterlerde vazodilatasyon etkisi yaparak kalbin daha iyi beslenmesini sağlamakla birlikte kalbin iş yükünü de azalmaktadır. Aspirin, pıhtılaşmayı engelleyerek dolaşımın sürdürülebilirliğini sağlamaktadır. Beta blokerler, miyokardın oksijen ihtiyacını azaltmakta, nabız ve kan basıncının düşürülmesini sağlamaktadır. Anjiyotensin (ACE) inhibitörleri ise, vasküler direnç yükünü en aza indirmektedir (Talvar ve ark., 2008; Montalescot ve Sechtem, 2014).

2.5.3. İnvaziv (Girişimsel) Tedavi

KAH'ın invaziv tedavisinde ilk uygulanan işlem, koroner arter bypass grefti cerrahisidir. Bu işlem günümüzde gelişmekte olan revaskülarizasyon yöntemlerinden biri olarak kullanılmaya devam etmektedir. Bunun yanı sıra 1970'li yıllarda ise diğer revaskülarizasyon yöntemleri olan perkütan translüminal koroner anjiyoplasti (PTKA) ve intrakoroner stent uygulamaları (perkütan koroner girişimler) yaygın kullanılmaya başlamıştır (Okçin, 2000; Özdemir ve ark., 2002; Montalescot ve Sechtem, 2014).

PTKA invaziv tedavi yöntemi Andreas Gruentzig tarafından ilk kez 1977 yılında bir hastaya uygulanmıştır. Anjioplasti; ateroskleroz, koroner arter damar duvarının kalınlaşması gibi çeşitli nedenlere bağlı olarak daralmış ya da tamamen tıkanmış damarları genişletme yöntemidir (Akdemir ve Birol, 2004; Barton ve ark.,2014). Koroner artere stent yerleştirme yöntemi, Dotter tarafından 1969 yılında ilk kez uygulanmıştır. Koroner arterlere stent uygulaması, damarların tekrar daralmasını önlemek ve damar hasarı gibi oluşabilecek olumsuzlukları engellemek için anjiyoplasti esnasında yapılmaktadır (Barton ve ark., 2014). Perkütan koroner girişimlerin genel anestezi ile olmaması, koroner arter bypass greft (KABG)'de olduğu gibi göğüse cerrahi işlem uygulanmaması, iyileşme süresinin kısa olması ve erken mobilizasyon ile hastanın yaşamsal aktivitelerine erken dönebilmesi gibi avantajları nedeniyle öncelikli olarak tercih edilen tedavi yöntemlerinden biridir. Perkütan

koroner girişimlerin mortalite riskinin düşük olduğu açıklanmıştır (Gül ve ark, 2002; Özen ve Çelik, 2010; Barton ve ark., 2014).

KABG, tamamen tıkalı olan işlev göremeyen bir ya da birden fazla koroner artere; genellikle bacak, kol veya göğüs duvarında bulunan safen ven, radial arter gibi greftler ile tıkalı ve işlev göremeyen arterlere distal anastomoz yapılarak miyokardın yeniden damarlanması işlemine denir (Ergene, 2012; Kaya, 2014). Günümüzde KAH'ın girişimsel tedavisinde öncelikli olarak KABG tercih edilmemektedir. KABG girişiminde genel anestezi olması, hastanın göğüs cerrahi işleminin olması ve erken mobilizasyon edilememesi, iyileşme sürecinin uzun olması ve enfeksiyon riski nedeniyle perkütan koroner girişimler ve anjiyoplasti öncelikli olarak tercih edilmektedir. Perkütan koroner girişimler ve anjiyoplasti ile tedavi edilemeyen hastalarda KABG tedavi yöntemi kullanılmaktadır (Gül ve ark., 2002; Özen ve Çelik, 2010; Kaya, 2014).

2.6. Koroner Arter Hastalığında Hemşirelik Bakımı

KAH olan veya KAH riski taşıyan bireylerde hastalığın önlenmesi, bakım ve takibinde hemşirelerin büyük rolleri bulunmaktadır. Hemşireler, takip ve gözlem becerilerini kullanarak hastanın tanı ve tedavi sürecinin yönetimi ile ilgili durumlarda aktif rol almaktadırlar (Martinez ve Bucher, 2005; Badır, 2014).

KAH tanısı almış bireylerdeki hemşirelik bakımındaki amaç; miyokardiyal iskeminin ilk evrelerinde tanımlanması, göğüs ağrısının kontrolü, komplikasyonların farkına varıp tanımlanması ve uygun ortam sağlanmasıdır. Özellikle KAH tanısı almış hastalara ve ailesine hem taburculuk öncesi hem de taburculuk sürecinde hastalığı, tedavisi ve bakımında nelere dikkat etmesi gerektiği konusunda eğitimler verilmesi gerekmektedir (Enç ve Uysal, 2014).

2.7. Sağlık Algısının Tanımı ve Önemi

Sağlık algısı, bireyin kendi sağlığını kendi duygu ve düşünceleriyle değerlendirmesidir. Sağlık algısı; sağlıktaki değişimleri herhangi bir tıbbi kontrol ve belirti bulgu olmadan haber vermesi nedeniyle çok önemlidir (Şahin, 1997; Yalnızoğlu Çaka ve ark., 2017; Ekti Alagöz, 2020). Sağlık algısı, subjektif ve objektif boyutların toplamıdır. Bireyin kendisini holistik açıdan sağlıklı olarak değerlendirilebilmesi için,

subjektif olarak sağlıklı hissetmesi ve objektif olarak sağlıklı olması gerekmektedir. Birey, sağlık problemi olmamasına rağmen kendini hasta ya da sağlık problemi olduğu halde kendini sağlıklı algılayabilmektedir. Yaş, cinsiyet, değerler, inançlar, deneyimler, kültür, mesleki sorumluluklar ve roller sağlık algısını etkileyen önemli faktörlerdir (Şenol, 2006; Yalnızoğlu Çaka ve ark., 2017; Akça ve ark., 2020).

Sağlık algısının değerlendirilmesi; kişinin sağlığındaki farklılıklara duyarlı olması, bir hekim tarafından klinik açıdan değerlendirilmesi yapılmadan ve herhangi bir hastalık belirtisi olmadan sağlık kurumuna başvuruda bulunması, kişilerin sağlık problemlerine yaklaşımlarını, davranışları ve problemleri anlamasını etkilediği için büyük önem taşımaktadır (Çapık, 2006; Kaya, 2014; Çiftçi Kıraç, 2021). Yapılmış birçok randomize kontrollü çalışmada, ölçüm sonuçlarının değerlendirilmesinde, “hastaların sağlıklarına ilişkin bireysel algıları” standart bir veri olarak kabul görmektedir (Ergene, 2012; Yalnızoğlu Çaka ve ark., 2017).

2.8. Sağlık Algısının Ölçülmesi

Toplumların ve kişilerin sağlık algısı düzeylerini ölçerken; subjektif ve objektif verilere göre değerlendirilme yapılmasını sağlayan birçok çeşitli ölçüt bulunmaktadır (Çapık, 2006; Yalnızoğlu Çaka ve ark., 2017; Dinç, 2019).

Genellikle, toplumların sağlık düzeylerinin ölçülmesinde bireylerin kendi sağlıkları hakkındaki duygu ve düşüncelerini aktarma imkanı veren bireysel sağlık algıları dikkate alınmamakta yani subjektif verilerden çok bunun yerine objektif veri olarak kabul gören “bebek ölüm hızı”, “çocuk ölüm hızı” ve “kaba doğum hızı” gibi veriler kullanılarak değerlendirmeler yapılmaktadır. Kişinin bireysel sağlık algısının ölçülmesin de ise; toplumsal sağlık algısının ölçümünde olduğu gibi objektif veri olarak kabul gören “BKİ”, “sosyal yeti yitimi” gibi veriler kullanılmaktadır (Çapık, 2006; Gür ve Sunal, 2019). Hasta kişilerin, kendilerinin ifade ettikleri hastalık durumları yapılan tetkikler ile doğrulandığı görülmekte; dolayısıyla bireysel sağlık algısının diğer sağlık göstergelerine göre daha bütünü kapsadığı görülmektedir (Goldberg ve ark., 2001; Çapık, 2006; Gür ve Sunal, 2019).

Sağlık algısı ölçümünde; sadece biyolojik boyutları ile bireyin değerlendirilmesi yapılmaz. Bütüncül bir yaklaşım ile bireyin fiziksel, mental sağlık durumu ve ağrının değerlendirilmesi gibi birçok boyutu içeren bir değerlendirme yapılır. Sağlık algısının

ölçümü bireysel sağlık ölçüm araçları ile yapılması “subjektif sağlığın ölçümü” olarak tanımlanmaktadır. Sağlık algısının ölçümünü tanımlamaya çalışan birçok ölçek geliştirilmiştir. Bireysel sağlık algısını değerlendiren sağlık algısı ölçeklerinde birey genellikle sağlık algısını; “mükemmel, çok iyi, iyi, orta, kötü” veya “hiç katılmıyorum, katılmıyorum, tarafsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum” şeklinde ifade edebilmektedir (Şenol, 2006; Kadioğlu ve Yıldız, 2012; Gür ve Sunal, 2019).

2.9. Koroner Arter Hastalarında Sağlık Algısı

Kronik hastalıkların genelinde olduğu gibi KAH’a sahip bireylerde de tıbbi bakımın temel amacını gerçekleştirebilmek için, hastalık durumlarının ve invaziv girişimlerin hastaların sağlık algısını nasıl etkilediğinin ortaya çıkarılması gerekmektedir (Şahin, 1997; Gür ve Sunal, 2019). Yapılan çalışmalarda, KAH’a sahip bireylerin günlük rutin hayatını devam ettirebiliyor olmalarını sağlıklı olma şeklinde yorumladıkları görülmektedir. Bu hastalar, gündelik iş ve ev hayatındaki işleyişinde sıkıntı yaratan bir sorun olmaması durumunda kendilerini sağlıklı olarak görmektedirler. Nefes alma, yürüme gibi durumlarda ağrılarla karşılaştıklarında; beklemek, dinlenmek ve ağrı kesici almak gibi bireysel yöntemlerle geçmesini beklemekte ve rahatsızlığının devam etmesi durumunda ise, sağlıklarına ilişkin düşünceleri bozularak hastalığın oluştuğuna inanmaktadırlar. Ancak bu hastaların birçoğu hastalıklarının geçici olduğunu ya da tehlikeli olmayacağını düşünüp hafife almakta, birçoğu ise kalp sorununun olduğunu düşünmediklerini ifade etmektedir. Artan ağrılar ve bireysel yöntemlerin faydasının görülmemesi durumunda ise, hastaların en son çare olarak sağlık kurumuna geldikleri görülmektedir (Doğan, 2010; Gür ve Sunal, 2019). Bu nedenle özellikle KAH’lı bireylerde sağlık algısının belirlenmesinin, hastalığı etkileyen risk faktörlerinin anlaşılmasında, bakım ihtiyaçlarının belirlenmesinde, uygun öneriler geliştirilmesinde, eğitimler planlanmasında ve etkin danışmanlık hizmetleri sağlayarak sağlığın geliştirilmesinde önemli olduğu bildirilmektedir (Şahin, 1997; Kaya, 2014; Gür ve Sunal, 2019).

Yapılan çalışmalarda sağlık algısı yüksek bulunan bireylerin sağlıkları hakkında daha az kaygılandıkları, öz bakımlarının yüksek olduğu ve sağlıklı yaşam davranışları edinerek bu davranışları devam ettirdikleri bildirilmektedir. Bu nedenle kronik hastalıkların yönetiminde sağlık algısı önemli bir yerde bulunmaktadır. Literatürde

kronik hastalıklara sahip bireylerde gerçekleştirilen çalışmalarda sağlık algısının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Temel ve Çimen, 2017; Yılmaz ve ark., 2018). KAH'larda gerçekleştirilen bir çalışmada ise, katılımcıların SAÖ'den aldıkları toplam puan ortalamasının orta düzeyde olup, en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutun "sağlığın önemi", en düşük puan ortalamasına sahip alt boyutun ise "kesinlik" olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada sağlık algısı ölçeği ile cinsiyet, medeni durum, mesleki yaşantı açısından aktif olma durumu, beden kütle indeksi (BKİ), sigara ve alkol kullanma durumu, en çok yaşanan şikayetin ne olduğu, düzenli şekilde tetkik ve kontrol yaptırma durumu, düzenli diyet yapma durumu, düzenli yürüyüş ve egzersiz yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Gür ve Sunal, 2019).

2.10. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Önemi

DSÖ sağlık okuryazarlığını, insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda karar verebilmeleri, sağlığın korunması, sürdürülmesi, geliştirilmesi ile yaşam kalitesinin yükseltilmesinde sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilmeleri, bu bilgileri ve mesajları doğru olarak yorumlama konularındaki istekleri ve kapasiteleri olarak tanımlamıştır (WHO, 2013).

Sağlık okuryazarlığı yıllar geçtikçe ve teknolojinin gelişimiyle daha önemli bir hale gelmiştir. Sağlık hizmet sunumu içinde sağlık okuryazarlığının, sağlığın önemi ve gelişimi için temel bir belirleyici olarak görülmesi gerektiği belirtilmektedir (Sarıyar ve Fırat Kılıç, 2018). Günümüzde bilgiye hızlı erişim, yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıkların artış göstermesi, bunlara yönelik uyum ile birlikte sağlık hizmetlerinde değişmelere paralel olarak sağlık okuryazarlığının önemi artmıştır. Sağlık okuryazarlığı okuma-yazma becerisinin ilerisinde sağlıklı davranışlar gösterebilme, ilaçlarını reçete edildiği gibi kullanabilme, sağlık hizmetlerinin nasıl kullanılabileceğini bilme, aydınlatılmış onam formlarını anlayabilme ve imzalama, bakım ve hastalıklar konusunda kararlar verebilme, evdeki tıbbi cihazların kullanım amacını bilme ve kullanabilme, sağlık çalışanlarını anlayabilme ve tedavisinde aktif rol alabilme gibi sağlık bilgilerini kavrama ve değerlendirme becerilerini kapsamaktadır. Hastalığın yönetimi açısından çok önemli olan tüm bu konular

günümüzde sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesini adeta zorunlu kılmaktadır (Akalin, 2012; Fertman ve Allenswort, 2012; Utma, 2019).

Günümüzdeki toplumsal yapı, insanların sağlık ile ilgili doğru ve yanlış bilgilere kolaylıkla ulaşabilmesine neden olmakta ve bu bilgilerin çok ve karmaşık oluşu sağlık okuryazarlık düzeyini olumsuz etkilemektedir (Utma, 2019). Yapılan çalışmalarda, yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin özellikle hastalıklardan korunma ve erken tanı ile ilişkili hizmetleri almaya istekli olmada ve tedaviye uyumda sorunlar yaşadığını göstermektedir (Berkman ve ark., 2011; WHO, 2013).

2.11. Dünya’da ve Türkiye’ de Sağlık Okuryazarlığı

Yeterli seviyede olmayan sağlık okuryazarlığı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için bir halk sağlığı sorunudur (Von Wagner ve ark., 2007; Okyay ve Abacıgil, 2019). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması’na göre, çalışmanın yürütüldüğü 8 ülke (Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya) arasındaki “mükemmel” sağlık okuryazarlığı sınıfına ait en yüksek prevalans %25.1 ile Hollanda’da, “yetersiz” sağlık okuryazarlığı sınıfında ise en yüksek prevalansın %26.9 ile Bulgaristan da olduğu açıklanmıştır (Okyay ve Abacıgil, 2019).

Türkiye’de yetişkin nüfusun üçte ikisinden fazlasının yetersiz/sınırlı sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu bildirilmiştir (Okyay ve Abacıgil, 2016; Tanrıöver ve ark.,2014). Sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin bireylerin sağlığını olumsuz yönde etkilediğini destekleyen araştırmaların sayısı giderek artmaktadır (Freedman ve ark., 2009; WHO, 2013).

2.12. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması (Düzeyleri)

Sağlık okuryazarlığı en temel şekliyle “uygun sağlık kararları için gerekli olan temel sağlık bilgisi ve hizmetlerini elde etme, işleme ve anlama kapasitesi” olarak ortak bir tanıma sahiptir son zamanlarda insan sağlığını geliştirme yönünün artması ile popüleritesi artmıştır. Nutbeam’in sağlık okuryazarlık modelinde üç sınıflandırma yapılmıştır (Nutbeam, 2000; McCaffery ve ark., 2013).

2.12.1. Temel/İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı

Sadece temel olarak okuma yazma becerisine sahip olmayı gösterir. Sağlık ile ilgili temel bilgileri, sağlık sistemi hakkında bilgi sahip olmak için temel okuma yazmayı içerir (Nutbeam, 2000; Fiedler ve ark., 2017).

2.12.2. İletişimsel/ Etkileşimli Sağlık Okuryazarlığı

İleri seviye sağlık okuryazarlığı olarak bilinmektedir. Sadece temel okuma yazmayı değil, sosyalleşme yeteneği ile bilgi toplamayı, değişmiş sistemlere koşullara uyum sağlamayı ve ileri seviyede okuryazarlık gerektirir. Sağlık ile ilgili verilmiş bilgileri anlamayı gerektirir (Nutbeam, 2000; Fiedler ve ark., 2017).

2.12.3. Kritik (Eleştirel) Sağlık Okuryazarlığı

Bilişsel yetenekler sağlık okuryazarlığının önemli bir parametresidir. Kişinin belli yaşa kadar artan bilişsel becerileri doğru kullanıldığında sağlık okuryazarlığı seviyesini yükseltebilir. Kritik sağlık okuryazarlığı da bu şekil geliştirilmiş okuryazarlıktır. Bireyin sosyal yetenekleri ile birlikte verilen bilgiyi analiz etmesi, kontrol altına alabilmesi yönetebilmesi, dini ve siyasi bütün yönleriyle anlayabilmesini gerektirir (Nutbeam, 2000; Kennard, 2016).

2.13. Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi

Sağlık okuryazarlığının sadece eğitim seviyelerine bakılarak değerlendirilmesi doğru değildir. Çünkü lisans ve daha üzerinde eğitim seviyesine sahip biri yaş ve farklı sebeplerden dolayı okuduğunu anlayamaz hale gelebilir. Bireylere sadece okuma yazma seviyeniz nasıl diye sorulduğunda da “iyi” cevabını alınabilir. Başka bir değerlendirme ölçütü kullanmadan kabul edilmesi büyük hatalara yol açabilir. Temel sosyo-demografik özelliklere (cinsiyet, eğitim, yaş vb.) göre farklılık gösteren sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanma seviyesi ve sağlık çıktılarını çok etkilemesine rağmen, sağlık okuryazarlığın düzeyinin ölçülmesinde en uygun yöntem için ortak bir görüş birliğine varılamamıştır (Safeer ve Keenan, 2005; Aslantekin ve Yumrutaş, 2014).

2.14. Koroner Arter Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı düzeyi sağlıkla ilgili kararlar verirken, hastanın tedavi sürecine (örneğin ilaç tedavisi) bağlılığını etkileyebilmektedir (Ngho, 2009; Utma, 2019). KAH tanısı almış bireylerin karmaşık ilaç tedavisine, diyet rejimlerine uyum sağlamaları gerekmektedir. Ayrıca oluşabilecek semptomları anlayıp ve önemini kavramaları beklenmektedir (Fraker ve Fihn, 2007; Utma, 2019). Bu bireylerde sağlık okuryazarlığı, ilaç kullanımının şekillerini, taburcu ve randevu süreçlerini ve verilen tüm eğitimleri (örneğin; diyet talimatları) anlama yeteneğinin yanı sıra karmaşık sağlık sistemleri hakkında düşünme ve yorum yapma yeteneğini de içermektedir (Evangelista ve ark., 2010; Lindahl ve ark., 2020). Bu nedenle KAH yeterli sağlık okuryazarlığı becerilerini gerektiren kronik bir hastalık olarak görülmektedir (De Melo Ghisi ve ark., 2018). Kardiyak hastalığa sahip bireylerde sağlık okuryazarlığı önemli olmasına rağmen yapılan çalışmalarda hastaların %20-60'ının düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Evangelista ve ark., 2010; Moser ve ark., 2015; De Melo Ghisi ve ark., 2018; Lindahl ve ark., 2020). Ayrıca yapılan çalışmalarda düşük sağlık okuryazarlığının, kardiyak hastalık prevalans artışı, daha düşük kardiyokoruyucu sağlık davranışlarını gerçekleştirme, zayıf hastalık bilgisi, kötü hastalık öz yönetimi, daha yüksek tekrarlı yatışlar ve ölüm oranları ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Cajita ve ark., 2016; Friis ve ark., 2016; Aaby ve ark., 2017; Moser ve ark., 2015). Türkiye'de gerçekleştirilen bir çalışmada ise, yatarak tedavi gören koroner arter hastalarında genel indeks puanı ortalamasının 31.7 ± 8.4 olup %59.3'ünde sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz/sorunlu olduğu belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanların oranı 65 yaş ve üzeri grupta %58.3 iken, 50-64 yaş grubunda %41.7 bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde olanların oranı erkeklerde %62.5 ve kadınlarda %37.5 olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada; genel olarak sağlık durumunu orta olarak ifade edenlerin %55.4'ünün sağlık okuryazarlığının yeterli düzeyde olduğu ve sağlık durumunu algılama biçimine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinde anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (Ahçioğlu, 2020).

2.15. Sağlık Algısı ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki

Tüm dünyada artan kronik hastalık olgusu ve yukarıdaki bilgiler ışığında, hastalıkların yönetimi açısından bireylerin sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi ve aralarındaki ilişkinin ortaya çıkarılmasının önemli olduğu görülmektedir. Ayrıca bu değerlendirmeleri yapmak verilecek hemşirelik bakımının kalitesini arttıracak ve hastaların sağlığını geliştirilmesine de katkı sağlayacaktır.

Literatürde sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığının değerlendirildiği çalışmalar mevcuttur (Temel ve Çimen, 2017; Gül, 2018; Akça ve ark., 2020; Alagöz Ekti, 2020; Durmaz ve ark., 2020; Yalçın, 2020; Kale Aktaş, 2021; Çetin ve Yılmaz, 2022; Filiz ve Bodur, 2022; Özer, 2022). Gebelerde gerçekleştirilen çalışmalarda gebelerin sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ilişki saptanmış ve gebelerin sağlık okuryazarlıkları yükseldikçe sağlık algılarının iyileştiği belirlenmiştir (Akça ve ark., 2020; Filiz ve Bodur, 2022).

