

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

KORONER ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE
KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSK FAKTÖRLERİ
BİLGİ DÜZEYİNİN VE SAĞLIK ALGISININ TEDAVİYE
UYUM İLE İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Didem AÇIKGÖZ

İstanbul

Temmuz-2024

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

KORONER ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE
KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ
DÜZEYİNİN VE SAĞLIK ALGISİNİN TEDAVİYE UYUM İLE
İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Didem AÇIKGÖZ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Feride TAŞKIN YILMAZ

İstanbul

Temmuz-2024

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Programında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Doç. Dr. Feride TAŞKIN YILMAZ

Üye

Prof. Dr. Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ

Üye

Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin ve Sağlık Algısının Tedaviye Uyum İle İlişkisi**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen sürede bilimsel etiğe ve akademik kurallara itina gösterdiğime, içerisindeki bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun hazırladığıma, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıyı kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserleri kaynakçada gösterilenlerden olduğunu beyan ederim.

Didem AÇIKGÖZ

ÖN SÖZ

Tez çalışmam boyunca yol gösteren, tezime katkıda bulunan, çalışmaktan gurur duyduğum danışman hocam Sayın Doç. Dr. Feride TAŞKIN YILMAZ'a,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca yanımda olarak desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen Sayın Hocam Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER'e

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nün Değerli Hocalarına,

Tez çalışmama gönüllü olarak katılmayı kabul eden hastalara,

Her zaman yanımda olan, beni daima destekleyen, bana inanan, üzerimde emekleri olan sevgili aileme,

Veri toplama aşamasında motive eden ve destekleyen Kardiyoloji servisindeki ekip arkadaşlarıma,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Didem AÇIKGÖZ

İstanbul-2024

ÖZET

**KORONER ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE
KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ
DÜZEYİNİN VE SAĞLIK ALGISININ TEDAVİYE UYUM İLE
İLİŞKİSİ**

Didem AÇIKGÖZ

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Feride TAŞKIN YILMAZ

Temmuz, 2024 - 109 Sayfa

Koroner arter hastalığı, dünyada ve Türkiye’de kalp hastalıkları içerisinde en sık görülen hastalıklardan biridir. Bu çalışma koroner arter hastalığı olan bireylerde kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyinin ve sağlık algısının ilaç tedavisine uyum ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikteki araştırma, 8 Ekim-31 Aralık 2023 tarihleri arasında Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde kardiyoloji polikliniğine gelen 225 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Veriler hasta tanılama formu, Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği, Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ), İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURYÖ) ile elde edilmiştir. Hastaların KARRİF-BD Ölçeği puan ortalaması $23,8\pm 3,1$, SAÖ puan ortalaması $48,9\pm 5,7$ ve İURYÖ puan ortalaması $9,3\pm 2,3$ ’tür. Çalışmamızda başka kronik hastalığa sahip olan, hastalığı hakkında bilgi alan, ilaçlarını her zaman düzenli kullanan hastaların bilgi düzeyin daha yüksek olduğu; hastaların yaşı arttıkça KVH risk faktörleri bilgi düzeyi ve sağlık algısının arttığı; kadın, okuryazar olmayan, sigara kullanmayan, hastalığı hakkında bilgi almayan hastaların sağlık algısının daha yüksek olduğu; ilaçlarını her zaman düzenli kullanan hastaların ilaca uyum ve reçete yazdırma düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. KARRİF-BD Ölçeği ile İURYÖ arasında negatif yönlü çok zayıf düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur ($r=-0,193$; $p<0,05$). SAÖ öz farkındalık ve kontrol merkezi ile İURYÖ arasında pozitif yönlü çok zayıf düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir (sırası ile $r=0,196$; $p<0,05$; $r=0,238$; $p<0,05$). SAÖ sağlığın önemi alt boyutu ile İURYÖ arasında negatif yönlü zayıf düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur ($r=-0,261$; $p<0,05$). Ayrıca sağlık algısına yönelik öz farkındalık ve sağlığın önemi alt

