



**T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**KORONER ARTER HASTALARINDA SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ İLE PSİKOSOSYAL VE
DAVRANIŞSAL FAKTÖRLER ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Yüksek Lisans Tezi

Asuman AHÇIOĞLU

Çorum 2020

**KORONER ARTER HASTALARINDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
DÜZEYİ İLE PSİKOSOSYAL VE DAVRANIŞSAL FAKTÖRLER
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Asuman AHÇIOĞLU

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı**

Yüksek Lisans Tezi

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Gülay YILMAZEL**

Çorum 2020

ETİK BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Koroner Arter Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Psikososyal ve Davranışsal Faktörler Arasındaki İlişki” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

İmza
09.07.2020
Asuman AHÇIOĞLU

ÖN SÖZ

Yüksek lisans eğitimimde ve tez çalışmamda, konumun belirlenmesinden sonuçlandırılmasına kadar olan süreçte bilgi, tecrübe ve manevi desteğini bir an olsun esirgemeyerek bana yol gösteren, her zaman rol model olarak aldığım değerli tez danışmanı hocam Doç. Dr. Gülay YILMAZEL'e,

Yüksek lisans eğitimimdeki emeklerinden dolayı Doç. Dr. Birsen ALTAY ve Doç. Dr. Cem KOÇAK hocalarıma,

Tanıştığımız günden beri yanımda olan ve her konuda yardım eden Serpil BOZDOĞAN hocama,

Tez çalışmamda emeği geçen ve her koşulda beni destekleyen sevgili ekip arkadaşlarıma,

Ayrıca bu günlere gelmeme olanak sağlayan, beni koruyup kollayan, daima arkamda olduklarını bildiğim anneme, babama ve kardeşlerime sonsuz teşekkür ederim.

Asuman AHÇIOĞLU

Temmuz, 2020

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ETİK BEYANNAMESİ	ii
ÖN SÖZ	iii
KISALTMALAR VE SEMBOLLER	vi
ÇİZELGELER LİSTESİ	ix
ÖZET	x
SUMMARY	xi
1. GİRİŞ	1
1.1 Çalışmanın Amacı	3
1.2 Problemler.....	3
1.3 Hipotezler.....	3
1.4 Sınırlılıklar	3
1.5 Sayıtlılar.....	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1 Okuryazarlık.....	4
2.2 Sağlık Okuryazarlığı.....	4
2.3 Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı.....	5
2.4 Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Sağlık Okuryazarlığının Yeri.....	7
2.5 Koroner Arter Hastalığı	8
2.5.1 Tanımı.....	8
2.5.2 Koroner arter hastalığının epidemiyolojisi.....	9
2.5.3 Koroner arter hastalığında komorbiditeler.....	9
2.5.4 Koroner arter hastalığında risk faktörleri.....	10
2.5.4.1 Davranışsal risk faktörleri.....	11
2.5.4.2 Metabolik risk faktörleri.....	14
2.5.4.3 Diğer risk faktörleri.....	15
2.5.5 Koroner arter hastalığında tanı ve tedavi.....	18
2.5.5.1 Tanı yöntemleri.....	18
2.5.5.2 Tedavi.....	19
2.5.6 Koroner arter hastalığından korunma.....	20
2.6 Koroner Arter Hastalığı Açısından Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	22

3. MATERYAL VE YÖNTEM	23
3.1 Araştırmanın Şekli.....	23
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.3.1 Araştırmanın evreni.....	23
3.3.2 Araştırmanın örnekleme.....	23
3.4 Araştırmanın Değişkenleri	24
3.4.1 Araştırmanın bağımlı değişkenleri.....	24
3.4.2 Araştırmanın bağımsız değişkenleri.....	24
3.5 Veri Toplama Araçları	24
3.5.1 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32).....	25
3.5.2 Beck Depresyon Envanteri (BDE).....	27
3.6 Verilerin Toplanması	27
3.7 İstatistiksel Analiz	27
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA.....	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	51
KAYNAKLAR	54
EKLER.....	68
ÖZGEÇMİŞ	84

KISALTMALAR VE SEMBOLLER

ACE	:Anjiyotensin-dönüştürücü Enzim
ACSQHC	:Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (Avustralya Sağlık Hizmetlerinde Güvenlik ve Kalite Komisyonu)
AF	: Atriyal Fibrilasyon
AHA	:American Heart Association (Amerikan Kalp Derneği)
ASM	:Aile Sağlığı Merkezi
BDE	:Beck Depresyon Envanteri
BKİ	:Beden Kitle İndeksi
BOH	:Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
BT	:Bilgisayarlı Tomografi
CABG	:Coronary Artery Bypass Graft (Koroner Arter Bypass Ameliyatı)
CDC	:Centers for Disease Control Prevention (Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri)
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
EHIS	:Eurostat European Health Interview Survey
EKG	:Elektrokardiyografi
ESC	:European Society of Cardiology Guidelines (Avrupa Kardiyoloji Derneği)
GATS	:Global Adult Tobacco Survey (Küresel Yetişkin Tütün Araştırması)
HDL	:High Density Lipoprotein (Yüksek Dansiteli Lipoprotein)

HHS	:U.S. Department of Health and Human Services (Amerika Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı)
HLS-EU	:European Health Literacy Scale (Avrupa Sağlık okuryazarlığı skalası)
HPA	:Hipofiz Adrenalinin Eksen
IDF	:International Diabetes Federation (Uluslararası Diyabet Federasyonu)
IV	:İntravenöz
KAH	:Koroner Arter Hastalığı
KKH	:Kronik Kalp Hastalığı
KOAH	:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KY	:Kalp Yetmezliği
LDL	:Low Density Lipoprotein (Düşük Dansiteli Lipoprotein)
MI	:Miyokard İnfarktüsü
NCD	:Non-communicable Disease (Bulaşıcı Olmayan Hastalık)
OECD	:Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı)
OR	:Odds Oranı (Olasılıklar Oranlarının Oranı)
Patent2	:Türk Hipertansiyon Prevalansı Çalışması 2
PCI	:Percutaneous Coronary Intervention (Perkütan Koroner Girişim)
SB	:Sağlık Bakanlığı
SOY	:Sağlık Okuryazarlığı
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İstatistik Programı)
SVT	:Supraventriküler Taşikardi
TBSA	:Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TEKHARF	:Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri

THBHD	:Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği
TSOY	:Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
TSM	:Toplum Sağlığı Merkezi
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
UHYÇ	:Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması
UNESCO	:United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation (Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü)
VT	:Ventriküler Taşikardi
WHO	:World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
%95 CL	:%95 Güven Aralığı
χ^2	:Ki-kare İşareti
p	:Anlamlılık Değeri

ÇİZELGELER LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Çizelge 3.1: Dünya Sağlık Örgütü'nün BKİ sınıflaması.....	25
Çizelge 3.2: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği matris bileşenleri.	26
Çizelge 3.3: Lojistik regresyon analizinde modele alınan bağımsız değişkenler ve özellikleri.	29
Çizelge 4.1: Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri.	30
Çizelge 4.2: Katılımcıların sağlık-hastalık durumu.	31
Çizelge 4.3: Katılımcıların klinik ve antropometrik özellikleri.	32
Çizelge 4.4: Katılımcıların sağlıkla ilgili davranışsal özellikleri.	33
Çizelge 4.5: Katılımcıların psikososyal özellikleri.	34
Çizelge 4.6: Katılımcıların sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarını kullanım sıklığı.	35
Çizelge 4.7: Katılımcıların materyal becerileri.	35
Çizelge 4.8: Ölçeğin matris bileşenlerine göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi.	36
Çizelge 4.9: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri.	37
Çizelge 4.10: Katılımcıların klinik ve antropometrik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyi.	39
Çizelge 4.11: Katılımcıların davranışsal özelliklerine göre sağlık okuryazarlık düzeyi.	41
Çizelge 4.12: Katılımcıların psikososyal özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyi.	43
Çizelge 4.13: Katılımcıların materyal becerilerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyi.	43
Çizelge 4.14: Yeterli sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili değişkenlerin lojistik regresyon analizi.	44

KORONER ARTER HASTALARINDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ İLE PSİKOSOSYAL VE DAVRANIŞSAL FAKTÖRLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

ÖZET

AHÇIOĞLU, Asuman. Koroner Arter Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Psikososyal ve Davranışsal Faktörler Arasındaki İlişki, (Yüksek Lisans Tezi), Çorum, 2020.

Bu çalışma, koroner arter hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyi ile psikososyal ve davranışsal faktörler arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapıldı. Tanımlayıcı ve kesitsel türdeki bu araştırma Mart 2019-Mart 2020 tarihleri arasında Kastamonu Devlet Hastanesi'nde yatarak tedavi gören 50 yaş ve üzeri 275 koroner arter hastası ile tamamlandı. Araştırmanın verilerinin toplanmasında Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 ve Beck Depresyon Envanteri kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler, ortalama, ki-kare testi, Fisher's Exact test ile binary lojistik regresyon analizi kullanıldı. Analizlerde $p < 0,05$ değeri istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildi. Araştırma grubunun genel indeks puanı ortalaması $31,7 \pm 8,4$ olup %59,3'ünde sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz/sorunlu olduğu belirlendi. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanların oranı 65 yaş ve üzeri grupta %58,3 iken 50-64 yaş grubunda %41,7 bulundu ($p < 0,05$). Sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde olanların oranı erkeklerde %62,5 ve kadınlarda %37,5 bulundu ($p < 0,05$). Evliler, herhangi bir işte çalışmayanlar, kentsel alanda yaşayanlar, ekonomik durum ve sağlık algısı orta düzeyde olanlar, alkol tüketmeyenler, bireysel koruyucu uygulamaların gereğine inananlar daha yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahipti ($p < 0,05$). Komorbidite, aile öyküsü, anjiyografi öyküsü, sağlık kontrollerini düzenli yaptırmayanlar, sağlık hizmetlerinden yararlanmada öncelikle devlet/özel hastaneyi tercih edenler, sigara içenler, orta/şiddetli depresif belirtisi olanlar daha yeterli/sınırlı sağlık okuryazarlığına sahipti ($p < 0,05$). Sonuç olarak, koroner arter hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeyinde kısıtlılıkların yaygın olduğu belirlendi. Yaş, cinsiyet, medeni durum ile bireysel koruyucu uygulamalara inanma yeterli sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olan değişkenlerdi. Koroner arter hastalarında kardiyovasküler bilgiyi geliştirmede sağlık okuryazarlığı odaklı müdahalelerin benimsenmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Davranışsal, Koroner arter hastalığı, Sağlık okuryazarlığı, Psikososyal faktörler

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY LEVEL AND PSYCHOLOGICAL AND BEHAVIORAL FACTORS IN CORONARY ARTERY PATIENTS

SUMMARY

AHÇIOĞLU, Asuman. The Relationship Between Health Literacy Level and Psychological and Behavioral Factors in Coronary Artery Patients, (Master Thesis), Çorum, 2020.

This study was conducted to investigate the relationship between the level of health literacy and psychosocial and behavioral factors among coronary artery patients. This descriptive and cross-sectional study was carried out between March 2019 and March 2020 with 275 coronary artery patients aged 50 years or older who received inpatient treatment at Kastamonu State Hospital. Turkish Health Literacy Scale-32 and Beck Depression Inventory were used in data collection of the research. Percentage, average, chi-square test, Fisher's Exact Test, and binary logistic regression analysis were used in the evaluation of the data. In the analyses, $p < 0.05$ value was considered statistically significant. The general index score of the study group was 31.7 ± 8.4 and the rate of those with inadequate/problematic health literacy level was 59.3%. While the rate of those with insufficient health literacy level was 58.3% in the 65 and older group, it was 41.7% in the 50-64 age group ($p < 0.05$). The proportion of those with adequate health literacy was 62.5% in males and 37.5% in females ($p < 0.05$). Those who are married, those who do not work, those who live in urban areas, those with moderate economic and health perception, those who do not consume alcohol, and those who believe in the necessity of individual protective practices have more adequate health literacy levels ($p < 0.05$). Those with comorbidity, those who have a family history, those who have had angiography performed, those who do not have regular health checks, those who primarily prefer state/private hospitals to benefit from health services, those who smoke, and those with moderate/severe levels of depressive signs have more inadequate/limited health literacy ($p < 0.05$). As a result, in this study, it has been determined that the limitedness in the level of health literacy of coronary artery patients are common. Believing in individual preventive practices along with age, gender, and marital status were determined as variables that are effective on adequate health literacy. In order to develop cardiovascular information in patients with coronary artery, adoption of health literacy-based interventions may be recommended.

Key Words: Coronary artery disease, Health literacy, Psychosocial factor, Behavioral

1. GİRİŞ

Küresel düzeyde 2016 yılında bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) 57 milyon ölümün 41 milyonundan (%71) sorumlu tutulmuştur. Bu ölümlerin %31'i kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle gerçekleşmiştir (World Health Organization [WHO], 2018). Kalp ve damar hastalıklarının küresel ölçekte uzun bir süre daha birinci sırada ölüm sebebi olmaya devam edeceği tahmin edilmektedir (WHO, 2016).

Dünya'da olduğu gibi Türkiye'de de BOH'un yükünün giderek arttığı, tüm ölümlerin %89'unun BOH'dan kaynaklandığı, bu ölümler içinde en fazla paya (%34) kardiyovasküler hastalıkların sahip olduğu raporlanmıştır (WHO, 2018b). Türkiye'nin BOH profili incelendiğinde alkol kullanımı, tuz/sodyum alımı, tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik, yüksek kan basıncı, diyabet, şişmanlık, hava kirliliği bu hastalıkların görülme sıklığında artışa neden olmuştur (Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması [UHYÇ], 2013; WHO, 2018b).

Bulaşıcı olmayan hastalıklardaki artış toplumları sağlıkla ilgili konularda karar almaya duyarlı hale getirmiştir. Modern sağlık sistemlerine ayak uydurabilme ve karmaşık bir yapıda yol alabilme yeteneği sağlık okuryazarlığını zorunlu hale getirmiştir. Bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunmada ve risk faktörlerinin kontrol altına alınmasında sağlık okuryazarlığı bir köprü görevi görmektedir (WHO, 2013).

Sağlık okuryazarlığı kişilerin sağlıkla ilgili bilgiyi edinme, anlama ve kullanma yetkinliğidir (Sørensen ve diğerleri, 2012; WHO, 2013). Ülkelerin sağlık okuryazarlığı düzeyini gösteren çalışmalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinde kısıtlılıkların yaygın olduğu görülmektedir (European Health Literacy Scale [HLS-EU], 2015). Türk toplumunun sağlık okuryazarlığı düzeyini gösteren çalışmalarda da benzer sonuçlar ortaya konulmuştur. Türkiye'deki erişkin nüfusun yaklaşık yarısından fazlasının yetersiz ya da sorunlu sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer aldığı ortaya konulmuştur (Okuy ve Abacıgil, 2016; Tanrıöver ve diğerleri, 2014). Sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin hastalıklardan korunma konusunda ve erken tanı hizmetlerinde istekli olmadığı, tedaviye uyumun sürekliliğinde zorluklar yaşadığı belirtilmektedir (Berkman ve diğerleri, 2011; WHO, 2013).

Kronik hastalıklarda (astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), böbrek hastalıkları vb.) sınırlı sağlık okuryazarlığının yaygın görüldüğü (Adeseun ve diğerleri, 2012; Cavanaugh ve diğerleri 2010; Dageforde ve Cavanaugh 2013; Wright ve diğerleri, 2011), sınırlı sağlık okuryazarlığının hastalıkların tedavisinin planlamasında hasta-klinisyen iletişimine engel teşkil ettiği bu nedenle çoğu hastanın tedavinin klinik yönleriyle ilgilenmediği, tedavi alternatiflerini net bir şekilde anlamadığı ve hastalığı ile ilgili karar almada sorun yaşadığı belirtilmektedir (Savitz, 2019).

Kalbi besleyen koroner arterlerde plak birikmesiyle kalp kasının ihtiyaç duyduğu yeterli kanın ve oksijenin sağlanamadığı koroner arter hastalığı (KAH) biyopsikososyal yönden bütüncül bir değerlendirmeyi zorunlu hale getiren ve yeterli sağlık okuryazarlığı becerilerini gerektiren kronik bir durumdur (CDC, 2020a; de Melo Ghisi ve diğerleri, 2018; Kutlu ve diğerleri, 2016). Danimarka'da yapılan bir çalışmada kardiyovasküler hastalığı olan her on kişiden birinin sağlıkla ilgili bilgileri anlamayı zor bulduğu ve bu bireylerin yüksek oranda tedavi yüküne neden olduğu belirtilmektedir (Friis ve diğerleri, 2019).

Koroner arter hastalığı; hasta, sağlık sistemi ve hizmet verenler arasında işbirliğini esas alan bir dizi öz-bakım becerilerini gerektirir (Capranzano ve Tamburino, 2018; de Melo Ghisi ve diğerleri, 2018; Kähkönen ve diğerleri, 2017; Tawalbeh ve diğerleri, 2015; Valaker ve diğerleri, 2020; Zhang ve diğerleri, 2018). Kalp hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesinin artırılması hastalığa bağlı olası komorbidite ve sekelleri önleyebilme, tedavi ve diyet rejimine bağlı kalabilme, öz-bakım sürecini yönetebilme becerisine bağlıdır. Hastaların hastalık yönetimi konusunda aktif rol almaları bakım sağlayıcıları ile etkileşimli ortaklıklar geliştirebilmeleri beklenmektedir. Tüm bu beklentilerin karşılanmasında yeterli sağlık okuryazarlığı becerileri önemli rol oynayabilir.

Koroner arter hastalığına sahip olan kişilerde; depresyon, anksiyete, stres ve kaygı sıklıkla rastlanılmaktadır (Janszky ve diğerleri, 2010; Kutlu ve diğerleri 2016; Smith ve diğerleri, 2007). Depresyon, kalp hastalığı olan her beş hastanın birinde görülmektedir (Smith ve Blumenthal, 2011). Ülkemizde farklı gruplarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin incelenmesine yönelik çalışmalar mevcut olmakla birlikte (Ağralı ve Akyar, 2018; Durmaz ve diğerleri, 2016; Güner ve Ekmekçi, 2019; İnkaya

ve Tüzer, 2018; Yılmazel ve Çetinkaya, 2015) KAH olan bireylerde sağlık okuryazarlığının düzeyini inceleyen çalışmalar sınırlıdır.

Bu çalışmanın diğer çalışmalardan ayrılan yönü; KAH tanısı olan sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesine, sağlık okuryazarlığı ile psikososyal ve davranışsal faktörler arasındaki ilişkiyi yansıtarak literatüre katkı sağlayabileceği düşünülen örnek bir çalışma olmasıdır.

1.1 Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı koroner arter hastalığı olanlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ile psikososyal ve davranışsal faktörler arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

1.2 Problemler

1. Koroner arter hastalarında sağlık okuryazarlığı ne düzeydedir?
2. Koroner arter hastalarında sağlık okuryazarlığı psikososyal ve davranışsal faktörlerden etkilenir mi?

1.3 Araştırmanın Hipotezi

Koroner arter hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyi düşüktür, psikososyal ve davranışsal faktörlerden etkilenir.

1.4 Sınırlılıklar

Bu çalışma Kastamonu Devlet Hastanesi'nin kardiyoloji servisi ve koroner yoğun bakım ünitesinde gerçekleştirildiğinden araştırmanın sonuçları Kastamonu iline ve Türkiye'ye genellenemez.

1.5 Sayıtlar

Bu çalışmada ankete yanıt veren katılımcıların görüşlerini içtenlikle belirttiği varsayılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Okuryazarlık

Okuryazarlık, çeşitli bağlamlarla ilişkili basılı ve yazılı materyalleri kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, oluşturma, iletişim kurma ve hesaplama yeteneğidir. Okuryazarlık, bireylerin amaçlarına ulaşmalarını, bilgi ve potansiyellerini geliştirmelerini ve toplumlarına tam olarak katılmalarını sağlamada öğrenmenin sürekliliğini içermektedir (UNESCO, 2017).

Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü'nün verisine göre Dünya'da 25-64 yaş aralığında her iki cinste okuryazarlık oranı %86,1 iken Türkiye'de %97,4 olarak tespit edilmiştir (UNESCO, 2016).

Düşük okuryazarlık sağlık okuryazarlığını etkileyebilir. Bununla birlikte, aralarındaki ilişki karmaşıktır (Easton, Entwistle ve Williams, 2010). Bireylerin temel okuryazarlık becerilerine sahip olması sağlık okuryazarlık becerilerinin her zaman yüksek olacağı anlamına gelmemektedir (Easton ve diğerleri, 2010; Yılmazel ve Çetinkaya, 2015). Düşük veya sınırlı sağlık okuryazarlığı becerileri birçok kötü sağlık sonucuyla ilişkilendirilmektedir (Al Sayah ve diğerleri, 2013; Du ve diğerleri, 2018; Friel, 2016; Rafferty ve diğerleri, 2019; Westlake, Sethares ve Davidson, 2013; Wu ve diğerleri, 2013; Wu ve diğerleri, 2016).

2.2 Sağlık Okuryazarlığı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre sağlık okuryazarlığı; 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 kapasiteleridir (WHO, 2013).

Amerika Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı sağlık okuryazarlığını “bireylerin uygun sağlık kararları almak için gereken temel sağlık bilgilerini bulma, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi” olarak tanımlamaktadır (U.S. Department of Health and Human Services [HHS], 2010).

Sağlık okuryazarlığı; okuryazarlıkla ilişkili olarak, yaşam kalitesini yükseltme ve sürdürme çabaları doğrultusunda günlük yaşamda sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili kararlar almak amacıyla, sağlık bilgisine erişme, sağlık bilgisini anlama, değerlendirme ve kullanma için gerekli olan bilgi, motivasyon ve yeterlidir (Sørensen ve diğerleri, 2012).

Freedman ve diğerleri sağlık okuryazarlığı kavramını “halk sağlık okuryazarlığı” olarak ele almışlardır. Halk sağlık okuryazarlığı kavramını “bireylerin ve grupların, topluma yarar sağlayacak halk sağlığı kararlarını almak için gereken bilgileri edinme, işleme koyma, anlama, değerlendirme ve buna göre hareket etme derecesi” olarak tanımlamışlardır (Freedman ve diğerleri, 2009). Abel ve diğerleri halk sağlığı bakış açısından, sağlığın geliştirilmesi için bireysel gereksinimlere yönelik bilgi ve beceriler olarak tanımlanmaktadır (Abel ve diğerleri, 2015)

Sağlık okuryazarlığı hastalıkları önleyici uygulamaların geliştirilmesine katkı sağlar. Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek bireyler, hastalık risklerini tanımlayabilirler ve sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanacaklarını bilirler (Nutbeam, 2008).