Mermer fabrikasında çalışan işçilerde gerçekleştirilen çalışmada sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır (Durmaz ve ark., 2020). Yetişkin bireylerde gerçekleştirilen bir çalışmada sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı arasında istatistiksel açıdan pozitif doğrusal bir etki olduğu saptanmıştır (Gül, 2018). Aynı şekilde bir kamu kurumunda çalışan bireyler üzerinde gerçekleştirilen çalışmada da sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık algısı arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuş ve katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça sağlık algısı düzeyinin de arttığı bildirilmiştir (Özer, 2022). Aile sağlığı merkezine kayıtlı hastalarda gerçekleştirilen bir diğer çalışmada da sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ile pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır (Alagöz Ekti, 2020). Sağlık bilimlerinde eğitim gören öğrenciler üzerinde gerçekleştirilen çalışmada da sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü düşük bir ilişki olduğu görülmüştür (Yalçın, 2020).

Bir devlet hastanesinin genel cerrahi kliniğinde yatan hastalarda gerçekleştirilen çalışmada ameliyat olacak hastaların sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı arasında bir ilişki belirlenmiştir (Çetin ve Yılmaz, 2022). Kronik hastalığa sahip bireylerde gerçekleştirilen çalışmada, hastaların sağlık okuryazarlık düzeyleri ile sağlıklarına verdikleri önem arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ilişki saptanmış ve

sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin sağlıklarına daha çok önem verdikleri sonucuna varılmıştır (Kale Aktaş, 2021). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde gerçekleştirilen bir diğer çalışmada da benzer şekilde bireylerin sağlıklarını nasıl algıladığı ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir fark belirlenmiş ve sağlıklarını iyi ve çok iyi algılayan bireylerde sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Temel ve Çimen, 2017).

2.16. Sağlık Algısı ve Sağlık Okuryazarlığında Hemşirenin Rolü

Sağlık algısı, bireyin fiziksel, sosyal ve zihinsel sağlığını yansıtan önemli bir göstergedir ve farklı yönleri olan çok geniş bir kavramdır. Kişinin kendi sağlık durumunu olumlu ve olumsuz olarak değerlendirilebilmesi mümkündür. Ayrıca sağlık algısı sağlığın geliştirilmesiyle direkt olarak ilişkilidir ve ikisi de kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanmasını içermektedir (Klein Velderman ve ark., 2010; Shaw ve ark., 2012). Sağlık algısı, kişinin yaşamında sağlıklı davranışların yer alması ve bu davranışların devamlılığının sağlanmasını amaçlayan sağlığın geliştirilmesi süreci ile doğrudan ilişkilidir. DSÖ, sağlığı koruma ve geliştirmede en büyük sorumluluğa sahip bireyler olarak hemşireleri göstermiştir (Açıkgöz ve ark., 2013). Hemşireler sağlığı geliştirme ile ilgili süreçlere hakim olmalı ve bu davranışların kazandırılmasında da birer rehber olarak hizmet vermeli ve rol modeli olmalıdır (Whitehead, 2005). Ayrıca hemşireler, hastalık kadar sağlıkla ilişkili de değerlendirmeler yapması gereklidir. Özellikle bireyi değerlendirirken ve hemşirelik uygulamalarını planlarken bireyin subjektif sağlık algısını da dikkate alarak hizmet vermelidir. Bu açıdan hemşireler, bireyin sağlığını nasıl tanımladığı ve sağlıkla neleri ilişkilendirdiğini de ayrıntılı incelemelidir (Gül, 2018).

Gün geçtikçe yaygınlaşmakta olan sağlık okuryazarlığı; kişilerin okuma yazma durumu ve sağlık bilinci ile doğru orantılıdır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça da sağlık bilinci, bakım kalitesi artacak, sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe ve zaman ise orantılı olarak azalacaktır. Sağlık okuryazarlığında bilgilendirme ve tavsiye kaynakları; genellikle internet, sosyal medya, sağlık hizmeti sunucuları, kitaplar, içinde bulunduğu toplum ve arkadaşları içermektedir. Bu konuda sağlık hizmet sunumunun en büyük yapı taşı olan hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler de kendi payına düşen bu sorumluluğu; araştırarak, eğitimler vererek, hasta

iletişiminde daha hassas yaklaşımlar sergileyerek yerine getirmelidir. Özellikle sağlığın algısının yükseltilmesi için yapılan çalışmalar ve hasta eğitimi bunların başında gelmektedir (Connell, 2011; Dickens, 2013; Johnston, 2015; De Melo Ghisi ve ark., 2018; Kaya ve Sivrikaya, 2019). Hemşirelerin sağlık okuryazarlığı hakkında neler bildikleri iyi araştırılmalı ve hemşirelik uzmanlarının sağlık okuryazarlığı hakkında eğitimleri ile sağlık okuryazarlığı düzeyi iyileştirilmelidir. Hemşirelerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin artması ile hasta ve ailesinin sağlık okuryazarlığı seviyesinin de yükselebileceği bildirilmektedir (Connell, 2011; Kaya ve Sivrikaya, 2019).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma, Ordu il merkezinde bulunan Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmüştür. Hastanede 42 öğretim üyesi, 45 uzman tabip, 7 pratisyen tabip, 385 sağlık personeli, 357 diğer personel olmak üzere toplamda 836 çalışanı ile hizmet veren sağlık kurumunda, 273 yatak ve 24 yoğun bakım yatağı bulunmaktadır. Çalışmanın yürütüldüğü bu kurum 7 yataklı koroner yoğun bakım ünitesi, 20 yataklı kardiyoloji servisi ve 4 yataklı gününbirlik servise sahiptir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne koroner arter hastalığı tanısı ile yatan hastalar oluşturmuştur. Hastaların hastaneye tekrarlı yatışları nedeniyle, örneklemin hesaplanmasında bilinmeyen evren formülü kullanılmıştır. Örneklem için Ahçıoğlu'nun (2020) çalışmasında koroner arter hastalarında sağlık okuryazarlığı olarak bildirilen oran incelenen olayın görülüş sıklığı olarak kullanılmıştır.

$$n= t^2pq/ d^2$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.407)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (0.593)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1.96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örnekleme hatası (0.05)

n: $(1.96)^2 \times 0.407 \times 0.593 / (0.05)^2 = 371$ hasta çalışma kapsamına alınmıştır.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- KAH tanısı almış olan,
- 18 yaşından büyük olan,
- Yer ve zaman oryantasyonuna sahip,
- İletişim kurmada güçlüğü olmayan,
- Çalışmaya gönüllü katılmayı kabul eden kişiler araştırma kapsamına alınmıştır.

3.3.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Glaskow koma skalasına göre 13 puan altında alan (koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar için),
- Demans/beyin fonksiyon bozukluğu olan,
- Görme ya da duyma sorunları olan,
- Sedatif ve analjezik herhangi bir ilaç alan,
- Psikiyatrik hastalık tanısı olan hastalar araştırma kapsamı dışında tutulmuştur.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

- Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) Puanı,
- Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Puanı

Bağımsız Değişkenler

- Koroner arter hastalarının kişisel özelliklerine ilişkin veriler

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada; Glaskow Koma Skalası (Ek-1), Kişisel Bilgi Formu (Ek-2), (SAÖ) (Ek-3) ve (TSOY-32) (Ek-4) kullanarak veriler toplanmıştır.

3.5.1. Glaskow Koma Skalası

Ölçek Glasgow Üniversitesi Nörolojik Bilimler Enstitüsü beyin cerrahisi profesörleri Graham Teasdale ve Bryan J. Jennett tarafından 1974 yılında oluşturulmuştur. Glasgow koma ölçeği; göz açma, sözlü, motor olmak üzere üç değişkeni değerlendirmektedir. Her değişken için belirli bir puan verilmektedir. Ölçek toplam puanı 15 ise hasta oryante, 13 – 14 ise konfüze, 8 – 13 ise stupor, 3 – 8 ise perikoma, 3'ün altında ise koma olarak tanımlanmaktadır. Ölçek yoğun bakımlarda bilinç değerlendirmesi için yaygın olarak kullanılmaktadır (Jennet ve ark., 1976) (Ek-1).

3.5.2. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilmiştir (Gür, 2017; De Melo Ghisi ve ark.,2018; Magnani ve ark.,2018; Ahçıoğlu,2020) (Ek-2). Toplam 22 sorudan oluşan form, koroner hastalarının sosyo-demografik özellikleri, sağlık/hastalık özellikleri, alışkanlıklar, ilaç kullanımına ilişkin özellikler ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkili soruları içermektedir. (Ek-2).

3.5.3. Sağlık Algısı Ölçeği

Bu ölçek Diamond ve arkadaşları tarafından 2007 yılında geliştirilmiş (Diamond ark., 2007) ve 2009 yılında Kadioğlu ve Yıldız tarafından Türkçe'ye geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek 15 maddeden oluşmaktadır ve Kontrol Merkezi (KOM), kesinlik (KES), sağlığın önemi (SĞÖ) ve öz farkındalık (ÖZF) olmak üzere 4 alt boyutu vardır. Yanıtlar 5'li likert tipindedir. 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. sorular olumlu ve 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. sorular olumsuz ifadelerdir. Olumlu ifadeler “tamamen katılıyorum=5”, “katılıyorum=4”, “kararsızım= 3”, “katılmıyorum= 2”, “hiç katılmıyorum= 1” şeklinde puanlanmıştır. Olumsuz ifadeler ise ters puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 15, maksimum puan ise 75'dir. KOM alt boyutu; bireyin sağlıklı olmayı kendi dışındaki faktörlere (şans, kader, dini inanç vb.) bağlayıp bağlamadığını, yani sağlıklı olmada KOM'u kendinde toplayıp toplamadığını ve sağlığını değiştirebilmeye yönelik kendine olan güvenini belirlemeye yöneliktir. ÖZF alt boyutu; bireyin sağlıklı olmaya ilişkin egzersiz ve doğru beslenme konusunda algısının, sağlıklı olmanın kendi elinde olup olmadığına yönelik inancının

seviyesini belirlemeye yöneliktir. KES alt boyutu; bireyin sağlıklı kalmaya ve daha sağlıklı olmaya yönelik yapması gerekenler konusunda kesin bir fikre sahip olup olmadığını belirlemeye yöneliktir. SĞÖ alt boyutu; bireyin sağlığına ne derece önem verdiğini, bu konuda ne derecede maddi fedakarlıkta bulunduğunu ve sağlığa verdiği önemin hayatındaki önceliklerden biri olup olmadığını belirlemeye yöneliktir (EK-3). Ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0.628 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0.801 olarak bulunmuştur.

3.5.4. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

TSOY-32 ölçeği 2016 yılında Okyay ve ark. tarafından geliştirilip, geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış olan, HLS-EU temelinde geliştirilen 32 maddelik likert özellikte yeni bir sağlık okuryazarlığı değerlendirme ölçeğidir. Kavramsal çerçeve, sağlıkla ilgili iki boyut (tedavi ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ve sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili dört bilgi edinme sürecini (ulaşma, anlama, değerlendirme ve kullanma/uygulama) içermektedir. Ölçek, iki temel boyut ve dört süreci içeren 2x4'lük matris bileşenleri ve bu bileşenlere denk gelen maddelerden oluşur. Katılımcılara 32 cümle verilir ve her madde "çok kolay, kolay, zor, çok zor ve fikrim yok" şeklinde derecelendirilmiştir. Bir ölçekte 0 puan en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 puan ise en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir (Ek-4). Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.927 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0.978 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Hastalar form ve ölçekleri kendi yatağının başında sessiz ortamda cevaplandırmıştır. Hastaların form ve ölçekleri cevaplandırmaları yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmada kullanılan "SAÖ" ve "TSOY-32" yazarlarından ölçek kullanım izinleri alınmıştır (Ek-5 ve Ek-6). Veri toplamaya başlamadan önce Ordu İl Sağlık Müdürlüğü'nden (164222137) (Ek-7) ve Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 21.04.2022 tarih ve 719461 sayılı kararla (Ek-8) gerekli izinler alınmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü hastalara araştırmanın amacı ve yararları anlatılarak sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Ek-9). Araştırma süresince Helsinki Bildirgesi kurallarına uyulmuştur.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece bir eğitim araştırma hastanesine KAH tanısı ile yatan hastalar üzerinde gerçekleştirilmesi sınırlılık içermektedir. Dolayısıyla araştırma sonuçları KAH tanılı hastalar için genellenemez.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi bilgisayar ortamında uzman istatistiki tarafından gerçekleştirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile değerlendirilmiş olup veri analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum, maksimum değerler) kullanılmıştır. Ayrıca niceliksel verilerin karşılaştırmalarında Mann Whitney-U testi, ikiden fazla grupta ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Farkı yaratan grup ya da grupların ortaya çıkarılması için Post Hoc Bonferroni testi uygulanmıştır. Normal dağılmayan sürekli değerkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi için Spearman korelasyonu kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirlik analizi, Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı ile değerlendirilmiştir. Analizler IBM SPSS 25 programında gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel olarak $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Koroner arter hastalarında sağlık algısı ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi incelemek için yürütülen çalışmanın bulguları bu bölümde değerlendirilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları (n=375)

Demografik özellikler	n	%
Yaş grupları		
20-40 yaş	16	4.3
41-51 yaş	47	12.5
52-62 yaş	114	30.4
63 yaş ve üzeri	198	52.8
Cinsiyet		
Kadın	140	37.3
Erkek	235	62.7
Medeni Durum		
Evli	327	87.2
Bekar	48	12.8
Eğitim Düzeyi		
Okur yazar değil	29	7.7
Okur yazar	46	12.3
İlkokul	119	31.7
Ortaokul	81	21.6
Lise	76	20.3
Üniversite	22	5.9
Lisansüstü	2	0.5
Aile Tipi		
Çekirdek aile	279	74.4
Geniş aile	96	25.6
Mesleği		
Ev hanımı	121	32.3
Memur	8	2.1
İşçi	58	15.5
Çiftçi	13	3.5
Emekli	156	41.6
Serbest meslek	18	4.8
Diğer	1	0.3
Gelir Durumu		
Gelirim giderimden az	159	42.4
Gelirim giderime eşit	201	53.6
Gelirim giderimden fazla	15	4.0
Yaşanan Yer		
Köy	137	36.5
İlçe merkezi	92	24.5
İl merkezi	146	38.9
Kiminle Yaşadığı		
Yalnız	17	4.5
Eşiyle ve/veya çocuğuyla	265	70.7
Akrabaları ile	93	24.8

Tablo 4.1’de araştırma kapsamına alınan KAH’lı hastaların sosyo-demografik özellikleri ve bazı değişkenlere göre dağılımları gösterilmiştir. Buna göre hastaların %52.8’inin 73 yaş ve üzeri, %62.7’sinin erkek, %87.2’sinin evli, %31.7’sinin ilkokul mezunu, %41.6’sının emekli olduğu, %74.4’ünün çekirdek aile tipinde yaşadığı, %42.4’ünün gelir düzeyini “gelirim giderimden az” olarak tanımladığı, %99.7’sinin sosyal güvencesi olduğu, %38.9’unun il merkezinde yaşadığı, %70.7’sinin eşiyle ve/veya çocuğuyla yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Katılımcıların Sağlık ve Hastalık Durumlarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları (n=375)

Sağlık ve Hastalık Durumlarına İlişkin Özellikler	n	%
KAH tanısı alınan süre		
0-12 ay	109	29.1
13-48 ay	87	23.2
49-96 ay	62	16.5
97-144 ay	72	19.2
145 ay ve üzeri	45	12.0
KAH nedeniyle en çok yaşanan şikayet*		
Göğüs ağrısı	267	71.2
Yorgunluk	73	19.5
Çarpıntı	84	22.4
Nefes darlığı	165	44.0
KAH nedeniyle daha önce hastaneye yatma durumu		
Evet	273	72.8
Hayır	102	27.2
KAH nedeniyle daha önce hastanede yatma sayısı**		
1 kez	82	30.0
2-4 kez	142	52.0
5 kez ve üzeri	49	18.0
KAH dışında başka kronik hastalığa sahip olma durumu		
Evet	299	79.7
Hayır	76	20.3
Sahip olunan kronik hastalık***		
DM	187	62.5
HT	210	27.4
KY	104	7.7
KOAH	10	1
KBY	13	0.7
KOLİT	2	0.3
SVH	7	0.3
Düzenli doktor kontrolüne gitme durumu		
Evet	230	61.3
Hayır	145	38.7

Tablo 4.2. (Devam) Katılımcıların Sağlık ve Hastalık Durumlarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları (n=375)

KAH'tan korunmada etkili bulunan önlem		
İlaç kullanımı	117	31.2
Yaşam tarzı değişikliği	7	1.9
İlaç kullanımı ve yaşam tarzı değişikliği	251	66.9
Beden Kütle İndeksi		
Düşük kilolu (18.5 ve altı)	5	1.3
Normal kilolu (18.51-24.99)	93	24.8
Fazla kilolu (25-29.99)	145	38.7
Obez (30-39.99)	130	34.7
Aşırı obez (40 ve üzeri)	2	0.5
Sigara kullanımı		
Evet	174	46.4
Hayır	201	53.6
Alkol kullanımı		
Evet	32	8.5
Hayır	343	91.5
Düzenli egzersiz yapma durumu		
Evet	29	7.7
Hayır	346	92.3
Sağlığı algılama		
Kötü	26	6.9
Orta	150	40.0
İyi	199	53.1
Sürekli ilaç kullanma durumu		
Evet	322	85.9
Hayır	53	14.1
Sağlıkla ilgili bilgi kaynakları*		
Doktor	375	100
Hemşire	297	79.2
Diğer sağlık çalışanları	110	29.4
Aile üyeleri/Arkadaş	173	43.2
İnternet	178	47.5
Gazete/Dergi	75	20
Kitap/Broşür	58	15.5
Televizyon/Radyo	265	70.7

*Birden fazla cevap verilmiştir.

** KAH nedeniyle daha önce hastanede yatanlar cevap vermiştir.

*** Başka kronik hastalığa sahip olanlar cevap vermiştir. Ayrıca birden fazla kronik hastalığa sahip birey olduğu için toplam sayı fazladır.

Tablo 4.2'de araştırma kapsamına alınan KAH'lı hastaların sağlık ve hastalık durumlarına ilişkin özelliklerine göre dağılımları sunulmuştur. Buna göre hastaların %29.1'inin 0-12 aydır KAH hastası olduğu, %71.2'sinin göğüs ağrısı şikayetinin

olduğu, %72.8'inin KAH nedeniyle daha önce hastaneye yattığı ve hastanede yatanların %52'sinin 2-4 kez tekrarlı yatış yaptığı saptanmıştır.

Araştırmada yer alan KAH'lı hastaların %79.7'si başka bir kronik hastalığı tanısı daha aldığı ve başka bir kronik hastalığı tanısı alan hastaların %62.5'inde DM olduğu belirlenmiştir. Hastaların %61.3'ü düzenli doktor kontrolüne giderken, %66.9'u ilaç kullanımı ve yaşam tarzı değişikliğini KAH'tan korunmada etkili bulunan önlem bildirmiştir. Hastaların BKİ'sine göre %38.7'sinin fazla kilolu olduğu saptanmıştır. KAH tanılı hastaların %53.6'sının sigara kullanmadığı ve %91.5'inin alkol kullanmadığı belirlenmiştir. KAH tanılı hastaların %92.3'ünün herhangi bir egzersiz yapmadığı, %53.1'inin sağlığını "iyi" olarak değerlendirdiği ve %85.9'unun sürekli kullandığı bir ilacı bulunduğu saptanmıştır. Hastaların bilgi kaynakları arasında %100 doktor, %79.2 hemşire ve %70.7 televizyon/ radyo olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. SAÖ ve Alt Boyutları ile TSOY-32 ve Alt Boyutlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Güvenirliklerin Dağılımı (n=375)

Ölçekler ve Alt Boyutları	Min.	Mak.	Ortalama	Standart Sapma
KOM Alt Boyutu	5.00	18.00	6.6133	2.96185
KES Alt Boyutu	4.00	20.00	12.0107	3.84317
SĞÖ Alt Boyutu	3.00	8.00	3.3973	0.94189
ÖZF Alt Boyutu	3.00	10.00	4.6427	1.35445
SAÖ Toplam Puan	15.00	48.00	26.6640	6.67978
Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu	0.00	43.75	13.5750	10.11134
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu	0.00	50.00	34.6187	14.82367
TSOY-32 Toplam Puan	0.00	40.10	18.9458	8.99453

Araştırmaya katılan KAH'lı hastaların SAÖ'ye verdikleri cevaplardan aldıkları ölçek puan ortalaması 26.66 ± 6.67 (min. puan 15 ve max. puan 48) bulunmuştur. Hastaların TSOY-32'ye verdikleri cevaplardan aldıkları ölçek puan ortalaması 18.94 ± 8.99 (min. puan 0 ve max. puan 40.1) bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların verdikleri cevaplara göre SAÖ'nün tutarlılık testi için güvenilirlik analizleri uygulanmıştır. "KOM" alt boyutu 0.896; "KES" alt boyutu 0.746 Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ile yüksek düzeyde güvenilir olduğu bulunmuştur. "SĞÖ" alt boyutu 0.442, "ÖZF" alt boyutu 0.400 Cronbach alfa

güvenilirlik katsayısı ile yeterli düzeyde güvenilir olduğu saptanmıştır. SAÖ 0.801 Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ile oldukça yüksek düzeyde güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların verdikleri cevaplara göre TSOY-32 ölçeğinin tutarlılığını testi için güvenilirlik analizleri uygulanmıştır. “Tedavi ve Hizmet” alt boyutu 0.945 Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ile yüksek düzeyde güvenilir olduğu bulunmuştur. “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyutu 0.981 ile çok yüksek düzeyde güvenilir olduğu saptanmıştır. TSOY-32’nin 0.978 Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ile oldukça yüksek düzeyde güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.4. SAÖ ve Alt Boyutları ile TSOY-32 ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki (n=375)

Ölçekler ve Alt Boyutları		KES	SĞÖ	ÖZF	SAÖ	Tedavi ve Hizmet	Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi	TSOY-32
KOM	r	.399 0.000*	.433 0.000*	.413 0.000*	.714 0.000*	.382 0.000*	.214 0.000*	.185 0.000*
KES	r		.233 0.000*	.327 0.000*	.859 0.000*	.569 0.000*	.488 0.000*	.265 0.000*
SĞÖ	r			.327 0.000*	.495 0.000*	.255 0.000*	.108 0.036*	.114* 0.027*
ÖZF	r				.593 0.000*	.434 0.000*	.347 0.000*	.287 0.000*
SAÖ	r					.625 0.000*	.457 0.000*	.318 0.000*
Tedavi ve Hizmet	r						.773 0.000*	.512 0.000*
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi	r							.658 0.000*

*p<0.05

Tablo 4.4'te araştırma kapsamındaki hastaların SAÖ ve alt boyutları ile TSOY-32 ve alt boyutları arasındaki ilişki sunulmuştur.