boyutlarının ilaca uyumu %34,5 düzeyinde etkilediği saptanmıştır (F=11,733; p<0,001, R²=0,345). Hemşirelerin koroner arter hastalığı olan bireylere kardiyovasküler hastalıklar risk faktörlerinin önemini, hastalığın semptomları ile baş edebilmede sağlık algısının önemini ve ilaç tedavisine gösterilen uyumun önemini içeren konularda düzenli aralıklarla eğitim ve danışmanlık vermesi, ilaca uyum konusunda hastaları yakından takip etmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Koroner arter hastalığı, kardiyovasküler hastalık risk faktörleri, sağlık algısı, tedaviye uyum, hemşirelik bakımı



ABSTRACT

THE RELATIONSHIP OF CARDIOVASCULAR DISEASE RISK FACTORS KNOWLEDGE LEVEL AND HEALTH PERCEPTION WITH ADHERENCE TO MEDICATION IN INDIVIDUALS WITH CORONARY ARTERY DISEASE

Didem AÇIKGÖZ

Master of Science, Internal Medicine Nursing

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Feride TAŞKIN YILMAZ

July, 2024 - 109 Pages

Coronary artery disease is one of the most common heart diseases in the world and in Turkey. This study was conducted to determine the relationship between cardiovascular disease risk factors knowledge and health perception and compliance with drug therapy in individuals with coronary artery disease. The descriptive and correlation-seeking research was conducted with 225 patients who came to cardiology clinic at Bolu İzzet Baysal Hospital between 8 October and 31 December 2023. Data were obtained using the patient diagnosis form, Cardiovascular Diseases Risk Factors Knowledge Level Scale, Health Perception Scale and Medication Compliance and Prescription Writing Scale. The patients' mean Cardiovascular Diseases Risk Factors Knowledge Level Scale score was $23,8\pm 3,1$, their mean Health Perception Scale score was $48,9\pm 5,7$, and their mean Medication Compliance and Prescription Writing Scale score was $9,3\pm 2,3$. The level of knowledge was higher in patients who had another chronic disease, were informed about their disease, and used their medications regularly; as the age of patients increases, the level of knowledge and perception of health increases; patients who are women, illiterate, non-smokers, and who do not receive information about their disease have higher health perception; It has been determined that patients who always use their medications regularly have a higher level of compliance with medication and prescription. It was found that there was a very weak negative relationship between the Cardiovascular Diseases Risk Factors Knowledge Level Scale and the Medication Compliance and Prescription Writing Scale score averages ($r=0,193$; $p<0,05$). It was determined that there was a very weak positive relationship between the Health Perception Scale control center and self-

awareness sub-dimensions and the Medication Compliance and Prescription Writing Scale score averages ($r=0,196$; $p<0,05$; $r=0,238$; $p<0,05$, respectively). It was found that there was a weak negative relationship between the Health Perception Scale importance of health sub-dimension and Medication Compliance and Prescription Writing Scale score averages ($r=-0,261$; $p<0,05$). In addition, it was determined that the self-awareness and importance of health sub-dimensions of health perception affected medication compliance by 34,5% ($F=11,733$; $p<0,001$, $R^2=0,345$). It is recommended that nurses provide regular training and consultancy to individuals with coronary artery disease on issues including the importance of cardiovascular disease risk factors, the importance of health perception in coping with the symptoms of the disease, and the importance of compliance with drug therapy, and monitor patients closely regarding drug compliance.

Keywords: Coronary artery disease, cardiovascular disease risk factors, health perception, compliance with treatment, nursing care

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	ii
ÖN SÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR.....	xiii