Sağlık okuryazarlığının yeterli olması, sağlıkla ilgili temel materyalleri (örneğin; reçeteli şişeleri, randevu fişlerini vb.) okuyabilmeyi ve anlayabilmeyi içermektedir (Baker, 2006). Yeterli sağlık okuryazarlığı, bir kişinin kendi ve ailesinin sağlığı için sorumluluk alma kapasitesini artırabilmektedir (Sørensen ve diğerleri, 2012). Bununla birlikte, sağlık okuryazarlığı sadece bireysel kapasitelerin değil, sağlık sistemiyle ilgili taleplerin ve karmaşıklıkların da sonucudur (Brach ve diğerleri, 2012).

2.3 Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

Yetersiz sağlık okuryazarlığı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler açısından bir halk sağlığı sorunudur (Ansari ve diğerleri, 2016; HLS-EU, 2015; Von Wagner ve diğerleri, 2007).

Avrupa Sağlık okuryazarlığı Araştırması'nda yer alan 8 ülke (Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya) arasında "mükemmel" sağlık okuryazarlığı kategorisinde en yüksek prevalansın %25,1 ile Hollanda'ya ait olduğu, "yetersiz" sağlık okuryazarlığı kategorisinde ise en yüksek prevalansın %26,9 ile Bulgaristan'a ait olduğu gösterilmiştir (HLS-EU, 2015).

İngiltere'de 18 yaş ve üzerindeki yetişkinlerde sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi %11,4 olarak bulunmuştur (Von Wagner ve diğerleri, 2007). Çin'de 15 yaş ve üzerindekilerde yapılan başka bir çalışmada sınırlı prevalansı %84 olarak tespit edilmiştir (Wu ve diğerleri, 2017). İran'da yapılan diğer bir çalışmada ise yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi %32,5 olarak gösterilmiştir (Ansari ve diğerleri, 2016).

Türkiye'de erişkin nüfusun üçte ikisinden fazlasının yetersiz/sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu raporlanmıştır (Okyay ve Abacıgil, 2016; Tanrıöver ve diğerleri, 2014).

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili Türk toplumunun farklı gruplarında yapılan tüm çalışmalarda da yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir (Çopurlar ve diğerleri, 2017; Değerli ve diğerleri, 2016; Yılmazel ve Çetinkaya, 2015).

Bireylerin sağlığı üzerinde yetersiz sağlık okuryazarlığının etkisini destekleyen kanıtların giderek arttığı belirtilmektedir (Freedman ve diğerleri, 2009; WHO, 2013).

Bunlar:

- Koruyucu sağlık hizmetlerinin düşük düzeyde kullanımı
- Semptomatik dönemde sağlık bakımı arayışında gecikme
- Bireyin tıbbi durumunu anlamasında yetersizlik
- Öz-bakım yetersizliği
- Tıbbi öneri ve/veya talimatlara bağlılıkta yetersizlik
- Hastanede yatma sıklıklarının ve kalma sürelerinin uzun olması
- Acil servis gibi maliyeti yüksek hizmetlerden yararlanma oranlarında yükseklik
- Sağlık bakım maliyetlerinde yükselme
- Mortalitede artış şeklindedir.

Sınırlı sağlık okuryazarlığı sağlığı önemli derecede etkiler. Sınırlı sağlık okuryazarlığı koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerine ve hastalık tespiti faaliyetlerine daha az katılım (mamografi çekirme, grip aşısı yaptırma), riskli sağlık davranışlarını (daha yüksek sigara içme oranları gibi) daha fazla sergileme, daha fazla iş kazası ile ilişkilidir (Berkman ve diğerleri, 2011; Sadeghi ve diğerleri, 2013; WHO, 2013). Düşük sağlık okuryazarlığı artmış morbidite ve mortalite riski ile ilişkilidir (Berkman ve diğerleri, 2011; Sadeghi ve diğerleri, 2013).

2.4 Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Sağlık Okuryazarlığının Yeri

Bulaşıcı olmayan hastalıklar, dünya genelinde ölüm nedenlerinden biridir. Tüm ölümlerin %71'inden fazlasına kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, diyabet ve kronik solunum yolu hastalıklarını içeren dört kronik hastalıktan biri neden olmaktadır (WHO, 2018b).

Yetersiz sağlık okuryazarlığının olumsuz etkisi kronik hastalıklarda daha belirgin hale gelmektedir. Kronik hastalıklarda azalan hastalık yönetimi, tedaviye zayıf bağlılık, sağlık harcamalarındaki artmış maliyetler yetersiz sağlık okuryazarlığının sonuçları olarak kabul edilmektedir (Berkman ve diğerleri, 2011; HLS-EU, 2015; WHO, 2013).

Toplumların yaşlanmasıyla bireylerde bir veya iki kronik sağlık sorunu görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı zayıf olan insanlar, kronik sorunlarını yönetmekte daha fazla zorluk çekmektedirler. Buna yaşam tarzını planlama ve ayarlama ile bilinçli kararlar verme, sağlık hizmetlerine ne zaman ve nasıl erişileceğini bilmek dahildir (WHO, 2013).

Astım (Federman ve diğerleri, 2013; 2014), KOAH (Kale ve diğerleri, 2015; Omachi ve diğerleri, 2013; Puente ve diğerleri, 2016), böbrek hastalıkları (Adeseun ve diğerleri, 2012; Cavanaugh ve diğerleri, 2010), Tip 2 Diyabet (Al Sayah ve diğerleri, 2016), hipertansiyon (Darvishpour ve diğerleri, 2016; McNaughton ve diğerleri, 2014) nedeniyle izlenen bireylerde, düşük sağlık okuryazarlığının hastalık yönetiminde yetersizliklere neden olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur.

Sağlık okuryazarlığı seviyeleri ile BOH risk faktörlerinin önlenmesi arasında bir bağlantı vardır (Yılmazel ve Çetinkaya, 2015). Türkiye'de bulaşıcı olmayan

hastalıkların etkisi artarak devam etmektedir (UHYÇ, 2013). Yapılan çalışmalarda sınırlı sağlık okuryazarlığının BOH yaygınlığı ortaya konulmuştur (Emine ve diğerleri, 2018; Teleş ve Kaya, 2019; Yılmazel ve diğerleri, 2017).

Sağlık okuryazarlığı KAH olan hastaların bakımında önemli bir komponenttir. Koroner arter hastalarının, çoklu yaşam biçimi değişikliğini yerine getirme, risk faktörlerini kontrol altında tutma, tedavi önerilerine uyum sağlama, hastalıklarının öz-yönetimine aktif bir şekilde katılım gösterebilmesinde sağlıklı ilgili bilgiyi anlama becerisine sahip olması beklenmektedir (ACSQHC, 2015; de Melo Ghisi ve diğerleri, 2018). İsveç'te yapılan bir çalışmada düşük sağlık okuryazarlığı daha yüksek kardiyovasküler hastalık risk skorları ile ilişkili bulunmuştur (Lindahl ve diğerleri, 2020).

2.5 Koroner Arter Hastalığı

2.5.1 Tanımı

Koroner arter hastalığı (KAH), epikardiyal arterlerde aterosklerotik plak birikimi ile karakterize patolojik bir süreçtir. Bu süreç, yaşam tarzı değişikliği, farmakolojik tedaviler ve hastalık stabilizasyonu için tasarlanmış invaziv müdahalelerle değiştirilebilir. Hastalık uzun, stabil dönemlere sahip olabilir, ancak tipik olarak plak rüptürü veya erozyonunun neden olduğu akut aterotrombotik bir olay nedeniyle herhangi bir zamanda kararsız hale gelebilir. Hastalık klinik olarak sessiz dönemlerde bile kronik, çoğunlukla ilerleyici ve dolayısıyla ciddi tabloya sahiptir (Knuuti ve diğerleri, 2020). Ateroskleroz ile arterlerin duvarlarında lümen içine kolesterolden zengin plaklar birikir. Bu plaklar kan damarlarının lümenini daraltır ve kan akışını zorlaştırır. Kan damarlarında elastikiyet azalır. Zamanla, plak yırtılması sonucunda trombüs meydana gelebilir. Koroner arterde trombüs oluşumuna neden olabilir (WHO, 2011).

Anjina veya göğüs ağrısı rahatsızlığı, KAH'ın en yaygın semptomudur. Angina, arterlerin içinde çok fazla plak biriktiğinde ve daralmalarına neden olduğunda ortaya çıkabilir. Kalp kasınıza ve vücudunuzun geri kalanına kan akışını engelleyebilmektedir bu da göğüs ağrısına neden olabilmektedir (CDC, 2020a).

Birçok insan için, KAH'ın ilk ipucu kalp krizidir. Kalp krizi belirtileri ise şu şekildedir (CDC, 2020a):

- Göğüs ağrısı veya rahatsızlığı (angina)
- Halsizlik
- Baş dönmesi
- Mide bulantısı (mide rahatsızlığı)
- Soğuk ter
- Kollarda veya omuzda ağrı veya rahatsızlık
- Nefes darlığı

Kalp krizlerinin çoğu, göğsün merkezinde birkaç dakikadan fazla süren rahatsız edici baskı, sıkma, dolgunluk veya ağrı ile hissedebilir. Üst vücudun diğer bölgelerinde belirtiler mevcuttur. Belirtiler bir veya iki kolda, sırt, boyun, çene veya midede ağrı veya rahatsızlık içerebilir. Nefes darlığı da en sık görülen belirtilerdendir. Diğer olası işaretler soğuk terleme, bulantı veya baş dönmesi şeklindedir (Knuuti ve diğerleri, 2020).

2.5.2 Koroner arter hastalığının epidemiyolojisi

Dünyanın en büyük katillerinden biri olarak bilinen KAH, son 15 yılda küresel olarak önde gelen ölüm nedeni olmaya devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2018 yılı verilerine göre global düzeyde mortalite oranı %16,6 olarak belirtilmiştir. Türkiye'nin de içinde bulunduğu Avrupa Bölgesinde mortalite oranları ise %25,4'tür (WHO, 2018b).

Türkiye'de hastalık yükü sıralamasında ilk sırada iskemik kalp hastalıkları yer almaktadır (UHYÇ, 2013). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması 2009 verilerine göre KAH prevalansı kadınlarda %12, erkeklerde %14'tür (TEKHARF, 2009). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Ölüm Nedeni İstatistikleri 2018 sonuçlarına göre Türkiye'de ölümlerin %38,4'ü dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı olarak gerçekleşmiştir. Dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşen %39,7'si iskemik kalp hastalığı nedenlidir (TÜİK, 2018).

2.5.3 Koroner arter hastalığında komorbiditeler

En önemli kronik durumlardan biri olan KAH dünyadaki en büyük ölüm nedeni olmaya devam etmektedir ve birden fazla kronik hastalığı olan hastalarda

mevcut en yaygın durumlar arasında yer almaktadır (Finegold, Asaria ve Francis, 2013; WHO, 2017).

Kronik kalp hastalığı (KKH) ve kan damarı hastalıkları da dahil olmak üzere KAH genellikle birden fazla komorbid durumla ortaya çıkmaktadır. Garcias-Olmos ve diğerleri (2012), KAH'ın en sık diyabet ve hiperlipidemi ile birlikte ortaya çıktığını göstermiştir. Başka bir çalışmada, KAH'ın tipik olarak hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet, artrit ve tiroid hastalığı ile birlikte ortaya çıktığını belirtilmiştir (Holden ve diğerleri, 2011; Murray ve diğerleri, 2018). Forman ve diğerleri (2018), KAH olan yetişkinlerde yüksek komorbidite prevalansını olduğunu ve komorbiditeleri arttıkça 30 günlük geri kabul oranlarının da giderek arttığını saptamıştır. Başka bir çalışma miyokard infarktüsü (MI) veya kalp yetmezliği (KY) nedeniyle hastaneye yatıştan sonraki 30 gün içinde geri dönüşlerin yarısının kardiyovasküler olmayan tanıdan kaynaklandığını ve hastalıklar arasındaki ilişkilerin anlaşılmasının önemini ortaya koymuştur (Dharmarajan ve diğerleri, 2013).

2.5.4 Koroner arter hastalığında risk faktörleri

Ateroskleroz etyolojisinde davranışsal ve metabolik risk faktörlerinin kilit rol oynadığına dair bilimsel kanıtlar vardır (International Diabetes Federation [IDF] Atlas, 2019, s. 82,83; WHO, 2011).

Bu davranışsal ve metabolik risk faktörleri çoğu zaman aynı hastada kombinasyon halinde bulunur ve sinerjistik olarak hareket eder, tek bir hastada MI ve inme gibi akut vasküler olayların genel riskini artırır (WHO, 2007).

Ateroskleroz sürecini uyaran risk faktörleri şu şekilde gruplandırılmıştır (Knuuti ve diğerleri, 2020; WHO, 2011):

Davranışsal risk faktörleri

- Tütün kullanımı
- Fiziksel aktivite eksikliği
- Sağlıksız beslenme (çok fazla tuz, yağ ve kalori)
- Alkolün kullanımı

Metabolik risk faktörleri

- Artmış kan basıncı (hipertansiyon)
- Artmış kan glukozu (diyabet)

- Yüksek kan lipitleri (kolesterol)
- Fazla kiloluluk ve obezite

Diğer risk faktörleri

- Yoksulluk ve düşük eğitim düzeyi
- İleri yaş
- Cinsiyet
- Genetik
- Psikolojik faktörler (örneğin, stres, depresyon)
- Artmış homosistein düzeyi

2.5.4.1 Davranışsal risk faktörleri

Tütün kullanımı

Dünya’da tütün kullanım yaygınlığının %20 olduğu ve tütün kullanımının küresel düzeyde kalp ve damar hastalıklarının %10’nuna yol açtığı tahmin edilmektedir (WHO, 2011; WHO, 2018a). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2016 sonuçlarına göre Türkiye’de 19,2 milyon kişi (%31,6) halen tütün ürünü kullanmaktadır. Halen tütün kullanım sıklığı erkeklerde (%44,1), kadınlara göre (%19,2) daha yüksektir (Global Adult Tobacco Survey [GATS], 2016). Ulusal Hastalık Yükü Çalışması (2013)’e göre tütün kullanımı her cinsiyette BOH için atfedilen risk faktörlerindedir (UHYÇ, 2013).

Tütün kullanımının aterogenezis gelişimini tetiklemeyle endotel disfonksiyonu, inflamasyon, protrombozis, lipid metabolizmasında değişiklikler, miyokardın oksijen ve kan ihtiyacındaki artış görülür. Katekolominlerin salgılanmasındaki artışla birlikte kalp hızı, vazokonstriksiyon ve kardiyak output artar (Roy ve diğerleri, 2017). Koroner arter girişim tedavisinden sonra sigara içmeye devam eden hastalarda tekrarlayan miyokard revaskülarizasyon oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Zwoliński ve diğerleri, 2013). Sigarayı bırakma KAH’ın prognozunu iyileştirir, sigarayı bırakanlar için mortalitede %36’lık bir risk azalması içerir (Critchley ve diğerleri, 2003).

Fiziksel aktivite eksikliği

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 18 yaş ve üzeri yetişkinlerin dörtte birinden fazlasında fiziksel aktivite yetersizliği mevcuttur. Yüksek gelirli ülkelerde fiziksel hareketsizlik düşük gelirli ülkelere göre iki kat daha fazladır. Küresel olarak kadınlar erkeklerden daha az aktiftir. Türkiye'de 18 yaş ve üzerindeki bireylerin yaklaşık üçte biri fiziksel açıdan inaktiftir (WHO, 2018a; WHO, 2018b).

Fiziksel aktivitenin koroner olayları ve mortalite riskini azalttığı gösterilmiştir (WHO, 2011). Fiziksel aktivite, vazodilatasyonu ve kan damarlarındaki vazomotor fonksiyonu geliştirerek, endotelial fonksiyonu iyileştirir. İlave olarak fiziksel aktivite kilo kaybına, glisemik kontrole, kan basıncında, lipit profilinde ve insülin duyarlılığında gelişime katkı sağlar (Cornelissen ve Fagard, 2005; Kelley ve diğerleri, 2005). Egzersiz kapasitesinin artırılması, KAH olan erkek ve kadınlar arasında sağkalımın artırılmasında bağımsız bir gösterge olarak bulunmuştur (Bruning ve Sturek, 2015). Fiziksel egzersiz, kardiyovasküler risk faktörleri ve kardiyovasküler sistem fizyolojisi üzerindeki sayısız yararlı etkisinden dolayı bir 'polipill' olarak adlandırılmaktadır (Fiuza-Luces ve diğerleri, 2013). Düzensiz olarak yapılan boş zaman fiziksel aktiviteleri de KAH tanısı olanlar arasında mortalite riskini azaltmaktadır (Lahtinen ve diğerleri, 2018; Steward ve diğerleri, 2017).

Koroner arter hastaları için yeterli fiziksel aktivite önerileri haftanın beş günü 30-60 dakika orta yoğunluklu aerobik aktivitesidir. Direnç egzersizleri kas kütesini, gücünü ve işlevini korur (Knuuti ve diğerleri, 2020).

Sağlıksız beslenme

Doymuş yağ, trans yağ, kolesterol ve tuzun diyetle fazla alımı ile sebze, meyve, balığın az tüketimi kalp ve damar hastalıkları riskini artırmaktadır (WHO, 2018b). Kardiyovasküler risk olan obezite, beslenme ve fiziksel inaktivite ile yakından ilişkilidir. Şeker ve yağdan zengin enerji yoğun işlenmiş gıdaların sık tüketimi obeziteyi tetikler. Yüksek tuzlu diyetler kan basıncını artırır. Küresel düzeyde günlük tuz tüketiminin ortalama 9-12 gr olduğu tahmin edilmektedir (Powles ve diğerleri, 2013; WHO, 2018b). Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği (THBHD)'nin 2012 yılında yaptığı Tuz Tüketimi ve Gıda

Kaynakları Çalışması SALTürk 2 çalışmasında ülkemizde günlük tuz tüketimi 14,8 gr olarak saptanmıştır (THBHD, 2012).

Sağlıklı beslenme sağlıklı vücut ağırlığına lipit profilinde ve kan basıncında beklenen düzeye katkı sağlayabilir (WHO, 2011; WHO, 2018a). Hastalarda sağlıklı yeme alışkanlıklarındaki değişiklikler mortalite ve kardiyovasküler olaylarda azalmaya neden olmaktadır (Freeman ve diğerleri, 2017).

Koroner arter hastalarında meyve, sebze, baklagiller, lif, çoklu doymamış yağlar, kabuklu yemişler ve balıklar bakımından zengin bir Akdeniz beslenme modeli savunulmaktadır (Wang ve diğerleri, 2014). Kalp ve damar hastalıklarının önlenmesine destek için günlük tuz alımının kişi başına 5 gramdan az olması önerilmektedir (WHO, 2011).

Alkolün kullanımı

Alkol tüketiminin KAH üzerindeki etkisi tüketimin düzeyine ve örüntüsüne bağlıdır. Orta düzeyde alkol tüketimi HDL kolesterol düzeyi, trombolitik profil ve trombosit agregasyonu üzerine yararlı etkileri vardır. Alkolün kullanımı, hipertansiyon, akut MI, kardiyak aritmi ve inme ile ilişkilidir (WHO, 2007; WHO, 2011; WHO, 2016; WHO, 2018a; WHO, 2018b). Hafif ile orta düzeyde alkol alımı (günde 1-2 birim içecek) MI riskini artırmazsa da, haftada 100 gramdan fazla tüketiminde MI riskini artırmakta ve diğer kardiyovasküler hastalıklar mortalitesi ile ilişkilendirilmektedir (Wood ve diğerleri, 2018).

Türkiye Sağlık Araştırması 2016 yılı verilerine göre alkol kullanım oranı %12,2'dir. Alkol kullanım oranı erkeklerde %19,3 kadınlarda %5,3 olarak raporlanmıştır (Sağlık Bakanlığı [SB], 2018, s. 61). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması 2017 yılı sonuçlarına göre 15 yaş ve üzeri bireylerde son 30 günde en az bir kere tek seferde altı veya daha fazla alkollü içecek tüketenlerin oranı %5 olup Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) ülkelerinde bu oran %23'tür (Eurostat European Health Interview Survey [EHIS], 2014; SB, 2017; SB, 2018, s. 62). Kadınlar günde 10 gram, erkekler günde 20 gramdan fazla içmemelidir (CDC, 2020a).

2.5.4.2 Metabolik risk faktörleri

Artmış kan basıncı (hipertansiyon)

Yüksek tansiyon, koroner kalp hastalığı için major risk faktörüdür (Knuuti ve diğerleri, 2020, s. 450). Dünya genelinde 2014 yılında 18 yaş ve üzeri kişilerde yüksek kan basıncı (kan basıncı $140 \geq 90$ mmHg) prevalansı %22'dir (WHO, 2014).

Türk Hipertansiyon Prevalansı Çalışması 2 (Patent2) sonuçlarına göre Türkiye'de hipertansiyon prevalansı %30,3 olup, bu oran erkeklerde %28,4 ve kadınlarda %32,3 bulunmuştur (Sengül ve diğerleri, 2016). Kan basıncının düşürülmesi, kardiyovasküler hastalık riskini önemli ölçüde azaltabilmektedir. Sistolik kan basıncındaki her 10 mmHg azalmanın KAH %17 azaltılabileceği düşünülmektedir (Ettehad ve diğerleri, 2016).

Artmış kan glukozu (diyabet)

Kronik bir hastalık olan diyabet, pankreasın yeterince insülin üretememesinden (tip 1 diyabet) ve ya üretilen insülinin vücutta yeterince etkili kullanılamamasından (tip 2 diyabet) kaynaklanır (WHO, 2018a). Her iki diyabette artmış kan glukozu zamanla vücuda ciddi zarar verebilir. Kalp ve kan damarları özellikle etkilenir, kalp krizi olası komplikasyonlarındadır (WHO, 2016).

Dünya Sağlık Örgütüne göre 2014 yılında dünya çapında artmış kan glukozu prevalansının %9 olduğu tahmin edilmektedir (WHO, 2016). Türkiye'de 1998 ile 2010 arasındaki 12 yıllık sürede diyabet prevalansının yaklaşık iki kat artarak %7,2'den %13,7'ye yükseldiğini saptamıştır (Satman ve diğerleri, 2013).