Araştırmada “KOM” alt boyutu ile “KES” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki bulunmuştur ($r=0.399$, $p<0.05$). “KOM” alt boyutu ile “SĞÖ” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki saptanmıştır ($r=0.433$, $p<0.05$). “KOM” alt boyutu ile “ÖZF” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki saptanmıştır ($r=0.413$, $p<0.05$). “KOM” alt boyutu ile SAÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyli bir ilişki belirlenmiştir ($r=0.714$, $p<0.05$). Araştırmada “KOM” alt boyutu ile “Tedavi ve Hizmet” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki bulunmuştur ($r=0.382$, $p<0.05$). “KOM” alt boyutu ile “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=0.214$, $p<0.05$). “KOM” alt boyutu ile TSOY-32 arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve çok zayıf bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=0.185$, $p<0.05$).

“KES” alt boyutu ile “SĞÖ” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=0.233$, $p<0.05$). “KES” alt boyutu ile “ÖZF” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki saptanmıştır ($r=0.327$, $p<0.05$). “KES” alt boyutu ile SAÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyli bir ilişki belirlenmiştir ($r=0.859$, $p<0.05$). “KES” alt boyutu ile “Tedavi ve Hizmet” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki bulunmuştur ($r=0.569$, $p<0.05$). “KES” alt boyutu ile “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki görülmüştür ($r=0.488$, $p<0.05$). “KES” alt boyutu ile TSOY-32 arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki elde edilmiştir ($r=0.265$, $p<0,05$).

“SĞÖ” alt boyutu ile “ÖZF” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki saptanmıştır ($r=0.327$, $p<0.05$). “SĞÖ” alt boyutu ile SAÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki belirlenmiştir ($r=0.495$, $p<0.05$). “SĞÖ” alt boyutu ile “Tedavi ve Hizmet” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf düzeyli bir ilişki

bulunmuştur ($r=0.255$, $p<0.05$). “SĞÖ” alt boyutu ile “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve çok zayıf bir ilişki elde edilmiştir ($r=0.108$, $p<0.05$). “SĞÖ” alt boyutu ile TSOY-32 arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve çok zayıf bir ilişki gözlenmiştir ($r=0.114$, $p<0.05$).

“ÖZF” alt boyutu ile SAÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzey bir ilişki belirlenmiştir ($r=0.593$, $p<0.05$). “ÖZF” alt boyutu ile “Tedavi ve Hizmet” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki bulunmuştur ($r=0.434$, $p<0.05$). “ÖZF” alt boyutu ile “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki görülmüştür ($r=0.347$, $p<0.05$). “ÖZF” alt boyutu ile TSOY-32 arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki elde edilmiştir ($r=0.287$, $p<0.05$).

SAÖ ile “Tedavi ve Hizmet” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki bulunmuştur ($r=0.625$, $p<0.05$). SAÖ ile “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki belirlenmiştir ($r=0.457$, $p<0.05$). SAÖ ile TSOY-32 arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzey bir ilişki saptanmıştır ($r=0.318$, $p<0.05$).

“Tedavi ve Hizmet” alt boyutu ile “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyli bir ilişki görülmüştür ($r=0.773$, $p<0.05$). “Tedavi ve Hizmet” alt boyutu ile TSOY-32 arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzey bir ilişki gözlenmiştir ($r=0.512$, $p<0.05$).

“Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyutu ile TSOY-32 arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzey bir ilişki elde edilmiştir ($r=0.658$, $p<0.05$).

Tablo 4.5. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre SAÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=375)

Demografik özellikler	N	KOM Ort.±S.S.	KES Ort.±S.S.	SĞÖ Ort.±S.S.	ÖZF Ort.±S.S.	SAÖ Ort.±S.S.
Yaş		r=0.104	r=0.263	r=0.027	r=0.181	r=0.251
Test ve p değeri		p=0.045*	p=0.045*	p=0.598	p=0.000*	p=0.000*
Yaş grupları						
20-40 yaş ¹	16	8.06±4.96	11.19±4.53	3.5±1.03	3.81±1.22	26.56±10.33
41-51 yaş ²	47	6.57±3.13	10.45±4.15	3.45±1.06	4.51±1.44	24.98±7.56
52-62 yaş ³	114	6.16±2.61	11.24±3.72	3.29±0.86	4.5±1.35	25.18±6.42
63 yaş ve üzeri ⁴	198	6.77±2.88	12.89±3.57	3.44±0.95	4.82±1.32	27.92±6
Test ve p değeri		KW=6.749/p=0.080	KW=21.792/p=0.000* Fark:4-2,3***	KW=4.190/p=0.242	KW=14.871/p=0.002* Fark:4-1***	KW=23.221/p=0.000* Fark:4-2,3***
Cinsiyet						
Kadın	140	6.59±2.82	13.07±3.86	3.45±1.02	4.89±1.41	28±6.51
Erkek	235	6.63±3.05	11.38±3.7	3.37±0.89	4.5±1.3	25.87±6.67
Test ve p değeri		U=15410.0/p=0.288	U=12464.5/p=0.000*	U=15829.0/p=0.378	U=13779.0/p=0.007*	U=13227.5/p=0.001*
Medeni Durum						
Evli	327	6.36±2.69	11.69±3.75	3.33±0.87	4.53±1.31	25.9±6.2
Bekar	48	8.31±4.03	14.23±3.74	3.88±1.23	5.44±1.41	31.85±7.55
Test ve p değeri		U=58526.5/p=0.001*	U=4885.5/p=0.000*	U=5821.5/p=0.000*	U=4915.0/p=0.000*	U=4204.0/p=0.000*
Eğitim Düzeyi						
Okur yazar değil ¹	29	7.31±3.44	14.14±3.38	3.55±1.15	5.62±1.8	30.62±6.94
Okur yazar ²	46	6.67±2.71	14.22±3.63	3.39±0.8	4.91±1.13	29.2±5.45
İlkokul ³	119	6.67±2.99	12.18±4.01	3.47±1.02	4.76±1.37	27.08±6.84
Ortaokul ⁴	81	6.04±2.32	11.79±3.03	3.25±0.75	4.56±1.2	25.63±5.4
Lise ⁵	76	7.11±3.56	10.93±3.3	3.45±1.05	4.2±1.17	25.68±6.96
Üniversite ve Lisansüstü ⁶	24	5.75±2.17	8.5±4.28	3.21±0.72	4.08±1.38	21.54±6.47
Test ve p değeri		KW=8.268/p=0.142	KW=46.772/p=0.000* Fark:6-1,2,3,4;2-1,3,4;1-5***	KW=6.449/p=0.265	KW=28.730/p=0.000* Fark:1,2-5,6***	KW=40.813/p=0.000* Fark:6-1,2,3,4;1,2-4,5***
Aile Tipi						
Çekirdek aile	279	6.44±2.81	11.28±3.75	3.37±0.92	4.53±1.38	25.63±6.57
Geniş aile	96	7.1±3.34	14.15±3.28	3.47±1.02	4.96±1.24	29.68±6.08
Test ve p değeri		U=10826.5/p=0.001*	U=7509.0/p=0.000*	U=12670.0/p=0.256	U=10524.5/p=0.001*	U=8259.0/p=0.000*

*p<0.05 *** Bonferonni testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.5. (Devam) Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre SAÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=375)

Demografik özellikler	N	KOM Ort.±S.S.	KES Ort.±S.S.	SĞÖ Ort.±S.S.	ÖZF Ort.±S.S.	SAÖ Ort.±S.S.
Mesleği						
Ev hanımı ¹	121	6.6±2.77	13.6±3.55	3.45±1.01	5.04±1.37	28.69±5.98
Memur ²	8	8±4.75	11.5±5.68	3.63±1.77	4±1.41	27.13±11.44
İşçi ³	58	5.9±2.37	10.55±3.61	3.19±0.63	4.07±1.2	23.71±6.08
Çiftçi ⁴	13	8.38±4.07	12.92±2.02	3.62±0.87	5.15±1.28	30.08±5.53
Emekli ⁵	156	6.37±2.62	11.26±3.71	3.38±0.91	4.5±1.27	25.51±6.27
Serbest meslek ⁶	18	8.83±4.71	11.83±4.2	3.56±1.15	5±1.57	29.22±8.61
Test ve p değeri		KW=21.247/p=0.002* Fark:6-3***	KW=36.399/p=0.000* Fark:1-3,5***	KW=9.905/p=0.129	KW=32.258/p=0.000* Fark:1-3,5***	KW=42.166/p=0.000* Fark:3-1,4,6;1-5***
Gelir Durumu						
Gelirim giderimden az ¹	159	6.91±3.12	13.09±3.65	3.47±0.97	5.05±1.38	28.52±6.28
Gelirim giderime eşit ²	201	6.47±2.91	11.36±3.71	3.36±0.94	4.37±1.24	25.56±6.64
Gelirim giderimden fazla ³	15	5.47±0.99	9.2±4.49	3.13±0.52	3.93±1.39	21.73±5.85
Test ve p değeri		KW=5.624/p=0.060	KW=24.390/p=0.000* Fark:1-2,3***	KW=4.604/p=0.100	KW=29.998/p=0.000* Fark:1-2,3***	KW=31.441/p=0.000* Fark:1-2,3***
BKİ						
18.5 ve altı. Düşük kilolu ¹	5	6.8±4.02	8.6±3.97	3.8±1.79	4±1.22	23.2±9.26
18.51-24.99. Normal kilolu ²	93	6.88±3.18	12.66±3.82	3.46±0.98	4.73±1.42	27.73±7.06
25-29.99. Fazla kilolu ³	145	6.52±2.74	12.36±3.92	3.34±0.83	4.54±1.18	26.77±6.37
30 ve üzeri. Obez ⁴	132	6.52±3.02	11.3±3.63	3.39±0.99	4.71±1.49	25.93±6.59
Test ve p değeri		KW=1.277/p=0.735	KW=13.246/p=0.004* Fark:2-4***	KW=0.786/p=0.853	KW=1.922/p=0.589	KW=6.981/p=0.073
Yaşanan Yer						
Köy ¹	137	7.28±3.39	13.05±3.27	3.58±1.06	5.02±1.28	28.93±6.32
İlçe merkezi ²	92	5.77±1.85	12.5±3.77	3.21±0.69	4.54±1.27	26.02±5.47
İl merkezi ³	146	6.52±2.97	10.73±4.03	3.35±0.94	4.35±1.4	24.95±7.13
Test ve p değeri		KW=17.172/p=0.000* Fark:1-2,3***	KW=25.909/p=0.000* Fark:2-1,3***	KW=13.064/p=0.001* Fark:1-2,3***	KW=24.530/p=0.000* Fark:1-2,3***	KW=31.697/p=0.000* Fark:1-2,3***
Kimle Yaşanıyor						
Yalnız ¹	17	7.65±3.74	13.29±4.1	3.76±1.2	5.35±1.58	30.06±9.3
Eşyle ve/veya çocuğuyla ²	265	6.4±2.79	11.13±3.71	3.35±0.9	4.48±1.35	25.37±6.33
Akrabaları ile ³	93	7.03±3.22	14.28±3.14	3.45±0.99	4.97±1.22	29.73±5.91
Test ve p değeri		KW=11.235/p=0.004* Fark:2-3***	KW=49.389/p=0.000* Fark:2-3***	KW=4.490/p=0.106	KW=16.995/p=0.000* Fark:2-1,3***	KW=37.403/p=0.000* Fark:2-3***

*p<0.05 *** Bonferonni testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.5’de araştırmaya katılan koroner arter hastalarının demografik özelliklerine göre SAÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımları yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hastalarının demografik özelliklerine göre SAÖ “KOM” alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde;

Yaş ortalaması ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki elde edilmiştir ($r=0.104$, $p<0.05$). Araştırmaya katılan KAH’lı hastaların medeni durumları ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Bekar olan hastaların ortalamasının evli olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aile tipine göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Geniş aileye sahip olan kişilerin puan ortalamasının çekirdek aileye sahip olan kişilerin ortalamasından daha yüksektir. Mesleklere göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Serbest meslek grubunun ortalaması işçi grubunun ortalamasından yüksektir. Yaşanan yere göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Köyde yaşayanların ortalamasının il merkezi ve ilçe merkezi grupları ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Akrabaları ile yaşayan kişilerin ortalaması eşiyile ve/veya çocuğuyla yaşayan kişilerin ortalamasından yüksektir.

Araştırmaya katılan hastaların yaş grubu, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu ve BKİ’leri ile SAÖ “KOM” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan hastalarının demografik özelliklerine göre SAÖ “KES” alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde;

Yaş ortalaması ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki elde edilmiştir ($r=0.263$, $p<0.05$). Araştırmaya katılan KAH’lı hastaların yaş grupları ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). 63 yaş ve üzeri grubunun ortalaması 41-51 yaş ve 52-62 yaş gruplarının ortalamalarından yüksektir. Araştırmaya katılan koroner

arter hastalarının cinsiyetlerine göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların alt boyut puan ortalamasının erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan KAH'lı hastaların medeni durumları ile alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Bekar olan kişilerin ortalamasının evli olan kişilerin ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim düzeyi arttıkça ortalamaların düştüğü görülmüştür. Aile tipine göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Geniş aileye sahip olan kişilerin ortalamasının çekirdek aileye sahip olan kişilerin ortalamasından daha yüksektir. Mesleklere göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Ev hanımı grubunun ortalaması işçi ve emekli gruplarının ortalaması anlamlı düzeyde yüksektir. Gelir durumlarına göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Gelir giderden az grubunun ortalaması gelir gidere eşit ve gelir giderden fazla grubunun ortalamasından yüksektir. BKİ'ye göre "KES" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Normal kilolu grubunun ortalaması obez grubu ortalamasından yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yaşanan yere göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Köy ve ilçe merkezi grubu ortalamasının il merkezi grupları ortalamasından yüksek olduğu tespit edilmiştir. Birlikte yaşadıkları kişilere göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Akrabaları ile yaşayan kişilerin ortalaması eşiyile ve/veya çocuğuyla yaşayan kişilerin ortalamasından yüksektir.

Araştırmaya katılan hastalarının demografik özelliklerine göre SAÖ "SGÖ" alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde;

Araştırmaya katılan KAH'lı hastaların medeni durumları ile alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Bekar olan kişilerin ortalamasının evli olan kişilerin ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşanan yere göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Köy de yaşayanların

ortalamasının il merkezi ve ilçe merkezinde yaşayanların ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması, yaş grubu, cinsiyet, eğitim düzeyi, aile tipi, mesleği, gelir durumu, BKİ ve birlikte yaşanan kişiler ile SAÖ “SGÖ” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan hastalarının demografik özelliklerine göre SAÖ “ÖZF” alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde;

Yaş ortalaması ile alt boyut puan ortalaması arasında hesaplanan istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki elde edilmiştir ($r=0.181$, $p<0.05$). Araştırmaya katılan KAH’lı hastaların yaş grupları ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). 63 yaş ve üzeri grubunun ortalaması 20-40 yaş grubunun ortalamasından yüksektir. Araştırmaya katılan koroner arter hastalarının cinsiyetlerine göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırmaya katılan kadın hastaların ortalaması erkek hastalardan yüksektir. Araştırmaya katılan KAH’lı hastaların medeni durumları ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Bekar olan hastaların ortalamasının evli olanların ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim düzeyi arttıkça ortalamaların düştüğü görülmüştür. Aile tipine göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Geniş aileye sahip olan kişilerin ortalamasının çekirdek aileye sahip olan kişilerin ortalamasından daha yüksektir. Mesleklere göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Ev hanımı grubunun ortalaması işçi ve emekli gruplarının ortalamasından yüksektir. Gelir durumlarına göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0.05$). Gelir giderden az grubunun ortalaması gelir gidere eşit ve gelir giderden fazla grubunun ortalamasından yüksektir. Yaşanan yere göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Köy grubu ortalamasının il merkezi ve ilçe merkezi grupları ortalamasından

yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Akrabaları ile ve yalnız yaşayan kişilerin ortalaması eşitle ve/veya çocuğuyla yaşayan kişilerin ortalamasından yüksektir.

Araştırmaya katılan hastaların BKİ'leri ile SAÖ "ÖZF" alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan hastalarının demografik özelliklerine göre SAÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde;

Yaş ortalaması ($p=0.000$) ile toplam puan ortalaması arasında hesaplanan 0.251 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki elde edilmiştir ($r=0.251$, $p<0.05$). Araştırmaya katılan KAH'lı hastaların yaş grupları ile toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). 63 yaş ve üzeri grubunun ortalaması 41-51 yaş ve 52-62 yaş gruplarının ortalamalarından yüksektir. Araştırmaya katılan KAH'lı hastaların medeni durumları ile toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Erkek hastaların ortlaması kadınların ortalamasından yüksektir. Bekar olan hastaların ortalamasının evli olanların ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi göre toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim düzeyi arttıkça ortalamaların düştüğü görülmüştür. Aile tipine göre toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Geniş aileye sahip olan kişilerin ortalamasının çekirdek aileye sahip olan kişilerin ortalamasından daha yüksektir. Mesleklere göre toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Serbest meslek, ev hanımı, çiftçi gruplarının ortalaması işçi grubunun ortalamasından ve ev hanımı grubunun ortalaması emekli grubunun ortalamasından yüksektir. Gelir durumlarına göre toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Gelir giderden az grubunun ortalaması gelir gidere eşit ve gelir giderden fazla grubunun ortalamasından yüksektir. Yaşanan yere göre toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur

($p < 0.05$). Köy grubu ortalaması il merkezi ve ilçe merkezi grupları ortalamasından yüksektir. Hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$). Akrabaları ile yaşayan kişilerin ortalaması eşiyle ve/veya çocuğuyla yaşayan kişilerin ortalamasından yüksektir

Araştırmaya katılan hastaların BKİ'leri ile SAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.6. Katılımcıların Sağlık ve Hastalık Durumlarına İlişkin Özelliklere Göre SAÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=375)

	N	KOM Ort.±S.S.	KES Ort.±S.S.	SĞÖ Ort.±S.S.	ÖZF Ort.±S.S.	SAÖ Ort.±S.S.
KAH tanısı alınan süre						
0-12 ay ¹	109	6.96±3.47	11.42±4.1	3.37±0.92	4.51±1.48	26.27±7.93
13-48 ay ²	87	5.95±2.32	11±3.3	3.18±0.56	4.51±1.27	24.64±5.37
49-96 ay ³	62	6.63±2.86	12.21±3.48	3.52±1.08	4.82±1.31	27.18±6.5
97-144 ay ⁴	72	6.42±2.66	12.76±3.8	3.49±1.05	4.75±1.22	27.42±5.74
145 ay ve üzeri ⁵	45	7.33±3.16	13.91±3.92	3.58±1.14	4.8±1.46	29.62±6.18
Test ve p değeri		KW=11.470/p=0.022* Fark:2-5 ***	KW=21.152/p=0.000* Fark:2-4,5, 1-5 ***	KW=6.755/p=0.149	KW=5.816/p=0.213	KW=22.888/p=0.000* Fark:2-4,5, 1-5 ***
KAH nedeniyle daha önce hastaneye yatma durumu						
Evet	273	6.35±2.68	12.27±3.76	3.39±0.95	4.69±1.30	26.67±6.1
Hayır	102	7.29±3.53	11.29±3.99	3.40±0.91	4.49±1.47	26.65±8.05
Test ve p değeri		U=12690.0/p=0.121	U=12038.0/p=0.050	U=13635.5/p=0.658	U=12275.5/p=0.070	U=13073.5/p=0.362
KAH nedeniyle daha önce hastanede yatma sayısı**						
1 kez ¹	82	6.49±2.94	11.6±4	3.3±0.86	4.67±1.37	26.06±6.85
2-4 kez ²	142	6.34±2.56	12.29±3.52	3.39±0.92	4.64±1.31	26.65±5.98
5 kez ve üzeri ³	49	6.2±2.62	13.39±3.81	3.57±1.17	4.92±1.2	28.08±5.43
Test ve p değeri		KW=0.790/p=0.674	KW=5.103/p=0.078	KW=2.770/p=0.250	KW=2.949/p=0.229	KW=5.403/p=0.067
KAH dışında başka kronik hastalığa sahip olma durumu						
Evet	299	6.31±2.62	11.19±3.6	3.33±0.93	4.55±1.33	25.38±6
Hayır	76	7.09±3.39	13.32±3.87	3.5±0.96	4.79±1.39	28.7±7.2
Test ve p değeri		U=14408.5/p=0.009*	U=11074.5/p=0.000*	U=14793.0/p=0.008*	U=14916.0/p=0.077	U=11846.5/p=0.000*
Düzenli doktor kontrolüne gitme durumu						
Evet	230	6.97±3.07	13.43±3.81	3.56±1.02	4.86±1.35	28.81±6.63
Hayır	145	11±5.42	13.57±2.94	4±1.15	5.43±1.81	34±8.96
Test ve p değeri		U=230.5/p=0.037*	U=403.0/p=0.944	U=299.5/p=0.143	U=333.5/p=0.398	U=253.0/p=0.090
KAH'tan korunmada etkili bulunan önlem						
İlaç ¹	117	6.97±3.07	13.43±3.81	3.56±1.02	4.86±1.35	28.81±6.63
Yaşam tarzı değişikliği ²	7	11±5.42	13.57±2.94	4±1.15	5.43±1.81	34±8.96
İlaç ve yaşam tarzı değişikliği ³	251	6.33±2.72	11.31±3.69	3.31±0.88	4.52±1.33	25.46±6.27
Test ve p değeri		KW=18.385/p=0.000* Fark:3-1,2***	KW=25.629/p=0.000* Fark:3-1 ***	KW=16.074/p=0.000* Fark:3-1,2 ***	KW=7.602/p=0.022* Fark:1-3 ***	KW=27.584/p=0.000* Fark:3-1,2 ***
Sigara kullanımı						
Evet	174	6.69±3.14	11.61±3.56	3.4±0.95	4.4±1.23	26.11±6.95
Hayır	201	6.55±2.8	12.35±4.05	3.39±0.94	4.85±1.43	27.14±6.42
Test ve p değeri		U=16998.5/p=0.583	U=15398.0/p=0.045*	U=17462.0/p=0.973	U=14345.0/p=0.002*	U=15386.0/p=0.044*

*p<0.05 ** KAH nedeniyle daha önce hastaneye yatanlar cevap vermiştir. *** Bonferonni testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.6. (Devam) Katılımcıların Sağlık ve Hastalık Durumlarına İlişkin Özelliklere Göre SAÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=375)

	N	KOM Ort.±S.S.	KES Ort.±S.S.	SĞÖ Ort.±S.S.	ÖZF Ort.±S.S.	SAÖ Ort.±S.S.
Alkol kullanımı						
Evet	32	6.5±3.07	11.31±3.69	3.16±0.45	4.31±1.18	25.28±6.96
Hayır	343	6.62±2.96	12.08±3.86	3.42±0.97	4.67±1.37	26.79±6.65
Test ve p değeri		U=5018.0/p=0.346	U=4923.0/p=0.334	U=4997.0/p=0.228	U=4644.0/p=0.139	U=4667.5/p=0.161
Düzenli egzersiz yapma durumu						
Evet	29	8.38±3.47	12.28±4.1	3.79±1.21	4.76±1.64	29.21±7.39
Hayır	346	6.47±2.87	11.99±3.83	3.36±0.91	4.63±1.33	26.45±6.58
Test ve p değeri		U=3478.0/p=0.001*	U=4685.0/p=0.552	U=4001.0/p=0.009*	U=4971.0/p=0.933	U=3795.0/p=0.029*
Sağlığı algılama						
Kötü ¹	26	7.96±3.95	15.08±3.35	3.58±1.1	5.54±1.68	32.15±6.25
Orta ²	150	7.26±3.34	13.25±3.38	3.49±0.97	4.93±1.26	28.93±6.37
İyi ³	199	5.95±2.28	10.67±3.7	3.31±0.89	4.31±1.28	24.24±5.92
Test ve p değeri		KW=31.622/p=0.000* Fark:3-1,2***	KW=54.324/p=0.000* Fark:3-1,2***	KW=9.288/p=0.010* Fark:3-2***	KW=31.835/p=0.00* Fark:3-1,2***	KW=65.798/p=0.000* Fark:3-1,2***
Sürekli ilaç kullanma durumu						
Evet	322	6.66±2.94	12.25±3.83	3.42±0.95	4.72±1.37	27.06±6.55
Hayır	53	6.34±3.09	10.55±3.65	3.25±0.85	4.15±1.18	24.28±7
Test ve p değeri		U=7470.0/p=0.087	U=6328.5/p=0.002*	U=7697.0/p=0.100	U=6407.0/p=0.003*	U=6095.5/p=0.001*

*p<0.05 ** KAH nedeniyle daha önce hastaneye yatanlar cevap vermiştir. *** Bonferonni testi ile değerlendirilmiştir.