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ.....	1
------------	---

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kardiyovasküler Hastalıklar.....	3
2.2. Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri.....	3
2.2.1. Değiştirilemeyen Etmenler.....	4
2.2.1.1. Yaş.....	4
2.2.1.2. Cinsiyet.....	4
2.2.1.3. Aile Öyküsü.....	5
2.2.2. Değiştirilebilir Etmenler.....	5
2.2.2.1. Sigara.....	5
2.2.2.2. Hipertansiyon.....	5
2.2.2.3. Diabetes Mellitus.....	6
2.2.2.4. Hiperlipidemi.....	6
2.2.2.5. Obezite.....	6
2.2.2.6. Sedanter Yaşam.....	6
2.3. Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörlerinden Korunmada Hemşirenin Rolü.....	7
2.4. Koroner Arter Hastalığı.....	8
2.4.1. Anjina Pektoris.....	9
2.4.2. Akut Miyokard İnfarktüsü.....	9

2.5. Koroner Arter Hastalığı Etiyolojisi.....	10
2.6. Koroner Arter Hastalıklarında Risk Grupları.....	11
2.6.1. Yüksek Derece Risk Grubu.....	11
2.6.2. Orta Derece Risk Grubu.....	11
2.6.3. Düşük Derece Risk Grubu	11
2.7. Koroner Arter Hastalığı Patofizyolojisi	11
2.8. Koroner Arter Hastalığı Belirti ve Bulgular.....	12
2.9. Koroner Arter Hastalığında Tedavi.....	12
2.9.1. Perkütan Koroner Girişim.....	13
2.9.2. Koroner Arter Bypass Greft.....	13
2.9.3. Trombolitik Tedavi	14
2.9.4. Farmakolojik Tedavi	14
2.9.4.1. Antitrombositler İlaçlar.....	14
2.9.4.2. Statinler ve Lipit Düşürücü İlaçlar.....	15
2.9.4.3. Beta blokerler.....	15
2.9.4.4. Kalsiyum Kanal Blokerleri	15
2.9.4.5. Nitratlar	15
2.10. Koroner Arter Hastalığında Hemşirelik Bakımı	15
2.11. Koroner Arter Hastalığında İlaç Tedavisine Uyum	17
2.11.1. İlaç Tedavisine Uyumsuzluğun Nedenleri.....	18
2.11.2. İlaç Uyumunu Geliştirmeye Yönelik Yaklaşımlar.....	19
2.12. Koroner Arter Hastalığında İlaç Tedavisine Uyumda Hemşirenin Rolü	19
2.13. Koroner Arter Hastalığından Korunmada Hemşirenin Rolü	20
2.14. Sağlık Algısı.....	22
2.15. Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Algısı.....	22
2.16. Sağlık Algısını İyileştirmede Hemşirenin Rolü	23

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Amacı	25
3.2. Araştırmanın Tipi.....	25
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	25
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	25
3.5. Veri Toplama Araçları	26

3.5.1. Hasta Tanılama Formu.....	26
3.5.2. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği.....	27
3.5.3. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)	27
3.5.4. İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURYÖ).....	28
3.6. Verilerin Toplanması	28
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	28
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	29
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	30

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR	31
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Bulgular.....	31
4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	32
4.3. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği, Sağlık Algısı Ölçeği ve İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....	35
4.4. Hastaların Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeğine İlişkin Bulguları	36
4.5. Hastaların Sağlık Algısı Ölçeğine İlişkin Bulguları	40
4.6. Hastaların İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeğine İlişkin Bulguları	45
4.7. Hastaların Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi, Sağlık Algısı ve İlaç Tedavisine Uyumlarının İlişkisi	49
4.8. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği, Sağlık Algısı Ölçeği ve İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği Puan Ortalamalarının Regresyonu	51

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA	54
5.1. Hastaların Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeğine İlişkin Bulgularının Değerlendirilmesi	54
5.2. Hastaların Sağlık Algısı Ölçeğine İlişkin Bulgularının Değerlendirilmesi	57
5.3. Hastaların İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeğine İlişkin Bulgularının Değerlendirilmesi.....	61

5.4. Hastaların Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği, Sağlık Algısı Ölçeği ve İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği Puan Ortalamalarının Korelasyonu ve Regresyonunun Yorumlanması.....	63
---	----

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
-------------------------------	-----------