Diyabet, KAH riskini %160 ve kardiyovasküler hastalıklara bağlı mortalite oranını %132 artırmaktadır (Emerging Risk Factors collaboration, 2010; IDF, 2019 s. 83).

Yüksek kan lipitleri

Lipoproteinlerin içerisinde; LDL "kötü", HDL ise "iyi" kolesterol olarak bilinir ve bunlara ilaveten trigliseritler de yer almaktadır. Vücut alınan fazla kalori trigliseritlere dönüştürülür ve yağ hücrelerinde depolanır. Düşük dansiteli lipoprotein

kolesterol arter duvarlarında birikir ve aterosklerozise neden olur. Genel olarak, düşük LDL kolesterol sayıları vasküler sağlık için daha iyidir. HDL kolesterol, LDL kolesterolü arter duvarlarından çıkararak vasküler hastalıklara karşı korumaktadır (WHO, 2011). Türk halkının kanda total kolesterol düzeyleri batılı toplumlar ile karşılaştırıldığında genelde düşük olmakla birlikte, 12 milyon kişide 200 mg/dl'nin üzerindedir (TEKHARF, 2017).

Yüksek kan kolesterolü kalp krizi ve inme riskini arttırmaktadır. Yüksek serum kolesterolünde %10'luk düşüşün 40 yaşındaki bir erkekte 5 yıl içinde kalp hastalığı riskini %50 azalttığı tespit edilmiştir. Orta-yüksek kardiyovasküler riski olan kişilerde kolesterolü düşürmek kalp krizi ve felçleri önlemektedir (WHO, 2011).

Aşırı kilo ve obezite

Enerji alımı ve enerji tüketimi arasındaki dengesizlik obezitenin başlıca nedenidir. Aşırı kilo ve obezite kan basıncı, kolesterol, trigliseritler ve insülin direnci üzerinde olumsuz metabolik etkilere neden olmaktadır (WHO, 2011). Küresel düzeyde 2016 yılında, 18 yaş ve üstü 650 milyondan fazla insan obez kategorisinde yer almaktadır (WHO, 2018a). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'na göre yetişkin bireylerde obezite görülme sıklığı %30,3 olarak tespit etmiştir (SB, 2010, s. 481-482).

Abdominal obezitenin bir göstergesi olan bel çevresi kardiyovasküler hastalık ve diyabet gelişimi ile güçlü bir şekilde ilişkili bulunmuştur. Bel çevresi erkekler için ≤ 94 cm ve kadınlar için ≤ 80 cm önerilmektedir (Knuuti ve diğerleri, 2020).

2.5.4.3 Diğer risk faktörleri

Yoksulluk ve düşük eğitim düzeyi

Gelir dağılımı veya eğitim düzeyi gibi sosyal belirleyiciler, genel olarak sağlığı olduğu kadar kardiyovasküler sağlığı da dolaylı olarak etkilemektedir ve risk faktörlerine maruz kalmayı artırmaktadır (WHO, 2011). Koroner arter hastalığında insidans veya risk faktöründe düşük gelir ve düşük eğitimin birlikte olmasının tek başına yoksulluğun olması ya da düşük eğitimin olmasından daha güçlü bir ilişkiye sahiptir (Lewis ve diğerleri, 2015). Eğitim düzeyinin düşük olması durumunda

hastalığın ciddiyetinin ve kalp krizi semptomlarının daha az anlaşılması ve doktor önerisine daha fazla ihtiyaç duyulması olasılığı yüksektir (McKee, Winters ve Fiscella, 2012).

İleri yaş

Sağlık ve sosyal koşullardaki iyileşme ile doğumda beklenen yaşam süresinin artması kardiyovasküler hastalıklar için aleyhte bir durum oluşturmaktadır. Artan yaşla birlikte, artmış kollajen elastin içeriğindeki azalma ile karakterize, damar duvar yapısındaki değişiklikler sistolik kan basıncında artışa, diyastolik kan basıncında azalmaya yol açmaktadır (Camici ve Liberale, 2017).

Kalp hastalığı, herhangi bir yaşta başlayabilmekte birlikte en belirgin olarak 40 yaşından sonra artmaktadır (CDC, 2020a; Li ve diğerleri, 2015). Özellikle 75 yaş ve üstü kişiler yaygın komorbidite (hipertansiyon, diyabet ve böbrek yetmezliği) prevalansı nedeniyle kronik koroner sendromuna atfedilebilen en yüksek mortalite ve morbidite riskine sahiptir (Malkin, Prakash ve Chew, 2012).

Cinsiyet

Koroner arter hastalığı, erkeklerde yaygın görülen bir hastalık olmasına rağmen 1990'ların sonunda kadınların hastalığı olarak görülmeye başlanmıştır. Bu farklılık beslenme örüntüsünde, yeme davranışlarında ve beslenme inanışlarındaki araştırmalarla ortaya koyulmaya çalışılmıştır. Kadınlarda erkeklere göre hastalık 7-10 yıl daha geç gelişmektedir (Anand ve diğerleri, 2008; WHO, 2011). Genellikle menopoza öncesi kadınlar kardiyovasküler hastalıklara karşı korunurken, menopoza sonra artış görülmektedir. Artan yaşla birlikte cinsiyet hormonlarındaki azalma kardiyovasküler hastalıkların ortaya çıkışında önemli rol oynamaktadır (Najafi ve Sheikvatan, 2013; Villa ve diğerleri, 2015).

Cinsiyete bağlı mortalite farklılıkları, özellikle 60 yaşın altındaki genç hastalarda belirgin olarak ortaya çıkmıştır. Kadınlarda anlamlı derecede daha yüksek mortalite oranları mevcut olmakla birlikte her iki cinsiyet arasında mortalite farkları azalmıştır (Cenko ve diğerleri, 2018; Ricci ve diğerleri, 2017; Vasiljevic-Pokrajcic ve diğerleri, 2016).

Genetik

Epidemiyolojik ve aile temelli çalışmalarla KAH genetiğın rolü %40 ila %60 arasındadır. Genom çapında birleşme çalışmalarını mümkün kılan tek nükleotid polimorfizmlerinin mikro dizilerinin mevcudiyeti KAH için 33 genetik risk varyantının keşfedilmesine yol açmıştır. Bu varyantlardan 23'ü bilinmeyen mekanizmalar yoluyla KAH yol açar, %10'u ise hipertansiyon ve lipidlerle ilişkilidir (Roberts ve Stewart , 2012).

Psikolojik faktörler

Koroner hastalığı olan bireylerde depresyon, anksiyete ve mental stres sık karşılaşılan bir sorundur (Janszky ve diğerleri, 2010; Kutlu ve diğerleri 2016; Smith ve diğerleri, 2007). Depresyon, özellikle miyokard infarktüsünü takiben kalp hastalığı olan kişiler arasında yaygın olarak görülmektedir. Depresyon, akut MI sonrası hastalarda genel topluma göre üç kat daha yaygındır (Smith ve Blumenthal, 2011).

Klinik açıdan doğrulanmış anksiyete bozuklukları ve anksiyetinin artmış belirtileri koroner olaylar için belirleyici olabilir. Yapılan bir prospektif çalışmada anksiyete varlığının KAH riskini iki kat artırdığı (Janszky ve diğerleri, 2010) diğer çalışmalarda ise ani kardiyak ölüm ve ölümcül olmayan MI ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Roest ve diğerleri, 2010; Watkins ve diğerleri, 2010).

Mental stres intima medial zayıflığı, klinik hipertansiyonun ve aterosklerotik hastalıkların gelişiminde belirleyicidir (Chida ve diğerleri, 2008). Post MI sonrası hastalarda stresli yaşam olayları, düzensiz kalp hızına sebep olmaktadır (Smith ve diğerleri, 2007). Stres, KAH olan hastalarda anlamlı bir risk faktörü olarak bulunmuş ve sonuç olarak hastalarda stres seviyeleri yüksek tespit edilmiştir (Kurd ve diğerleri, 2014).

Hipotalamik hipofiz adrenalinin eksen (HPA) düzensizliği sempatik aktiviteye etki ederek depresyon ve diğer psikolojik rahatsızlıkları tetikler. Bu merkezden gelen kronik stimülasyonda artış sempatik sinir sistemi aktivitesi, otonomik aktivite, insülin direnci, hipertansiyon, aşırı inflamatuvar yanıt, trombosit aktivasyonu, endotel disfonksiyonu ve somatik etkiler ile karakterizedir (Rozanski ve

diğerleri, 2005). Psikososyal stres, depresyon ve anksiyete hastaların yaşam tarzlarında olumlu değişiklikler yapmasını veya terapötik bir rejime uymasını zorlaştırmaktadır (Piepoli ve diğerleri, 2016).

Avrupa Kardiyoloji Derneği yayınlamış olduğu son kılavuzda psikososyal risk faktörleri için değerlendirme yapılmasını önermektedir (Knuuti ve diğerleri, 2020). Psikolojik ve farmakolojik müdahaleler ile kardiyak rehabilitasyonun depresyon, anksiyete ve stres üzerinde yararlı bir etkiye sahip olduğunu yönünde kanıtlar mevcuttur (Baumeister, Hutter ve Bengel 2011; Rutledge ve diğerleri, 2013).

Artmış homosistein düzeyi

Serum homosistein düzeyleri KAH şiddeti ile yakından ilişkilidir. Homosistein aterosklerotik oluşumun erken belirleyicisi olarak görülmektedir. İlerleyen yaş, erkek cinsiyet, sigara içimi, kahve tüketimi, yüksek kan basıncı, istenmeyen lipid profili, yüksek kreatinin ve sağlıklı beslenme artmış homosistein düzeyleri ile ilişkili faktörlerdir.

Fiziksel aktivite ile orta düzeyde alkol tüketimi, folik asit ve vitamin B12 alımı homosistein düzeylerini düşürür (Shenoy ve diğerleri, 2014).

2.5.5 Koroner arter hastalığında tanı ve tedavi

Koroner arter hastalığının tanısında ilk adım semptomları ve bulguları değerlendirmek, bir sonraki adım hastanın genel durumunu ve yaşam kalitesini değerlendirmektir. Terapötik kararları potansiyel olarak etkileyebilecek komorbiditeler değerlendirilir ve semptomların diğer potansiyel nedenleri göz önünde bulundurulur (Knuuti ve diğerleri, 2020).

2.5.5.1 Tanı yöntemleri

Koroner arter hastalığı açısından şüphelenilen hastada temel testler standart laboratuvar biyokimyasal testi, Elektrokardiyogram (EKG) izlemi, istirahat ekokardiyografi ve göğüs röntgenini içermektedir (Knuuti ve diğerleri, 2020).

Biyokimyasal testler: Laboratuvar araştırmaları, iskeminin olası nedenlerini, kardiyovasküler risk faktörlerini, ilişkili durumlarını ve prognozu belirlemek için kullanılır (CDC, 2019; Knuuti ve diğerleri, 2020).

Elektrokardiyogram (EKG): Kalp atışının elektriksel aktivitesini, hızını ve düzenini ölçmektedir (CDC, 2019; Knuuti ve diğerleri, 2020).

Ekokardiyografi: Ekokardiyogramda kalbin görüntüsünü oluşturmak için ultrason (özel ses dalgası) kullanılmaktadır (CDC, 2019; Knuuti ve diğerleri, 2020).

Göğüs röntgeni: Göğüs ağrısı olan hastaların değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılır, ancak KAH'ta tanı veya olay riski sınıflandırması için spesifik bilgi sağlamaz. Test, bazen KY şüphesi olan hastaların değerlendirilmesinde yardımcı olabilir. Göğüs röntgeni, sıklıkla KAH'a eşlik eden pulmoner problemleri olan hastalarda veya atipik göğüs ağrısının başka bir nedenini ekarte etmek için de kullanılmaktadır (Knuuti ve diğerleri, 2020).

Egzersiz stresi testi: Bir koşu bandında yürürken kalp atış hızını ölçmektedir. Bu, daha fazla kan pompalamak zorunda kaldığında kalbin ne kadar iyi çalıştığını belirlemeye yardımcı olmaktadır (CDC, 2019; Knuuti ve diğerleri, 2020).

Kalp kateterizasyonu: Kalbe ulaşmak için femoral, kol veya boyundaki bir arterden ince, esnek bir tüp takarak arterlerin içindeki tıkanıklığı kontrol etmeye yarar (CDC, 2019; Knuuti ve diğerleri, 2020).

Koroner anjiyogram: Koroner arterlerde tıkanma ve kan akışı izlenir. Kalp kateterizasyonu yoluyla enjekte edilen boyayı tespit etmek için X ışınları kullanılmaktadır (CDC, 2019; Knuuti ve diğerleri, 2020).

Koroner arter kalsiyum taraması: Koroner arterlerde kalsiyum ve plak birikimini inceleyen bilgisayarlı tomografi (BT) taraması (CDC, 2019; Knuuti ve diğerleri, 2020).

2.5.5.2 Tedavi

Koroner arter hastalığı tanısı doğrulandıktan sonra, farmakolojik tedavi ve revaskülarizasyonu içeren uygun tedaviler başlatılmaktadır (Knuuti ve diğerleri, 2020).

Farmakolojik tedavi:

Koroner arter hastalarında medikal ilaç tedavisinde kullanılan bazı ilaçlar (American Heart Association [AHA], 2019; Knuuti ve diğerleri, 2020):

- **Antikoagülan:** Bazı kan damarlarını, kalp ve akciğer koşullarını tedavi etmek için kullanılır.
- **Antiplatelet ajan:** Kan trombositlerinin birbirine yapışmasını önleyerek kan pıhtılarının oluşmasını önler.
- **Anjiyotensin-dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörü:** Anjiyotensin II seviyelerini düşürerek kan damarlarını genişletir ve direnci azaltır.
- **Beta bloker:** Tansiyonu düşüren ve daha az kuvvetle kalbin daha yavaş atmasını sağlayan kalp atış hızını ve kardiyak debiyi azaltır.
- **Kombine alfa ve beta bloker:** Kombine alfa ve beta blokerleri, hipertansif kriz yaşayan hastalar için intravenöz (IV) damla olarak kullanılır.
- **Kolesterol düşürücü ilaçlar:** Çeşitli ilaçlar kandaki kolesterol seviyesini düşürebilir, ancak statinler ilk en iyi tedavi şeklidir.
- **Vazodilatör:** Kan damarlarını gevşetir ve iş yükünü azaltırken kalbe kan ve oksijen tedarikini artırır.
- **Diüretikler:** Vücudun idrar yoluyla kendisini fazla sıvı ve sodyumdan kurtarmasına neden olur. Kalbin iş yükünü hafifletmeye yardımcı olur.

Revaskülarizasyon tedavisi:

Revaskülarizasyonun iki amacı, anjina veya prognozu kötü olan hastalarda semptomların hafifletilmesidir. Anjina ve belirgin darlığı olan hastalarda revaskülarizasyon, tıbbi tedavi başarısız olduktan sonra genellikle ikinci basamak bir tedavi yöntemi olduğu düşünülmektedir. Perkütan koroner girişim (PCI) veya Koroner arter bypass ameliyatı (CABG) ile revaskülarizasyon, tek başına tıbbi tedavi stratejisine kıyasla anjinayı etkili bir şekilde rahatlatılabilir ve yaşam kalitesini artırabilmektedir. Revaskülarizasyon PCI veya CABG ile, MI ve önemli koroner darlığı olan hastalar arasındaki olumsuz klinik bulgularını etkili bir şekilde ortadan kaldırmak, kardiyovasküler ölümü ve majör akut kardiyovasküler olay riskini azaltmayı amaçlamaktadır (Knuuti ve diğerleri, 2020).

2.5.6 Koroner arter hastalığından korunma

Kardiyovasküler hastalıkların gelişiminde dört davranışsal risk faktörü önemli role sahiptir. Bu faktörler tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite ve aşırı alkol tüketimidir. Davranışsal risk faktörlerinin etkisi artmış kan basıncı, kan

glukoz düzeyi, lipid düzeyleri ve obezite varlığında açığa çıkmaktadır. Yaşam yaşam biçimi değişikliğini ve risk faktörlerinin kontrolünü içeren primer korunma önlemleri ile hastalığa bağlı ölümlerin bir kısmının önlenebileceği bildirilmektedir (WHO, 2011; WHO, 2020a).

Erken tanı sekonder korunmada bir anahtardır. Klinik ölçümler, laboratuvar incelemeleri, kardiyovasküler risk değerlendirme tabloları, kan basıncı ölçümleri hastalığın erken tanısında yararlıdır. Bireylerin birinci basamak sağlık kuruluşlarında, işyerlerinde ve toplumsal alanlarda taranması erken tanıda kullanılan bir yaklaşımdır (WHO, 2011).

Tersiyer korunma önlemleri arasında hastanın eski yaşamına döndürülmesini amaçlayan fizyoterapistlerin, beslenme uzmanlarının, hemşirelerin ve danışmanların oluşturduğu sağlık ekibi tarafından yönetilen kardiyak rehabilitasyon programı yer alır (CDC, 2020). Kardiyak rehabilitasyon programları PCI, CABG gibi kalp ile ilgili durumlarda kullanılmaktadır. Kardiyak rehabilitasyon programında en başarılı grup ise MI geçirmiş hastalardır (Uysal, 2012).

- Fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, reçeteye ilaç alınması ve sigarayı bırakmaya yardımcı olacak davranışlar ve sağlıklı yaşam hakkında eğitim verilmesi (CDC, 2020b).
- Reinfarktüslerin ve kardiyovasküler mortalitenin önlenmesi için yıllık influenza aşısının önerilmesi (Hebsur ve diğerleri, 2019; MacIntyre, Mahimbo, Moa, ve Barnes, 2016; Mohseni ve diğerleri, 2017).
- Stresi azaltmak ve zihinsel sağlığı iyileştirmek için danışman desteği (CDC, 2020b).

Koroner arter hastalığından korunmada toplumsal düzeyde alınması gereken önlemler ise şu şekilde sıralanabilir (Knuuti ve diğerleri, 2020; Magnani ve diğerleri, 2018):

- Sigara kullananlarda bırakmayı teşvik edici davranışsal müdahaleler ve danışmanlık
- Yetişkin döneminde optimal vücut ağırlığının korunması
- Bireylerin fiziksel aktiviteye teşvik edilmesi
- Davranışsal risk faktörlerinin değiştirilmesinde koroner arter sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi

2.6 Koroner Arter Hastalığı Açısından Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığının sağlıkla ilgili kararlar vermek için gereken becerilerin, hastanın bir tedavi rejimine(örneğin, ilaç tedavisi) bağlılığını etkileyebilmektedir (Ngho, 2009).

Koroner arter hastalığı tanısı olan bireylerin karmaşık ilaçlara, diyet rejimlerine uymaları gerekmektedir. Ayrıca semptomlara nasıl cevap verileceği konusunda karar vermeleri beklenmektedir (Fraker ve Fihn, 2007). Bu bireylerde sağlık okuryazarlığı, ilaç talimatlarını, taburcu ve randevu formlarını ve eğitim materyallerini (örneğin; diyet talimatları) anlama yeteneğinin yanı sıra karmaşık sağlık sistemlerini mütalaa etme yeteneğini içermektedir (Evangelista ve diğerleri, 2010).

Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi kardiyovasküler hastalıklarda da yetersiz sağlık okuryazarlığının getirdiği olumsuz etkiler görülmektedir. Sistematik bir derleme çalışmasında düşük sağlık okuryazar katılımcılarının daha fazla kardiyovasküler hastalık komorbiditesine sahip olduğu görülmüştür. Düşük sağlık okuryazarlığa sahip olanlar sürekli olarak hastane geri kabulleri, sağlıkla ilgili düşük yaşam kalitesine ve sosyal desteğe sahip ve bu kişiler daha yüksek kaygı ile ilişkilendirilmiştir (de Melo Ghisi ve diğerleri, 2018).

Danimarka'da yapılan çalışmada kardiyovasküler hastalığı olan her on kişiden birinin sağlıkla ilgili bilgileri anlamayı zor bulduğu ve sağlıkla ilgili bilgileri anlamada güçlük çeken bireylerin yüksek tedavi yükünden muzdarip olduğu gösterilmiştir. Koroner hastaların sözlü veya yazılı olarak verilen bilgileri anlayamamaları ve tedaviye katılımda isteksiz olma riski vardır (Friis ve diğerleri, 2019).

Yeterli sağlık okuryazarlığı, kalp hastalığı olan popülasyonlarda ilaçların ve yaşam tarzı değişikliklerinin daha iyi anlaşılması ile ilişkilidir. Yeterli sağlık okuryazarlığı ayrıca hastaların yanlış ilaç kullanımından kaçınmasına, çoklu ilaçları yönetmesine, talimatlara göre ilaçların alınmasına, sonuçları etkileyebilecek yan etkileri değerlendirmesine ve hangi semptomların KAH'tan kaynaklanabileceğini anlamasına katkı sağlamaktadır (Magnani ve diğerleri, 2018).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Şekli

Tanımlayıcı ve kesitsel türdeki bu araştırma, koroner arter hastalığı olanlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ile psikososyal ve davranışsal faktörler arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışma Mart 2019-Mart 2020 tarihleri arasında Kastamonu Devlet Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Kastamonu ili Batı Karadeniz Bölgesinde Bartın, Karabük, Çankırı, Çorum ve Sinop ile sınırlı olan, 148.931 nüfuslu bir ildir (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2019). İl merkezinde bulunan sağlık kuruluşları arasında devlet hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, iki özel hastane, 16 Aile Sağlığı Merkezi (ASM), bir Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) bulunmaktadır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1 Araştırmanın evreni

Araştırmanın evrenini araştırma tarihleri sürecince Kastamonu Devlet Hastanesi'nin kardiyoloji servisi ve koroner yoğun bakım ünitesinde herhangi bir kardiyovasküler hastalık tanısı (atriyal fibrilasyon (AF), ventriküler taşikardi (VT), supraventriküler taşikardi (SVT), KY dahil) ile yatarak tedavi gören bireyler oluşturmuştur.