Hastaların sağlık ve hastalık durumlarına göre SAÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.6’da yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hastalarının sağlık ve hastalık durumlarına göre SAÖ “KOM” alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde;

Hastaların KAH tanısı aldıkları toplam süre ile alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). 145 ay ve üzeri grubunun ortalaması 13-48 ay grubunun ortalamasından yüksektir. Başka kronik hastalığa sahip olma durumu ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Başka bir kronik hastalığa sahip olmayanların puan ortalamasının olanlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Hastaların düzenli doktor kontrolüne gitme durumu ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Düzenli doktor kontrolüne gitmeyenlerin ortalamasının gidenlerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hastaların KAH’tan korunmada etkili buldukları önlem ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). “İlaç kullanımı” ve “yaşam tarzı değişikliği” cevaplarını veren kişilerin ortalaması “ilaç kullanımı ve yaşam tarzı değişikliği” cevaplarını veren kişilerin ortalamasından yüksektir. Düzenli egzersiz yapma durumu ile alt boyut ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ($p<0.05$). Düzenli egzersiz yapanların puan ortalaması yapmayanlardan yüksektir. Hastaların sağlığı algılama durumlarına göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Sağlığını “orta” ve “kötü” olarak algılayanların ortalaması “iyi” olanlardan yüksektir.

Hastaların KAH nedeniyle daha önce hastanede yatma durumları, yatma sayıları, sigara ve alkol kullanımları ve sürekli ilaç kullanma durumları ile alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilememiştir ($p>0.05$).

Hastalarının sağlık ve hastalık durumlarına göre SAÖ “KES” alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde;

Hastaların KAH tanısı aldıkları toplam süre ile alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). 97-144 ay ve 145 ay ve üzeri grubunun ortalaması 13-48 ay grubunun ortalamasından ve 145 ay ve üzeri grubunun ortalaması 0-12 ay grubunun ortalamasından yüksektir. Başka kronik hastalığa sahip olma durumu ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Başka bir kronik hastalığa sahip olmayanların puan ortalamasının olanlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Hastaların KAH’tan korunmada etkili buldukları önlem ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). “İlaç kullanımı” cevabını veren kişilerin ortalaması “ilaç kullanımı ve yaşam tarzı değişikliği” cevaplarını veren kişilerin ortalamasından yüksektir. Hastaların sigara kullanımları ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Sigara kullanmayanların ortalaması kullananlardan daha yüksektir. Hastaların sağlığı algılama durumlarına göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Sağlıklarını “orta” ve “kötü” olarak algılayanların ortalaması “iyi” olarak algılayanlardan daha yüksektir. Sürekli ilaç kullanma durumu ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Sürekli ilaç kullananların ortalaması kullanmayanların ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların KAH nedeniyle daha önce hastanede yatma durumları, yatma sayıları, düzenli doktor kontrolüne gitme, alkol kullanma ve düzenli egzersiz yapma durumları ile ilgili alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilememiştir ($p>0.05$).

Hastalarının sağlık ve hastalık durumlarına göre SAÖ “SĞÖ” alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde;

Araştırmaya katılan hastaların başka kronik hastalığa sahip olma durumu ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Başka bir kronik hastalığa sahip olmayanların puan

ortalamasının olanlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Hastaların KAH'tan korunmada etkili buldukları önlem ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). “İlaç kullanımı” cevabını veren kişilerin ortalaması “ilaç kullanımı ve yaşam tarzı değişikliği” cevaplarını veren kişilerin ortalamasından yüksektir. Hastaların düzenli egzersiz yapma durumları ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Egzersiz yapanların ortalaması yapmayanlardan daha yüksektir. Hastaların sağlığı algılama durumlarına göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Sağlıklarını “orta” olarak algılayanların ortalaması “iyi” olarak algılayanlardan daha yüksektir.

Hastaların KAH tanısı aldıkları toplam süre, KAH nedeniyle daha önce hastanede yatma durumları, yatma sayıları, düzenli doktor kontrolüne gitme, sigara ve alkol kullanma durumları ve sürekli ilaç kullanma durumları ile ilgili alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilememiştir ($p>0.05$).

Hastalarının sağlık ve hastalık durumlarına göre SAÖ “ÖZF” alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde;

Araştırmaya katılan hastaların KAH'tan korunmada etkili buldukları önlem ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). “İlaç kullanımı” cevabını veren kişilerin ortalaması “ilaç kullanımı ve yaşam tarzı değişikliği” cevaplarını veren kişilerin ortalamasından yüksektir. Hastaların sigara kullanımları ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Sigara kullanmayanların ortalaması kullananlardan daha yüksektir. Hastaların sağlığı algılama durumlarına göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Sağlıklarını “orta” ve “kötü” olarak algılayanların ortalaması “iyi” olarak algılayanlardan daha yüksektir. Sürekli ilaç kullanma durumu ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Sürekli ilaç kullananların ortalaması kullanmayanların ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların KAH tanısı aldıkları toplam süre, KAH nedeniyle daha önce hastanede yatma durumları, yatma sayıları, başka kronik hastalığa sahip olma durumları, düzenli doktor kontrolüne gitme, alkol kullanma durumları ve düzenli egzersiz yapma durumları ile ilgili alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilememiştir ($p>0.05$).

Hastalarının sağlık ve hastalık durumlarına göre SAÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde:

Hastaların KAH tanısı aldıkları toplam süre ile ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). 97-144 ay ve 145 ay ve üzeri grubunun ortalaması 13-48 ay grubunun ortalamasından ve 145 ay ve üzeri grubunun ortalaması 0-12 ay grubunun ortalamasından yüksektir. Araştırmaya katılan hastaların başka kronik hastalığa sahip olma durumu ile ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Başka bir kronik hastalığa sahip olmayanların puan ortalamasının olanlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların KAH'tan korunmada etkili buldukları önlem ile toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). “İlaç kullanımı” ve “yaşam tarzı değişikliği” cevabını veren kişilerin ortalaması “ilaç kullanımı ve yaşam tarzı değişikliği” cevaplarını veren kişilerin ortalamasından yüksektir. Hastaların sigara kullanımları ile ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Sigara kullanmayanların ortalaması kullananlardan daha yüksektir. Düzenli egzersiz yapma durumu ile ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ($p<0.05$). Düzenli egzersiz yapanların puan ortalaması yapmayanlardan yüksektir. Hastaların sağlığı algılama durumlarına göre ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Sağlıklarını “orta” ve “kötü” olarak algılayanların ortalaması “iyi” olarak algılayanlardan daha yüksektir. Sürekli ilaç kullanma durumu ile ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Sürekli ilaç kullananların ortalaması kullanmayanların ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların KAH nedeniyle daha önce hastanede yatma durumları, yatma sayıları, düzenli doktor kontrolüne gitme ve alkol kullanma durumları ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilememiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklere Göre TSOY-32 ve Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

(n=375)

Demografik özellikler	N	Tedavi ve Hizmet Ort.±S.S.	Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Ort.±S.S.	TSOY-32 Ort.±S.S.
Yaş Ortalaması		r=0.544	r=0.514	r=0.346
Test ve p değeri		p=0.000*	p=0.000*	p=0.000*
Yaş				
20-40 yaş ¹	16	5.21±5.92	17.16±9.35	10.94±6.34
41-51 yaş ²	47	6.49±8.35	21.59±16.06	12.59±8.95
52-62 yaş ³	114	10.32±8.39	32.29±13.92	18.27±8.02
63 yaş ve üzeri ⁴	198	17.81±9.64	40.46±11.68	21.49±8.56
Test ve p değeri		KW=93.864/p=0.000* Fark:4-1,2,3; 3-2 ***	KW=87.392/p=0.000* Fark:4-1,2,3; 3-2,1***	KW=49.544/p=0.000* Fark:4-1,2,3; 3-2,1***
Cinsiyet				
Kadın	140	18.25±11.35	39.04±14.11	19.37±9.12
Erkek	235	10.79±8.12	31.99±14.64	18.69±8.93
Test ve p değeri		U=10067.0/p=0.000*	U=10565.0/p=0.000*	U=15892.5/p=0.583
Medeni Durum				
Evli	327	12.54±9.62	33.72±14.78	22.14±10.41
Bekar	48	21.35±11.43	40.77±13.76	28.91±10.32
Test ve p değeri		U=4320.0/p=0.000*	U=4842.5/p=0.000*	U=4769.5/p=0.000*
Eğitim Düzeyi				
Okur yazar değil ¹	29	28.05±10.76	46.11±9.28	34.62±14.82
Okur yazar ²	46	22.54±9.68	44.16±6.76	34.74±7.21
İlkokul ³	119	14.29±9.11	39.12±12.72	30.59±6.99
Ortaokul ⁴	81	11.51±6.32	34.77±12.84	25.17±9.08
Lise ⁵	76	7.53±6.26	23.22±12.25	22.62±8.24
Üniversite ve Lisansüstü ⁶	24	2.86±4.57	15.74±15.17	15.29±8.32
Test ve p değeri		KW=137.838/p=0.000* Fark:6,5-1,2,3,4;3,4-1,2***	KW=141.145/p=0.000* Fark:6,5-1,2,3,4;4-1,2,3;1-2***	KW=142.021/p=0.000* Fark:6,5-1,2,3,4;3,4-1,2***
Aile Tipi				
Çekirdek aile	279	11.13±9.15	31.71±15.31	20.58±10.5
Geniş aile	96	21.04±9.9	43.08±9.05	30.07±7.37
Test ve p değeri		U=5976.5/p=0.000*	U=6912.5/p=0.000*	U=6193.0/p=0.000*

*p<0.05 *** Bonferonni testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.7. (Devam) Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklere Göre TSOY-32 ve Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=375)

Demografik özellikler	N	Tedavi ve Hizmet Ort.±S.S.	Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Ort.±S.S.	TSOY-32 Ort.±S.S.
Mesleği				
Ev hanımı ¹	121	20.41±10.92	13.67±10.29	29.13±8.82
Memur ²	8	7.94±10.13	42.29±10.96	12.57±11.62
İşçi ³	58	6.22±5.19	17.99±15.32	14.12±8.85
Çiftçi ⁴	13	17.63±6.98	22.4±14.25	27.86±5.48
Emekli ⁵	156	11.75±8.52	39.58±6.43	22.42±9.61
Serbest meslek ⁶	18	8.91±7.61	34.79±13.9	17.01±10.21
Test ve p değeri		KW=94.439/p=0.000* Fark:3-1,4,5;1-2,6***	KW=91.486/p=0.000* Fark:2-1,3,5,6;3-5***	KW=97.242/p=0.000* Fark:3-1,4,5;1-2,5,6***
Gelir Durumu				
Gelirim giderimden az ¹	159	18.64±10.62	41.57±11.23	28.2±8.87
Gelirim giderime eşit ²	201	10.44±8.39	30.34±14.8	19.79±10.04
Gelirim giderimden fazla ³	15	4.24±4.45	18.22±14.79	10.93±8.84
Test ve p değeri		KW=71.878/p=0.000* Fark:1-2,3,2-3***	KW=77.534/p=0.000* Fark:1-2,3, 2-3***	KW=77.747/p=0.000* Fark:1-2,3, 2-3***
BKİ				
18.5 ve altı. Düşük kilolu ¹	5	13.33±12.44	34.03±18.75	22.93±13.36
18.51-24.99. Normal kilolu ²	93	16.44±11.94	35.19±15.5	24.4±11.48
25-29.99. Fazla kilolu ³	145	12.67±9.08	34.38±13.94	22.38±9.86
30 ve üzeri. Obez ⁴	132	12.82±9.97	34.51±15.29	22.72±10.75
Test ve p değeri		KW=6.061/p=0.109	KW=1.050/p=0.789	KW=2.953/p=0.399
Yaşanan Yer				
Köy ¹	137	19.13±9.97	41.33±10.73	28.42±8.25
İlçe merkezi ²	92	12.81±9.12	35.23±13.69	23.06±9.59
İl merkezi ³	146	9.08±8.81	27.94±15.92	17.89±10.75
Test ve p değeri		KW=76.241/p=0.000* Fark:1-2,3, 2-3***	KW=55.898/p=0.000* Fark:1-2,3, 2-3***	KW=68.769/p=0.000* Fark:1-2,3, 2-3***
Kimle Yaşanıyor				
Yalnız ¹	17	15.99±10.42	38.9±14.6	25.97±10.73
Eşiyle ve/veya çocuğuyla ²	265	10.86±8.99	31.26±15.21	20.25±10.37
Akrabaları ile ³	93	21.23±9.89	43.41±8.85	30.32±7.28
Test ve p değeri		KW=70.038/p=0.000* Fark:2-3***	KW=59.085/p=0.000* Fark:2-1,3***	KW=69.655/p=0.000* Fark:2-3***

*p<0.05 ***Bonferonni testi ile değerlendirilmiştir.

Katılımcıların demografik özelliklerine göre TSOY-32 ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farklar Tablo 4.7’de incelenmiştir.

Buna göre, TSOY-32 “Tedavi ve Hizmet” alt boyutu için;

Hastaların yaş ortalaması ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki elde edilmiştir ($r=0.544$, $p<0.05$). Hastaların yaş grupları ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre, 63 yaş ve üzeri grubunun ortalaması 20-40 yaş, 41-51 yaş ve 52-62 yaş gruplarının ortalamalarından ve 52-62 yaş grubunun ortalaması 41-51 yaş grubunun ortalamasından yüksektir. Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların ortalamasının erkeklerin ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hastaların medeni durumları ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Bekar olan hastaların ortalamasının evli olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim düzeyi arttıkça ortalamaların düştüğü görülmüştür. Aile tipi ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Geniş aileye sahip olan kişilerin ortalamasının çekirdek aileye sahip olanlardan daha yüksektir. Mesleklere göre ilgili alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Ev hanımı çiftçi ve emekli olanların ortalaması işçi olanlardan daha yüksektir. Ev hanımı olanların ortalaması memur ve serbest meslek de olanların ortalamasından yüksektir. Gelir durumlarına göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Gelir giderden az grubunun ortalaması gelir gidere eşit ve gelir giderden fazla grubunun ortalamasından ve gelir gidere denk grubunun ortalaması gelir giderden eşit grubunun ortalamasından yüksektir. BKİ’ye göre TSOY-32 “Tedavi ve Hizmet” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilememiştir ($p>0.05$). Yaşanan yer ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Köyde yaşayanların ortalamasının il merkezi ve ilçe merkezinde yaşayanların ortalamasından yüksek olduğu ve ilçe

merkezinde yaşayanların ortalamasının il merkezinden yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların birlikte yaşadıkları kişiler ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Akrabaları ile yaşayan kişilerin ortalaması eşitle ve/veya çocuğuyla yaşayan kişilerin ortalamasından yüksektir.

TSOY-32 “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyutu için; Hastaların yaş ortalaması ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki bulunmuştur ($r=0.514$, $p<0.05$). Hastaların yaş grupları ile ilgili alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre, 63 yaş ve üzeri grubunun ortalaması 20-40 yaş, 41-51 yaş ve 52-62 yaş gruplarının ortalamalarından ve 52-62 yaş grubunun ortalaması 20-40 yaş ve 41-51 yaş gruplarının ortalamalarından yüksektir. Hastaların cinsiyetleri ile ilgili alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların ortalamasının erkeklerin ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Medeni durum ile alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Bekar olan hastaların ortalamasının evli olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumuna göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim düzeyi arttıkça ortalamaların düştüğü görülmüştür. Aile tipine göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Geniş aileye sahip olan kişilerin ortalaması çekirdek aileye sahip olanlara göre daha yüksektir. Mesleklere göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Memur olanların ortalaması ev hanımı, işçi, emekli ve serbest meslek grubunda olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir. Emekli olanların ortalaması işçi olanlardan daha yüksektir. Gelir durumlarına göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Gelir giderden az grubunun ortalaması gelir gidere eşit ve gelir giderden fazla grubunun ortalamasından ve gelir gidere eşit grubunun ortalaması gelir giderden fazla grubunun ortalamasından yüksektir. BKİ'ye göre alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilememiştir ($p>0.05$). Hastaların yaşadıkları yer ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Köy grubu ortalamasının il

merkezi ve ilçe merkezi grupları ortalamasından yüksek olduğu ve ilçe merkezi grubunun ortalamasının il merkezi grubunun ortalamasından yüksek olduğu belirlenmiştir. Birlikte yaşadıkları kişilere göre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Akrabaları ile birlikte yaşayan ve yalnız yaşayanların ortalaması eşitle ve/veya çocuğuyla yaşayanlardan daha yüksektir.

TSOY-32 ölçeği toplam puan ortalaması için;

Yaş ortalaması ($p=0.000$) ile TSOY-32 arasında h istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki bulunmuştur ($r=0.346$, $p<0.05$). Yaş grupları ile TSOY-32 toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). 63 yaş ve üzeri grubunun ortalaması 20-40 yaş, 41-51 yaş ve 52-62 yaş gruplarının ortalamalarından ve 52-62 yaş grubunun ortalaması 20-40 yaş ve 41-51 yaş gruplarının ortalamalarından yüksektir. Cinsiyetlere göre ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilememiştir ($p>0.05$). Medeni durum ile TSOY-32 toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Bekar olan hastaların ortalaması evli olanlardan daha yüksektir. Hastaların eğitim durumu ile TSOY-32 toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim düzeyi arttıkça ortalamaların düştüğü görülmüştür. Aile tipine göre ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre, geniş aileye sahip olanların ortalaması çekirdek aileye sahip olanlardan daha yüksektir. Mesleklere göre ölçeğin toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Ev hanımı olanların ortalaması işçi, çiftçi ve emekli olanların ortalamasından daha yüksektir. Ev hanımı olanların ortalaması memur, emekli ve serbest meslekte olanlardan daha yüksektir. Hastaların gelir durumları ile ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Gelir giderden az grubunun ortalaması gelir gidere eşit ve gelir giderden fazla grubunun ortalamasından ve gelir gidere eşit grubunun ortalaması gelir giderden fazla grubunun ortalamasından yüksektir. BKİ'ye göre ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilememiştir ($p>0.05$). Yaşanan yere göre ölçeğin toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur

($p<0.05$). Köy grubu ortalamasının il merkezi ve ilçe merkezi grupları ortalamasından yüksek olduğu ve ilçe merkezi grubunun ortalamasının il merkezi grubunun ortalamasından yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların birlikte yaşadıkları kişiler ile ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Akrabaları ile yaşayan kişilerin ortalaması eşiyile ve/veya çocuğuyla yaşayanlardan daha yüksektir.