6.1. Sonuç.....	65
-----------------	----

6.2. Öneriler	66
---------------------	----

KAYNAKÇA.....	67
----------------------	-----------

EKLER.....	80
-------------------	-----------

ÖZGEÇMİŞ.....	95
----------------------	-----------

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 2.1: Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri.....	4
Tablo 4.1: Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	32
Tablo 4.2: Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	34
Tablo 4.3: Hastaların KARRİF-BD Ölçeği, SAÖ ve İURYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	36
Tablo 4.4: Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre KARRİF-BD Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.5: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre KARRİF-BD Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.6: Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre SAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.7: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre SAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.8: Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre İURYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.9: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre İURYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 4.10: İURYÖ Puan Ortalamasının, KARRİF-BD Ölçeği ve SAÖ Puan Ortalaması İle Korelasyonu.....	51
Tablo 4.11: İURYÖ Puanları Üzerine KARRİF-BD Ölçeği ve SAÖ Alt Boyut Puanlarının Etkisinin Doğrusal Regresyon Modelleri ile Değerlendirilmesi.....	53

KISALTMALAR

AHA	: Amerikan Kalp Birliği (American Heart Association)
AKS	: Akut Koroner Sendrom
AMI	: Akut Miyokard İnfarktüsü
AP	: Anjina Pektoris
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CABG	: Koroner Arter Bypass Greft
DM	: Diabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKG	: Elektrokardiyografi
EURIKA	: Avrupa Kardiyovasküler Riske Sahip Hastaların Epidemiyolojik Çalışması (Epidemiological study of European Cardiovascular Risk Patients)
HbA1C	: Glikozillenmiş Hemoglobın
HDL	: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein (High Density Lipoprotein)
HT	: Hipertansiyon
İURYÖ	: İlacı Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KARRİF-BD Ölçeği	: Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği
KKH	: Koroner Kalp Hastalığı
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
KY	: Kalp Yetmezliği
LDL	: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein (Low Density Lipoprotein)
MI	: Miyokard İnfarktüsü
PKG	: Perkütan Koroner Girişim

PPTKA	: Primer Perkütan Translumininal Koroner Anjiyoplasti
SAÖ	: Sağlık Algısı Ölçeği
SPSS	: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (Statistical Package for Social Science)
STEMI	: ST Segment Elevasyonlu Miyokard İnfarktüsü
NSTEMI	: Non-ST Segment Elevasyonlu Miyokard İnfarktüsü
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı Ve Risk Faktörleri
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) dünyada ve Türkiye’de önemli morbidite ve mortalite nedenleri arasındadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) raporuna göre dünya genelinde en sık ölüm nedenini KVH oluşturmaktadır (WHO, 2021). Koroner arter hastalığı (KAH) ise, en sık görülmekte olan kardiyovasküler hastalıktır (Badır ve Demir Korkmaz, 2020).

Toplumun KVH risk faktörleri açısından bilinçlendirilmesi, KVH risk faktörlerine sahip bireylerin tespit edilmesi ve bu bireylerde koruyucu çalışmalar yapılması önemlidir. Bu konuda hemşirelere büyük roller düşmektedir. Hemşirelerin, öncelikle toplumun KVH risk faktörleri açısından bilgi düzeyini değerlendirmesi, KVH risk faktörlerinden korunmaya yönelik eğitim programları düzenlemesi, bu programların bireylerde oluşturduğu davranış değişikliklerini değerlendirmesi, KVH’ın önlenmesi ve kontrol altına alınabilmesi açısından önemlidir (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2017).

Kronik hastalıkların yönetiminde bireylerin sağlık algısı önemlidir. Sağlık algısı, bireyin sağlığını kendi bakış açısı, duyguları ve düşünceleri ile kendisinin değerlendirmesidir (Yalnızoğlu Çaka vd., 2017). KAH’a sahip bireylerin, var olan semptomlar nedeniyle sağlık algısı olumsuz etkilenmektedir. KAH olan bireyin sağlığına yönelik bakış açısının değerlendirilmesi, hastalık hakkında bilgilendirilmesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının oluşturulması bireylerde olumlu sağlık algısı oluşturma açısından önem taşımaktadır (Gür, 2017).