3.3.2 Araştırmanın örnekleme

Ülkemizde yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinin %25 olduğu bilgisinden hareketle (Okyay ve Abacıgil, 2016), %80 güç ve %95 güven aralığında ve

evrendeki birey sayısının bilinmediği durumlarda kullanılan örnekleme yöntemiyle minimum örneklem büyüklüğü 245 olarak hesaplanmıştır. Çalışma kapsamına araştırma tarihleri arasında yatarak tedavi gören 50 yaş ve üzerinde, en az okuryazar olan, görme ve duyma bozukluğu ile psikiyatrik tanısı olmayan gönüllü 275 koroner arter hastası (AF, VT, SVT, KY hariç) dahil edilmiştir.

3.4 Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1 Araştırmanın bağımlı değişkenleri

Bu çalışmanın bağımlı değişkeni hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyidir.

3.4.2 Araştırmanın bağımsız değişkenleri

Hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, yaşadığı yer, beraber yaşanan kişi, sağlık güvencesi, ekonomik durum algısı, genel sağlık algısı), sağlık-hastalık durumu (komorbidite durumu, komorbiditeler), klinik ve antropometrik özellikleri (aile öyküsü, koroner arter hastalık tanısı, hastalığın süresi, anjiyografi öyküsü, by-pass ameliyat öyküsü, hastanede yatış süresi, hastalığın ciddiyeti, Beden Kitle İndeksi [BKİ]) sağlıkla ilgili davranışsal özellikleri (düzenli sağlık kontrolü yaptırma, sağlık hizmetlerinden öncelikle yararlanan kurum, sigara içme durumu, alkol kullanma durumu, düzenli spor yapma alışkanlığı, yemeklerin tuzluluk, yağlılık ve besin tüketim alışkanlığı), psikososyal özellikleri (bireysel koruyucu uygulamalara yönelik inancı, hastalık nedeni finansal kaygı yaşama, stres yaşama, depresif belirti düzeyi), sağlıkla ilgili bilgiye erişim kaynakları ve materyal becerileri (kendisine verilen formları/broşürleri okuma ve doldurma, kağıtta yazılanları anlama) araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

3.5 Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında literatüre dayalı (de Melo Ghisi ve diğerleri, 2018; Friis ve diğerleri, 2019; Kurd ve diğerleri, 2014; Magnani ve diğerleri, 2018; Smith ve diğerleri, 2007; Yılmazel ve Çetinkaya, 2015) olarak hazırlanan 90 sorudan oluşan anket formu oluşturulmuştur (EK 5). Anket formunun ilk aşamasında katılımcıların sosyo-demografik, sağlık-hastalık durumu, klinik ve

antropometrik özellikleri ve davranışsal özellikleri, ikinci aşamasında ise sağlık okuryazarlığı düzeyleri, üçüncü aşamasında psikososyal özellikleri sorgulanmıştır.

Katılımcıların yaşadığı yerin kırsal ve kentsel alan olarak belirlenmesinde Kalkınma Bakanlığı tarafından yapılan Kent Eşiği Araştırmasına göre Türkiye’de nüfusu 20 bin olan yerleşim yerlerinde ikamet eden katılımcıların yaşadığı yer kentsel alan, 20 binden az olan yerleşim yerleri kırsal alan olarak kabul edilmiştir (Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, 2014). Katılımcıların sağlık-hastalık durumu hasta dosyalarından elde edilen bilgilere göre; beslenme alışkanlıkları, sağlık davranışları, boy ve kiloları kendi beyanları doğrultusunda değerlendirilmiştir.

Beden Kitle İndeksi’nin değerlendirilmesinde DSÖ’nün sınıflaması kullanıldı (Çizelge 3.1).

Çizelge 3.1: Dünya Sağlık Örgütü’nün BKİ sınıflaması.

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)
• Zayıf (düşük ağırlıklı)	<18,50
• Normal	18,50 – 24,99
• Hafif şişman (preobez)	25,00 – 29,99
• Şişman (Obez)	≥30,00

Anket formunun ikinci aşamasında katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyini değerlendirmek için Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) kullanılmıştır.

3.5.1 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)

Ölçek, 15 yaş üzeri ve en az okuryazar kişilerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş öz bildirim ölçeğidir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu (HLS-EU Consortium, 2012) tarafından geliştirilen kavramsal çerçeveye dayandırılan ölçeğin Türkçeye dönüştürülmesi ve geçerlilik güvenilirlik çalışmaları Okyay ve Abacıgil (2016) tarafından yapılmıştır. Ölçek, 2X4’lük bir matris olarak yapılandırılmış olup matris iki boyut (Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi

değerlendirme, Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşeni vardır. Ölçek toplamda 32 maddeden oluşmaktadır (Okyay ve Abacıgil, 2016).

Çizelge 3.2: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği matris bileşenleri.

TSOY-32'nin 2X4'lük matris bileşenleri ve bu bileşenlere denk gelen madde numaraları				
Bileşenler	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
Tedavi ve hizmet	1, 4, 5, 7	2, 8, 11, 13	3, 9, 12, 15	6, 10, 14, 16
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi	18, 20, 22, 27	19, 21, 23, 25	24, 26, 28, 32	17, 29, 30, 31

Kavramsal çerçeve, sağlıkla ilgili üç boyut (tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili bilgi edinme süreçlerini (ulaşma, anlama, karar verme ve uygulama) içermektedir. Her madde 1=Çok zor, 2=Zor, 3=Kolay, 4=Çok kolay olacak şekilde 4 derecelidir. "Bilmiyorum" ifadesi için 5 kodu kullanılmıştır. Ölçekte 0 en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir (Okyay ve Abacıgil, 2016).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen puana göre dört kategoride değerlendirilmiştir:

(0-25) puan: Yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33) puan: Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42) puan: Yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) puan: Mükemmel sağlık okuryazarlığı

Bu çalışmada katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz/sınırlı ve yeterli/mükemmel olmak üzere iki kategoride ele alınmıştır.

Ölçeğin genel iç tutarlık katsayısı 0,927 olarak saptanmıştır (Okyay ve Abacıgil, 2016). Bu çalışmada cronbach alfa katsayısı 0,895 bulunmuştur.

Katılımcılarda psikososyal faktörlerin belirlenmesinde Beck Depresyon Envanteri'nin yanısıra kendi beyanlarına göre sorgulanan yaşamlarındaki stresörler ve sosyal destek varlığıyer almıştır.

3.5.2 Beck Depresyon Envanteri (BDE)

İlk olarak 1961 yılında Beck ve diğerleri tarafından geliştirilen ölçek (Beck ve diğerleri, 1961), ülkemizde Türkçe'ye 1989 yılında Hisli tarafından uyarlanmıştır (Hisli, 1989). Yetişkinlerde depresif duyguların şiddetinin belirlenmesinde kullanılmaktadır. Gruplar halinde 21 cümleden oluşan BDE'nin her maddesi 0-3 arasında olmak üzere toplamda 0-63 arasında puanlar almakta, alınan puanın yüksekliği depresif belirtilerin şiddetini göstermektedir. Ölçekteki maddeler; depresif ruh durumu, kendini suçlama, bedensel imaj, suçluluk duyguları ile ilişkilidir.

Ölçeğin puanlandırılması:

(0-9) puan: Normal düzey

(10-18) puan: Hafif düzeyde depresyon

(19-29) puan: Orta düzeyde depresyon

(30-63) puan: Şiddetli depresyon şeklindedir.

Bu çalışmada depresif belirtilerin şiddeti normal, hafif, orta/şiddetli olmak üzere üç grupta toplanmıştır. Hisli ölçeğin cronbach alfa katsayısını 0,80 bulmuştur (Hisli, 1989). Bu çalışmada cronbach alfa katsayısı 0,821 olarak bulunmuştur.

3.6 Verilerin Toplanması

Araştırmanın uygulanabilmesi için Hitit Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul onayı (2019-85) alınmıştır (EK:1). İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin ve katılımcılardan yazılı ve sözlü onamlar alınmıştır. Veriler araştırmacı tarafından kardiyoloji servisi ve koroner yoğun bakım ünitelerinde yatarak tedavi gören hastaların ziyaret edilmesiyle yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Anket formunun yanıtlanma süresi ortalama 30 dakika sürmüştür.

3.7 İstatistiksel Analiz

Araştırmanın verileri SPSS 20.0 paket programı aracılığıyla ile toplandı. Ekonomik durum ve genel sağlık algısının incelenmesinde “çok iyi”, “iyi”, “orta”, “kötü” ve “çok kötü” seçenekleri birleştirilerek “iyi”, “orta” ve “kötü” olarak ele

alındı. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde yüzdeler, ortalama ile kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi ve Fisher's Exact test ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerinde etkili değişiklikleri belirlemek için binary lojistik regresyon analizi kullanıldı. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri yetersiz/sınırdan, yeterli/mükemmel olmak üzere iki grupta sınıflandırıldı. Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi lojistik regresyon analizinde bağımlı değişken olarak ele alındı. Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerinde etkili olabileceği düşünülen bağımsız değişkenler modele alındı.

Lojistik regresyon analizinde modele alınan bağımsız değişkenler ve özellikleri Çizelge 3.3'te gösterilmiştir.

Lojistik regresyon analizinde Forward regresyon modeli kullanıldı. Modelin önemliliği için Omnibus testleri, uyum iyiliği için Hosmer ve Lemeshow testi kullanıldı. Lojistik regresyon modelinin son aşamasında istatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenlerin tablosu yapıldı. Değişkenlerin karşılaştırılmasında son grup referans grup olarak kabul edildi. İstatistiksel değerlendirmelerde $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Çizelge 3.3: Lojistik regresyon analizinde modele alınan bağımsız değişkenler ve özellikleri.

Bağımsız Değişkenler	Sınıflandırılması	Özelliği
Yaş grupları	1. 50-64 yaş 2. 65 yaş ve üzeri	Nominal
Cinsiyet	1. Kadın 2. Erkek	Nominal
Medeni durum	1. Evli 2. Evli değil	Nominal
Çalışma durumu	1. Çalışmıyor 2. Çalışıyor	Nominal
Yaşanılan yer	1. Kırsal alan 2. Kentsel alan	Nominal
Ekonomik durum algısı	1. İyi 2. Orta 3. Kötü	Nominal
Genel Sağlık algısı	1. İyi 2. Orta	Nominal
Komorbidite varlığı	1. Yok 2. Var	Nominal
Aile öyküsü	1. Var 2. Yok	Nominal
Anjiyografi öyküsü	1. Var 2. Yok	Nominal
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma	1. Yaptıran 2. Yaptırmayan	Nominal
Sağlık hizmetlerinden öncelikle yararlanan kurum	1. Aile Sağlığı Merkezi 2. Devlet/üniversite hastanesi	Nominal
Sigara içme durumu	1. Hiç içmemiş 2. İçip bırakmış 3. Halen içiyor	Nominal
Alkol kullanma durumu	1. Hiç kullanmamış 2. Halen kullanıyor 3. Bırakmış	Nominal
Düzenli spor yapma durumu	1. Yapıyor 2. Yapmıyor	Nominal
Bireysel koruyucu uygulamalara yönelik inancı	1. İnanıyor 2. İnanmıyor	Nominal
Depresif belirti düzeyi	1. Normal 2. Hafif 3. Orta/şiddetli	Nominal

4. BULGULAR

Çizelge 4.1’de katılımcıların sosyo-demografik özellikleri gösterilmiştir.

Çizelge 4.1: Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri.

Özellikler (n=275)	Sayı	%
Yaş grupları (Ort:61,8± 11,0 yıl)		
50-64 yaş	164	59,6
65 yaş ve üzeri	111	40,4
Cinsiyet		
Erkek	224	81,5
Kadın	51	18,5
Eğitim düzeyi		
İlkokul ve altı	187	68,0
Ortaokul ve üzeri	88	32,0
Medeni durum		
Evli	228	82,9
Evli değil	47	17,1
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	178	64,7
Çalışıyor	97	35,3
Yaşanılan yer		
Kırsal alan	124	45,1
Kentsel alan	151	54,9
Beraber yaşanılan kişi		
Eş ve çocukları ile	228	82,9
Sadece çocukları	47	17,1
Sağlık güvencesi		
Var	214	77,8
Yok	61	22,2
Ekonomik durum algısı		
İyi	75	27,3
Orta	160	58,2
Kötü	40	14,5
Genel sağlık algısı		
İyi	144	52,4
Orta	131	47,6

Araştırma grubunun %59,6'sı 50-64 yaş grubunda olup yaş ortalamaları 61,8±11,0 yıldır. Katılımcıların %81,5'i erkek, %68,0'i ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahiptir. Katılımcıların %82,9'u evli olduğunu, %64,7'si herhangi bir işte çalışmadığını, %54,9'u kentsel alanda yaşadığını ifade etmiştir. Eşi ve çocukları ile birlikte yaşadığını belirtenlerin oranı %82,9'dur. Sağlık güvencesi olan katılımcıların oranı %77,8'dir. Ekonomik durumunun orta düzeyde olduğunu belirtenlerin oranı %58,2 iken genel olarak sağlığının iyi olduğunu belirtenlerin oranı %52,4'tür.

Çizelge 4.2'de katılımcıların sağlık-hastalık durumu verilmiştir.

Çizelge 4.2: Katılımcıların sağlık-hastalık durumu.

Özellikler (n=275)	Sayı	%
Komorbidite varlığı		
Yok	53	19,3
Var	222	80,7
Komorbiditeler (n=222)*		
Hipertansiyon	138	62,2
Diyabet	100	45,0
Obezite	88	39,6
Kronik solunum yolu hastalıkları	35	15,6
Guatr	22	9,9
Gastro-intestinal hastalıklar	19	8,5
Diğer(artrit, kanser, BY)	27	12,2

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Çizelge 4.2'de görüldüğü üzere, katılımcıların %80,7'sinde herhangi bir komorbidite olduğu tespit edilmiştir. Komorbiditeler arasında en yaygın görülenleri sırasıyla %62,2 ile hipertansiyon, %45,0 ile diyabet, %39,6 ile obezite takip etmektedir.

Katılımcıların klinik ve antropometrik özellikleri Çizelge 4.3'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.3: Katılımcıların klinik ve antropometrik özellikleri.

Klinik Özellikler (n=275)	Sayı	%
Aile öyküsü		
Var	122	44,4
Yok	153	55,6
Koroner arter hastalık tanısı		
Miyokart infarktüs	236	85,8
Angina pectoris	39	14,2
Hastalığının süresi		
1 yıldan az	176	64,0
1-5 yıl arası	46	16,7
6-30 yıl arası	53	19,3
Anjiyografi öyküsü		
Var	100	36,4
Yok	175	63,6
By-pass ameliyat öyküsü		
Var	26	9,5
Yok	249	90,5
Hastanede yatış süresi		
3-4 gün	224	81,5
5 gün ve üzeri	51	18,5
Hastalığın ciddiyeti		
Tek damar tıkanıklığı	174	63,2
≥ 2 damar tıkanıklığı	101	36,8
Antropometrik Özellikler		
BKİ (kg/m²)		
Normal	47	17,1
Hafif Şişman	135	49,1
Şişman	93	33,8

Katılımcıların %55,6'sında ailevi KAH öyküsü bulunmamaktadır. Miyokart infarktüs tanısı alan katılımcıların oranı %85,8'dir. Katılımcıların %64,0'ı hastalıklarının bir yıldan az süreli olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların %63,6'sında anjiyografi, %90,5'inde by-pass ameliyat öyküsü bulunmamaktadır. Hastalığı nedeniyle hastanede yatış süresi 3-4 gün olanların oranı %81,5 iken tek damar tıkanıklığı nedeniyle yatanların oranı %63,2'tir. Katılımcıların %49,1'nin hafif şişman olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların sağlıkla ilgili davranışsal özellikleri Çizelge 4.4'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.4: Katılımcıların sağlıkla ilgili davranışsal özellikleri.

Özellikler (n=275)	Sayı	%
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu		
Yaptıran	98	35,6
Yaptırmayan	177	64,4
Sağlık hizmetlerinden öncelikle yararlanılan kurum		
Aile Sağlığı Merkezi	91	33,1
Devlet hastanesi/özel hastane	184	66,9
Sigara içme durumu		
Hiç içmemiş	81	29,5
İçip bırakmış	98	35,6
Halen içiyor	96	34,9
Alkol kullanma durumu		
Hiç kullanmamış	120	43,6
Halen kullanıyor	47	17,1
Bırakmış	108	39,3
Düzenli spor yapma (30 dakika/gün) durumu		
Yapıyor	123	44,7
Yapmıyor	152	55,3
Yemeklerin tuzluluk durumu		
Az tuzlu	131	47,6
Tuzlu	144	52,4
Yemeklerin yağlılık durumu		
Az yağlı	140	50,9
Yağlı	135	49,1
Besin tüketim alışkanlığı		
Kurubaklagiller		
Haftada birkaç kere	206	74,9
Ayda birkaç kere	69	25,1
Kepekli ekmek		
Haftada birkaç kere	64	23,3
Ayda birkaç kere	211	76,7
Sebze		
Haftada birkaç kere	254	92,4
Ayda birkaç kere	21	7,6
Meyve		
Haftada birkaç kere	257	93,5
Ayda birkaç kere	18	6,5
Kırmızı et		
Haftada birkaç kere	125	45,5
Ayda birkaç kere	150	54,5
Tahıllar		
Haftada birkaç kere	180	65,5
Ayda birkaç kere	95	34,5
Hamur işleri		
Haftada birkaç kere	139	50,5
Ayda birkaç kere	136	49,5

Araştırma grubunun %64,4'ü sağlık kontrollerini düzenli yaptırmadığını, %66,9'u sağlık hizmetlerinden öncelikle devlet/özel hastaneden yararlandığını

belirtmiştir. Sigarayı içip bıraktığını belirtenlerin oranı %35,6 iken alkolü hiç kullanmadığını belirtenlerin oranı %43,6'dır. Katılımcıların %55,3'ü düzenli spor yapmadığını, %52,4'ü tuzlu yemek yediğini, %50,9'u yemeklerini az yağlı tükettiklerini belirtmiştir. Besin tüketim alışkanlıkları incelendiğinde, hastaların tamamına yakını meyve ve sebze, üçte ikisinden fazlası kurubaklagil ve tahıl ürünlerini, yarısı da hamur işlerini haftada birkaç kere tükettiklerini ifade etmiştir.

Balık, kırmızı et ve kepekli ekmeğin ise tüketimi sıklığının yüksek oranda ayda birkaç kere olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların psikososyal özellikleri Çizelge 4.5'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.5: Katılımcıların psikososyal özellikleri.

Özellikler (n=275)	Sayı	%
Bireysel koruyucu uygulamalara yönelik inancı		
İnanıyor	231	84,0
İnanmıyor	44	16,0
Hastalık nedeni finansal kaygı yaşama		
Her zaman/sık sık	52	18,9
Ara sıra/nadiren	190	69,1
Hiç	33	12,0
Hastalık nedeni stres yaşama		
Her zaman/sık sık	40	14,5
Ara sıra/nadiren	198	72,0
Hiç	37	13,5
Depresif belirti düzeyi		
Normal	20	7,3
Hafif	163	59,3
Orta/şiddetli	92	33,4

Araştırma grubunun %84,0'ü sağlık olmanın bireysel koruyucu uygulamalara bağlı olduğuna inandığını belirtmiştir. Hastalığı nedeniyle ara sıra/nadiren finansal kaygı yaşadığını belirtenlerin oranı %69,1 iken stres yaşadığını belirtenlerin %72,0'dir. Katılımcıların %7,3'ünde depresif belirti şiddetinin normal, %59,3'ünde hafif, %33,4'ünde orta/şiddetli düzeyde olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.6'da katılımcıların sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarını kullanım sıklığı gösterilmiştir.

Çizelge 4.6: Katılımcıların sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarını kullanım sıklığı.

Bilgi kaynakları (n=275)	Sayı	%
Televizyon / radyo		
Çoğunlukla	137	49,8
Nadiren	85	30,9
Hiçbir zaman	53	19,3
Aile/ arkadaş		
Çoğunlukla	93	33,8
Nadiren	105	38,2
Hiçbir zaman	77	28,0
İnternet		
Çoğunlukla	67	24,4
Nadiren	28	10,2
Hiçbir zaman	180	65,5
Sağlık personeli		
Çoğunlukla	44	16,0
Nadiren	79	28,7
Hiçbir zaman	152	55,3
Gazete /dergi / kitap /broşür		
Çoğunlukla	30	10,9
Nadiren	65	23,6
Hiçbir zaman	180	65,5

Çizelge 4.6’da görüldüğü gibi, katılımcıların %49,8’i sağlıkla ilgili bilgiye erişimde çoğunlukla televizyon/radyo kullandığını ifade etmiştir. Sağlıkla ilgili bilgiye erişimde en yaygın kullanılan ikinci kaynak aile/arkadaş’tır.

Katılımcıların materyal becerileri çizelge 4.7’de verilmiştir.

Çizelge 4.7: Katılımcıların materyal becerileri.

Materyal becerileri	Sayı	%
Sağlık kuruluşlarında kendisine verilen formları/ broşürleri okuma ve doldurma		
Her zaman kendi okuyup dolduruyor	106	38,6
Refakatçisine okutup doldurtuyor	98	35,6
Sağlık personeline okutup doldurtuyor	71	25,8
Sağlık kuruluşlarında kendisine verilen formda/ kağıtta yazılanları anlama		
Çoğunlukla anlıyor	82	29,8
Ara sıra anlıyor	136	49,5
Hiç anlamıyor	57	20,7

Araştırma grubunun materyal becerileri incelendiğinde, katılımcıların %38,6’sı sağlık kuruluşlarında kendisine verilen formları/broşürleri her zaman kendim okuyup doldurduğunu, yaklaşık yarısı kendisine verilen formda yazılanları ara sıra anladığını belirtmiştir.

Çizelge 4.8’de ölçeğin matris bileşenlerine göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi verilmiştir.

Çizelge 4.8: Ölçeğin matris bileşenlerine göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi.

Ölçek Bileşenleri	Sağlık okuryazarlığı düzeyi					
	Yetersiz/ Sorunlu		Yeterli		Mükemmel	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Genel indeks	163	59,3	79	28,7	33	12,0
Tedavi ve hizmet	35	12,7	93	33,8	147	53,5
Hastalıklarından korunma ve sağlığın geliştirilmesi	5	1,9	65	23,6	205	74,5

Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması $31,7 \pm 8,4$ olup genelde sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz/sorunlu olanların oranı %59,3 iken yeterli olanların oranı %28,7 ve mükemmel olanların oranı %12,0’dir. Ölçeğin bileşenlerinden tedavi ve hizmet alt boyutunda sağlık okuryazarlığı mükemmel olanların oranı %53,5 iken hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda bu oran %74,5’tir.