Tablo 4.8. Katılımcıların Sağlık ve Hastalık Durumlarına İlişkin Özelliklere Göre TSOY-32 ve Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=375)

	N	Tedavi ve Hizmet Ort.±S.S.	Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Ort.±S.S.	TSOY-32 Ort.±S.S.
KAH tanısı alınan süre				
0-12 ay ¹	109	10.32±10.11	29.4±16.38	19.05±11.42
13-48 ay ²	87	11.52±7.78	33±13.73	21.51±9.3
49-96 ay ³	62	13.34±9.38	35.41±14.52	23.58±9.95
97-144 ay ⁴	72	18.38±9.7	41.34±11.3	27.87±8.83
145 ay ve üzeri ⁵	45	18.84±12.48	38.54±13.38	26.92±10.45
Test ve p değeri		<i>KW</i> =42.994/ <i>p</i> =0.000* Fark:5-1,2,4-1,2,3***	<i>KW</i> =28.045/ <i>p</i> =0.000* Fark:1,2-4,5***	<i>KW</i> =41.198/ <i>p</i> =0.000* Fark:1,2-4,5***
KAH nedeniyle daha önce hastaneye yatma durumu				
Evet	273	14.47±10.13	35.88±14.01	23.95±10.17
Hayır	102	11.50±10.41	31.22±16.40	20.47±11.43
Test ve p değeri		<i>U</i> =11205.0/ <i>p</i> =0.004*	<i>U</i> =12335.5/ <i>p</i> =0.089	<i>U</i> =11312.0/ <i>p</i> =0.005*
KAH nedeniyle daha önce hastanede yatma sayısı**				
1 kez ¹	82	10.88±8.98	30.08±14.71	19.57±10.22
2-4 kez ²	142	15.78±10.15	37.89±13.69	25.57±10.09
5 kez ve üzeri ³	49	16.71±10.56	39.79±10.58	26.62±7.89
Test ve p değeri		<i>KW</i> =15.747/ <i>p</i> =0.000* Fark:1-2,3***	<i>KW</i> =21.430/ <i>p</i> =0.000* Fark:1-2,3***	<i>KW</i> =21.510/ <i>p</i> =0.000* Fark:1-2,3***
KAH dışında başka kronik hastalığa sahip olma durumu				
Evet	299	11.62±9.39	31.69±15.28	20.76±10.58
Hayır	76	16.91±10.83	39.26±12.81	26.56±9.72
Test ve p değeri		<i>U</i> =11750.5/ <i>p</i> =0.000*	<i>U</i> =11038.5/ <i>p</i> =0.000*	<i>U</i> =11338.5/ <i>p</i> =0.000*
Düzenli doktor kontrolüne gitme durumu				
Evet	230	18.89±11.15	41.65±11.06	28.31±9.18
Hayır	145	12.8±2.67	31.86±16.21	22.11±8.88
Test ve p değeri		<i>U</i> =253.0/ <i>p</i> =0.090	<i>U</i> =220.5/ <i>p</i> =0.040*	<i>U</i> =245.5/ <i>p</i> =0.076
KAH'tan korunmada etkili bulunan önlem				
İlaç kullanımı ¹	117	18.89±11.15	41.65±11.06	28.31±9.18
Yaşam tarzı değişikliği ²	7	12.8±2.67	31.86±16.21	22.11±8.88
İlaç kullanımı ve yaşam tarzı değişikliği ³	251	11.26±9.04	31.42±15.23	20.56±10.42
Test ve p değeri		<i>KW</i> =40.698/ <i>p</i> =0.000* Fark:3-1***	<i>KW</i> =49.916/ <i>p</i> =0.000* Fark:3-1***	<i>KW</i> =460077/ <i>p</i> =0.000* Fark:3-1***

p*<0.05 ** KAH nedeniyle daha önce hastaneye yatanlar cevap vermiştir. * Bonferonni testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.8. (Devam) Katılımcıların Sağlık ve Hastalık Durumlarına İlişkin Özelliklere Göre TSOY-32 ve Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=375)

	N	Tedavi ve Hizmet Ort.±S.S.	Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Ort.±S.S.	TSOY-32 Ort.±S.S.
Sigara kullanımı				
Evet	174	10.51±8.27	30.1±14.99	19.71±10.32
Hayır	201	16.4±11.07	38.53±13.54	25.86±10.07
Test ve p değeri		U=12084.0/p=0.000*	U=11504.5/p=0.000*	U=11800.5/p=0.000*
Alkol kullanımı				
Evet	32	8.81±7.99	26.39±14.86	17.12±10.31
Hayır	343	14.12±10.37	35.39±14.61	23.55±10.5
Test ve p değeri		U=3786.0/p=0.004*	U=3459.0/p=0.001*	U=3587.0/p=0.001*
Düzenli egzersiz yapma durumu				
Evet	29	12.07±9.89	29.06±16.18	20.04±11.31
Hayır	346	13.8±10.32	35.08±14.63	23.25±10.55
Test ve p değeri		U=4537.0/p=0.392	U=4099.0/p=0.101	U=4179.0/p=0.135
Sağlığı algılama				
Kötü ¹	26	23.75±13.65	40.4±13.08	30.18±10.38
Orta ²	150	15.82±9.62	38.27±12.12	25.66±8.89
İyi ³	199	10.73±9.01	31.11±16	20.07±10.93
Test ve p değeri		KW=40.761/p=0.000* Fark:3-1,2; 1-2***	KW=20.624/p=0.000* Fark:3-1,2;1,2***	KW=34.243/p=0.000* Fark:3-1,2;1,2***
Sürekli ilaç kullanma durumu				
Evet	322	14.4±10.42	35.81±14.24	23.83±10.34
Hayır	53	9.21±8.2	27.41±16.36	17.99±11.03
Test ve p değeri		U=5986.0/p=0.000*	U=6016.0/p=0.001*	U=5916.0/p=0.000*

*p<0.05 ** KAH nedeniyle daha önce hastaneye yatanlar cevap vermiştir. *** Bonferonni testi ile değerlendirilmiştir.

Hastaların sağlık ve hastalık durumlarına ilişkin sorulara verdikleri cevaplara göre TSOY-32 alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farklar Tablo 4.8’de incelenmiştir.

Buna göre TSOY-32 “Tedavi ve Hizmet” alt boyutu için;

Hastaların KAH tanısı aldıkları toplam süre alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). 145 ay ve üzeri grubunun ortalaması 0-12 ay ve 13-48 ay grubunun ortalamasından ve 97-144 ay grubunun ortalaması 0-12 ay, 13-48 ay ve 49-96 ay grubu ortalamasından yüksektir. Hastaların KAH nedeniyle daha önce hastaneye yatma durumları ile alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Evet cevabını veren hastaların ortalaması hayır cevabını verenlerden daha yüksektir. Araştırmaya katılan hastaların hastaneye yatma sayısı ile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). 2-4 kez ve 5 kez ve üzeri grubunu ortalaması 1 kez grubunun ortalamasından yüksektir. Hastaların başka kronik hastalığa sahip olma durumları ile boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Başka hastalığa sahip olmayanların ortalaması olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların KAH’tan korunmada etkili buldukları önlemler ile alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). “İlaç kullanımı” cevaplarını veren kişilerin ortalaması “ilaç kullanımı ve yaşam tarzı değişikliği” cevaplarını veren kişilerin ortalamasından yüksektir. Hastaların sigara ve alkol kullanma durumları ile ilgili alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0.05$). Sigara ve alkol kullanmayanların ortalamasının kullananlara göre daha yüksektir. Araştırmaya katılan hastaların sağlığı algılama durumları ile ilgili alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Sağlığını “orta” ve “kötü” olarak algılayanların ortalaması “iyi” olanlardan daha yüksektir. Hastaların sürekli ilaç kullanma durumları ile alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Sürekli ilaç kullananların ortalaması kullanmayanlara göre daha yüksektir.

Hastaların düzenli doktor kontrolüne gitme ve düzenli egzersiz yapma durumlarına göre “Tedavi ve Hizmet” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilememiştir ($p>0.05$).

Buna göre TSOY-32 “Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyutu için:

Hastaların KAH tanısı aldıkları toplam süre ile alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). 145 ay ve üzeri ve 97-144 ay grubunun ortalaması 0-12 ay ve 13-48 ay grubunun ortalamasından yüksektir. Hastaların hastanede yatma sıklığı ile alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). 2-4 kez ve 5 kez ve üzeri grubunu ortalaması 1 kez grubunun ortalamasından yüksektir. Hastaların başka hastalığa sahip olma durumu ile alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Başka hastalığa sahip olmayanların ortalamasının olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Düzenli doktor kontrolüne gitme durumları ile alt boyut toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Gidenlerin ortalaması gitmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların KAH’tan korunmada etkili buldukları önlemler ile alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). “İlaç kullanımı” cevaplarını veren kişilerin ortalaması “ilaç kullanımı ve yaşam tarzı değişikliği” cevaplarını veren kişilerin ortalamasından yüksektir. Hastaların sigara ve alkol kullanım durumları ile alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Sigara ve alkol kullanmayanların ortalaması kullananlara göre daha yüksektir. Araştırmaya katılan hastaların sağlığı algılama durumları ile ilgili alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0.05$). Sağlığını “orta” ve “kötü” olarak algılayanların ortalaması “iyi” olanlardan, sağlığını “kötü” olarak algılayanların ortalaması “orta” olarak algılayanlardan daha yüksektir. Hastaların sürekli ilaç kullanma durumları ile alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Sürekli ilaç kullananların ortalaması kullanmayanlara göre daha yüksektir. Hastaların sürekli ilaç kullanma durumları ile alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı

bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Sürekli ilaç kullananların ortalaması kullanmayanlara göre daha yüksektir.

Hastaların KAH nedeniyle hastaneye yatma durumları ve düzenli egzersiz yapma durumlarına göre “Tedavi ve Hizmet” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilememiştir ($p>0.05$).

Buna göre TSOY-32 ölçeği toplam puan ortalaması için;

Hastaların KAH tanısı aldıkları toplam süre ile toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). 145 ay ve üzeri ve 97-144 ay grubunun ortalaması 0-12 ay ve 13-48 ay grubunun ortalamasından yüksektir. Hastaların KAH nedeniyle hastaneye yatma durumları ile toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Hastanede yatanların ortalaması yatmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Hastaların hastanede yatma sıklığı ile toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). 2-4 kez ve 5 kez ve üzeri grubunu ortalaması 1 kez grubunun ortalamasından yüksektir. Hastaların başka hastalığa sahip olma durumu ile toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Başka hastalığa sahip olmayanların ortalamasının olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların sigara kullanımı ile toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların KAH’tan korunmada etkili buldukları önlemler ile toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). “İlaç kullanımı” cevaplarını veren kişilerin ortalaması “ilaç kullanımı ve yaşam tarzı değişikliği” cevaplarını veren kişilerin ortalamasından yüksektir. Sigara kullanmayanların kullananlara göre daha yüksektir. Araştırmaya katılan hastaların alkol kullanımı ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Alkol kullanmayanların kullananlara göre daha yüksektir. Araştırmaya katılan hastaların sağlığı algılama durumları ile ilgili toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Sağlığını “orta” ve “kötü” olarak algılayanların ortalaması “iyi” olanlardan daha yüksektir. Sağlığını “kötü” olarak algılayanların ortalaması “orta” olarak algılayanların ortalamasından daha yüksektir. Hastaların

sürekli ilaç kullanma durumları ile toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Sürekli ilaç kullananların ortalaması kullanmayanlara göre daha yüksektir.

Düzenli doktor kontrolüne gitme durumları ve düzenli egzersiz yapma durumu ile toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Koroner arter hastalarında sağlık algısı ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi incelemek için yürütülen çalışmanın tartışması bu bölümde değerlendirilmiştir.

Genellikle orta ve ileri yaş döneminde ortaya çıkan KAH, bireyin sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı derecesiyle doğrudan ilişkili kronik bir hastalıktır. KAH'ın hastalık yönetimi açısından hastanın; kendisi, ailesi ve sağlık çalışanı ile uyumu önemlidir. Özellikle hemşireler bireylerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısının artırılması için önemli rollere sahiptir (Gür, 2017; Malakar ve ark., 2019). KAH'lı hastalara bakım veren hemşirelerin, olası veya var olan risk faktörlerine yönelik koruyucu ve geliştirici faaliyetler gerçekleştirmesi ve eğitici rollerine ilişkin çalışmalarda bulunması beklenmektedir (Malakar ve ark., 2019).

Araştırmada KAH'lı hastaların %62.7'sinin erkek, %87.2'sinin evli, %31.7'sinin eğitim seviyesinin ilköğretim seviyesinde olduğu, %38.7'sinin fazla kilolu ve DM (%62.5), HT (%27.4) gibi hastalıklara sahip olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların yarıya yakınının (%46.4) sigara içtiği tespit edilmiştir (Tablo 4.1 ve Tablo 4.2). Benzer şekilde Gür (2017) tarafından yapılan araştırmada çalışma grubunun %63'ünün erkek, %48.5'i ilkokul mezunu, %84.6'si evli, %46.9 aşırı kilolu ve en sık DM (%28.2), HT (%37.7) gibi hastalıkları sahip olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma ve KAH'lı hastalarda yürütülen Gür'ün çalışmasında da görüldüğü üzere, erkek hastaların oranının kadınlardan fazla olduğu görülmektedir. Kadınların daha az sigara kullanması ve kadınlarda östrojen hormonunun hastalığa karşı koruyucu etkisi nedeniyle KAH'ın erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Gür, 2017).

Araştırmada hastaların %71.2'sinin en sık yaşadığı şikayetin göğüs ağrısı olduğu, %29.1'nin 0-12 aydır KAH tanısına sahip olduğu, %72.5'inin daha önce KAH tanısı ile hastanede yatış yaptığı ve bu hastaların %52'sinin 2-4 kez arasında yatış yaptığı ve belirlenmiştir. Benzer şekilde Eski (1999) ve Gür'ün (2017) KAH'lı hastalarda yaptıkları çalışmalarda da en sık yaşanan şikayetin göğüs ağrısı olduğu tespit edilmiştir. Literatürde hastaların sonraki dönemlerinde yaşayacakları olası MI riskine karşı göğüs ağrısını ve ne tür ağrı olduğunun ayırt edilmesinin önemli olduğu bildirilmektedir (Eski, 1999; Gür, 2017).

Sağlık algısı bireyin sağlığı ile ilgili kontrolü, kesinliği, öz farkındalığı ve sağlığına verdiği önemi en genel ifadeyle bireyin sağlığını algılama durumunu ifade eden bir kavramdır. “KOM” alt boyutu bireyin sağlığını kontrol etme noktasında kendisini merkeze konumlandırıp konumlandırmadığı hakkında bilgi vermektedir. Kişinin kendisi dışında gelişen şans, kader gibi faktörlerin sağlığı üzerinde etkili olup olmadığına dair fikirleri bu boyutta değerlendirilmektedir. “KES” alt boyutu bireyin sağlıklı olma konusunda yapması gerekenler hakkında kesin bir düşüncesinin olup, olmadığına değerlendirildiği bir diğer boyuttur. “ÖZF” boyutu sağlıklı olmanın bireyin kendisine ne kadar bağlı olup olmadığı noktasında farkındalığın değerlendirildiği boyuttur. “SĞÖ” boyutunda ise, bireyin sağlığına verdiği önemin düzeyi değerlendirilmektedir. Bu yeterliliklerin her biri sağlık algısının önemli bir boyutunu temsil etmektedir (Kadioğlu ve Yıldız, 2012; Kerkez, 2022). Araştırmadaki KAH’lı hastaların sağlık algısı, toplam 75 puan üzerinden 26.66 ± 6.67 ile düşük düzeyde tespit edilmiştir (Tablo 4.3). Literatürde farklı grup ve yaşlar üzerinde gerçekleştirilen çalışmalarda farklı sonuçların elde edildiği görülmektedir. Gür’ün (2017) KAH’lı hastalar üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada sağlık algısı puan ortalaması 47.37 ± 5.77 , Kolaç (2018) tarafından fabrika çalışanları üzerinde yapılan çalışmada 39.84 ± 8.29 , Karakoyunlu Şen (2019) tarafından kanser taraması yapılan kişiler ile yürütülen çalışmada 50.18 ± 9.86 olarak bulmuştur. Şahin (2021) tarafından yapılan çalışmada ise bakım verenlerin sağlık algısının 40.34 ± 12.99 ile orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Literatürde yapılan benzer çalışmalarla karşılaştırıldığında, bu çalışmada elde edilen sağlık algısı puan ortalamasının daha düşük olduğu görülmektedir. Bu farklılığın çalışmanın yatan hastalar üzerinde gerçekleştirilmiş olmasından ve katılımcıların yaş ortalamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmadaki katılımcıların SAÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; “KOM” alt boyutundan 6.61 ± 2.96 , “KES” alt boyutundan 12.01 ± 3.84 , “ÖZF” alt boyutundan 4.64 ± 1.35 ve “SĞÖ” alt boyutundan 3.39 ± 0.94 puan aldıkları belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda en yüksek puan alınan alt boyutun “KES”, en düşük ise “SĞÖ” olduğu görülmüştür (Tablo 4.3). Araştırmada hastaların sağlığına verdiği önem düzeyinin yetersiz olduğu görülmektedir. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, Gür (2017) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların “KOM” alt boyutundan 15.32 ± 4.68 , “KES” alt boyutundan 10.84 ± 3.22 , “ÖZF” alt boyutundan

9.81±2.40 ve “SĞÖ” alt boyutundan 11.33±2.44 puan aldıkları, Yalçınkaya (2020) tarafından yapılan çalışmada ise katılımcıların “KOM” alt boyutundan 16.0±3.9, “KES” alt boyutundan 11.3±3.0, “SĞÖ” alt boyutundan 10.9±2.2 ve “ÖZF” alt boyutundan 10.5±2.0 puan aldıkları belirlenmiştir. Şahin’in (2021) çalışmasında ise katılımcıların “KOM” alt boyutundan 9.88±4.70, “KES” alt boyutundan 10.53±4.37, “ÖZF” alt boyutundan 10.22±3.23 ve “SĞÖ” alt boyutundan 10.38±3.30 puan aldıkları tespit edilmiştir. Yapılan araştırmalar incelendiğinde, çalışmaların birbirinden farklı sonuçlara sahip olduğu görülmektedir. Bu farkın çalışmanın hastanede yatış süresi, süreğen hastalığa sahip ve yaş ortalaması yüksek bireylerde gerçekleştirilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada katılımcıların (18.94±8.99) düşük düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo 4.3). Ahçıoğlu (2020) tarafından KAH tanımlı hastalarda yapılan araştırmada hastaların sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 31.7±8.4 olarak tespit edilmiştir. De Melo Ghisi ve ark. (2018) tarafından KAH’lı hastalarda gerçekleştirilen çalışmada da düşük sağlık okuryazarlığı oranının %30.5 olduğu belirlenmiştir. Amerika’da yaşlı bireylerde gerçekleştirilen bir diğer çalışmada da katılımcıların %52’sinin düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır (Davis ve ark., 2020). Literatürdeki benzer çalışmalarla karşılaştırıldığında çalışma sonucu elde edilen sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının daha düşük olduğu görülmektedir (Tanrıöver ve ark., 2014; Okyay ve ark., 2016; Mut, 2017). Sağlık okuryazarlığının sosyo-demografik ve kültürel birçok faktörden etkilenebilen bir kavram olduğu bilinmektedir (De Melo Ghisi ve ark., 2018; Ahçıoğlu, 2020; Davis ve ark., 2020). Araştırmadaki farklılığın katılımcıların eğitim düzeyi ve yaşlarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada hastaların TSOY-32’nin alt boyutlardan aldıkları puanlar incelendiğinde; “Tedavi ve Hizmet” alt boyutundan 13.57±10.11, “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyutundan 34.61±14.82 puan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 4.3). Bu sonuçlara göre “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyutunun puan ortalaması “Tedavi ve Hizmet” alt boyutundan daha yüksek olduğu görülmektedir. Hastaların tedavi sürecinde iken sağlıkla ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde Olcay İşler (2019)’in 18-65 yaş aralığındaki bireylerde yürüttükleri çalışmada katılımcıların