Koroner arter hastalığına sahip bireylerde komplikasyon gelişiminin önlenmesi açısından tedaviye uyum gereklidir. İlaç tedavisine uyum, reçete edilen ilaçların hastalar tarafından düzenli olarak, doğru miktarda ve zamanında kullanılmasıdır (Bulut vd., 2020). KAH’ın ilaç tedavisinde; miyokardın oksijen ihtiyacını azaltmak ve oksijen sunumunu arttırmak amaçlanmaktadır (Badır ve Demir Korkmaz, 2020). İlaç tedavisine uyumsuzluk, mortalite ve morbidite oranlarında artma, yaşam kalitesinde azalma, sağlık bakım maliyetlerinde artma ve hastaneye yatış oranlarında artma ile sonuçlanmaktadır. Hemşireler ilaç tedavisine uyumsuzluğun olumsuz

sonuçlarını en aza indirebilmek amacıyla, KAH'a sahip bireylerin tedaviye yönelik bilgi düzeyini değerlendirerek ilaç tedavisine uyumu arttırmaya yönelik eğitim programları düzenlemelidir (Avcı vd., 2020).

Bu araştırmada koroner arter hastalarının KVH risk faktörleri bilgi düzeyleri, kişisel sağlık algıları ve tedaviye olan uyum düzeyi incelenmiş ve bu değişkenlerin birbiri ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Ayrıca KAH olan bireylerin kişisel ve hastalık özelliklerini içeren değişkenler ile KVH risk faktörleri bilgi düzeyi, sağlık algı düzeyi ve tedaviye uyum düzeyi karşılaştırılmıştır. Bu tezin, KAH olan bireylerde tedaviye uyumu kolaylaştıracak yöntemlerin geliştirilmesinde, KVH risk faktörleri bilgi düzeyinin arttırılmasında ve olumlu sağlık algısının desteklenmesinde literatüre ve hemşirelere katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu tezden elde edilen bulgular ile KAH olan hastaların eğitim planlarının güncellenmesi ve eksikliklerin giderilmesi öngörülmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Kardiyovasküler Hastalıklar

Kardiyovasküler hastalıklar, kalp ve kan damarlarında oluşan hastalıkları ifade etmektedir (WHO, 2021). KVH, koroner kalp hastalıkları (anjina pectoris ve miyokard infarktüsü), serebrovasküler hastalıklar (inme veya geçici iskemik atak), periferik arter hastalığı (ekstremitte iskemisi), hipertansiyon (HT), kalp yetmezliği (KY), romatizmal kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları, derin ven trombozu, pulmoner emboli ve kardiyomiopatlardan oluşmaktadır (Diehm vd., 2006; WHO, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü'nün raporuna göre dünya genelinde en sık ölüm nedenini KVH oluşturmaktadır. 2019 yılında tahmini veri olarak 17,9 milyon birey, KVH nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Bu veri tüm ölümlerin %32'sini oluşturmaktadır (WHO, 2021). Türkiye'de KVH prevalansı artış göstermektedir (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2017). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin değerlendirilmesi incelendiğinde, 2022 yılında en sık ölüm nedenini %35,4 ile dolaşım sistemi hastalıkları oluşturmaktadır. Dolaşım sistemi hastalıkları nedeni ölümler incelendiğinde ise, %42,3'ünü iskemik kalp hastalıkları, %23,5'ini diğer kalp hastalıkları, %19,2'sini serebrovasküler hastalıklar ve %9,9'unu hipertansif hastalıklar oluşturmaktadır (TÜİK, 2023).

2.2. Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri

Kardiyovasküler hastalıklar büyük ölçüde önlenabilir hastalıklardır. DSÖ, diyetle alınan tuz miktarının azaltılması, alkol-tütün kullanımından kaçınılması, fiziksel aktivitenin artırılması, diyetle alınan meyve-sebze miktarının artırılması ile KVH riskinin azaltılabileceğini bildirmektedir. Bununla birlikte, davranışsal risk faktörleri olmaksızın HT, diabetes mellitus (DM) ve yüksek kan lipitlerinin tedavisi de KVH riskini azaltmaktadır (WHO, 2021).