Çizelge 4.9’da katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri gösterilmiştir.

Çizelge 4.9: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri.

Sosyo-demografik özellikler	Sağlık okuryazarlığı düzeyi						χ^2	p
	Yetersiz/sınırlı (n=163)		Yeterli/mükemmel (n=112)		Toplam (n=275)			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş grupları								
50-64 yaş	68	41,7	96	85,7	164	59,6	53,384	0,000
65 yaş ve üzeri	95	58,3	16	14,3	111	40,4		
Cinsiyet								
Erkek	154	94,5	70	62,5	224	81,5	44,940	0,000
Kadın	9	5,5	42	37,5	51	18,5		
Eğitim düzeyi								
İlkokul ve altı	106	65,0	81	72,3	187	68,0	1,622	0,203
Ortaokul ve üzeri	57	35,0	31	27,7	88	32,0		
Medeni durum								
Evli	149	91,4	79	70,5	228	82,9	20,416	0,000
Evli değil	14	8,6	33	29,5	47	17,1		
Çalışma durumu								
Çalışmıyor	95	58,3	83	74,1	178	64,7	7,282	0,007
Çalışıyor	68	41,7	29	25,9	97	35,3		
Yaşanılan Yer								
Kırsal alan	82	50,3	42	37,5	124	45,1	4,398	0,036
Kentsel alan	81	49,7	70	62,5	151	54,9		
Beraber Yaşanılan Kişi								
Eş ve çocuklarla	137	84,0	91	81,2	228	82,9	0,367	0,545
Sadece çocuklarla	26	16,0	21	18,8	47	17,1		
Sağlık Güvencesi								
Var	132	81,0	82	73,2	214	77,8	2,320	0,128
Yok	31	19,0	30	26,8	61	22,2		
Ekonomik Durum Algısı								
İyi	58	35,6	17	15,2	75	27,3	22,219	0,000
Orta	92	56,4	68	60,7	160	58,2		
Kötü	13	8,0	27	24,1	40	14,5		
Genel Sağlık Algısı								
İyi	94	57,7	50	44,6	144	52,4	4,516	0,034
Orta	69	42,3	62	55,4	131	47,6		

Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanların oranı 65 yaş altındaki grupta %41,7 iken 65 yaş ve üzeri grupta %58,3'tür. Katılımcıların yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,001$).

Sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde olanların oranı erkeklerde %62,5 olup bu oran kadınlarda %37,5'tir. Cinsiyetler arasında katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olanların oranı evli olanlarda %70,5 iken evli olmayanlarda %29,5 olup medeni duruma göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,001$).

Herhangi bir işte çalışmayanlarda sağlık okuryazarlığı yeterli olanların oranı %74,1 iken bu oran herhangi bir işte çalışanlarda %25,9 olup anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Sağlık okuryazarlığı yeterli olanların oranı kentsel alanda yaşayanlarda %62,5 iken kırsal alanda yaşayanlarda %37,5 olup anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Ekonomik durum algısı orta düzeyde olanların oranı %60,7'si yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir. Katılımcıların ekonomik durum algılarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,001$).

Genel sağlık algısı orta düzeyde olanların %55,4'ünde sağlık okuryazarlığı yeterli düzeydedir. Katılımcıların genel sağlık algısına göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcılarda eğitim düzeyi, sağlık güvencesi durumuna ve beraber yaşanılan kişiye göre sağlık okuryazarlığı düzeyi anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.10'da katılımcıların klinik ve antropometrik özelliklerine göre sağlık okuryazarlık düzeyleri gösterilmiştir.

Çizelge 4.10: Katılımcıların klinik ve antropometrik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyi.

Klinik özellikler	Sağlık okuryazarlığı düzeyi						χ^2	p
	Yetersiz/sınırlı (n=163)		Yeterli/mükemmel (n=112)		Toplam (n=275)			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Komorbidite varlığı								
Yok	41	25,2	12	10,7	53	19,3	8,896	0,003
Var	122	74,8	100	89,3	222	80,7		
Aile öyküsü								
Var	85	52,1	37	33,0	122	44,4	9,824	0,002
Yok	78	47,9	75	67,0	153	55,6		
Koroner arter hastalık tanısı								
Miyokart İnfarktüs	144	88,3	92	82,1	236	85,8	2,097	0,148
Angina Pektoris	19	11,7	20	17,9	39	14,2		
Hastalığının süresi								
1 yıldan az	98	60,1	78	69,6	176	64,0	2,854	0,240
1-5 yıl arası	29	17,8	17	15,2	46	16,7		
6-30 yıl arası	36	22,1	17	15,2	53	19,3		
Anjiyografi öyküsü								
Mevcut	68	41,7	32	28,6	100	36,4	4,958	0,025
Yok	95	58,3	80	71,4	175	63,6		
By-pass ameliyat öyküsü								
Mevcut	19	11,7	7	6,2	26	9,5	2,267	0,132
Yok	144	88,3	105	93,8	249	90,5		
Hastanede yatış süresi								
3-4 gün	131	80,4	93	83,0	224	81,5	0,313	0,576
5 gün ve üzeri	32	19,6	19	17,0	51	18,5		
Hastalığın ciddiyeti								
Tek damar	96	58,9	78	69,6	174	63,6	3,300	0,059
≥İki damar	67	41,1	34	30,4	101	36,7		
Antropometrik Özellikleri								
BKİ (kg/m²)								
Normal	33	20,2	14	12,5	47	17,1	4,030	0,133
Hafif Şişman	81	49,7	54	48,2	135	49,1		
Şişman	49	30,1	44	39,3	93	33,8		

Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz/sınırlı olanların oranı komorbiditesi olanlarda %74,8 olup bu oran komorbiditesi olmayanlarda %25,2'dir. Komorbidite açısından katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi aile öykü olanlarda %52,1 iken aile öyküsü olmayanlarda %47,9'dur. Aile öyküsü açısından katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri anlamlı farklılık göstermiştir (p<0,05).

Anjiografi öyküsü olmayanlarda yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi %58,3 olup olanlarda bu oran %41,7'dir. Anjiografi öyküsü açısından katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,05$).

Koroner arter hastalık tanısı, hastalık süresi, by-pass ameliyat öyküsü, hastanede yatış süresi, hastalığın ciddiyeti ve BKİ açısından katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.11'de araştırma katılımcılarının davranışsal özelliklerine göre sağlık okuryazarlık düzeyleri incelenmiştir.



Çizelge 4.11: Katılımcıların davranışsal özelliklerine göre sağlık okuryazarlık düzeyi.

Davranışsal özellikler	Sağlık okuryazarlığı düzeyi						χ^2	p
	Yetersiz/sınırlı (n=163)		Yeterli/mükemmel (n=112)		Toplam (n=275)			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu								
Yaptıran	72	44,2	26	23,2	98	35,6	12,712	0,000
Yaptırmayan	91	55,8	86	76,8	177	64,4		
Sağlık hizmetlerinden öncelikle yararlanan kurum								
Aile Sağlığı Merkezi	43	26,4	48	42,9	91	33,1	8,140	0,004
Devlet hastanesi/ özel hastane	120	73,6	64	57,1	184	66,9		
Sigara içme durumu								
Hiç içmemiş	31	19,0	50	44,6	81	29,5	27,414	0,000
İçip Bırakmış	58	35,6	40	35,7	98	35,6		
Halen İçiyor	74	45,4	22	19,6	96	34,9		
Alkol kullanma durumu								
Hiç kullanmamış	56	34,4	64	57,1	120	43,5	17,918	0,000
Halen kullanıyor	38	23,3	9	8,0	47	17,1		
Bırakmış	69	42,3	39	34,8	108	39,3		
Düzenli spor yapma durumu(30 dakika/gün)								
Yapıyor	84	51,5	39	34,8	123	44,7	7,500	0,006
Yapmıyor	79	48,3	73	65,2	152	55,3		
Yemeklerin tuzluluk durumu								
Az tuzlu	80	49,1	51	45,5	131	47,6	0,334	0,563
Tuzlu	83	50,9	61	54,5	144	52,4		
Yemeklerin yağlılık durumu								
Az yağlı	82	50,3	58	51,8	140	50,9	0,058	0,810
Yağlı	81	49,7	54	48,2	135	49,1		
Besin tüketim alışkanlığı								
Kurubaklagiller								
Haftada birkaç kere	128	78,5	78	69,6	206	74,9	2,788	0,095
Ayda birkaç kere	135	21,5	34	30,4	69	25,1		
Kepekli ekmek								
Haftada birkaç kere	42	25,8	22	19,6	64	23,3	1,394	0,238
Ayda birkaç kere	121	74,2	90	80,4	211	76,7		
Sebze								
Haftada birkaç kere	145	89,0	109	97,3	254	92,4	Fisher's	0,010
Ayda birkaç kere	18	11,0	3	2,7	21	7,6		
Meyve								
Haftada birkaç kere	149	91,4	108	96,4	257	93,5	Fisher's	0,135
Ayda birkaç kere	14	8,6	4	3,6	18	6,5		
Kırmızı et								
Haftada birkaç kere	83	50,9	42	37,5	125	45,5	4,822	0,280
Ayda birkaç kere	80	49,1	70	62,5	150	54,5		
Tahıllar								
Haftada birkaç kere	115	70,6	65	58,0	180	65,5	4,599	0,032
Ayda birkaç kere	48	29,4	47	42,0	95	34,5		
Hamurışı								
Haftada birkaç kere	90	55,2	49	43,8	139	50,5	3,491	0,062
Ayda birkaç kere	73	44,8	63	56,2	136	49,5		

Araştırma grubunda yetersiz/sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyi sağlık kontrollerini düzenli yaptırmayanlarda %55,8 olup sağlık kontrollerini düzenli yaptıranlara göre anlamlı ölçüde yüksektir ($p<0,001$).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz/sınırlı olanların oranı sağlık hizmetlerinden yararlanmada öncelikle devlet/özel hastane tercih edenlerde %73,6 iken aile sağlığı merkezini tercih edenlerde bu oran %26,4'tür. Katılımcıların sağlık hizmetlerinden öncelikle yararlandığı kurumlara göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,05$).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz/sınırlı olanların oranı halen sigara içenlerde %45,4 iken hiç içmemişlerde %19,0'dur. Katılımcıların sigara içme durumuna göre anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcıların yeterli/mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi hiç alkol tüketmediğini belirtenlerde %57,1'dir. Halen alkol kullandığını belirtenlere göre anlamlı ölçüde daha yüksek olarak tespit edilmiştir ($p<0,001$).

Düzenli olarak spor yapanlarda yetersiz/sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyi %51,5'tir. Anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Besin gruplarından kurubaklagilleri, sebze ve tahılı haftada birkaç kere tüketenlerde yeterli/mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyleri anlamlı ölçüde daha yüksek olarak tespit edilmiştir ($p<0,05$). Yemeklerin tuzluluk ve yağlılık durumu, kepekli ekmek, meyve, kırmızı et ve hamur işi tüketim alışkanlığı açısından katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.12'de araştırma grubunun psikososyal özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri incelenmiştir.

Çizelge 4.12: Katılımcıların psikososyal özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyi.

Psikososyal özellikler	Sağlık okuryazarlığı düzeyi						χ^2	p
	Yetersiz/sınırlı (n=163)		Yeterli/mükemmel (n=112)		Toplam (n=275)			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Bireysel koruyucu uygulamalara inanma								
İnanıyor	157	96,3	74	66,1	231	84,0	45,191	0,000
İnanmıyor	6	3,7	38	33,9	44	16,0		
Hastalığı nedeniyle finansal kaygı yaşama								
Yaşıyor	144	88,3	98	87,5	242	88,0	0,045	0,832
Yaşamıyor	19	11,7	14	12,5	33	12,0		
Hastalığı nedeniyle stres yaşama								
Yaşıyor	144	88,3	94	83,9	238	86,5	1,111	0,292
Yaşamıyor	19	11,7	18	16,1	37	13,5		
Depresif belirti düzeyi								
Normal	15	9,2	5	4,5	20	7,3	21,147	0,000
Hafif	111	68,1	52	46,4	163	59,3		
Orta/şiddetli	37	22,7	55	49,1	92	33,4		

Araştırma grubunda sağlıklı olmanın bireysel koruyucu uygulamalara bağlı olduğuna inanlarda yeterli/mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi % 66,1 olup bu oran inanmayanlarda %33,9'dur. Katılımcıların bireysel koruyucu uygulamalara yönelik inancı açısından sağlık okuryazarlığı düzeyi anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,001$).

Yeterli/mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi orta/şiddetli depresif belirti düzeyine sahip olanlarda %49,1 olup anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hastalık nedeniyle finansal kaygı ve stres yaşama açısından katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.13: Katılımcıların materyal becerilerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyi.

Materyal becerileri	Sağlık okuryazarlığı düzeyi						χ^2	p
	Yetersiz/sınırlı (n=163)		Yeterli/mükemmel (n=112)		Toplam (n=275)			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Broşür doldurma								
Kendi okuyup doldurma	98	60,1	8	7,1	106	38,5	8,034	0,000
Refakatçisine okutup doldurma	34	20,9	64	57,1	98	35,6		
Sağlık personeline okutup doldurma	31	19,0	40	35,7	71	25,8		

Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz/sınırlı olanların oranı sağlık kuruluşlarında verilen formları kendisi okuyup doldurduğunu belirtenlerde %60,1

olup bu oran formları refakatçisine ve sağlık personeline okutup dolduranlara göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Çizelge 4.14: Yeterli sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili değişkenlerin lojistik regresyon analizi.

Değişkenler	Yeterli sağlık okuryazarlığı		<i>p</i>
	OR	%95 CL	
Yaş grubu			
50-64 yaş	2,8	1,46-5,62	0,002
65 yaş ve üzeri (ref.)	1		
Cinsiyet			
Kadın (ref.)	1		
Erkek	3,1	1,46-6,58	0,003
Medeni durum			
Evli	3,4	1,39-8,44	0,007
Evli değil (ref.)	1		
Bireysel koruyucu uygulamalara inanma			
İnanıyor	5,3	1,93-14,96	0,001
İnanmıyor (ref.)	1		

Yeterli sağlık okuryazarlığı 65 yaş altındaki grupta 65 yaş ve üzerinelere göre 2,8 kat, erkeklerde kadınlara göre 3,1 kat, evlilerde evli olmayanlara göre 3,4 kat, bireysel koruyucu uygulamalara inananlarda 5,3 kat daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Koroner arter hastalarında sağlık okuryazarlığı ve psikososyal faktörler arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmada, katılımcıların yaklaşık üçte ikisinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz/sorunlu olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.8). Bu çalışma ile uyumlu olarak koroner kalp hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek üzere yapılan uluslararası düzeydeki çalışmalarda da kalp hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeyinde kısıtlılıkların yaygın olduğu ortaya konulmuştur. Nitekim Amerika'da kalp hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin incelendiği çalışmalarda yetersiz sağlık okuryazarlığı oranının %32-39 arasında değiştiği gösterilmiştir (Cajita ve diğerleri, 2016; Hickey ve diğerleri, 2018). İsveç'te koroner arter plak ve kardiyovasküler risk üzerine yapılan bir çalışmada katılımcıların yaklaşık beşte birinde sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük bulunmuştur (Lindahl ve diğerleri, 2020). İspanya'da kalp hastalarının %79,6'sının sağlık bakımı alma ile ilgili bilgi düzeyinin düşük olduğu belirtilmiştir (Santesmases-Masana ve diğerleri, 2017). Çin'de koroner kalp hastalarının %74,5'inde sağlık okuryazarlığının sınırlı düzeyde olduğu belirtilmiştir (Lu ve diğerleri, 2019). Ülkemizde yapılan kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların %58,1'inin yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu gösterilmiştir (Teleş ve Kaya, 2019).

Bu çalışmada katılımcıların yaşlarının artmasıyla yetersiz/sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttığı ve bu artışın 65 yaş ve üzerindeki grupta anlamlı farklılık oluşturduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Çizelge 4.9). Sağlık okuryazarlığı düzeyi 65 yaş altındaki grupta 65 yaş ve üzerinelere göre 2,8 kat daha yüksektir (Çizelge 4.14). Bu çalışmayla uyumlu olarak sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaştan etkilendiği 65 yaş ve üzeri grupta yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha belirgin olduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur (Berens ve diğerleri, 2016; HLS-EU, 2015; Kutner, Greenburg, Jin ve Paulsen, 2006; Morris ve diğerleri, 2013). İlerleyen yaşla birlikte bireylerin sağlık okuryazarlığı becerilerinde görülen sınırlılıkların

bilişsel fonksiyonlardaki azalmanın bir sonucu olduğu belirtilmektedir (Kobayashi,Wardle ve Von Wagner, 2014; Serper ve diğ, 2014; Von Wagner ve diğerleri, 2007).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin cinsiyetler arasında farklılık gösterdiği yönünde kanıtlar mevcuttur (Haghdoost ve diğerleri, 2019; Lee ve diğerleri, 2013; MacLeod ve diğerleri, 2017; Shrestha ve diğerleri, 2018). Bazı çalışmalarda yeterli sağlık okuryazarlığının kadınlarda daha yüksek olduğu gösterilirken (Haghdoost ve diğerleri, 2019; MacLeod ve diğerleri, 2017; Von Wagner ve diğerleri, 2007), bazı çalışmalarda da erkeklerde daha yüksek olduğu (Lee ve diğ, 2013; Reisi ve diğerleri, 2012; Shrestha ve diğerleri, 2018) ortaya konulmuştur. Bu çalışmada yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi kadınlarda erkeklere göre anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (Çizelge 4.9). Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi erkeklerde kadınlara göre 3,1 kat daha yüksektir (Çizelge 4.14). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin cinsiyetler üzerindeki farklı etkisi toplumda topluma değişebilen ve cinsiyetlere atfedilen sosyal statüye göre değişebilir.

Bu çalışmada evli olmayanlarda yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi evli olanlara göre anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 4.9). Evlilerde yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi evli olmayanlara göre 3,4 kat daha yüksektir (Çizelge 4.14). Japonya'da KY olan hastalarda yapılan bir çalışmada evli olmayanların sağlık okuryazarlığı düzeyi daha düşük bulunmuştur (Matsuoka ve diğerleri, 2016). Bu çalışmadan farklı olarak literatürde evli olmayanların daha yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu gösterilmiştir. İran'da üniversite hastanesinde yatarak tedavi gören hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada evli hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi bekarlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (Mollakhalili ve diğerleri, 2014). Yakar ve diğerleri (2019) ülkemizde yaptığı bir çalışmada aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda evlilerin sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olduğu görülmüştür. Vietnam'da dağlık bölgelerde yaşayan toplum üzerinde yapılan bir diğer çalışmada evli olmayanların sağlık okuryazarlığı yüksek olarak tespit edilmiştir (Duong ve diğerleri, 2019).

Koroner arter hastalığının kontrolünde yaşam biçimi davranışlarının düzenlenmesi ve tedavinin öz yönetimi önemlidir. Bu süreçte hastanın olduğu kadar aile üyelerinin de aktif rol alması beklenmektedir. Bu çalışmada evli bireylerde saptanan yüksek yeterli sağlık okuryazarlığı KAH'ın yönetiminde eşler arasında

sağlık mesajlarının paylaşımından kaynaklanabilir. Evliliğin KAH olanlarda yetersiz sağlık okuryazarlığına karşı koruduğu söylenebilir.

Çin, Japonya ve Avustralya'da yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin bireylerin çalışma durumundan etkilendiği raporlanmaktadır (Furuya, Kondo, Yamagata ve Hashimoto, 2015; Jayasinghe ve diğerleri, 2016; Wu ve diğerleri, 2017). Yapılan çalışmalarla uyumlu olarak bu çalışmada da katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı farklılık oluşturan diğer bir faktör ise çalışma durumudur. Herhangi bir işte çalışmadığını ifade edenlerde yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi anlamlı ölçüde yüksektir ($p<0,05$) (Çizelge 4.9). Türkiye'de kardiyoloji servisine başvuran hastalarda yapılan bir araştırmada herhangi bir işte çalışmayanların sağlık okuryazarlığı düzeyi daha düşük olarak bulunmuştur (Teleş ve Kaya, 2019). Çalışma hayatı bireyler arasındaki etkileşimi artırabilir, bu durum sağlıkla ilgili bilgi paylaşımı açısından farkındalık ve kazanımlar sağlayabilir. Çalışma hayatı olmayan bireylerde bu kazanımlarda kısıtlılıklar yaşanabilir.

İran'da yapılan bir çalışmada yerleşim yerinin özelliğinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı farklılık oluşturmadığı gösterilmiştir (Mollakhalili ve diğerleri, 2014). Bosna-Hersek, İran ve Amerika'da yapılan bir çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığının kırsal alanda yaşayanlarda daha yüksek olarak bulunmuştur (Golboni ve diğerleri, 2018; Halverson ve diğerleri, 2013; Todorovic ve diğerleri, 2019). Bu çalışmada yaşanan yerin kentsel alana doğru gitmesiyle katılımcılarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yeterli olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Çizelge 4.9). Böyle bir sonuç kentsel alanların kırsal alanlara göre bireylere sağlık, eğitim, ulaşım ve teknolojiye erişim açısından daha fazla olanak sağlaması ile açıklanabilir.

Bu çalışmada ekonomik durum algısı orta düzeyde olanlarda sağlık okuryazarlığının daha yeterli olduğu olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.9). İngiltere'de ve İran'da yapılan çalışmalarda yüksek gelir düzeyinde olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin de yeterli olduğu ortaya konulmuştur (Almasi-Hashiani ve diğerleri, 2019; Von Wagner ve diğerleri, 2007). Sosyo-ekonomik durumu düşük olanların yetersiz/sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Matsuoka ve diğerleri, 2016; Peltzer ve diğerleri, 2019). Ekonomik durumun yüksekliği artmış gelir ve refah seviyesinin eğitim, sağlık hizmetleri ve beslenme açısından getirebileceği olanaklar ile açıklanabilir.