“Tedavi ve Hizmet” alt boyutundan 31.82 ± 7.76 , “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyutundan 28.96 ± 8.69 aldığı saptanmıştır. Ahçioğlu'nun çalışmasında ise, tedavi ve hizmet alt boyutunda sağlık okuryazarlığı mükemmel olanların oranı %53.5 iken hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda bu oranın %74.5 olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın çalışmadaki katılımcıların demografik özellikleri ve yaşanan bölgenin farklı sosyal-kültürel özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. İleri yaşlı hastalarda tedavi alma ve hastanede yatış süreteci hastaların sağlık okuryazarlığı stres yaşamaları nedeniyle düşük olabileceği ve “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyut puanlarının yüksek olması hasta ve bakım verevler açısından olumlu olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada SAÖ ile TSOY-32 arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzey bir ilişki saptanmıştır ($r=0.318$, $p<0.05$). Ayrıca SAÖ ve alt boyutları ile TSOY-32 ve alt boyutları arasında da istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Buna göre, kişilerin sağlığına verdiği değer artarsa, sağlıklı olabilmesi için yapması gerekenler hakkında net düşüncelere sahip olursa ve farkındalığı yüksek olursa sağlık okuryazarlık seviyesinin de o derece yüksek olduğu görülmüştür. Sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığının değerlendirildiği gebeler ve sağlıklı bireylerde gerçekleştirilen çalışmalarda da benzer şekilde sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ilişki saptanmış ve sağlık okuryazarlıkları yükseldikçe sağlık algılarının iyileştiği belirlenmiştir (Gül, 2018; Akça ve ark., 2020; Alagöz Ekti, 2020; Durmaz ve ark., 2020; Yalçın, 2020; Filiz ve Bodur, 2022; Özer, 2022). Kosova'da yaşlı bireylerde gerçekleştirilen bir çalışmada ise, genel sağlık okuryazarlığı ve tüm alt boyut puanlarının, sağlık durumunu daha kötü olarak algılayan bireylerde, sağlık durumunu iyi olarak algılayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (Toçi ve ark., 2015). Yatan ve kronik hastalar üzerinde gerçekleştirilen çalışmalarda da benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler belirlenmiştir. Ameliyat olacak hastalarda yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı arasında bir ilişki belirlenmiştir (Çetin ve Yılmaz, 2022). Kronik hastalığa sahip bireylerde gerçekleştirilen bir çalışmada ise hastaların sağlık okuryazarlık düzeyleri ile sağlıklarına verdikleri önem arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ilişki saptanmış ve sağlık okuryazarlığı

yüksek olan bireylerin sağlıklarına daha çok önem verdikleri sonucuna varılmıştır (Kale Aktaş, 2021). Aynı şekilde kronik hastalığa sahip bireylerin sağlıklarını nasıl algıladığı ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir fark belirlenmiş ve sağlıklarını iyi ve çok iyi algılayan bireylerin sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Temel ve Çimen, 2017). Çalışma ve literatür bulgularının benzer olduğu ve bu iki ölçek puanı arasındaki pozitif yönlü ilişkinin sağlığın korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde iyileşmenin hızlandırılmasında önemli bileşenler olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada KAH'lı hastaların yaş grupları ile sağlık algıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre 63 yaş ve üzeri hastalarda SAÖ puan ortalaması 27.92 ± 6 ile en yüksek puan ortalamasına sahipken 41-51 yaş grubundaki hastaların SAÖ puan ortalaması 24.98 ± 7.56 ile en düşük puan ortalamasına sahiptir (Tablo 4.5). Benzer olarak Gültekin (2019) tarafından yapılan çalışmada da bireylerin sağlık algılarının yaş değişkeni ile arttığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre yaş arttıkça sağlığa verilen önemin daha çok arttığı görülmektedir. Kıracı (2019) ve Yıldırım (2021) tarafından gerçekleştirilen çalışmalarda sağlık algısı düzeylerinin katılımcıların yaş gruplarına göre farklılık göstermediği saptanmıştır. Ersin ve ark. (2021) tarafından öğretmenler üzerinde yürütülen çalışmada da yaş ile sağlık algısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir. Bu sonuçlardan farklı olarak literatürdeki diğer araştırmalar incelendiğinde ise, yaş arttıkça sağlık algısının azaldığı görülmüştür (Goldberg ve ark., 2001; Ahmed ve ark., 2002; Vissandjee ve ark., 2004). Sağlık algısı kişilerin algıladıkları “iyi oluş” durumlarına göre farklılık göstermektedir. Bireyin herhangi bir hastalığa sahip olmama durumunun bu farklılığa neden olduğu düşünülmektedir. Özellikle yaş arttıkça kronik hastalığa sahip olma olasılığının arttığı bununda sağlık algısında değişikliğe neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada KAH'lı hastaların “KES” ve “ÖZF” alt boyut puan ortalamalarının cinsiyete göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Kadın hastaların “KES” alt boyutundan aldıkları puanın (13.07 ± 3.86) erkek hastaların ortalamasından (11.38 ± 3.7) yüksek olduğu, aynı şekilde kadın hastaların “ÖZF” alt boyutundan aldıkları puan ortalamasının (4.89 ± 1.41) erkek hastaların ortalamasından (4.5 ± 1.3) daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Buna göre kadın hastaların sağlıklarını geliştirmek için yapması gerekenler konusunda daha kesin düşüncelere sahip olduğu ve sağlıklı

olmanın kendilerine bağı olup olmadığı konusunda farkındalıklarının erkek hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Benzer şekilde Bademli ve Lök (2018) tarafından yapılan araştırmada da “KES” alt boyutundan alınan ortalama puanın kadınlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmada kadın hastaların SAÖ toplam puan ortalaması 28 ± 6.51 iken erkek hastaların 25.87 ± 6.67 olduğu saptanmıştır. Buna göre kadın hastaların sağlık algısı erkek hastaların sağlık algısından daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu çalışmadan farklı olarak Yıldırım (2021) tarafından kronik hastalarla yapılan bir araştırmada erkeklerin daha iyi sağlık algısına sahip olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Cott ve ark. (1999), Badawi ve ark. (2012), Ahmad (2005), Gür (2017) ve Karakoyunlu Şen (2019) tarafından yapılan çalışmalarda da erkeklerin sağlık algısının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürdeki araştırmalar incelendiğinde çoğunlukla erkeklerin daha iyi sağlık algısına sahip olduğuna dair çalışmalar yer alsa da cinsiyet ile sağlık algısı ilişkisinin olmadığını ortaya koyan çalışmalar bulunduğu da görülmüştür. Eser ve ark. (2012) tarafından yapılan araştırma sonucunda eczacılık fakültesi öğrencilerinin cinsiyetlerinin sağlık algısı ile ilişkisi olmadığı ve benzer şekilde Dinç (2019) tarafından masabaşı çalışanlar üzerinde yapılan çalışmada da sağlık algısı ile cinsiyet arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir. Sonuçlar arasındaki farkın araştırmaların yürütüldüğü popülasyonun özelliklerinden (kişilik özellikleri, eğitim, kültür, hastalık deneyimi vb.) kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların medeni durum ile sağlık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda bekar (31.85 ± 7.55) hastaların sağlık algısının evli (25.9 ± 6.2) olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Benzer şekilde Gür ve Sunal (2019) tarafından koroner arter hastalarında yapılan çalışmada bekâr katılımcıların sağlık algıları daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlardan farklı olarak, Cott (1999) ve Yıldırım (2021) tarafından yapılan araştırmalarda evli bireylerin daha iyi sağlık algısına sahip olduğu belirlenmiştir. Kıraç (2019) tarafından yetişkinlerde gerçekleştirilen bir çalışmada ise sağlık algısı düzeylerinin katılımcıların medeni durumlarına göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Literatür değerlendirildiğinde, medeni durum ve sağlık algısı arasında farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Örneklem gruplarının farklı demografik özellikleri ve

yaşanılan bölgenin farklı sosyal-kültürel özellikleriyle araştırma sonuçlarının değiştiği düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların “KES” ve “ÖZF” alt boyutları olmak üzere SAÖ toplam puan ortalamalarının eğitim düzeylerine göre değişiklik gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 4.5). Benzer şekilde Ahmad ve ark. (2005) eğitim düzeyinin kişilerin sağlığını algılama durumları üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir. Vissandjee ve ark. (2004) düşük eğitim düzeyinin sağlık algısını kötü yönde etkilediğini belirlemiştir. Aynı şekilde Kıraç (2019) ve Şahin (2021) eğitim düzeyi arttıkça sağlık algısının olumlu yönde değiştiğini belirlemişlerdir. Bu çalışmalardan farklı olarak Yıldırım (2021), Ersin ve ark. (2021), Gür (2017) ve Karabal (2020) tarafından yapılan çalışmalarda ise eğitim düzeyinin sağlık algısı üzerinde etkisi olmadığı saptanmıştır. Bu farklılığın araştırmaların yaş grubu farklı popülasyonlar üzerinde gerçekleştirilmesinden ve örneklem grubunun kronik hastalığa sahip olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların gelir düzeyi ile SAÖ “KES” ve “ÖZF” alt boyutları ve genel SAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Buna göre gelir durumunu giderlerinden fazla olarak değerlendirenler, gelir durumunu giderlerinden az olarak değerlendirenlere göre daha düşük sağlık algısına sahip olduğu saptanmıştır. Farklı olarak Bademli ve Lök (2018) tarafından yapılan araştırmada “KES” alt boyutundan alınan ortalama puanın gelir durumunu iyi olarak değerlendirenler de daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu farklılık araştırmanın farklı sosyoekonomik düzeyde bireyler üzerinde gerçekleşmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada KAH’lı hastaların yaşadıkları yere göre tüm alt boyutlar ve genel sağlık algısı puan ortalamalarının farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Buna göre il merkezinde yaşayan hastaların (24.95 ± 7.13) en düşük sağlık algısı puan ortalamasına sahip olduğu tespit edilmiştir. Farklı olarak Tederko ve ark. (2017) tarafından yapılmış çalışmada büyük şehirde yaşamak ile sağlık algısı arasında olumlu bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Literatürde genel olarak incelendiğinde kırsal alanda yaşayanların olumsuz sağlık algısına sahip olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Vissandjee ve ark., 2004; Ahmad ve ark., 2005). Kırsal ve kentsel alandaki bu farklılık sağlık

algısının değerlendirilmesi ve geliştirilmesi açısından önemli bir bulgu olduğu düşünülmektedir. Araştırma sonuçlarındaki bu farklılığın, araştırmanın farklı sosyoekonomik düzeydeki bireyler üzerinde gerçekleşmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada sürekli ilaç kullanan ve kronik başka bir hastalığı bulunan hastalar ile sağlık algısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Buna göre sürekli kullandığı bir ilacı olan hastaların olmayanlara göre sağlık algısı puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca KAH dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip hastaların sağlık algısı puan ortalaması başka bir kronik hastalığı olmayanlara göre daha düşük olarak saptanmıştır (Tablo 4.6). Benzer şekilde Karakoyunlu Şen (2019) tarafından yapılan çalışmada kronik bir hastalığı bulunmayanların sağlık algısı puanı ortalamasının bulunanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı ve daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Farklı olarak Çiftçi Kıraç (2021), ailesinde kronik rahatsızlığı bulunanların sağlık algı düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bu sonuçların hastaların kronik hastalığının türü ve tanılanan sürelerindeki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmadaki KAH'lı hastaların sigara kullanma durumları ile sağlık algısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Buna göre, sigara kullanmayan hastaların sağlık algılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. (Tablo 4.6). Gür'ün 2017 yılında yaptığı çalışmada ise sigara kullanmayanlarda sağlık algısının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmada alkol kullanma durumu ile sağlık algısı arasında bir ilişki olmadığı belirlenmişken, Gür'ün çalışmasından alkol kullanmayanların sağlık algısının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın örnekleme yer alan hastaların demografik özellikleri ve sosyal-kültürel özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Sigara ve alkol kullanma gibi değiştirilebilir riskli sağlık davranışların KAH'ın önlenmesi ve rehabilitasyon sürecindeki önemli bir konuma sahip olmakla birlikte bu farklılar önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların yaş grupları ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışmamızın sonucuna göre 63 yaş ve üzeri hastalarda TSOY-32 puan ortalaması 21.49 ± 8.56 ile en yüksek puan ortalamasına sahipken 20-40 yaş

grubundaki hastaların TSOY-32 puan ortalaması 10.94 ± 6.34 ile en düşük puan ortalamasına sahiptir (Tablo 4.7). Bu çalışmadan farklı olarak Beerens ve ark. (2016) tarafından 65 yaş ve üzeri grupta yapılan çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha belirgin olduğunu gösteren bulgular saptanmıştır. Literatürdeki diğer çalışmalarda da benzer şekilde yaş arttıkça sağlık okuryazarlığının düştüğü belirlenmiştir (Kutner ve ark., 2006; Morris ve ark., 2013). Bu farklılığın, araştırmaların yürütüldüğü bölge, zaman ve kültürel özelliklerden kaynaklandığı söylenebilir. Artan yaşla birlikte kronik hastalık sahibi olmanın sağlık hizmetlerine daha fazla başvurmaları sağlık profesyonelleri ile daha fazla iletişimde olmaları yaşla sağlık algısı arasındaki anlamlı ilişki açısından düşünülmesi gereken etkenlerden birinin olabileceği ancak bununla birlikte, ölüm korkusu, komplikasyon yaşama endişesi gibi birçok etkenin açıklayıcı faktör olabileceği göz ardı edilmemelidir.

Hastaların cinsiyetlerine göre “Tedavi ve Hizmet” ve “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyut puan ortalamalarının farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Buna göre kadın hastaların (18.25 ± 11.35) ortalamasının erkek hastaların (10.79 ± 8.12) ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna göre kadın hastaların sağlıklarını koruma ve tedavi süreçleri hakkında bilgilerinin erkek hastalardan daha yeterli olduğu görülmektedir. Japonya’da yetişkin bireylerde gerçekleştirilen bir çalışmada, kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin erkeklerden daha yüksek bulunurken, Kosova’da gerçekleştirilen çalışmada ise sağlık okuryazarlığı ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (Toçi ve ar., 2014; Matsumoto ve Nakayama, 2017). Benzer olarak Avrupa’da sekiz ülkede yürütülen HLS-EU araştırmasının bulgularına göre de kadınlarda sağlık okuryazarlığının daha iyi olmakla birlikte cinsiyetin sağlık okuryazarlığı için zayıf bir belirleyici olduğu bildirilmiştir (WHO, 2013). Bu çalışmada da benzer şekilde TSOY-32 puan ortalaması cinsiyete göre farklılık göstermemektedir (Tablo 4.7). Literatürde cinsiyet ve sağlık okuryazarlığı arasında tutarlı ilişki olmadığı görülmektedir. Ancak cinsiyetin KAH açısından değiştirilemeyen ve erkeklerin daha fazla riskli olduğu göz önüne alındığında hemşirelik bakımı planlamalarında çalışma bulgumuzun önemli olduğu düşünülmektedir. Araştırmalardan elde edilen sonuçlardaki bu farklılığın, ölçüm aracı ve örneklem gruplarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada medeni durum ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Çalışmamızda bekar hastaların TSOY-32 puan ortalaması 28.91 ± 10.32 iken evli hastaların 22.14 ± 10.41 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7). Benzer şekilde Mollakhalili ve ark. (2014) tarafından İran'da üniversite hastanesindeki hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada evli hastalarda sağlık okuryazarlığının bekarlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Aynı şekilde Duong ve ark. (2019) tarafından Vietnam'da gerçekleştirilen bir araştırmada evli olmayanların sağlık okuryazarlığı bekarlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Farklı olarak Ahçıoğlu (2020) tarafından KAH tanılı hastalar üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada ise evli olmayanlarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin evli olanlara göre anlamlı ölçüde düşük olduğu belirlenmiştir. Literatürdeki araştırmaların sonuçları düşünüldüğünde, örneklem grubunun demografik özellikleri ve yaşanan bölgenin farklı sosyal-kültürel özellikleri nedeniyle araştırma sonuçlarının değiştiği düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların eğitim düzeyine göre “Tedavi ve Hizmet” ve “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyutları ve TSOY-32 ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7). Çalışmada “okur yazar” olan hastaların TSOY-32 puan ortalaması 34.74 ± 7.21 bulunurken “Lisansüstü” olan hastalarda 15.29 ± 8.32 olduğu belirlenmiştir. Farklı olarak Tanrıöver ve ark.'nın (2014) ve Okyay ve ark.'nın (2016) yürüttükleri araştırmalarda kişilerin eğitim düzeyleri arttıkça sağlık okuryazarlıklarının da anlamlı olarak yükseldiği saptanmıştır. Akbolat ve ark. (2016)'ı tarafından yürütülen araştırmada ise kişilerin eğitim düzeyi ile genel, iletişimsel ve eleştirel sağlık okuryazarlıkları arasında negatif ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Duong ve ark. (2015) tarafından Tayvan'da yapılan bir çalışmada ise eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki olmadığı bildirilmiştir. Eğitim düzeyi yüksek bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yüksek olması beklenmekle birlikte, yürütülen araştırmadaki farklı sonuçların araştırmaya katılan lisansüstü mezunu bireyin az olması ve katılımcıların hastanede yatan bireylerden oluşması nedeniyle kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların mesleğine göre “Tedavi ve Hizmet” ve “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyutları ve TSOY-32 ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7). Benzer şekilde

Kobayashi ve ark., (2015) tarafından yapılan çalışmada da mesleğin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkisi olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin bireylerin çalışma durumundan da etkilendiği bildirilmektedir (Furuya ve ark., 2015; Wu ve ark., 2017). Bu çalışmada ev hanımlarının puanlarının diğerlerinden daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu farklılığın ev hanımlarının sağlık okuryazarlığını arttıracak araç gerece günlük hayatında daha kolay ulaşabilmeleri ve sağlık okuryazarlığına daha fazla zaman ayırabilmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların gelir düzeyine göre “Tedavi ve Hizmet” ve “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyutları ve TSOY-32 ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7). Geliri giderden az olanların gelir gidere eşit ve gelir giderden fazla olanlara göre puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Gelir düzeyi ile ilgili gerçekleştirilen diğer çalışmalarda da böyle bir ilişki olduğu belirlenmişken, bu çalışmadan farklı olarak gelir arttıkça sağlık okuryazarlığının arttığı belirlenmiştir (Sun ve ark., 2013; Suka ve ark., 2015; Yeşildal ve Kaya, 2021). Araştırmadaki katılımcıların ekonomik durumlarının yetersiz olması ve bir kronik hastalığa sahip olmalarının sağlıklarına daha fazla özen göstermelerine ve sağlık okuryazarlıklarını yükseltmelerine yol açmış olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların yaşadıkları yer ve kiminle yaşadıklarına göre “Tedavi ve Hizmet” ve “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyutları ve TSOY-32 ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7). İran’da gerçekleştirilen bir çalışmada yerleşim yerine göre sağlık okuryazarlığının değiştiği belirlenmiştir (Mollakhalili ve ark., 2014). Coşkun ve ark. (2021) yaptığı çalışmada en uzun yaşanan yer ve sağlık okuryazarlığı arasından bir ilişki bulunamamışken, Örsal ve ark. (2021) tarafından yapılan araştırmada yaşanan yer ve sağlık okuryazarlığı arasından bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmada köyde yaşayanların sağlık okuryazarlığı daha yüksek olarak bulunmuşken, Ahçıoğlu’nun (2020) gerçekleştirdikleri çalışmada ise, yaşanan yerin kentsel alana doğru kaymasıyla sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseldiği belirlenmiştir. Literatürde yaşanan yer ile sağlık okuryazarlığı arasında farklı sonuçların elde edildiği

görülmektedir. Araştırmalardaki farklılığın örneklemin yaş ortalaması ve kronik hastalığa sahip bireyler olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada KAH tanısı alınan süre, hastanede yatma durumu, hastaneye yatma sayısı ve düzenli doktor kontrolüne gitme ile sağlık okuryazarlığı ve alt boyutları arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8). Düzenli doktor kontrolüne gidenlerin gitmeyenlere göre sağlık okuryazarlığı anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Ahçioğlu'nun (2020) çalışmasında da düzenli sağlık kontrolü yaptırmayanlarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yetersiz olduğu belirlenmiştir. Koroner arter hastalarının sağlık hizmetlerini etkin kullanmaları ve sağlık kontrollerini düzenli yaptırması istenen ve beklenen bir durumdur. Aynı şekilde araştırmada KAH'tan korunmada etkili bulunan önlem ile "Tedavi ve Hizmet" ve "Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi" alt boyutları ve TSOY-32 ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8). İlaç kullanımını KAH'tan korunmada etkili bulanların ortalamasının diğer önlemleri ifade edenlere göre yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin daha sağlıklı yaşam davranışları göstermesinin daha olası olduğu (Spring, 2020) ve bu bireylerde sağlık hizmetleri kullanımının artacağı düşünüldüğü bildirilmektedir (Güven, 2016). Araştırmadaki bu sonuçların katılımcıların kronik hastalığa sahip olması ve yaş ortalamasının yüksek olması nedeniyle hastalığının çözümünü daha çok medikal tedavide ve sağlık hizmeti kullanımı ile aradıklarını düşündürmüştür.

Araştırmada KAH dışında başka kronik hastalığa sahip olma durumu ile "Tedavi ve Hizmet" ve "Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi" alt boyutları ve TSOY-32 ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8). Başka kronik hastalığa sahip olmayanların puanı olanlara göre daha yüksektir. Komorbiditelerin düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (de Melo Ghisi ve ark, 2018; Ahçioğlu, 2020). Benzer sonuç bu çalışmada da saptanmış olup komorbiditesi olanlarda sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu görülmüştür. Güven (2016) tarafından yapılan çalışmada kronik hastalığa sahip olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumu sağlık okuryazarlığını etkilemekle birlikte birden fazla hastalığa sahip olma durumunun sağlık okuryazarlık düzeyinde bir fark yaratmadığı görülmektedir. Özellikle KAH'lı hastalarda başka kronik

hastalığa sahip olma beklenen bir durumdur. Birincil hastalığa eşlik eden herhangi bir hastalığa sahip olma durumunun hastalarda sağlıkla ilgili bilgi edinme ve uygulama becerilerini engellemiş olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada sigara ve alkol kullanma durumu ile “Tedavi ve Hizmet” ve “Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyutları ve TSOY-32 ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8). Sigara ve alkol kullanmayanların ortalamasının kullananlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Ahçıoğlu'nun (2020) çalışmasında da hiç sigara içmeyenlerde ve hiç alkol kullanmayanlarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yeterli olduğu saptanmıştır. Literatürdeki diğer çalışmalarda da benzer şekilde sigara içme durumu ve alkol kullanımı ile yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi ilişkilendirilmiştir (Hoover ve ark, 2015; Liu ve ark., 2015). Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinin KAH'nın risk faktörlerine karşı hastaların koruyucu önlemler almasına yol açmış olabileceği düşünülmektedir. Literatürde sağlık okuryazarlığının egzersiz yapma ile pozitif ilişkili olduğu belirtilmekle birlikte (Liu ve ark., 2015) bu çalışmada düzenli egzersiz yapma durumu ile sağlık okuryazarlığı arasında bir ilişki saptanamamıştır. Bu farklılığın çalışmadaki katılımcıların yaş ortalamasının yüksek olması nedeniyle olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada sağlık algısı kötü ve orta olanların iyi olanlara göre sağlık okuryazarlığı daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8). Benzer şekilde Ahçıoğlu'nun (2020) çalışmasında da sağlık algısı orta olanların sağlık okuryazarlığının daha yeterli olduğu bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı; gelir seviyesi, yaşanılan yer, yaş gibi diğer faktörlerle kıyaslandığında, kişilerin sağlık durumunu gösteren temel faktör olarak görülmektedir. Sağlıkları için sorumluluk alan bireylerin sağlıklı yaşam davranışları geliştirmesi ve daha sağlıklı olacağı da beklenmektedir (Örsal ve ark., 2021). Sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısının birbirini etkileyen değişkenler olduğu görülmektedir. Tüm bunlar göz önüne alındığında olumlu sağlık algısına sahip olan kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin de yüksek olacağı beklenmektedir. KAH'lı hastaların sağlık durumunu algılamasının pek çok faktörden etkilenebileceği ve sağlık durumunu kötü olarak algılayan hastaların daha fazla sağlık bilgisi arayışına girebileceği düşünülmektedir.

Araştırmada sürekli ilaç kullanma durumu ile ‘‘Tedavi ve Hizmet’’ ve ‘‘Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi’’ alt boyutları ve TSOY-32 ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir Araştırmada sürekli ilaç kullananların sağlık okuryazarlığı daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8). Benzer Şekilde Güven (2016) tarafından yapılan çalışmada kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Süreğen bir hastalığa sahip olma ve bununla ilişkili düzenli ilaç kullanma durumunun hastaların sağlık okuryazarlığını yükselttiği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

KAH tanılı hastalarda sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla 375 KAH tanısı almış hastayla yürütülen bu çalışmadan elde edilen sonuç ve öneriler bu bölümde yer almaktadır.

6. 1. Sonuçlar

Hastaların SAÖ ve TSOY-32 toplam puan ortalamalarının, sırası ile 26.66 ± 6.67 ve 18.94 ± 8.99 ile düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Hastaların SAÖ ve TSOY-32 toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.314$, $p<0.05$) (Tablo 4.4).