Kardiyovasküler hastalıklar için en önemli davranışsal risk faktörleri sağlıksız beslenme, fiziksel immobilité ve alkol-tütün kullanımınıdır. Davranışsal risk faktörlerinin bireylerde etkileri kan glukoz düzeyinde yükselme, kan lipitlerinde artış, kan basıncında artış ve kilo artışıdır (WHO, 2021). Bununla birlikte Tablo 2.1'de KVH değiştirilebilir ve değiştirilemeyen risk faktörleri gösterilmiştir (Gülel, 2012).

Tablo 2.1: Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	Değiştirilebilir Risk Faktörleri
<ul style="list-style-type: none">• Yaş• Cinsiyet• Aile Öyküsü	<ul style="list-style-type: none">• Sigara• Hipertansiyon• Diabetes Mellitus• Hiperlipidemi• Obezite• Sedanter Yaşam

Kaynak: Gülel, 2012

2.2.1. Değiştirilemeyen Etmenler

2.2.1.1. Yaş

Kadın cinsiyete sahip olup 55 yaş ve üzeri olma ile erkek cinsiyete sahip olup 45 yaş ve üzeri olma, KVH açısından önemli risk faktörlerinden biridir (Dülek vd., 2018). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının 2017 yılı verilerine göre, diğer KVH risk faktörleri ile ilişki olmaksızın edinilen her bir yaş, koroner olay riskini kadınlarda %3,6, erkeklerde %3,9 oranında arttırmaktadır (Onat ve Can, 2017). Benzer şekilde, KAH risk faktörleri arasında ateroskleroz sürecine katkı sağlayan en etkili bağımsız risk faktörü yaştır (Buğan ve Çelik, 2014). Erkek bireylerde orantılı olarak her dekad (10 yıl) artışı KAH riski artışı ile sonuçlanmaktadır (Buğan ve Çelik, 2014). Yaşam boyunca alınan her bir yaş koroner kalp hastalığına (KKH) sahip olma riskini erkek bireylerde %3,9, kadın bireylerde %3,6 oranında arttırmaktadır (Güner ve Nural, 2020).

2.2.1.2. Cinsiyet

Koroner arter hastalığı, mortalite ve morbidite oranı genç erkek bireylerde genç kadın bireylere göre daha fazla iken, bu bireylerde yaş artış gösterdikçe mortalite ve morbidite oran farkı azalış göstermektedir (Gülel, 2012). Kadınlarda menopoz dönemi öncesi salgılanan koruyucu etkiye sahip östrojen hormonunun kan lipidlerine olumlu etkisi nedeniyle kadın bireylerde erkek bireylere göre KVH 7-10 yıl geç oluşmaktadır (Dülek vd., 2018). Birden fazla risk faktörüne sahip kadınlarda menopozla birlikte KKH riski artış göstermektedir (Greenland vd., 2010; Buğan ve Çelik, 2014).

2.2.1.3. Aile Öyküsü

Ailesinde KVH öyküsü bulunan bireyler KVH açısından risk altındadır. Erkek cinsiyete sahip birinci derece akrabalarda 55 yaş öncesi KVH'a sahip olunması ve kadın cinsiyete sahip birinci derece akrabalarda 65 yaş öncesi KVH'a sahip olunması aile öyküsü olarak tanımlanmaktadır (Dülek vd., 2018). Ailede KAH'a erken yaşta sahip olan birey sayısı artış gösterdikçe KVH riski de artmaktadır (Zengin, 2019).

2.2.2. Değiştirilebilir Etmenler

2.2.2.1. Sigara

Sigara, damarlarda endotel disfonksiyonu oluşturmaktadır. Kan basıncı artışı ve kalp hızında artmaya bağlı periferik vasküler direncini arttırmaktadır. Koroner arterlerde vazodilatasyonu azaltarak, pıhtılaşmayı arttırmaktadır (Dülek vd., 2018). Bununla birlikte sigara koagülasyon artışı ve endotel hasarı sonucu ateroskleroz sürecini hızlandırmaktadır (Dülek vd., 2018).