Tayvan'da ve Türkiye'de yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığının algılanan sağlık durumu ile pozitif ilişkili olduğunu göstermiştir (Duong ve diğerleri, 2019; Temel ve Çimen, 2017). İran'da yapılan başka bir çalışmada sağlık okuryazarlığının yetersizliği genel sağlık algısının kötü olması ile yakından ilişkili bulunmuştur (Reisi ve diğerleri, 2012). Yapılan diğer çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada sağlık algısı orta düzeyde olanlarda sağlık okuryazarlığının daha yeterli olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.9). Koroner arter hastalarında sağlık durumunu algılayışı pek çok faktörden etkilenebilir ve bu durum bireyleri daha fazla sağlık bilgisi arayışına itebilir.

Komorbiditelerin düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (de Melo Ghisi ve diğerleri, 2018; MacLeod ve diğerleri, 2017; Puente-Maestu ve diğerleri, 2016; Todorovic ve diğerleri, 2019). Benzer sonuç bu çalışmada da saptanmış olup komorbiditesi olanlarda sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Çizelge 4.10). Koroner arter hastalığında multimorbiditelerin varlığı beklenen bir durumdur. Primer hastalığa eşlik eden multimorbiditeler sağlıkla ilgili bilginin edinilmesi ve uygulanması becerilerini engelleyebilir.

Daha önceden geçirilen stabil ya da unstabil kardiak olaylara bağlı olarak yapılan PCI sonucunda KAH olanların hastalık hakkında daha fazla farkındalık kazanması ve sağlık okuryazarlığının daha yeterli olması istenen bir durumdur. Buna karşın, bu çalışmada anjiyografi öyküsü olanlara göre anjiyografi öyküsü olmayanlarda sağlık okuryazarlığının daha yeterli olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.10).

Bu çalışmada düzenli sağlık kontrolü yaptırmayanlarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yetersiz olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.11). Koroner arter hastalarının sağlık kontrollerini düzenli yaptırmaları istenen bir durumdur. Bu durum sağlık hizmetlerinin etkin ve yerinde kullanımı ile sağlık okuryazarlığının gelişmesi açısından önemlidir.

Bu çalışmada öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmayanlarda sağlık okuryazarlığının daha yetersiz olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.11). Bu sonuç, sağlık okuryazarlığının sağlık hizmetlerinin kullanımını etkilediği, sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri yerine yataklı tedavi hizmetlerinden ve acil servislerinden daha fazla yararlandığı

yönündeki kanıtlarla uyumludur (MacLeod ve diğerleri, 2017; Reisi ve diğerleri, 2012; WHO, 2013).

Bu çalışmada hiç sigara içmeyenlerde ve hiç alkol kullanmayanlarda sağlık okuryazarlığının daha yeterli olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Çizelge 4.11). İngiltere, Amerika ve Çin'de yapılan çalışmalarda da benzer şekilde sigara içimi ve alkol tüketimi yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkilendirilmiştir (Bostock ve Steptoe, 2012; Hoover ve diğerleri, 2015; Liu ve diğerleri, 2015). Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde risk faktörlerinin farkında olmak ve yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde geliştirmek önemli rol oynar (WHO, 2018b). Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi KAH'nın risk faktörlerine karşı koruyucu bir bariyer olabilir.

Sağlık okuryazarlığının egzersiz yapma ile pozitif ilişkili olduğu belirtilmektedir (Bostock ve Steptoe, 2012; Duong ve diğerleri, 2019; Liu ve diğerleri, 2015). Bu çalışmada farklı olarak düzenli spor yapmayanlarda yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 4.10). Bu çalışmada katılımcıların yeterli fiziksel aktivitenin önemini bilmesine rağmen bu bilgiyi davranışa dönüştüremediklerini düşünülmektedir.

Bu çalışmada kurubaklagil, sebze ve tahılın tüketim sıklığı arttıkça sağlık okuryazarlığının daha yeterli hale geldiği belirlenmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 4.11). Polonya'da genel toplumda yapılan bir çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığı daha düşük meyve ve sebze tüketimi ile ilişkili bulunmuştur (Duplaga, 2020). Amerika'da birinci basamak kliniğe başvuran hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığı olanlar sebze, meyve, tahıl ve kurubaklagili daha az tüketirken okuryazarlığı düzeyi yüksek olanlar ise Akdeniz diyetini tercih edip sebze ve tahılı daha fazla tüketmişlerdir (Taylor ve diğerleri, 2019). Koroner arter hastalarının beslenme örüntüsünü kurubaklagil, sebze, meyve ve tahıl yönünde değiştirmeleri hastalığın gerekli kıldığı davranış değişikliklerindedir. Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi KAH olanlarda beslenme davranışlarının olumlu yönde değişimine katkı sağlayabilir.

Bu çalışmada hastalığı ile ilgili bireysel koruyucu uygulamaların gereğine inanlarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yeterli olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$) (Çizelge 4.12). Yeterli sağlık okuryazarlığı üzerinde etkisi en belirgin olan faktörün

koruyucu sağlık uygulamalara y6nelik inan6 olduğu g6r6lmektedir (6izelge 4.14).

Koroner arter hastalığının ortaya 6ıkışının ve sekellerinin 6nlenmesinde risk fakt6rlerinden uzak durmak ya da risk fakt6rlerini en aza d6zeye indirecek yaşam bi6imini benimsemek ile bireysel d6zeyde 6nlemleri almak değerlidir. Koroner arter hastalarının hastalığa ilişkin algıları, k6lt6rel 6zellikleri, aile ve 6evresiyle ilgili sosyal destek mekanizmalarının varlığı ve işlevselliği bireysel koruyucu uygulamalara y6nelik inan6larını ve sağlık okuryazarlığı d6zeylerini etkileyebilir.

Sağlık okuryazarlığı genel olarak sağlık, demografik ve k6lt6rel fakt6rlerin yanı sıra psikososyal fakt6rlerden etkilenmektedir (S6rensen ve diğerleri, 2012). Bu 6alışmada depresif belirti d6zeyi orta/şiddetli olanlarda sağlık okuryazarlığının daha yeterli olduğu belirlenmiştir (6izelge 4.12). Bu 6alışmadan farklı olarak İngiltere ve İşpanya'da yapılan bir 6alışmada depresif belirti yaygınlığının d6şuk sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır (Bostock ve Steptoe, 2012; Puente-Maestu ve diğerleri, 2016). Y6ksek sağlık okuryazarlığı daha iyi ruh sağlığı ve yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir (Dodson ve diğerleri, 2016). Bu 6alışmadan elde edilen sonucun diğer 6alışmaların sonu6ları ile uyumlu olmadığı g6r6lmektedir. Koroner arter hastaları hastalıkları nedeni ile daha fazla psikolojik stres yaşayabilir ve bu durum onları sağlıkla ilgili bilgi arayışına daha fazla y6nlendirebilir.

Bu 6alışmada KAH olanların materyal becerileri ile sağlık okuryazarlığı d6zeyleri 6rt6şmemektedir. Sağlıkla ilgili broş6rleri/formları kendisinin okuyup doldurduğunu beyan edenlerde sağlık okuryazarlığının daha yetersiz olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$) (6izelge 4.13). Bu sonu6, hastaların sağlıkla ilgili materyalleri anlayarak doldurmadıklarını d6ř6nd6rmektedir. Nitekim, Kuzey Kaliforniya'da diyabetli hastaların 66te birinin tıbbi formları doldukları halde emin olmadıkları saptanmıştır (Sarkar ve diğerleri, 2010).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Koroner arter hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyi ile psikososyal ve davranışsal faktörler arasındaki ilişkinin incelenmesidiği bu çalışmadan elde edilen sonuçlar şu şekilde sıralanabilir:

- Araştırma grubunun genel indeks puanı ortalaması $31,7 \pm 8,4$ olup sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz/sorunlu olanların oranı %59,3 iken yeterli/mükemmel olanların oranı %40,7'dir.
- Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanların oranı 65 yaş ve üzeri grupta %58,3'dür. Yeterli sağlık okuryazarlığı 50-64 yaş grubunda 65 yaş ve üzerindekiilere göre 2,8 kat daha yüksektir.
- Sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde olanların oranı erkeklerde %62,5 ve kadınlarda %37,5'dir. Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi erkeklerde kadınlara göre 3,1 kat daha yüksektir.
- Evli olanlarda yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi %70,5 iken evli olmayanlarda %29,5 bulunmuştur. Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi evlilerde evli olmayanlara göre 3,4 kat daha yüksektir.
- Herhangi bir işte çalışmayanlarda, kentsel alanda yaşayanlarda, ekonomik durum ve sağlık algısı orta düzeyde olanlarda yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi anlamlı ölçüde yüksektir.
- Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz/sınırlı olanların oranı komorbiditesi olanlarda daha yüksektir.
- Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi aile öyküsü olanlarda daha yüksektir.
- Anjiyografi öyküsü olmayanlarda yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksektir.
- Yetersiz/sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyi sağlık kontrollerini düzenli yaptırmayanlarda, sağlık hizmetlerinden yararlanmada öncelikle devlet/özel hastane tercih edenlerde ve hala sigara içenlerde daha yüksektir.
- Hiç alkol tüketmediğini belirtenlerde yeterli/mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi anlamlı daha yüksektir.

- Düzenli olarak spor yapanlarda yetersiz/sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksektir.
- Besin gruplarından kurubaklagilleri, sebze ve tahılı haftada birkaç kere tüketenlerde yeterli/mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyleri daha yüksektir.
- Sağlıklı olmanın bireysel koruyucu uygulamalara bağlı olduğuna inanlarda yeterli/mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi %66,1'dir. Yeterli/mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi koruyucu sağlık uygulamalara inananlarda 5,3 kat daha yüksektir.
- Katılımcıların yaklaşık üçte ikisi hafif, üçte biri orta/şiddetli depresif belirti düzeyindedir. Yeterli/mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi orta/şiddetli depresif belirti düzeyine sahip olanlarda daha yüksektir.
- Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz/sınırlı olanların oranı sağlık kuruluşlarında verilen formları kendisi okuyup doldurduğunu belirtenlerde daha yüksektir.

Bu araştırmada, KAH olanların sağlık okuryazarlığı düzeyinde kısıtlılıkların yaygın olduğu görülmektedir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

- Koroner arter hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin tespit edilmesi
- Koroner arter hastalarının davranışsal ve psikososyal risk faktörleri açısından incelenmesi
- Özellikle risk gruplarına (ileri yaş, kadınlar, evli olmayanlar, kırsal alanda yaşayanlar, ekonomik düzeyi düşük olanlar, sağlık algısı kötü olanlar, komorbiditesi olanlar, aile öyküsü olanlar, düzenli sağlık kontrolü yaptırmayanlar, birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmayanlar, halen sigara içenler, alkol tüketenler, sağlık ile ilgili materyali okuma ve doldurma becerisi zayıf olanlar) kliniğe kabulden taburculuk aşamasına kadarki tüm süreçlerde KAH'ta yaşam biçimi değişikliği, tedaviye uyum, psikososyal faktörlerin kontrolü konularında eğitim ve danışmanlık verilmesi
- Taburculuk sonrası kardiyovasküler rehabilitasyon programlarının sağlık okuryazarlığı odaklı yürütülmesi

- Koroner arter hastalarına bakım veren sağlık profesyonellerinin sağlık okuryazarlığı odaklı stratejiler geliştirmesi
- Kardiyovasküler bilgiyi geliştirmesi ve hasta-sağlık personeli etkileşimini artırması açısından toplum temelli bir kardiyovasküler sağlık okuryazarlığı müdahalesinin benimsenmesi önerilebilir.



KAYNAKLAR

- Abel, T., Hofmann, K., Ackermann, S., Bucher, S., & Sakarya, S. (2015). Health literacy among young adults: a short survey tool for public health and health promotion research. *Health Promotion International*, 30(3), 725-735.
- Adeseun, G. A., Bonney, C. C., & Rosas, S. E. (2012). Health literacy associated with blood pressure but not other cardiovascular disease risk factors among dialysis patients. *American Journal of Hypertension*, 25(3), 348-353.
- Ağralı, H. ve Akyar, I. (2018). Diyabetli Erişkin Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı: Ölçek Geçerlik veGüvenirlik Çalışması.*ACU Sağlık Bil Dergisi*, 9(3), 314-321.
- Al Sayah, F., Majumdar, S. R., & Johnson, J. A. (2015). Association of inadequate health literacy with health outcomes in patients with type 2 diabetes and depression: secondary analysis of a controlled trial. *Canadian Journal of Diabetes*, 39(4), 259-265.
- Al Sayah, F., Majumdar, S. R., Williams, B., Robertson, S., & Johnson, J. A. (2013). Health literacy and health outcomes in diabetes: a systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 28(3), 444-452.
- Al Sayah, F., Qiu, W., & Johnson, J. A. (2016). Health literacy and health-related quality of life in adults with type 2 diabetes: a longitudinal study. *Quality of Life Research*, 25(6), 1487-1494.
- Almasi-Hashiani, A., Abbasi, M., Tavakol, M., Baigi, V., Mohammadi, M., Nazari, J., ... & Taheri, M. (2020). Decomposing socioeconomic inequality in health literacy in Iran: A concentration index approach. *International Journal of Preventive Medicine*, 1(1), 10-184.
- American Heart Association.** (2015). Cardiovascular Conditions. What Are the Warning Signs of Heart Attack? Erişim Adresi : https://www.heart.org/-/media/data-import/downloadables/f/e/3/pe-abh-what-are-the-warning-signs-of-heart-attack-ucm_300319.pdf (Erişim tarihi:26.12.2019).
- American Heart Association.** (2019). Treatment of a HeartAttack .Types of medications. Erişim Adresi: <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/treatment-of-a-heart-attack> (Erişim tarihi: 15.10.2019).
- Anand, S. S., Islam, S., Rosengren, A., Franzosi, M. G., Steyn, K., Yusufali, A. H., ... & Yusuf, S. (2008). Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. *European Heart Journal*, 29(7), 932-940.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care.** (2015). Health literacy: Taking action to improve safety and quality. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Erişim Adresi: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Health-Literacy-Taking-action-to-improve-safety-and-quality.pdf> (Erişim tarihi: 02.03.2020).

- Baker, D. W.** (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878-883.
- Baumeister, H., Hutter, N., & Bengel, J.** (2011). Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with coronary artery disease. *Cochrane database of systematic reviews*, (9).
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J.** (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Berens, E. M., Vogt, D., Messer, M., Hurrelmann, K., & Schaeffer, D.** (2016). Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 16(1), 1151.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K.** (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.
- Bostock, S., & Steptoe, A.** (2012). Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *BMJ*, 344, e1602.
- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L. M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., ... & Schillinger, D.** (2012). Ten attributes of health literate health care organizations. *NAM Perspectives*. Erişim adresi: http://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf (Erişim tarihi: 25.03.2020).
- Bruning, R. S., & Sturek, M.** (2015). Benefits of exercise training on coronary blood flow in coronary artery disease patients. *Progress in Cardiovascular diseases*, 57(5), 443-453.
- Camici, G. G., & Liberale, L.** (2017). Aging: the next cardiovascular disease?. *European Heart Journal*, 38(21), 1621-1623.
- Capranzano, P., & Tamburino, C.** (2018). Coronary artery disease: when to withhold a decision and call in the Heart Team? Almost never. *Giornale Italiano di Cardiologia (2006)*, 19(11), 18-21.
- Cavanaugh, K. L., Wingard, R. L., Hakim, R. M., Eden, S., Shintani, A., Wallston, K. A., ... & Ikizler, T. A.** (2010). Low health literacy associates with increased mortality in ESRD. *Journal of the American Society of Nephrology*, 21(11), 1979-1985.
- cenko, E., Yoon, J., Kedev, S., Stankovic, G., Vasiljevic, Z., Krljanac, G., ... & van der Schaar, M.** (2018). Sex differences in outcomes after STEMI: effect modification by treatment strategy and age. *JAMA Internal Medicine*, 178(5), 632-639.
- Centers for Disease Control and Prevention.** (2019). Coronary Artery Disease (CAD). Erişim Adresi: https://www.cdc.gov/heartdisease/coronary_ad.html Erişim tarihi: 02.10.2019.
- Centers for Disease Control and Prevention.** (2020a). Heartdisease risk factors. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/heartdisease/risk_factors.html (Erişim tarihi: 23.03.2020).
- Centers for Disease Control and Prevention.** (2020b). How Cardiac Rehabilitation Can Help Heal Your Heart. Erişim Adresi: <https://www.cdc.gov/features/cardiac-rehabilitation/index.html> (Erişim tarihi: 25.02.2020).
- Chida, Y., & Hamer, M.** (2008). Chronic psychosocial factors and acute physiological responses to laboratory-induced stress in healthy populations: a quantitative review of 30 years of investigations. *Psychological Bulletin*, 134(6), 829.

- Cornelissen, V. A., & Fagard, R. H.** (2005). Effects of endurance training on blood pressure, blood pressure-regulating mechanisms, and cardiovascular risk factors. *Hypertension*, *46*(4), 667-675.
- Critchley, J. A., & Capewell, S.** (2003). Mortality risk reduction as associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA*, *290*(1), 86-97.
- Çopurlar, C. K., ve Kartal, M.** (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli?. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, *10*(1).
- Çopurlar, C. K., Akkaya, K., Arslantaş, İ., & Kartal, M.** (2017). Health literacy of students who applied to medical and nursing faculty in Dokuz Eylül University. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, *11*(3), 144-151.
- Dageforde, L. A. & Cavanaugh, K. L.** (2013). Health literacy: emerging evidence and applications in kidney disease care. *Advances in Chronic Kidney Disease*, *20*(4), 311-319.
- Darvishpour, J., Omidi, S., & Farmanbar, R.** (2016). The relationship between health literacy and hypertension treatment control and follow-up. *Caspian Journal of Health Research*, *2*(1), 1-8.
- de Melo Ghisi, G. L., da Silva Chaves, G. S., Britto, R. R., & Oh, P.** (2018). Health literacy and coronary artery disease: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, *101*(2), 177-184.
- Değerli, H., & Tüfekçi, N.** (2016). Toplumun Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, *6*(15), 467-488.
- Dharmarajan, K., Hsieh, A. F., Lin, Z., Bueno, H., Ross, J. S., Horwitz, L. I., ... & Drye, E. E.** (2013). Diagnoses and timing of 30-day readmissions after hospitalization for heart failure, acute myocardial infarction, or pneumonia. *JAMA*, *309*(4), 355-363.
- Dodson, S., Osicka, T., Huang, L., McMahan, L. P., & Roberts, M. A.** (2016). Multifaceted assessment of health literacy in people receiving dialysis: associations with psychological stress and quality of life. *Journal of Health Communication*, *21*(sup2), 91-98.
- Du, S., Zhou, Y., Fu, C., Wang, Y., Du, X., & Xie, R.** (2018). Health literacy and health outcomes in hypertension: An integrative review. *International Journal of Nursing Sciences*, *5*(3), 301-309.
- Duong, T. V., Nguyen, T. T., Pham, K. M., Nguyen, K. T., Giap, M. H., Tran, T. D., ... & Su, C. T.** (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), 3346.
- Duplaga, M.** (2020). Determinants and Consequences of Limited Health Literacy in Polish Society. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(2), 642.
- Durmaz, Y., Yayan, E. H., Sezgin, D., ve Yakıncı, C.** (2016). Sağlık Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Kavramı Hakkındaki Bilgi Düzeyi. *Konuralp Tıp Dergisi*, *8*(2).

- Easton, P., Entwistle, V. A., & Williams, B.** (2010). Health in the 'hidden population' of people with low literacy. A systematic review of the literature. *BMC Public Health*, *10*(1), 459.
- Emerging Risk Factors Collaboration.** (2010). Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *The Lancet*, *375*(9733), 2215-2222.
- Erdem, Y., Akpolat, T., Dericci, Ü., Şengül, Ş., Ertürk, Ş., Ulusoy, Ş., ... & Arıcı, M.** (2017). Dietary sources of high sodium intake in Turkey: SALTURK II. *Nutrients*, *9*(9), 933.
- Ettehad, D., Emdin, C. A., Kiran, A., Anderson, S. G., Callender, T., Emberson, J., ... & Rahimi, K.** (2016). Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, *387*(10022), 957-967.
- European Health Literacy Scale (HLS-EU) Consortium.** (2012). Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012. Maastricht. Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/profile/Kristine_Sorensen3/publication/221776771_HLS-EU-Consortium_Health_Literacy_Project_European_Health_literacy_and_public_health_A_systematic_review_and_integration_of_definitions_and_models/links/00b7d519f2c05e6f5b000000/HLS-EU-Consortium-Health-Literacy-Project-European-Health-literacy-and-public-health-A-systematic-review-and-integration-of-definitions-and-models.pdf (Erişim tarihi: 22.11.2019).
- Eurostat European Health Interview Survey.** (2014). Distribution of persons aged 15 and over according to the frequency of alcohol consumption. Erişim adresi: [https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=File:Distribution_of_persons_aged_15_and_over_according_to_the_frequency_of_alcohol_consumption_2014_or_nearest_year_\(%25\)_HLTH2018.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=File:Distribution_of_persons_aged_15_and_over_according_to_the_frequency_of_alcohol_consumption_2014_or_nearest_year_(%25)_HLTH2018.png) (Erişim tarihi: 26.02.2020).
- Evangelista, L. S., Rasmusson, K. D., Laramee, A. S., Barr, J., Ammon, S. E., Dunbar, S., ... & Yancy, C. W.** (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.
- Federman, A. D., Wolf, M. S., Sofianou, A., O'Connor, R., Martynenko, M., Halm, E. A., ... & Wisnivesky, J. P.** (2014). Asthma outcomes are poor among older adults with low health literacy. *Journal of Asthma*, *51*(2), 162-167.
- Federman, A. D., Wolf, M., Sofianou, A., Wilson, E. A., Martynenko, M., Halm, E. A., ... & Wisnivesky, J. P.** (2013). The association of health literacy with illness and medication beliefs among older adults with asthma. *Patient Education and Counseling*, *92*(2), 273-278.
- Finegold, J. A., Asaria, P., & Francis, D. P.** (2013). Mortality from ischaemic heart disease by country, region, and age: statistics from World Health Organisation and United Nations. *International Journal of Cardiology*, *168*(2), 934-945.
- Fiuza-Luces, C., Garatachea, N., Berger, N. A., & Lucia, A.** (2013). Exercise is the real polypill. *Physiology*, *28*(5), 330-358.