KAH tanılı hastaların yaş ortalaması, yaş grupları, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, aile tipi, mesleği, gelir düzeyi, yaşadığı yer ve kiminle yaşadığına göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuşken, BKİ'ye göre anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p<0.05$). 63 yaş ve üzeri grubunun 41-51 yaş ve 52-62 yaş gruplarına göre, kadınların erkeklere göre, bekar olan kişilerin evli olanlara göre, geniş aileye sahip olan kişilerin çekirdek aileye sahip olan kişilere göre SAÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Serbest meslek sahibi, ev hanımı, çifti olanların işçi grubuna göre ve ev hanımlarının emeklilere göre, geliri giderinden az ve geliri giderine eşit olanların geliri giderinden fazla olanlara göre, köyde yaşayanların il merkezi ve ilçe merkezinde yaşayanlara göre, akrabaları ile yaşayanların ise eşiyle ve/veya çocuğuyla yaşayan kişilere göre SAÖ toplam puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5).

KAH tanılı hastaların KAH tanısı ile daha önce hastaneye yatma durumu, yatma sayısı, düzenli doktor kontrolüne gitme durumu ve alkol kullanımına göre SAÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamışken, KAH tanısı aldıkları süre, tanı aldığı başka bir kronik rahatsızlığı olup olmadığı, KAH'tan korunmada etkili buldukları önlem, sigara kullanımı, düzenli egzersiz yapma durumu, sağlığı algılama ve sürekli kullandığı ilaç olup olmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). KAH tanılı oldukları süresi 97-144 ay ve 145

ay ve üzeri grubunun 13-48 ay grubuna göre ve 145 ay ve üzeri grubunun 0-12 ay grubuna göre SAÖ toplam puan ortalamaları daha yüksektir. Başka bir kronik rahatsızlığı olmayan hastaların olan hastalara göre, KAH'tan korunmada “ilaç kullanımı” ve “yaşam tarzı değişikliği” etkili önlem olduğunu düşünenlerin “ilaç kullanımı ve yaşam tarzı değişikliği” düşünenlere göre, sigara kullanmayan kişilerin kullananlara göre, düzenli egzersiz yapan kişilerin yapmayanlara göre ve sağlığını orta ve kötü değerlerinden kişilerin iyi değerlendirenlere göre ve sürekli kullandığı ilacı olanların olmayanlara göre SAÖ toplam puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6).

KAH tanılı hastaların yaş ortalaması, yaş grupları, medeni durumu, eğitim düzeyi, aile tipi, mesleği, gelir düzeyi, yaşadığı yer ve kiminle yaşadığına göre TSOY-32 toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuşken, cinsiyet ve BKİ'ye göre istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). 63 yaş ve üzeri grubunun 20-40 yaş, 41-51 yaş ve 52-62 yaş gruplarına göre ve 52-62 yaş grubunun 20-40 yaş ve 41-51 yaş gruplarına göre, bekar olanların evlilere göre, geniş aileye sahip olanların çekirdek aileye sahip olanlara göre TSOY-32 toplam puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksektir. Serbest meslek grubunun işçi grubuna göre, emekli, çifti ve ev hanımı gruplarının işçi grubuna göre ve ev hanımı grubunun memur, serbest meslek ve emekli gruplarına göre TSOY-32 toplam puan ortalamaları daha yüksektir. Geliri giderden az olanların gelir gidere eşit ve gelir giderden fazla olanlara göre ve gelir gidere eşit grubunun gelir giderden fazla grubuna göre, köyde yaşayanların il merkezi ve ilçe merkezinde yaşayanlara göre ve ilçe merkezinde yaşayanların il merkezinde yaşayanlara göre, akrabaları ile yaşayanların ise eşiyile ve/veya çocuğuyla yaşayanlara göre TSOY-32 toplam puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7).

KAH tanılı hastaların düzenli doktor kontrolü ve düzenli egzersiz yapma durumlarına göre TSOY-32 toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamışken, KAH tanısı aldıkları süre, KAH tanısı ile daha önce hastaneye yatma durumu, yatma sayısı, tanı aldığı başka bir kronik hastalığının olup olmadığı, KAH'tan korunmada etkili bulunduğu önlem, sigara kullanımı, alkol kullanımı, sağlığını nasıl algıladığı ve sürekli kullandığı ilaç olup olmadığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). KAH tanılı olma süresi 145 ay ve üzeri ve 97-144 ay

grubunun 0-12 ay ve 13-48 ay grubuna göre, KAH tanısıyla daha önce hastaneye yatan kişilerin yatmayan kişilere göre, daha önce KAH tanısıyla 2-4 kez ve 5 kez ve üzeri yatışı yapılanların 1 kez yatanlara göre TSOY-32 toplam puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksektir. Başka bir kronik rahatsızlığı olmayan hastaların olan hastalara göre, koroner arter hastalıklarından korunma durumuna ilaç kullanımını etkili bulanların ilaç kullanımını ve yaşam tarzı değişikliğini bulanlara göre, sigara ve alkol kullanmayanların kullananlara göre, TSOY-32 toplam puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksektir. Sağlığını orta ve kötü olarak değerlendirenlerin iyi olanlara göre ve sürekli ilaç kullanan kişilerin kullanmayan kişilere göre TSOY-32 toplam puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8).

6.2. Öneriler

Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur;

- KAH'lı hastalarda sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığının daha geniş bir popülasyonda ve derinlemesine çalışmalarla incelenmesi,
- Bakım ve tedavi öncesi KAH'lı hastaların sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi,
- Özellikle KAH risk faktörlerini taşıyan bireyler başta olmak üzere KAH tanılı tüm hastaların kliniğe kabulden taburculuk aşamasına kadarki tüm aşamalarda KAH'ta yaşam biçimi değişikliği, tedaviye uyum ile ilgili eğitim ve danışmanlık verilmesi,
- Taburculuk sonrası KAH rehabilitasyon programlarının sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığına göre belirlenip yürütülmesi,
- KAH'lı hastalar ve sağlık çalışanları arasında etkili iletişimin artırılması için çalışmalar yapılması dolayısı ile sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığının dolaylı olarak artırılması,
- KAH'lı hastaların sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığını artırıcı müdahaleler geliştirilmesi ve test edilmesi,
- KAH'lı hastaların etkili medya kullanımını ile sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığının artırılması,

- KAH'lı hastaların sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığını artırıcı teknoloji temelli sağlık m¼dahaleleri yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Aaby A, Friis K, Christensen B, Rowlands G, Maindal H.T. (2017). Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24, 1880–1888.
- Abanonu G.B. (2005). Koroner Arter Hastalığı Majör Risk Faktörleri ve C-Reaktif Proteinin Değerlendirilmesi, İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul. Türkiye.
- Açıksöz S, Uzun Ş, Arslan F. (2013). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 55(3), 181-187.
- Ahçıoğlu A. (2020). Koroner Arter Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Psikososyal ve Davranışsal Faktörler Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Hitit Üniversitesi, Çorum. Türkiye.
- Ahmad K, Jafar TH, Chaturvedi N (2005). Self-rated health in Pakistan: Results of a national health survey. *BMC Public Health*, 5(51), 1-7.
- Ahmed SM, Rana AKMM, Chowdhury M, Bhuiya A (2002). Measuring perceived health outcomes in non-western culture: Does SF-36 have a place? *Journal of Health, Population and Nutrition*, 20(4), 334–342.
- Akalın E. (2012). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Neden Önemlidir? Erişim: 24.03.2022, <http://www.saglikpolitikolari.org/images/dosyalar/saglik-okuryazarligi-neden-onemli-erdal-akalin-2012.pdf>.
- Akbolat M, Kahraman G, Eriguc G, Saglam H. (2016). Does patient-physician relationship affect health literacy: A research in sakarya province. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 15(4), 354-362.
- Akça E, Gökyıldız Sürücü Ş, Akbaş M (2020). Gebelerde sağlık algısı, sağlık okuryazarlığı ve ilişkili faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 8(3): 630-642.

- Akdemir N, Birol L (2004). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (2. Bs.) Ankara: Sistem Ofset, S: 10-15.
- Akdemir N. (2011). Koroner Arter Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Ankara: Sistem Ofset, S: 433-445.
- Alagöz Ekti Z. (2020). Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Genel Sağlık Taramaları ve Sağlık Algısı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Afyonkarahisar. Türkiye.
- Alpözgen AZ, Özdiñler AR. (2016). Fiziksel aktivite ve koruyucu etkileri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(1), 66-72.
- American Diabetes Association. (2009). Summary of revisions for the 2009 Clinical Practice Recommendations. *Diabetes Care*, 32(1), 3-5.
- Aslantekin F, Yumrutaş M. (2014). Sağlık okuryazarlığı ve ölçümü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 327- 334.
- Badawi G, Gariépy G, Pagé V, Schmitz N (2012). Indicators of self-rated health in the Canadian population with diabetes. *Diabetic Medicine*, 29(1), 1021-1028.
- Bademli K, Lök N (2018). Relationship between the health perception and physical activity of individuals. *Turkish Journal of Sport and Exercise*, 20(3), 127-131.
- Badır A. (2014). Koroner arter hastalıkları. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, S: 431-432.
- Bartnik M, Norhammar A, Ryden L. (2007). Hyperglycemia and cardiovascular disease. *Journal of Internal Medicine*, 262 (1), 145-156.
- Barton M, Gruntzig J, Husmann M, Rosch J. (2014). Balloon angioplasty- the legacy of andreas gruntzig. *Frontiers in Cardiovascular*, 1(15),1-25.
- Bayülgen M, Altıok M. (2017). Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti uygulanan hastaların sağlıklı yaşam şekli davranışları ve etkileyen faktörler. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 8(16), 45-54.

- Beauchamp A, Talevski J, Niebauer J, Gutenberg J, Kefalianos E, Mayr B, et al. (2022). Health literacy interventions for secondary prevention of coronary artery disease: A scoping review. *Open Heart*, 1, 1-9.
- Berens EM, 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(1151), 2-8.
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.
- Boudoulas KD, Triposciadis F, Geleris P, Boudoulas H. (2016). Coronary atherosclerosis: Pathophysiologic basis for diagnosis and management. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 58(6), 676-692.
- Cajita MI, Cajita TR, Han HR. (2016). Health literacy and heart failure: A systematic review. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(1), 121–130.
- Catapano AL, Graham L, Backer GD, Wiklund O, Chapman MJ, Drexel H, ve ark. (2017). Dislipidemilerin Tedavisine İlişkin 2016/ESC/EAS Klavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 37(1), 2999–3058.
- Cheitlin MD, Armstrong WF, Aurigemma GP, Beller GA. (2003). ACC/AHA/ASE 2003 Guideline update for the clinical application of echocardiography: Summary article. *Circulation*, 108(9), 1146-1162.
- Connell AM, Fry-bowers EK. (2011). Knowledge and perceptions of health literacy. Among nursing professionals. *Journal of Health Communication*, 730(16), 295-307.
- Cott CA, Gignac MA, Badley EM. (1999). Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 53, 731- 736.
- Çapık C. (2006) Yoksul ve Yoksul Olmayan Kadınlarda Sağlık Algısını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir. Türkiye.

- Çetin F, Yılmaz E. (2022). Cerrahi kliniğinde yatan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık algısı ve ameliyat korkusuna etkisi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1), 61-67.
- Coşkun N, Kazak A, Başaran F, Karakullukçu S (2021). Sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan üniversite öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Kocaeli Medical Journal*, 10(3): 273-283.
- Çiftçi Kıraç F. (2021). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Algısının Hasta Aktivasyonu ve Yaşam Doyumunu Üzerine Etkisi. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya. Türkiye.
- Çilingir D, Aydın A. (2017). Hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin sağlık algısı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25 (3), 167-176.
- Davis SN, Wischhusen JW, Sutton SK, Christy SM, Chavarria EA, Sutter ME, Roy S, Meade CD, Gwede CK. (2020). Demographic and psychosocial factors associated with limited health literacy in a community-based sample of older Black Americans. *Patient Education Counseling*, 103(2): 385-391.
- De Caterina R, Zampolli A, Del Turco S, Madonna R, Massaro M. (2006). Nutritional mechanisms that influence cardiovascular disease. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 83(2), 421-426.
- De Melo Ghisi GL, Da Silva Chaves GS, Britto RR Oh P. (2018). Health literacy and coronary artery disease: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 101(2), 177-184.
- De Smedt D, Killeri E, Annemans L, Jennings K, Ahşap D, Baker DD. (2012). Health related quality of life in coronary patients and its association with their cardiovascular risk profile: Results from the euroaspire III survey. *International Journal of Cardiology*, 168(2), 898-903.
- Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers CV, Rosenthal MP. (2007). Development of a scale to measure adults' perceptions of health: Priliminary findings. *Journal of Community Psychology*, 35(5), 557-561.
- Dickens C, Lambert BL, Cromwell T. (2013). Nurse overestimation of patients' health literacy. *Journal of Health Communication*, 18(1), 62-69.

- Dinç H. (2019). Masabaşı Çalışanlarının Sağlık Algılarının Boş Zaman Tutum ve Boş Zaman Katılımlarına Göre Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon. Türkiye.
- Doğan BE. (2010). Koroner Kalp Hastalarında Sağlık ve Kalp Hastalığı Algısı. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.
- Doğru BV. (2019). Koroner Arter Hastalıkları ve Bakım Yönetimi. İç Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri, S:83-100.
- Dunn P, Conard S. (2018). Improving health literacy in patients with chronic conditions: A call to action. *International Journal of Cardiology*, 273, 249-251.
- Duong TV, Nguyen TT, Pham KM, Nguyen KT, Giap MH, Tran TD. (2019). Validation of the short-form health literacy questionnaire (HLS-SF12) and its determinants among people living in rural areas in vietnam. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), 2-11.
- Durmaz S, Sürücü E, Özvurmaz S. (2020). Mermer fabrikası işçilerinde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Medical Sciences*, 15(3), 81-91.
- Durusoy E, Yıldırım T, Altun A. (2010). Koroner arter hastalığı poliklinik takibi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1), 13-18.
- Dülek H, Tuzcular Vural Z, Gönenç I. (2018). Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(2), 53-58.
- Enç N, Uysal H. (2014). İç Hastalıkları Hemşireliği Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakım: Akut Koroner Sendromlar. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi. S: 95-103.
- Ergene T. (2012). Koroner Arter Bypass Cerrahisi Geçiren ve Post-Operatif Kardiyopulmoner Fizyoterapi Uygulanan Hastalarda Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

- Ersin F, Usta EM, Havlioğlu S. (2021). Investigation of the relationship between health literacy levels and health perceptions of primary school teachers. *International Journal of Caring Sciences*, 14(3), 2001-2008.
- Eser S, İkinci S, Ocaktan ME, Çalışkan D, Piyal B, Akdur R. Eczacılık fakóltesi öğrencilerinde sağlık algısının değerlendirilmesi. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi/HASUDER, Bursa, Türkiye, Abstract Book, 2012.
- Eski S. (1999). Miyokart Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Evangelista LS, Rasmusson KD, Laramée AS, Barr J, Ammon SE, Dunbar S, et al. (2010). Health literacy and the patient with heart failure implications for patient care and research: A consensus statement of the Heart Failure Society of America. *Journal of Cardiac Failure*, 16(1), 9-16.
- Fertman CI, Allensworth DD. (2012). Sağlığı geliştirme programları: Teoriden pratiğe raporu. (Rapor No: 882). Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Fiedler S, Pförtner TK, Nietzsche A, McKee L, Pfaff H. (2017). Health literacy of commercial industry managers: An exploratory qualitative study in Germany. *Health Promotion International*, 32(5), 1-11.
- Filiz E (2015). Sağlık Okuryazarlığının Gebelik ve Sağlık Algısı ile İlişkisi. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya. Türkiye.
- Filiz E, Bodur S. (2022). Gebe ve gebe olmayan kadınlarda sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisinin değerlendirilmesi. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 3(1), 1-17.
- Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ, et al. (2018). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: Systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *The Lancet*, 377(9765), 557-567.
- Fox K, Garcia MAA, Ardissino D, Buszman P, Camici PG, Crea F, et al. (2006). Kararlı Angina Pektoris Tedavi Kılavuzu. *European Heart Journal*, 27, 1341-1381.

- Fraker TD, Fihn SD. (2007). 2007 chronic angina focused update of the ACC/AHA 2002 guidelines for the management of patients with chronic stable angina: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Writing Group to develop the focus update of the 2002 guidelines for the management of patients with chronic stable angina. *Journal of the American College of Cardiology*, 50(23), 2264-2274.
- Friis K, Lasgaard M, Osborne RH, Maindal HT. (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), 1-10.
- Furuya Y, Kondo N, Yamagata Z, Hashimoto H. (2015). Health literacy, socioeconomic status and self-rated health in Japan. *Health Promotion International*, 30(3), 505-513.
- Goldberg P, Guéguen A, Schmaus A, Nakache JP, Goldberg M. (2001). Longitudinal study of associations between perceived health status and self reported diseases in the French Gazel cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(4), 233-238.
- Gül Ç, Yıldız M, Tatlı E, Özçelik F. (2002). Koroner risk faktörlerinin koroner anjiyoplasti ve stent sonrası gelişen yeniden daralma üzerine etkileri. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19, 84-88.
- Gül E. (2018). Yetişkin Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Yeme Davranışı ve Sağlık Algısı ile İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye.
- Gültekin B. (2019). Adölesanlarda Sağlık Algısının Besin Etiketleri Okuma Alışkanlıkları Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya, Türkiye.
- Gür G. (2017). Koroner Arter Hastalarında Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.

- 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.
- Güven A (2016). Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sağlık Okuryazarlığı ile Hasta Güvenliği İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye.
- Hindistan S, Nural N. (2010). Miyokard infarktüsünde kadın ve erkek arasındaki farklılıklar. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1), 67-71.
- Hoover, DS, Vidrine JI, Shete S, Spears CA, Cano MA, Correa-Fernández V, et al. (2015). Health literacy, smoking, and health indicators in African American adults. *Journal of Health Communication*, 20, 24-33
- Irmak Z, Fesci H. (2005). Akut miyokard enfarktüsünde sekonder koruma. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 84-96.
- İkitimur B, Karadağ B, Öngen Z. (2010). Yaşlılarda koroner arter hastalığı. *Türk Geriatri Dergisi*, (2), 13-14.
- İşler OA. (2019). 18-65 Yaş Arası Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir.
- Jennet B, Teasdale G, Braakman R, Minderhoud J, Knill-Jones R. (1976). Predicting outcome in individual patient safter severe head injury. *The Lanset*, (1), 1051-1056.
- Johnston R, Fowler C, Wilson V, Kelly M. (2015). Opportunities for nurses to increase parental health literacy: A discussion paper. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 38(4), 266-281.
- Juengst SB, Vega M, Holland AB, Herrera S, Higashi RT, Boix Braga M, et al. (2022). Development of the multidimensional health perceptions questionnaire in English and Spanish. *Journal of Patient Reported Outcomes*, 6(104), 2-8.

- Kadıoğlu H, Yıldız A. (2012). Sağlık algısı ölçeğinin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(1), 47– 53.
- Kale Aktaş H. (2021). Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının ve Sağlık Algısının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
- Kanejima Y, Shimogai T, Kitamura M, Ishihara K, Izawa KP. (2022). Impact of health literacy in patients with cardiovascular diseases: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 105(7):1793-1800.
- Karabal N. (2020). Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Verenlerde Sağlık Algısı ile Sağlık Anksiyetesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun, Türkiye.
- Karabay Ö, Karaçelik M, Yılık L, Tekin N, İriz AB, Kumdereli S ve ark. (2012). İskemik periferik arter hastalığı: Bir tarama çalışması. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 20(3), 450-457.
- Karabulut İ, Gün M. (2019). Perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda hastalık algısının ilaç uyumuna etkisi. *Turk Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(21), 8-16.
- Karabulut M. (2021). Öğretmenlerin Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutumu ile Sağlık Algısı ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki. Tıpta Uzmanlık Tezi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Afyonkarahisar, Türkiye.
- Karadağ B. (2008). Kararlı angina pektoriste girişimsel yaklaşım; koroner anjiyografi ve revaskülarizasyon stratejileri, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Kardiyoloji Gündemi, 6(4),89-102.
- Karakoyunlu Şen S. (2019). Sağlık Algısı ile Kanseri Taraması Farkındalığı Arasındaki İlişki. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir, Türkiye.
- Kaya E, Sivrikaya SK. (2019). Sağlık okuryazarlığı ve hemşirelik. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(3), 216-221.

- Kaya S. (2014). Koroner Arter Bypass Grefti Ameliyatı Geçiren Hastalarda Yorgunluk ve Sağlık Algısı. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Kennard DK. (2016). Health literacy concepts in nursing education. *Nursing Education Perspectives*, 37(2), 118-119.
- Kerkez N. (2022). Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlık Algısı İlişkisinin İncelenmesi: Bir Kamu Üniversitesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla.
- Kervan Ü, Koç O, Özatik MA, Bayraktar G, Şener E, Çağlı K. ve arkadaşları. (2011). Türkiye'deki kalp damar cerrahisi kliniklerinin dağılımı ve hizmetlerinin niteliği. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 19(4), 483-489.
- Keskin, Ö, Balcı B. (2011). Diabetes mellitus ve kardiyovasküler komplikasyonlar. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 1(2),81-85.
- Kıraç R. (2019). Sağlık Arama Davranışını Etkileyen Faktörler: Yapısal Eşitlik Modellemesine Dayalı Bir Çalışma. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya, Türkiye.
- Klein Velderman M, Crone MR, Wiefferink CH, Reijneveld, SA. (2009). Identification and management of psychosocial problems among toddlers by preventive child health care professionals. *European Journal of Public Health*, 20(3), 332-338.
- Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Brentano C, et al. (2019). ESC guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *European Heart Journal*, 41, 407-477.
- Kobayashi LC, Wardle J, Wolf MS, Von Wagner C. (2015). Cognitive function and health literacy decline in a cohort of aging English adults. *Journal of General Internal Medicine*, 30(7): 958-9.
- Kodama S, Tanaka S, Heianza Y, Fujihara K, Horikawa C, Shimano H, et al. (2013). Association between physical activity and risk of all-cause mortality and cardiovascular disease in patients with diabetes: A metaanalysis. *Diabetes Care*, 36(2), 471- 479.