- Forman, D. E., Maurer, M. S., Boyd, C., Brindis, R., Salive, M. E., Horne, F. M., ... & Rich, M. W.** (2018). Multimorbidity in older adults with cardiovascular disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(19), 2149-2161.
- Fraker, T. D., & Fihn, S. D.** (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 focused 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.
- Freedman, D. A., Bess, K. D., Tucker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M., & Wallston, K. A.** (2009). Public health literacy defined. *American journal of preventive medicine*, 36(5), 446-451.
- Freeman, A. M., Morris, P. B., Barnard, N., Esselstyn, C. B., Ros, E., Agatston, A., ... & Williams, K.** (2017). Trending cardiovascular nutrition controversies. *Journal of the American College of Cardiology*, 69(9), 1172-1187.
- Friel, C. J.** (2016). Improving health outcomes for low health literacy heart failure patients. *Home healthcare Now*, 34(8), 434-439.
- García-Olmos, L., Salvador, C. H., Alberquilla, A., Lora, D., Carmona, M., García-Sagredo, P., ... & García-López, F.** (2012). Comorbidity patterns in patients with chronic diseases in general practice. *PloS One*, 7(2).
- 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.
- Global Adult Tobacco Survey – Turkey** (2016). Erişim adresi: <https://nccd.cdc.gov/GTSSDataSurveyResources/Ancillary/DownloadAttachment.aspx?ID=3452b> (Erişim tarihi: 26.02.2020).
- Golboni, F., Nadrian, H., Najafi, S., Shirzadi, S., & Mahmoodi, H.** (2018). Urban–rural differences in health literacy and its determinants in Iran: A community-based study. *Australian Journal of Rural Health*, 26(2), 98-105.
- Güner, M. D., & Ekmekci, P. E.** (2019). Health Literacy Level of Casting Factory Workers and Its Relationship With Occupational Health and Safety Training. *Workplace Health & Safety*, 67(9), 452-460.
- Haghdoost, A. A., Karamouzian, M., Jamshidi, E., Sharifi, H., Rakhshani, F., Mashayekhi, N., ... & Sotudeh, H.** (2019). Health literacy among Iranian adults: findings from a nationwide population-based survey in 2015. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 25(11), 828-836.
- Halverson, J., Martinez-Donate, A., Trentham-Dietz, A., Walsh, M. C., Strickland, J. S., Palta, M., ... & Cleary, J.** (2013). Health literacy and urbanicity among cancer patients. *The Journal of Rural Health*, 29(4), 392-402.
- Hebsur, S., Vakil, E., Oetgen, W. J., Kumar, P. N., & Lazarous, D. F.** (2019). Influenza and coronary artery disease: exploring a clinical association with myocardial infarction and analyzing the utility of vaccination in prevention of myocardial infarction. *Reviews in Cardiovascular Medicine*, 15(2), 168-175.

- Hisli, N.** (1989). Beck depresyon envanterinin universite ogrencileri icin gecerliliği, guvenilirliği.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J. Psychol.*, 7, 3-13.
- Holden, L., Scuffham, P. A., Hilton, M. F., Muspratt, A., Ng, S. K., & Whiteford, H. A.** (2011). Patterns of multimorbidity in working Australians. *Population Health Metrics*, 9(1), 15.
- Hoover, D. S., Vidrine, J. I., Shete, S., Spears, C. A., Cano, M. A., Correa-Fernández, V., ... & McNeill, L. H.** (2015). Health literacy, smoking, and health indicators in African American adults. *Journal of Health Communication*, 20(sup2), 24-33.
- International Diabetes Federation Diabetes Atlas.** (2019). 9. Edition. Erişim adresi : https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/2019/IDF_Atlas_9th_Edition_2019.pdf (Erişim tarihi:15.03.2020).
- İnkaya, B., ve Tüzer, H.** (2018). Bir Üniversitenin Sosyal ve Sağlık Bilimlerinde Okuyan Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Durumunun İncelenmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 7(3),124-129.
- Janszky, I., Ahnve, S., Lundberg, I., & Hemmingsson, T.** (2010). Early-onset depression, anxiety, and risk of subsequent coronary heart disease: 37-year follow-up of 49,321 young Swedish men. *Journal of the American College of Cardiology*, 56(1), 31-37.
- Jayasinghe, U. W., Harris, M. F., Parker, S. M., Litt, J., van Driel, M., Mazza, D., ... & Taylor, R.** (2016). The impact of health literacy and life style risk factors on health-related quality of life of Australian patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 68.
- Kähkönen, O., Kankkunen, P., Miettinen, H., Lamidi, M. L., & Saaranen, T.** (2017). Perceived social support following percutaneous coronary intervention is a crucial factor in patients with coronary heart disease. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9-10), 1264-1280.
- Kale, M. S., Federman, A. D., Krauskopf, K., Wolf, M., O’Conor, R., Martynenko, M., ... & Wisnivesky, J. P.** (2015). The association of health literacy with illness and medication beliefs among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Plos One*, 10(4).
- Kelley, G. A., Kelley, K. S., & Tran, Z. V.** (2005). Aerobic exercise, lipids and lipoproteins in overweight and obese adults: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Obesity*, 29(8), 881-893.
- Knuuti, J., Wijns, W., Saraste, A., Capodanno, D., Barbato, E., Funck-Brentano, C., ... & Agewall, S.** (2020). 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 41(3), 407-477.
- Kobayashi, L. C., Wardle, J., & Von Wagner, C.** (2014). Limited health literacy is a barrier to colorectal cancer screening in England: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Preventive Medicine*, 61, 100-105.
- Kurd, B. J., Dar, M. I., Shoaib, M., Malik, L., Aijaz, Z., & Asif, I.** (2014). Relationship between stress and coronary heart disease. *Asian Cardiovascular and Thoracic Annals*, 22(2), 142-147.

- 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 adresi: <https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf> (Erişim tarihi: 03.01.2020).
- Lahtinen, M., Toukola, T., Junttila, M. J., Piira, O. P., Lepojärvi, S., Kääriäinen, M., ... & Kiviniemi, A. M.** (2018). Effect of changes in physical activity on risk for cardiac death in patients with coronary artery disease. *The American Journal of cardiology*, *121*(2), 143-148.
- Lee, S. Y. D., Tsai, T. I., & Tsai, Y. W.** (2013). Accuracy in self-reported health literacy screening: a difference between men and women in Taiwan. *BMJ open*, *3*(11), e002928.
- Lewis, M. W., Khodneva, Y., Redmond, N., Durant, R. W., Judd, S. E., Wilkinson, L. L., ... & Safford, M. M.** (2015). The impact of the combination of income and education on the incidence of coronary heart disease in the prospective Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS) cohort study. *BMC Public Health*, *15*(1), 1312.
- Li, J., Li, X., Wang, Q., Hu, S., Wang, Y., Masoudi, F. A., ... & China PEACE Collaborative Group.** (2015). ST-segment elevation myocardial infarction in China from 2001 to 2011 (the China PEACE-Retrospective Acute Myocardial Infarction Study): a retrospective analysis of hospital data. *The Lancet*, *385*(9966), 441-451.
- Lindahl, B., Norberg, M., Johansson, H., Lindvall, K., Ng, N., Nordin, M., ... & Schulz, P. J.** (2020). Health literacy is independently and inversely associated with carotid artery plaques and cardiovascular risk. *European Journal of Preventive Cardiology*, *27*(2), 209-215.
- Liu, Y. B., Liu, L., Li, Y. F., & Chen, Y. L.** (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.
- MacIntyre, C. R., Mahimbo, A., Moa, A. M., & Barnes, M.** (2016). Influenza vaccine as a coronary intervention for prevention of myocardial infarction. *Heart*, *102*(24), 1953-1956.
- MacLeod, S., Musich, S., Gulyas, S., Cheng, Y., Tkatch, R., Cempellin, D., ... & Yeh, C. S.** (2017). The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults. *Geriatric Nursing*, *38*(4), 334-341.
- Magnani, J. W., Mujahid, M. S., Aronow, H. D., Cené, C. W., Dickson, V. V., Havranek, E., ... & Willey, J. Z.** (2018). Health literacy and cardiovascular disease: fundamental relevance to primary and secondary prevention: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, *138*(2), e48-e74.
- Malkin, C. J., Prakash, R., & Chew, D. P.** (2012). The impact of increased age on outcome from a strategy of early invasive management and revascularisation in patients with acute coronary syndromes: retrospective analysis study from the ACACIA registry. *BMJ Open*, *2*(1), e000540.
- Matsuoka, S., Kato, N., Kayane, T., Yamada, M., Koizumi, M., Ikegame, T., & Tsuchihashi-Makaya, M.** (2016). Development and validation of a heart failure-specific health literacy scale. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *31*(2), 131-139.

- McKee, M. M., Winters, P. C., & Fiscella, K.** (2012). Low education as a risk factor for undiagnosed angina. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(4), 416-421.
- McNaughton, C. D., Kripalani, S., Cawthon, C., Mion, L. C., Wallston, K. A., & Roumie, C. L.** (2014). Association of health literacy with elevated blood pressure: a cohort study of hospitalized patients. *Medical care*, 52(4), 346.
- Mohseni, H., Kiran, A., Khorshidi, R., & Rahimi, K.** (2017). Influenza vaccination and risk of hospitalization in patients with heart failure: a self-controlled case series study. *European heart Journal*, 38(5), 326-333.
- Mollakhalili, H., Papi, A., Zare-Farashbandi, F., Sharifirad, G., & HasanZadeh, 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.
- Morris, N. S., Field, T. S., Wagner, J. L., Cutrona, S. L., Roblin, D. W., Gaglio, B., ... & Mazor, K. M.** (2013). The association between health literacy and cancer-related attitudes, behaviors, and knowledge. *Journal of Health Communication*, 18(sup1), 223-241.
- Murray, M. I. K., Thalmann, I. N., Mossialos, E. A., & Zeiher, A. M.** (2018). Comorbidities of Coronary Heart Disease and the Impact on Healthcare Usage and Productivity Loss in a Nationally-Based Study. *Epidemiology (Sunnyvale)*, 8(347), 2161-1165.
- Najafi, M., & Sheikvatan, M.** (2013). Gender differences in coronary artery disease: correlational study on dietary pattern and known cardiovascular risk factors. *International Cardiovascular Research Journal*, 7(4), 124.
- Ngoh, L. N.** (2009). Health literacy: a barrier to pharmacist-patient communication and medication adherence. *Journal of the American Pharmacists Association*, 49(5), e132-e149.
- Nutbeam, D.** (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Okay, P., ve Abacıgil, F.** (2016). Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR)*. Mayıs, 24-41.
- Omachi, T. A., Sarkar, U., Yelin, E. H., Blanc, P. D., & Katz, P. P.** (2013). Lower health literacy is associated with poorer health status and outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of General Internal Medicine*, 28(1), 74-81.
- Onat, A., Uğur, M., Çiçek, G., Ayhan, E., Doğan, Y., Kaya, H., & Can, G.** (2010). TEKHARF 2009 taraması: Kırsal kesim ve kentlerde benzer kardiyovasküler ölüm riski. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 38(3), 159-163.
- Onat, A., Can, G., Yüksel, H., Ademoğlu, E., Erginel-Ünaltuna, N., Kaya, A., & Altay, S.** (2017). TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. *Onat A, İstanbul*, 104. Erişim adresi: <http://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf> (Erişim tarihi:18.03.2020).
- Organisation for Economic Co-operation and Development** (2019). Health Statistics 2019. Erişim adresi: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT (Erişim tarihi: 03.03.2020).

- Öncü, E., Vayisoğlu, S. K., Güven, Y., Aktaş, G., Ceyhan, H., & Karakuş, E.** (2018). Hipertansiyonu Olan Bireylerin Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri ve Sağlık Okur-Yazarlığı ile İlişkisi. *The Anatolian Journal of Family Medicine*, 1(1), 31-32.
- Peltzer, S., Hellstern, M., Genske, A., Jünger, S., Woopen, C., & Albus, C.** (2019). Health literacy in persons at risk of and patients with coronary heart disease: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 112711.
- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., ... & Graham, I.** (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Heart Journal*, 37(29), 2315-2381.
- Powles, J., Fahimi, S., Micha, R., Khatibzadeh, S., Shi, P., Ezzati, M., ... & Global Burden of Diseases Nutrition and Chronic Diseases Expert Group (NutriCoDE).** (2013). Global, regional and national sodium intakes in 1990 and 2010: a systematic analysis of 24 h urinary sodium excretion and dietary surveys worldwide. *BMJ Open*, 3(12), e003733.
- Puente-Maestu, L., Calle, M., Rodríguez-Hermosa, J. L., Campuzano, A., de Miguel Díez, J., Álvarez-Sala, J. L., ... & Lee, S. Y. D.** (2016). Health literacy and health outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine*, 115, 78-82.
- Puente-Maestu, L., Calle, M., Rodríguez-Hermosa, JL, Campuzano, A., de Miguel Díez, J., Álvarez-Sala, JL, ... ve Lee, SYD.** (2016). Health literacy and health outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine*, 115, 78-82.
- Rafferty, A. P., Winterbauer, N. L., Luo, H., Bell, R. A., & Little, N. R. G.** (2019). Diabetes Self-Care and Clinical Care Among Adults With Low Health Literacy. *Journal of Public Health Management and Practice: JPHMP*.
- Reisi, M., Javadzade, S. H., Mostafavi, F., Sharifirad, G., Radjati, F., & Hasanzade, A.** (2012). Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. *Journal of Education and Health Promotion*, 1(1), 31.
- Ricci, B., Cenko, E., Vasiljevic, Z., Stankovic, G., Kedev, S., Kalpak, O., ... & Manfrini, O.** (2017). Acute coronary syndrome: the risk to young women. *Journal of the American Heart Association*, 6(12), e007519.
- Roberts, R. & Stewart, A. F.** (2012). Genes and coronary artery disease: where are we?. *Journal of the American College of Cardiology*, 60(18), 1715-1721.
- Roest, A. M., Martens, E. J., de Jonge, P., & Denollet, J.** (2010). Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 56(1), 38-46.
- Roy, A., Rawal, I., Jabbour, S., & Prabhakaran, D.** (2017). Tobacco and Cardiovascular Disease: A Summary of Evidence. In *Cardiovascular, Respiratory, and Related Disorders. 3rd edition*. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.

- Rozanski, A., Blumenthal, J. A., Davidson, K. W., Saab, P. G., & Kubzansky, L.** (2005). The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, 45(5), 637-651.
- Rutledge, T., Redwine, L. S., Linke, S. E., & Mills, P. J.** (2013). A meta-analysis of mental health treatments and cardiac rehabilitation for improving clinical outcomes and depression among patients with coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 75(4), 335-349.
- Sadeghi, S., Brooks, D., Stagg-Peterson, S., & Goldstein, R.** (2013). Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10(1), 72-78.
- Sarkar, U., Karter, A. J., Liu, J. Y., Moffet, H. H., Adler, N. E., & Schillinger, D.** (2010). Hypoglycemia is more common among type 2 diabetes patients with limited health literacy: the Diabetes Study of Northern California (DISTANCE). *Journal of General Internal Medicine*, 25(9), 962-968.
- Satman, I., Omer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dincag, N., ... & Turker, F.** (2013). Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European Journal of Epidemiology*, 28(2), 169-180.
- Serper, M., Patzer, R. E., Curtis, L. M., Smith, S. G., O'Connor, R., Baker, D. W., & Wolf, M. S.** (2014). Health literacy, cognitive ability, and functional health status among older adults. *Health Services Research*, 49(4), 1249-1267.
- Shenoy, V., Mehendale, V., Prabhu, K., Shetty, R., & Rao, P.** (2014). Correlation of serum homocysteine levels with the severity of coronary artery disease. *Indian Journal of Clinical Biochemistry*, 29(3), 339-344.
- Shrestha, A., Singh, S. B., Khanal, V. K., Bhattarai, S., Maskey, R., & Pokharel, P. K.** (2018). Health Literacy and Knowledge of Chronic Diseases in Nepal. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 2(4), e221-e230.
- Smith, P. J. ve Blumenthal, J. A.** (2011). Psychiatric and behavioral aspects of cardiovascular disease: epidemiology, mechanisms, and treatment. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 64(10), 924-933.
- Smith, P. J., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Georgiades, A., Sherwood, A., Sketch Jr, M. H., & Watkins, L. L.** (2007). Ventricular ectopy: impact of self-reported stress after myocardial infarction. *American Heart Journal*, 153(1), 133-139.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... & Falcon, M.** (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H.** (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.
- Stewart, R. A., Held, C., Hadziosmanovic, N., Armstrong, P. W., Cannon, C. P., Granger, C. B., ... & Nicolau, J. C.** (2017). Physical activity and mortality in patients with stable coronary heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 70(14), 1689-1700.

- T.C. Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı.** (2014). Ulusal Kırsal Kalkınma Stratejisi 2014-2016. Erişim adresi: [https://kkp.tarim.gov.tr/UKKS%20\(2014-2020\).pdf](https://kkp.tarim.gov.tr/UKKS%20(2014-2020).pdf) (Erişim tarihi: 23.02.2020).
- T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı.** (2019) Kastamonu İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü. Erişim adresi: <https://kastamonu.ktb.gov.tr/TR-91025/genel-bilgiler.html> (Erişim tarihi: 10.10.19).
- T.C. Sağlık Bakanlığı.** (2012).Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA). Erişim adresi: http://sbp.saglik.gov.tr/pluginfile.php/18/mod_folder/content/0/05_kuresel_yetiskin_tutun_arastirmasi_turkiye_raporu_2010.pdf?forcedownload=1 (Erişim tarihi:12.02.2020).
- T.C. Sağlık Bakanlığı.** (2013). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara. Erişim Adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrrfat.pdf> (Erişim tarihi:05.02.2020)
- T.C. Sağlık Bakanlığı.** (2013). Ulusal Hastalık Yükü Çalışması(UHYÇ). Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/UHYCSunumu_06122016.pdf (Erişim tarihi: 25.03.2020).
- T.C. Sağlık Bakanlığı** (2014). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu. *Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara*, (s 565). Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/TBSA-Beslenme-Yayini.pdf> (Erişim tarihi: 04.03.2020).
- T.C. Sağlık Bakanlığı.** (2017). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri. Erişim adresi: https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19.06.2018.pdf (Erişim tarihi: 03.03. 2020).
- T.C. Sağlık Bakanlığı.** (2018). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. Erişim adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0> (Erişim tarihi: 03.03.2020).
- Tanrıöver, M. D., Yıldırım, H. H., Ready, F. N. D., Çakır, B., & Akalm, H. E.** (2014). Sağlık okuryazarlığı araştırması. Erişim adresi: <http://www.saglikxen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/8dcec50aa18c21cdf86a2b33001a409.pdf> (Erişim tarihi: 27.12.2019).
- Tawalbeh, L. I., Tubaihat, A., Batiha, A. M., Al-Azzam, M., & AlBashtawy, M.** (2015). The relationship between social support and adherence to healthy lifestyle among patients with coronary artery disease in the north of Jordan. *Clinical Nursing Research*, 24(2), 121-138.
- Taylor, M. K., Sullivan, D. K., Ellerbeck, E. F., Gajewski, B. J., & Gibbs, H. D.** (2019). Nutrition literacy predicts adherence to healthy/unhealthy diet patterns in adults with a nutrition-related chronic condition. *Public Health Nutrition*, 22(12), 2157-2169.
- Teleş, M. ve Kaya S.** (2019). Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(4), 711-748.
- Temel, A. B. ve Çimen, Z.** (2017). Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı ve İlişkili Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 105-125.

- Todorovic, N., Jovic-Vranes, A., Djikanovic, B., Pilipovic-Broceta, N., Vasiljevic, N., & Racic, M.** (2019). Health literacy: Current status and challenges in the work of family doctors in Bosnia and Herzegovina. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(8), 1324.
- Türkiye İstatistik Kurumu.** (2018). Ölüm Nedeni İstatistikleri. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626> (Erişim tarihi: 13.02.2020).
- US Department of Health and Human Services.** (2010). *National action plan to improve health literacy*. US Department of Health & Human Services. Erişim adresi: https://health.gov/sites/default/files/2019-09/Health_Literacy_Action_Plan.pdf (Erişim tarihi:14.01.2020)
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO).**(2016). Education : Literacy rate - UIS.Stat. Erişim Adresi: <http://data.uis.unesco.org/index.aspx?queryid=166#> (Erişim tarihi: 15.10.2019).
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO).** (2018). Defining Literacy.GAML Fifth Meeting 17-18 October 2018 Hamburg, Germany. Erişim Adresi: http://gaml.uis.unesco.org/wpcontent/uploads/sites/2/2018/12/4.6.1_07_4.6-defining-literacy.pdf Erişim Tarihi: 09.10.2019.
- Uysal, H.** (2012). Kardiyak Rehabilitasyon ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 3(3), 49-59.
- Valaker, I., Fridlund, B., Wentzel-Larsen, T., Nordrehaug, J. E., Rotevatn, S., Råholm, M. B., & Norekvål, T. M.** (2020). Continuity of care and its associations with self-reported health, clinical characteristics and follow-up services after percutaneous coronary intervention. *BMC Health Services Research*, 20(1), 71.
- Vasiljevic-Pokrajcic, Z., Mickovski, N., Davidovic, G., Asanin, M., Stefanovic, B., Krljanac, G., ... & Bjekić, J.** (2016). Sex and age differences and outcomes in acute coronary syndromes. *International Journal of Cardiology*, 217, S27-S31.
- Villa, A., Rizzi, N., Vegeto, E., Ciana, P., & Maggi, A.** (2015). Estrogen accelerates the resolution of inflammation in macrophagic cells. *Scientific Reports*, 5, 15224.
- 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.
- Wang, X., Ouyang, Y., Liu, J., Zhu, M., Zhao, G., Bao, W., & Hu, F. B.** (2014). Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ*, 349, g4490.
- Watkins, L. L., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Davidson, J. R., McCants Jr, C. B., O'Connor, C., & Sketch Jr, M. H.** (2010). Prospective association between phobic anxiety and cardiac mortality in individuals with coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 72(7), 664.

- Westlake, C., Sethares, K., & Davidson, P.** (2013). How can health literacy influence outcomes in heart failure patients? Mechanisms and interventions. *Current Heart Failure Reports*, 10(3), 232-243.
- Wood, A. M., Kaptoge, S., Butterworth, A. S., Willeit, P., Warnakula, S., Bolton, T., ... & Bell, S.** (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.** (2007). International Society of Hypertension (WHO/ISH) risk prediction charts for 14 WHO epidemiological subregions. Erişim adresi: https://ishworld.com/downloads/activities/colour_charts_24_Aug_07.pdf (Erişim tarihi: 26.12.2020).
- World Health Organization.** (2011). *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Geneva: World Health Organization. Erişim adresi: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44701/1/9789241564373_eng.pdf?ua=1 (Erişim tarihi: 20.02.2020).
- World Health Organization.** (2013). Health literacy: The solid facts. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf> (Erişim tarihi: 25.12.2019).
- World Health Organization.** (2014). Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Erişim Adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1 (Erişim tarihi: 26.12.2019).
- World Health Organization.** (2016). Ambient air pollution: A global assessment of exposure and burden of disease. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250141/9789241511353-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Erişim tarihi: 15.01.2020).
- World Health Organization.** (2017). Global Health Centre, Graduate Institute Geneva. WHO Meeting Geneva 2017. Health Literacy – Stepping Up Impact. Erişim adresi: http://origin.who.int/global-coordination-mechanism/working-groups/hl_kickbusch.pdf (Erişim tarihi: 23.01.2020).
- World Health Organization.** (2018a). Health Statistics and Information Systems. Global Health Estimates 2016 Summary Tables: Global Death by Cause, Age and Sex, 2000-2016. Erişim Adresi: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GHE2016_Deaths_Global_2000_2016.xls?ua=1 (Erişim tarihi: 20.02.2020).
- World Health Organization.** (2018b). Noncommunicable diseases country profiles 2018. Erişim adresi: https://www.who.int/nmh/countries/2018/tur_en.pdf?ua=1 (Erişim tarihi: 18.01.2020).
- World Health Organization.** (2020a). Cardiovascular diseases (CVDs). Erişim adresi: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) (Erişim tarihi: 24.02.2020).
- World Health Organization.** (2020b). Household energy database. Geneva: World Health Organization Erişim adresi : <https://www.who.int/airpollution/data/household-energy-database/en/> (Erişim tarihi: 03.03.2020).
- Wright, J. A., Wallston, K. A., Elasy, T. A., Ikizler, T. A., & Cavanaugh, K. L.** (2011). Development and results of a kidney disease knowledge survey given to patients with CKD. *American Journal of Kidney Diseases*, 57(3), 387-395.

- Wu, J. R., Holmes, G. M., DeWalt, D. A., Macabasco-O'Connell, A., Bibbins-Domingo, K., Ruo, B., ... & Erman, B.** (2013). Low literacy is associated with increased risk of hospitalization and death among individuals with heart failure. *Journal of General Internal Medicine*, 28(9), 1174-1180.
- Wu, J. R., Moser, D. K., DeWalt, D. A., Rayens, M. K., & Dracup, K.** (2016). Health literacy mediates the relationship between age and health outcomes in patients with heart failure. *Circulation: Heart Failure*, 9(1), e002250.
- 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.
- Yakar, B., Gmleksiz, M., ve Pirinçi E.** (2019). Bir niversite Hastanesi Polikliniğine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Eurasian Journal of Family Medicine* 2019;8(1):27-35.
- Yılmazel, G. ve etinkaya, F.** (2017). Relation between health literacy levels, hypertension awareness and control among primary-secondary school teachers in Turkey. *AIMS Public Health*, 4(4), 314-325.
- Zhang, P., Xing, F. M., Li, C. Z., Wang, F. L., & Zhang, X. L.** (2018). Effects of a nurse-led transitional care programme on readmission, self-efficacy to implement health-promoting behaviours, functional status and life quality among Chinese patients with coronary artery disease: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 969-979.
- Zwoliński, R., Jander, S., Ostrowski, S., Bartczak, K., Adamek, A., Banyś, A., & Jaszewski, R.** (2013). Early and long term coronary artery bypass grafting outcomes in patients under 45 years of age. *Kardiologia Polska (Polish Heart Journal)*, 71(1), 32-39.

EKLER

EK 1: Etik kurul onayı



T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 2019-88

Konu: Başvuru Değerlendirme Sonucu

01/03/2019

Sayın Doç. Dr. Gülay YILMAZEL

Etik Kurulumuza yapmış olduğunuz başvurunuzla ilgili kurul kararımız ve ilgili bilgiler aşağıda yer almaktadır.

Bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Mehmet Ömer BOSTANCI
Başkan

Başvuru Numarası	2019-21
Sorumlu Araştırmacı	Doç. Dr. Gülay YILMAZEL
Araştırma Başlığı	Koroner Arter Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Psikososyal ve Davranışsal Faktörler Arasındaki İlişki
Toplantı Tarihi	28/02/2019
Karar Numarası	2019-85

- Araştırma başvurunuz etik açıdan uygun bulunmuştur.
- Araştırmaya Kurum İzni/İzinleri alındıktan sonra başlanması uygun bulunmuştur.
- Başvurunun, ekte belirtilen düzeltmelerin yapılması halinde tekrar değerlendirilmesine karar verilmiştir.
- Araştırma projesi etik açıdan uygun olmadığından başvurunun reddine karar verilmiştir.

EK 2:Hitit Üniversitesi Rektörlüğünden, Kastamonu İl Sağlık Müdürlüğüne



T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Dairesi Başkanlığı

Sayı : 45161535-302.08.01-E.18040
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı İzin
(Asuman AHÇIOĞLU)

22.03.2019


KASTAMONU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün 19.03.2019 tarih ve 38402375-302.08.01-E.17407 sayılı yazısı.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Asuman AHÇIOĞLU "Kroner Arter Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Psikososyal ve Davranışsal Faktörler Arasındaki İlişki" konulu tez çalışmasında kullanmak üzere Kastamonu Devlet Hastanesinde anket çalışması yapmak istemektedir.

Konunun tarafınızca değerlendirilerek Rektörlüğümüz Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına bilgi verilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

 e-imzalıdır
Prof. Dr. Mustafa BIYIK
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek :

- 1 - Anabilim Dalı Başkanlığı Üst Yazısı (1 sayfa)
- 2 - Tez Çalışması ve Anket Formu (17 sayfa)

Not: 5070 sayılı elektronik imza kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak Doğrulama Kodu : IHMNQPEDTWGRDZOMEIIS Evrak Takip Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/>
Hitit Üniversitesi Kuzey Kampüsü Çevre Yolu Bulvarı 19030 ÇÖRUM
Tel: 0(364) 219 20 60 Faks: 0(364) 219 20 89
e-posta: oidb@hitit.edu.tr İnternet Adresi: www.oidb.hitit.edu.tr

Bilgi için: Ayşegül TUYGUN
Bilgisayar İşletmeni
Telefon No: (364) 219 20 60

Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 35857b82-41a4-4978-a064-619d89764402 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 3: Kastamonu İl Sağlık Müdürlüğü izin yazısı

T. C.
KASTAMONU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

KASTAMONU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ -
KASTAMONU SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ EVRAK
KAYIT BİRİMİ
09/04/2019 16:11 - 44008972-903.05.99-244
00091290708

Sayı : 44008972-903.07 /

Konu : Bilimsel Araştırmaların İzinleri

KOMİSYON KARARI

Başvuru süresince Komisyonumuza Müdürlüğümüze bağlı hastanelerde Tez/anket çalışması yapmak için; "Kroner Arter Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Psikososyal ve Davranışsal Faktörler Arasındaki İlişki" konusu ile müracaat eden Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans öğrencisi ve Kastamonu Devlet Hastanesinde Hemşire olarak görev yapan Asuman AHÇIOĞLU'nun müracaatı incelenmiştir.

İnceleme sonucunda Müdürlüğümüzden Tez/ anket çalışması için izin istenilen ve çalışma yapılacak hastanelerden de ön izin alınan; "Kroner Arter Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Psikososyal ve Davranışsal Faktörler Arasındaki İlişki" konusu için tez/anket ve Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğünün 28/02/2014 tarih ve 5181.1272 sayılı Makam Onaylı **Bilgi Güvenliği Politikaları yönergeseine uygun olarak hemşirelerin ve hastaların kişisel mahremiyeti ve yasal haklarına riayet edilerek hastanelerimizdeki hizmetleri aksatılmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre ve başvurudaki formun bilgilerinin göz önünde bulundurularak yapılması ve sonucunun Müdürlüğümüze sunularak değerlendirilmesi suretiyle UYGUN görülmüştür.**

Komisyon Başkanı

Dr. Sadettin YAZI

İl Sağlık Müdürü

Üye

Uzm. Dr. Özgür YILMAZ

Başkan

Üye

Mustafa FİNDİK

Uzman

Üye

Levent AKKIRPI

Uzman

EK 4: Gönüllü onam formu



T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!

Bilimsel araştırma amaçlı ve detayları aşağıda yer alan bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınız ya da belirtilmediğini fark ettiğiniz noktalar olursa araştırmacıya sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce araştırmacı size zaman tanıyacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde formu imzalayınız.

1. ARAŞTIRMANIN ADI

Koroner Arter Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Psikososyal ve Davranışsal Faktörler Arasındaki İlişki

2. KATILIMCI SAYISI

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı 490'dır.

3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 6 (altı) ay (Mart-Ağustos 2019)'dir.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı; koroner arter hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyi ile psikososyal ve davranışsal faktörler arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA ve ÇIKARILMA KOŞULLARI

Bu araştırmaya dâhil edilebilmek için sahip olmanız gereken koşullar şu şekildedir; Çalışmaya katılmaya istekli, görme-duyma ve psikiyatrik bozukluğu olmayan, en az okuryazar olan, 20 yaş ve üzerindeki, yatarak tedavi gören koroner arter hastaları (kadın ve erkek hastalar) dâhil edilecektir. Koroner arter hastalığı dışında tanı alanlar (kalp yetmezliği, aritmiler, atriyal fibrilasyon), psikiyatri konsültasyonu olanlar ile hekim tarafından hakkında By-Pass ameliyatı kararı verilen hastalar çalışmaya dâhil edilmeyecektir. Veri toplama sırasında çalışmaya devam etmeme konusunda karar veren katılımcılar çalışmadan çıkarılacaktır. Araştırma dışı bırakılmanız durumunda da, sizinle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırmada size uygulanacak veya sizin yapmanız gereken işlemler şu şekildedir; Sizlerle 90 soruluk bir soru formu aracılığıyla 30 dakika süren yüz yüze görüşme yapılacaktır. Soru



BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

formunun ilk bölümünde sizlerin sosyo-demografik özelliklerinizi (yaşınızı, cinsiyetinizi, eğitim düzeyinizi, medeni durumunuzu, çalışma durumunuzu, yaşadığınız yeri, kiminle yaşadığınızı, sağlık güvencenizi, sağlık durumunuzla ilgili algınız, şuan ki hastalığınıza eşlik eden kronik hastalıklarınız, hastanede yatış süreniz, sağlık kontrollerinizi düzenli yaptırıp yaptırmadığınızı, sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunuz, hastalığınızın ciddiyeti, aile öyküsünüz, ilaç kullanımınız) psikososyal (sosyal destek sağlayan kişilerin varlığı, yaşamınızdaki stresörler, hastalık yönetiminiz, depresyon düzeyiniz) ve davranışsal faktörlerinizi (sigara içme ve alkol kullanma durumunuz, düzenli spor yapma alışkanlığınız, beslenme alışkanlıklarınız, tedaviye uyumunuz) klinik ve antropometrik özelliklerinizi sorgulayan sorular yer alacaktır. Size ait klinik ve antropometrik özelliklerle ilgili bilgiler hasta dosyanızdan temin edilecektir.

Anket formunun ikinci bölümünde sizlerin sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek amacıyla 32 maddeden oluşan "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32" (TSOY-32) ile depresyon düzeyinizin belirlenmesinde "Beck Depresyon Envanteri (BDE)" yer alacaktır.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)

Bu ölçek 15 yaş üzeri kişilerde sağlıkla ilgili bilgiyi edinme ve anlama derecesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Kişilerin "tedavi ve hizmet alımları" ile "hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi" ile ilgili konularda "sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma", "sağlıkla ilgili bilgiyi anlama", "sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme", "sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama becerilerini ve sağlık yetkinliğini ölçmektedir.

Her madde 1=Çok zor, 2=Zor, 3=Kolay, 4=Çok kolay olacak şekilde 4 derecelidir. "Bilmiyorum" ifadesi için 5 kodu kullanılmıştır.

Ölçekte "0" en düşük sağlık okuryazarlığını, "50" en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir.

Sizlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen puana göre dört kategoride değerlendirilecektir:

(0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33) : sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42) : yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) : mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunuzu gösterecektir.

Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Depresyon düzeyinizin belirlenmesinde gruplar halinde 21 cümleden oluşan bir soru formu kullanılacaktır. Soru formundaki her madde 0-3 arasında olmak üzere toplamda 0-63 arasında puanlandırılacaktır. Alacağınız puanın yüksekliği depresif belirtilerin şiddetini gösterecektir.

0-9 puan: Normal düzey

10-18 puan: Hafif düzeyde depresyon

19-29 puan: Orta düzeyde depresyon

30-63 puan: Şiddetli depresyon düzeyini gösterecektir.



BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

7. KATILIMCININ SORUMLULUKLARI

Katılımcının araştırma süresince yerine getirmesi gereken bir sorumluluğu bulunmamaktadır.

8. OLASI RİSKLER

Katılımcı araştırma süresince herhangi bir riskle karşılaşmayacaktır.

9. ARAŞTIRMAYA KATILIMIN OLASI YARARLARI

Araştırmaya Katılmanın Bireysel Faydaları: Araştırmadan elde edilecek sonuçlar koroner arter hastalığının yönetiminde bireylere farkındalık kazandıracak, hastalık yönetimlerine katkı sağlayacak, koroner arter hastalığında sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenerek psikososyal ve davranışsal faktörlerin minimum düzeyde tutulmasına yardımcı olacaktır.

Araştırmaya Katılmanın Toplumsal Faydaları: Bu çalışma, ülkemizde koroner arter hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi, bu hastalarda sağlık okuryazarlığı ile psikososyal ve davranışsal faktörler arasındaki ilişkiyi yansıtabilecek literatüre önemli katkı sağlayacak bir çalışma olacaktır. Elde edilen sonuçlar ulusal/uluslararası bir kongrede sunulacak, bilimsel hakemli bir dergide yayınlanacak, konuyla ilgili farkındalığın artırılarak başka çalışmaların yapılmasına yarar sağlayacaktır.

10. GİDERLERİN KARŞILANMASI ve ÖDEMELER

Bu araştırmaya katılmanız için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Bu araştırmaya katılmanızla, araştırma ile ilgili çıkabilecek zorunlu masraflar tarafımızdan karşılanacaktır. Bunun dışında size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

11. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabileceksiniz.

12. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM veya KURULUŞ

Araştırmayı destekleyen kurum/kuruluş bulunmamaktadır.

13. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME veya AYRILMA DURUMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda da, sizle ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

14. ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda detayları yazılı olan ve tarafıma anlatılan bu araştırmada yer almak için araştırmacı Sayın Asuman AHÇIOĞLU tarafından "katılımcı" (denek) olarak davet edildim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep



T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim). Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜ		İMZASI
ADI SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI
ADI SOYADI	Asuman AHÇIOĞLU	
GÖREVİ	Hemşire	
ADRES	Kastamonu Devlet Hastanesi/Kastamonu	
TELEFON	05423993118	
TARİH	29/01/2019	

EK 5: Anket formu

**KORONER ARTER HASTALARINDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
DÜZEYİ İLE PSİKOSOSYAL VE DAVRANIŞSAL FAKTÖRLER
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

ANKET FORMU

Sayın katılımcı,
Bu anket çalışması siz koroner arter hastalarınızda sağlık okuryazarlığı düzeyi ile psikososyal ve davranışsal faktörler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmaktadır. Vermiş olduğunuz bilgiler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Soruları içtenlikle yanıtlamanız önemlidir. İsmi belirtmenize gerek yoktur.
TEŞEKKÜR
EDERİZ.

A. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız
2. Cinsiyetiniz: 1. Erkek 2. Kadın
3. Eğitim Düzeyiniz: 1.İlkokul ve altı 2.Ortaokul ve üzeri
4. Medeni Durumunuz: 1. Evli 2. Evli değil
5. Çalışma Durumunuz: 1. Çalışmıyorum 2. Çalışıyorum
6. Yaşadığınız yer: 1. Kırsal alan 2.Kentsel alan
7. Şuan kiminle beraber yaşıyorsunuz?
1.Eş ve çocuklarımla 2. Sadece çocuklarımla 3. Tek başıma
8. Sağlık Güvenceniz var mı?
1.Var 2. Yok
9. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
1. iyi 2.Orta 3. Kötü
10. Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
1. İyi 2. Orta 3.Kötü
11. Uzun süreli doktor tarafından tanı konulmuş başka kronik hastalığınız var mı?
1.Evet 2. Hayır

Yanıtınız “EVET” ise aşağıdaki hastalıklardan sizde hangisinin mevcut olduğunu işaretleyiniz.

Yüksek tansiyon (HT)		Guatr	
Şeker hastalığı (DM)		Gastro- intestinal hastalıklar	
Şişmanlık (obezite)		Diğer (artrit, kanser, böbrek yetmezliği)	
Kronik solunum yolu hastalıkları			

B. KLİNİK VE ANTROPOMETİK ÖZELLİKLER

1. Ailenizde koroner hastalığı olan bireyler var mı?

1. Var (Kim?.....) 2. Yok

2. Koroner Arter Hastalık Tanısı:

1. Miyokart İnfarktüs(MI) 2. Angina Pektoris

3. Ne kadar süredir koroner arter hastasıdır?.....

4. Daha önceki anjiyografi öyküsü: 1. Mevcut 2. Yok

5. By-pass ameliyatı öyküsü: 1. Mevcut 2. Yok

6. Koroner arter hastalığınız için hastanede yatış süreniz:

1. 1-2 gün 2. 3-4 gün 3. 5 gün ve üzeri

7. Koroner arter hastalığı ciddiyetinin kritik değeri (>%60 darlık bulunan):

1. Tek damar 2. \geq iki damar tıkanıklığı

Boy:.....

Kilo:.....

BKİ.....

C. DAVRANIŞSAL FAKTÖRLER

1. Sağlık kontrollerinizi düzenli yaptırır mısınız?

1. Evet 2. Hayır

2. Sağlık hizmetinden yararlanmada öncelikle hangi kuruma başvurursunuz?

1. Aile sağlığı merkezi (Aile hekimi) 2. Devlet hastanesi/Özel hastane

3. Sigara içme durumunuz: 1. Hiç içmedim 2. İçip bıraktım 3. Halen içiyorum

4. Alkol kullanma durumunuz: 1. Hiç kullanmadım 2. İçip bıraktım 3. Halen kullanıyorum

5. Düzenli spor (haftanın 5 günü 30 dakika süreli yürüyüş vb.) yapar mısınız?

1. Yapıyorum 2. Yapmıyorum

6. Genellikle yemeklerinizin tuzluluk durumu nasıldır?

1. Tuzsuz 2. Az tuzlu 3. Tuzlu

7. Genellikle yemeklerinizin yağlılık durumu nasıldır?

1. Yağsız 2. Az yağlı 3. Yağlı

8. Aşağıdaki besinlerin tüketim miktarınızı işaretleyiniz.

	Her gün	Haftada birkaç kere	Ayda birkaç kere	Hiç
Kuru baklagiller				
Kepekli ekmek				
Sebzeler				
Meyveler				
Kırmızı et				
Tahıllar				
Hamuru işi				

D. PSİKOSOSYAL FAKTÖRLER

1. Sağlıklı olmanın bireysel koruyucu uygulamalara bağlı olduğuna inanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

2. Hastalığınız nedeniyle finansal kaygı yaşıyor musunuz?

1. Her zaman/Sık sık 2. Ara sıra/Nadiren 3. Hiç

3. Hastalığınız nedeniyle stres yaşıyor musunuz?

1. Her zaman/Sık sık 2. Ara sıra/Nadiren 3. Hiç

E. SAĞLIK- OKURYAZARLIĞI BECERİLERİ

1. Aşağıda yer alan sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarını ne sıklıkta kullanırsınız?

Bilgi kaynakları	Çoğunlukla	Nadiren	Hiçbir zaman
Sağlık personeli			
Aile/arkadaş			
İnternet			
Gazete/dergi			
Kitap/broşür			
Televizyon			
Radyo			

2. Sağlık kuruluşlarında bana verilen formları/broşürleri:

- 1) Her zaman kendim okur ve doldururum
- 2) Refakatçime okutur ve doldurturum
- 3) Sağlık personeline okutur ve doldurturum
- 4) Cevapsız

3.Sağlık kuruluşlarında bana verilen formda/kâğıtta yazılanları:

- 1) Çoğunlukla anlarım
- 2) Ara sıra anlarım
- 3) Hiç anlamam



EK 6: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)

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

N o	Çok kolaydan çok zora doğru değerlendirecek olursanız <u> aşağıdakileri yapmak </u> sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	5. Fikrim
1	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ve arkadaşlarımızın 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 sağlığımız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığımız için zararlı olabilecek durumlarla 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 sağlığını 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) sağlığını 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 7:Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

1. **0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.**
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
2. **0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.**
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. **0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.**
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
4. **0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.**
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
5. **0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.**
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. **0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.**
 1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7. **0. Kendimden memnunum.**
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
8. **0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.**
 1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
9. **0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.**
 1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
10. **0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.**
 1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
11. **0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.**
 1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
12. **0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.**
 1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
13. **0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.**
 1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
14. **0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.**
 1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15. 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16. 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17. 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18. 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19. 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20. 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21. 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

ÖZGEÇMİŞ

Adı - Soyadı : Asuman AHÇIOĞLU
Doğum yeri ve tarihi : Tosya/Kastamonu, 17.10.1992
İletişim adresi ve telefonu :Kastamonu Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Merkez/Kastamonu / 0366 313 23 99

Öğrenim Durumu

Lisans : 2016, Ordu Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü
Yüksek lisans : 2020, Hitit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı

Mesleki Deneyimi

Hemşire, (2017-), T.C. Sağlık Bakanlığı Kastamonu Devlet Hastanesi, Kastamonu (Türkiye)

Yayınları

- Gümüşay, M., Ahçioğlu, A., Erbil, N.** (2016). Öğrenci hemşirelerin bilişim ürünlerinin hemşirelikte kullanımı hakkındaki görüşleri. 15.Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi Sözlü Bildiri. Eskişehir.
- Ahçioğlu, A., Yılmazel, G.** (2019). Koroner arter hastalığı açısından sağlık okuryazarlığının önemi. 3. Uluslararası 21. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Poster Bildiri. Antalya,1340.