- Kolaç N, Balcı AS, Şişman FN, Ataçer BE, Dinçer S. (2018). Fabrika çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve sağlık algısı. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14(3), 267–274.
- Koplay M, Erol C. (2013). Koroner arter hastalığı. *Türk Radyoloji Semineri*, 1(1), 57-69.
- Kuloğlu Y, Uslu K. (2022). Geleceğin sağlık çalışanlarında sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık algısı üzerindeki etkisi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 23(1), 255-277.
- Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. (2006). The health literacy of America's adults: Results from the 2003 national assessment of adult literacy. NCES 2006-483. *National Center for Education Statistics*. Erişim: 03.01.2020, <https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf>
- Lindahl B, Norberg M, Johansson H, Lindvall K, Ng N, Nordin M, et al. (2020). Health literacy is independently and inversely associated with carotid artery plaques and cardiovascular risk. *European Journal of Preventive Cardiology*, 27(1), 209–215.
- Liu YB, Liu L, Li YF, Chen YL. (2015). Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(8), 9714-9725.
- Lloyd-Jones DM, Nam BH, D'Agostino RB, Levy D, Murabito JM, Wang TJ, et al. (2004). Parental cardiovascular disease as a risk factor for cardiovascular disease in middle-aged adults: A prospective study of parents and offspring. *JAMA Network*, 291, 2204-2211.
- Lu M, Xia H, Ma J, Lin Y, Zhang X, Shen Y. (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 JW, Mujahid MS, Aronow HD, Cené CW, Dickson VV, Havranek E, et al. (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 AK, 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.
- Martinez LG, Bucher L. (2005). Coronary artery disease and acute coronary syndrome. *Medical Surgical Nursing*, 68(3), 167-181.
- Matsumoto M, Nakayama K. (2017). Development of the health literacy on social determinants of health questionnaire in Japanese adults. *BMC Public Health*, 17(30): 1-11.
- McCaffery KJ, Holmes-Rovner M, Smith SK, et al. (2013). Addressing health literacy in patient decision aids. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13(2), 2-10.
- Mertcan A. (2020). Koroner Stent Uygulanan Hastaların İlaç Tedavisine Uyumu ve İlaç Kullanımına İlişkin Sağlık İnançları. Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.
- Mete HE. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(3), JA3-18.
- Mollakhalili H, Papi A, Zare Farashbandi F, Sharifirad G, Hasan Zadeh A. (2014). A survey on health literacy of inpatient's educational hospitals of Isfahan University of Medical Sciences in 2012. *Journal of Education and Health Promotion*, 3, 86-92.
- Mollaoğlu M, Başer E, Candan F (2021). Examination of the relationship between health literacy and health perceptions in hemodialysis patients. *Journal of Renal Endocrinology*, 7(11), 1-8.
- Montalescot G, Sechtem U. (2014). ESC kararlı koroner arter hastalığı yönetimi kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma*, 4, 73-134.

- Morris NS, Field TS, Wagner JL, Cutrona SL, Roblin DW, Gaglio B, et al. (2013). The association between health literacy and cancer-related attitudes, behaviors, and knowledge. *Journal of Health Communication*, 18(1), 223-241.
- Moser DK, Biddle MJ, Robinson S, Dracup K, Pelter MM, Nesbitt TS, et al. (2015). Health literacy predicts morbidity and mortality in rural patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 21(1), 612-618.
- Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. (2015). Heart Disease and Stroke Statistics-2015 Update: A Report From The *American Heart Association Circulation*, 131(4), 229-322.
- Mut H. (2017). Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. İzmir.
- Ngo LN. (2009). Health literacy: A barrier to pharmacist-patient communication and medication adherence. *Journal of the American Pharmacists Association*, 49(5), 132-149.
- 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(3), 9-11.
- Okçin F (2000). Koroner Stent Uygulanan Hastalar Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Hastaların Tedaviye Uyum Durumlarına Olan Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Okudan Tekin B, Özdemir S. (2018). Aterosklerozda moleküler görüntüleme. *Nuclear Medicine Seminars*, 4, 115-125.
- Okyay P, Abacıgil F. (2016). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması İçinde, 1.Baskı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, S: 24-41.
- Okyay P, Abacıgil F. (2019). Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi. Sağlık Okuryazarlığı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, S: 10-15.

- Onat A, Aydın M, Koroğlu B, Örnek E, Altay S, Çelik E, Karagöz A (2012). TEKHARF 2011 taraması: Ölümler ve uzun vadeli takipte performans. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 40(2), 117- 121.
- Onat A, Can G, Yüksel H, Ademoğlu E, Ünaltuna NE, Kaya A, ve ark. (2017). Tıp dünyasının kronik hastalıklara yaklaşımına öncülük, TEKHARF 2017 Çalışması. [Elektronik Sürüm]. İstanbul: Logos Yayıncılık.
- Onat A, Dursunoğlu D, Sansoy V. (1997). Relatively high coronary death and event rates in Turkish women: Relation to three major risk factors in five-year follow-up of cohort. *International Journal of Cardiology*, 61(1), 69-77.
- Onat A, Türkmen S, Karabulut A, Yazıcı M, Can G, Sansoy V. (2004). Türk yetişkinlerinde hiperkolesterolemi ve hipertansiyon birlikteliği: Sıklığına ve kardiyovasküler riski ön gördürmesine ilişkin TEKHARF çalışması verileri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 32(8), 533-541.
- Örsal Ö, Duru P, Örsal Ö, Tırpan K, Çulhacı A. (2021). Evaluation of the factors affecting the health literacy levels of patients admitted to family health centers. *Family Medicine & Primary Care Review*, 23(3), 330-336.
- Özdemir Ö, Demir AD, Kütük E (2002). Perkutan koroner anjioplasti sonrası gelişen restenozun ve restenozla etki eden faktörlerin tedavisi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 30(11), 710-719.
- Özen AT, Çelik SŞ. (2010). Koroner anjiyoplasti ve intrakoronar stent uygulanan hastaların bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 60-70.
- Özer F. (2022). Bir Kamu Kurumunda Sağlık Algısına Bağlı Olarak Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi: İstanbul Anadolu Adliyesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddur L, et al. (2020). Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990-2019: update from the GBD 2019 study. *Journal of the American College Cardiology*, 76, 2982–3021.
- Safeer RS, Keenan J. (2005). Health literacy: The gap between physicians and patients. *American Family Physician*, 72(3), 463-468.

- Sağlık Bakanlığı. (2017). Sağlık istatistikleri yılığı. Erişim: 08.02.2023, <https://www.saglik.gov.tr/TR,84959/saglik-istatistikleri-yilligi-2017-yayinlanmistir.html>
- Sarıyar S, Kılıç HF. (2019). Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde kullanılan araçlar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(2), 126-131.
- Savaşan A, Ayten M, Ergene O. (2013). Koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(1), 1-6.
- Say Şahin D, Özer Ö, Songur C. (2017). Effect of health literacy on health perception: An application in individuals at age 65 and older. *Social Work in Public Health*, 33(2), 85– 95.
- Sazak Y, Kanadlı KA, Olgun N. (2020). Kardiyak rehabilitasyon ekip çalışmasında hemşirenin rol ve sorumlulukları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(3), 217-226.
- Sevinç S, Eşer İ. (2011). Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların ikincil koruma davranışları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(3), 135-144.
- Shaw SJ, Armin J, Torres CH, Orzech KM, Vivian J. (2012). Chronic disease self-management and health literacy in four ethnic groups. *Journal of Health Communication*, 17(3), 67-81.
- Spring H. (2020). Health literacy and COVID-19. *Health Info and Libraries Journal*, 37(3): 171-172.
- Steg PG, Ducrocq G. (2016). Future of the Prevention and Treatment of Coronary Artery Disease. *Circulation Journal*, 80(5), 1067-72.
- Suka M, Odajima T, Okamoto M, Sumitani M, Igarashi A, Ishikawa H, et al. (2015). Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient Education and Counseling*, 98(5): 660-668.

- Sun X, Shi Y, Zeng Q, Wang Y, Du W, Wei N, et al. (2013). Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: A pathway model. *BMC Public Health*, 13(1): 261.
- Sun ZH, Cao Y, Li HF. (2011). Multislice computed tomography angiography in the diagnosis of coronary artery disease. *Journal of Geriatric Cardiology*, 8, 104-113.
- Sütçü Çiçek H, Özdemir L. (2014). Kardiyak ve Pulmoner Hastalıklar. Rehabilitasyon Hemşireliği Uygulamaya Güncel Yaklaşım. 1. Baskı. Nobel Akademik Yayıncılık: Ankara, S: 332-343.
- Şahin B. (1997). Algılanan Sağlık Statüsünün Ölçümü Yoluyla Tıbbi Müdahalelerin Değerlendirilmesi: Bypass Ameliyatı Olan Koroner Arter Hastaları Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Şahin G. (2021). Palyatif Bakım Hastalarına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Sağlık Algısına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye.
- Şahin M, Eker E. (2002). Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 11(7), 246-249.
- Şenol V. (2006). Kayseri İl Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Algılanan Sağlık ile İlişkisi. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Ready FND, Çakır B, Akalın HE. (2014). Sağlık okuryazarlığı araştırması. Erişim: 16.09.2022, <http://www.sagliksen.org.tr>.
- Tederko P, Krasuski T, Krasuski M, Długofęcka A, Tarnacka B. (2017). Determinants of health knowledge and health perceptions from the perspective of health-related education of patients with spinal cord injury: A systematic review. *International Journal Rehabilitation Research*, 40(2), 97-106.
- Temel AB, Çimen Z. (2017). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve ilişkili faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 105-125.

- Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, et al. (2018). Fourth universal definition of myocardial infarction. *Journal of the American College of Cardiology*, 72(18), 2231-2264.
- Toçi E, Burazeri G, Jerliu N, Sørensen K, Ramadani N, Hysa B, et al. (2015). Health literacy, self-perceived health and self-reported chronic morbidity among older people in Kosovo. *Health Promotion International*, 30(3): 667–674.
- Toçi E, Burazeri G, Sørensen K, Kamberi H, Brand H (2014). Concurrent validation of two key health literacy instruments in a South Eastern European population. *The European Journal of Public Health*, 25(3): 482-486.
- Tokgöz EE, Eroğlu N. (2014). Kardiyovasküler hastalıkların rehabilitasyonunda hemşire temelli yaklaşım. *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*, 1(3), 25-33.
- TÜİK. (2019). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019. Erişim: 10.12.2022, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>
- Türk Kardiyoloji Derneği (2022). Koroner arter hastalığına yaklaşım ve tedavi kılavuzu. Erişim: 14.09.2022, <http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k06.htm>.
- Türkmen E, Badır A, Ergün A. (2012). Koroner arter hastalıkları riski yayıldı: Primer ve sekonder korunmada doktorların rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 223-231.
- Utma S. (2019). Sağlık okuryazarlığı kavramı ve sağlık haberlerini doğru okumak. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, 1 (5), 223-231.
- Uzun M. (2007). Kardiyak rehabilitasyonda hasta eğitimi ve egzersiz. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 7, 298-304.
- Vissandjee B, Desmeules M, Cao Z, Abdool S. (2004). Integrating socio-economic determinants of Canadian women's health. *BMC Women's Health*, 4(1), 1-12.
- Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. (2007). Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(12), 1086-1090.

- Whitehead D. (2005). Health promoting hospitals: The role and function of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 20-27.
- Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, Willeit P, Warnakula S, Bolton T, et al. (2018). Risk thresholds for alcohol consumption: Combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *The Lancet*, 391(10129), 1513-1523.
- World Health Organization (2013). Health literacy: The solid facts. Erişim: 15.09.2022, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>
- Wu Y, Wang L, Cai Z, Bao L, Ai P, Ai Z. (2017). Prevalence and risk factors of low health literacy: A community-based study in Shanghai, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(6), 628.
- Yalçın B. (2020). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık algısı üzerindeki etkisi: Üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma. *Göbeklitepe Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 23-33.
- Yalçınkaya Z. (2020). Ankara İli Bazı İlçelerindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş ve Üstü Bireylerin Gıda Satın Alma ve Tüketimi Konusundaki Tutum ve Davranışları ile Sağlık Algıları İlişkisinin İncelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Yalınzoğlu Çaka S, Topal S, Karakaya Suzan Ö, Çınar N, Altınkaynak S. (2017). Hemşirelik öğrencilerin sağlık algısı ile özgüvenleri arasındaki ilişki. *Journal Human Rhythm*, 3(4), 198-203.
- Yeşildal M, Kaya DŞ. (2021). Yetişkin bireylerde dijital okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki: Konya örneği. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 30(2): 174-181.
- Yıldırım A. (2021). Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Kaderciliğin Öz Bakım Gücü ve Sağlık Algısına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Yıldırım NK, Öztürk S. (2016). Kardiyovasküler hastalıklarda güncel psikososyal yaklaşımlar. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 7(2), 60-68.

Yılmaz AT, Çulha İ, Kersu Ö, Gümüş D, Ünsal A, Köşgeroğlu N. (2018). Cerrahi hastalarının sağlık algıları ve etkileyen faktörler. *The Journal of Academic Social Science*, 68(1), 89–99.

Yiğitalp G, Bayram Değer V, Çifçi S. (2021). Health literacy, health perception and related factors among different ethnic groups: A cross-sectional study in Southeastern Turkey. *BMC Public Health*, 21(1109), 1-10.

Yusuf S, Hawken S, Unpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (The INTERHEART Study): Case-control study. *The Lancet*, 364, 937-952.

EKLER

EK 1: Glaskow Koma Skalası

GÖZLER		
AÇILMA	Kendiliğinden	4
	Sözel Uyararla	3
	Ağrılı Uyararla	2
	Cevap Yok	1
SÖZEL CEVAP	Oryante	5
	Konfüze	4
	İlgisiz kelimeler	3
	Anlamsız Sesler	2
	Cevap Yok	1
	MOTOR CEVAP	Sözel uyarılara Cevap Var
Ağrılı Uyarılara Lokalize Ediyor		5
Fleksiyonla Geri Çekme		4
Anormal Fleksiyon		3
Anormal Ekstansiyon		2
Cevap Yok		1

EK 2: Kişisel Bilgi Formu

Sevgili Katılımcı,

Bu çalışmada, koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Soru formu ve ilgili ölçeklerin doldurulması ortalama 20 dakikanızı alacaktır. Araştırma verileri sadece bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz kullanılmayacaktır. Formda bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. İşbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Burhan PALA

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

A. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1-Kaç yaşındasınız?

2-Cinsiyetiniz nedir?

1) Kadın 2) Erkek

3-Medeni durumunuz nedir?

1) Evli 2) Bekâr

4-Eğitim düzeyiniz nedir?

1) Okur yazar değil 2) Okur-Yazar 3) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5)
Üniversite 6) Lisansüstü

5-Aile Tipiniz?

1)Çekirdek aile 2) Geniş Aile

6-Mesleğiniz nedir?

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

7-Size göre gelir durumunuz nasıldır?

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

8-Yaşadığınız yer

- 1) Köy 2) İlçe merkezi 3) İl merkezi

9- Kimlerle yaşıyorsunuz?

- 1) Yalnız 2) Eşyle ve/veya çocuğuyla 3) Akrabaları ile 4) Kurum 5) Diğer.....

B. SAĞLIK/HASTALIKLA İLİŞKİLİ ÖZELLİKLER

10-Ne kadar süredir koroner arter hastasıınız?yılay

**11-Koroner arter hastalığınız ile ilgili yaşadığınız şikâyet/leriniz nelerdir?
(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)**

- 1) Göğüs Ağrısı 2) Yorgunluk 3) Çarpıntı 4) Nefes Darlığı 5) Diğer

12- Koroner arter hastalığı sebebiyle daha önce hastanede yattınız mı?

- 1) Evet ise kaç kez..... 2) Hayır

13- Tanı aldığınız başka bir kronik hastalığınız var mı?

- 1) Evet ise nedir?..... 2) Hayır

14- Düzenli doktor kontrolüne gidiyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

15-Koroner arter hastalıklarından korunmada hangisini daha önemli buluyorsunuz?

- 1) İlaç 2) Yaşam tarzı değişikliği 3) İlaç ve yaşam tarzı değişikliği 4) Hiçbiri
5) Diğer.....

16- Kaç kilosunuz?.....kg Boyunuz?.....cm

17- Sigara kullanıyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

18- Alkol kullanıcısı mısınız?

- 1) Evet 2) Hayır

19- Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

20. Sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz? 1) Kötü 2) Orta 3) İyi

21- Sürekli kullandığınız ilacınız var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

**22-Aşağıda yer alan sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarınız kimlerdir/nelerdir?
(Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz)**

Bilgi kaynağı türü	Kimlerdir/Nelerdir?
Doktor	
Hemşire	
Diğer sağlık çalışanları	
Aile üyeleri/arkadaş	
İnternet	
Gazete/dergi	
Kitap/broşür	
Televizyon/Radyo	

EK 3: Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)

AÇIKLAMA: Aşağıda sağlıklı olma hakkında söylenen ifadeler bulunmaktadır. Her bir ifadeye katılma ve katılmama ile ilgili düşüncenizi 1 ile 5 arasındaki seçeneklerden birini seçerek belirtiniz.

1=Kesinlikle katılıyorum 2= Katılıyorum 3= Kararsızım 4= Katılmıyorum 5= Hiç Katılmıyorum

		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1.	Sağlığımı çok düşünürüm	1	2	3	4	5
2.	Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.	1	2	3	4	5
3.	Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.	1	2	3	4	5
4.	Sağlıklıysam bu Allahın bir lütfüdür.	1	2	3	4	5
5.	Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.	1	2	3	4	5
6.	Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.	1	2	3	4	5
7.	Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.	1	2	3	4	5
8.	Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
9.	Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.	1	2	3	4	5
10.	Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.	1	2	3	4	5
11.	Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.	1	2	3	4	5
12.	Sağlıklı olmak şans işidir.	1	2	3	4	5
13.	Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem	1	2	3	4	5

14.	İstediğim kadar sağlıklı olabilirim	1	2	3	4	5
15.	Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.	1	2	3	4	5

EK 4: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)

AÇIKLAMA: Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadeye belirtilen konu için zorluk derecesini “çok zor/zor/kolay/çok kolay/fikrim yok” seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz.

Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	Çok Kolay (1)	Kolay (2)	Zor (3)	Çok Zor (4)	Fikrim Yok (5)
1. Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2. Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3. Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8. Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9. Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10. Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11. İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12. Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13. Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14. Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					

15. Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16. Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17. Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlara ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlara ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22. 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					
23. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25. Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26. Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27. Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28. Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29. Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30. Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31. Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32. Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

EK 5: Sağlık Algısı Ölçeği Kullanım İzni

Ben Burhan PALA, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne bağlı Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans öğrencisiyim. Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Aslıhan ÇATIKER danışmanlığında yürüteceğim tezimde sizin tarafınızdan geçerlilik ve güvenilirliği yapılan "Sağlık Algısı Ölçeği" ni kullanmak istiyorum. Ölçek ve yönergesine ulaşmamız ve kullanmamız konusunda bilgi ve olurlarınızı arz ederim. Saygılarımla.

Burhan PALA
Ordu Üniversitesi ve Eğitim Araştırma Hastanesi'nde hemşire olarak görev yapmaktayım.
palaburhan03@gmail.com

 Virüs bulunmuyor. www.avast.com



hasibe kadioğlu <hasibek@gmail.com>

Alıcı: ben ▾

Merhaba Burhan,
Ölçeği kullanabilirsiniz.
Ölçekle ilgili tüm bilgiler yayınlandığı makalede mevcuttur.
Çalışmanızda başarılar dilerim.

Burhan Pala <palaburhan03@gmail.com>, 15 Şub 2022 Sal, 18:09 tarihinde şunu yazdı:

16 Şubat Çar 15:27 ☆ ↶ ⋮

EK 6 : Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kullanım İzni



Burhan Pala <palaburhan03@gmail.com>

23 Mar 2022 14:40 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: pinaroktay ▼

Sayın hocam,

Ben Burhan PALA Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne bağlı Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans öğrencisiyim. Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Aslıhan ÇATIKER danışmanlığında yürüteceğim tezimde sizin tarafınızdan geçerlilik ve güvenilirliği yapılan " Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY -32)" ni kullanmak istiyorum. Ölçek ve yönergesine ulaşmamız ve kullanmamız konusunda bilgi ve olurlarınızı arz ederim. Saygılarımla.



Pinar Oktay

24 Mar 2022 12:19 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ben ▼

Merhaba Sevgili Burhan,

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.

filizabaci@yahoo.com

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.

EK 8. Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni



T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
06.05.2022	09	15.30	120

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, "Klinik Araştırmalar ve Biyoyararlanım/Biyoeşdeğerlik Çalışmaları Etik Kurullarının Standart Çalışma Yöntemi Esasları" 11.2.1 maddesi uyarınca Etik Kurul Başkanı Doç. Dr. Ahmet KARATAŞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO: 2022/120

Sorumlu yürütücü Dr. Öğr. Üyesi Aşlıhan ÇATIKER'in, KA EK 116 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu "Koroner Arter Hastalarında Sağlık Algısı ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki" başlıklı araştırmasının İl Sağlık Müdürlüğü İzni onayı sonrası bağlanabileceğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-İmzalıdır
Doç. Dr. Ahmet KARATAŞ
Ordu Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK 9. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı; Ben Burhan PALA. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Dr. Öğr. Üyesi Aslıhan ÇATIKER danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak “Koroner Arter Hastalarında Sağlık Algısı ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki” isimli araştırmayı yürütmekteyim. Bu araştırma ile koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi inceleyeceğim. Araştırma için Ordu İl Sağlık Müdürlüğünden ve Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır. Sizin de bu çalışmaya katılmanızı diliyorum. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyorum. Elde edilen bilgiler yalnızca araştırma amacı için kullanılacak, başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Araştırmanın sunumunda kurum kimliğine yönelik açıklama yer almayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız dahilinde isminiz kullanılmayacak ve kimlik haklarınız korunacaktır. Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, katıldığınız için de size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Yine araştırmanın herhangi bir aşamasında onayınızı geri alma hakkına da sahipsiniz. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkürlerimizi sunarız.

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

Tarih : .../.../2022

Gönüllünün İmzası :

Araştırmacının Adı Soyadı: Burhan PALA

İş Adresi: Ordu Üniversitesi ve Eğitim Araştırma Hastanesi

Telefonu: 537 351 21 06

E-Posta: palaburhan03@gmail.com

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Burhan PALA
Doğum Yeri : ÇARŞAMBA
Doğum Tarihi : 02.02.1996
Yabancı Dili : İngilizce
E-posta : palaburhan03@gmail.com
İletişim Bilgileri : 05373512106

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Ordu Üniversitesi	2018
Yüksek Lisans	Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı	Ordu Üniversitesi	2023

İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Altunizade Acıbadem Hastanesi	2018
Hemşire	Ordu Üniversitesi ve Eğitim Araştırma Hastanesi	2019