Tüketilen sigara miktarı artış gösterdikçe KVH riski de artmaktadır (Gülel, 2012; Dülek vd., 2018). Sigara tüketen bireylerde KAH oluşumu 2-3 katı kadar artmaktadır (Buğan ve Çelik, 2014). Bir günde tüketilen bir paket sigara hastalık riskini 2 kat arttırmaktadır. Sigara tüketimine bağlı akut miyokard infarktüsü (AMI) riski kadın bireylerde 4,7 kat, erkek bireylerde 2,7 kat artış göstermektedir (Buğan ve Çelik, 2014). Pasif içicilik olan sigara ürünlerine maruziyet de riski arttırmaktadır (Güner ve Nural, 2020).

2.2.2.2. Hipertansiyon

Ateroskleroza bağlı gelişen KVH'ın %35' i için kan basıncı artışı etkilidir (Buğan ve Çelik, 2014). Kan basıncı yüksekliği, endotel disfonksiyonuna bağlı damar hasarı oluşturmaktadır (Dülek vd., 2018). Avrupa ülkelerinde KVH risk faktörlerinin yönetimi ve tedavi hedeflerine ulaşılmasını değerlendiren Epidemiological study of European Cardiovascular Risk patients (EURIKA) çalışmasında, Türkiye'de araştırmaya dahil edilen bireylerde en sık karşılaşılan KVH risk faktörü hipertansiyon olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, hipertansiyonu olan toplam 5559 hastanın %94,2'si antihipertansif ilaç kullanmaktadır ve tedavi edilen hastaların sadece %38,8'i hedef kan basıncına ulaşmıştır. İlaç tedavisiyle kan basıncı kontrol altına alınan 2032

hipertansif hastanın ise %34,8'inin yüksek KVH riski altında olduğu belirtilmiştir (Banegas vd., 2011).

2.2.2.3. Diabetes Mellitus

Diyabet hastalarında ateroskleroz daha erken yaşta ve daha sık görölmektedir (Badır ve Demir Korkmaz, 2020). Glikolizasyon sonucu oluşan ürünler, endotel hücrelerinin ve düz kas hücrelerinin işlevlerini bozarak vasküler hasar oluşturmakta ve aterogenez oluşumunu hızlandırmaktadır (Gülel, 2012). Kandaki glikozillenmiş hemoglobin (HbA1C) değerinin yüksek olması, diyabetli asemptomatik bireylerde KVH riski ile ilişkilendirilmektedir (Greenland vd., 2010). DM, kadın bireylerde yaş artışı ve menopoz sürecine etki etmeksizin KAH oluşumunu tetiklemektedir (Güner ve Nural, 2020). Diyabet olmaksızın gelişen insülin direnci de ateroskleroz sürecini hızlandırmaktadır (Buğan ve elik, 2014).

2.2.2.4. Hiperlipidemi

Total kolestrol ve düşük yoğunluklu lipoprotein (low density lipoprotein/LDL) seviyesi kanda arttıka KVH oluşumu artmaktadır (Dülek vd., 2018). LDL kolestrol düzeyindeki düşüş, kardiyovasküler olay riskini %20 azaltabilmektedir (Güner ve Nural, 2020). Yüksek yoğunluklu lipoprotein (high density lipoprotein/HDL) düzeyindeki azalış ise erkek bireylerde KKH riskini %25 arttırabilmektedir (Onat ve Can, 2017). Total kolestrol/HDL kolestrol oranındaki her bir artış da, koroner olay ve ölüm riskini %30 arttırmaktadır (Onat ve Can, 2017).

2.2.2.5. Obezite

Literatürde obezite ile KVH'ın ciddi düzeyde ilişki içinde olduğu vurgulanmaktadır. Santral obezite, KVH için önemli risk faktörünü oluşurmaktadır. Bel çevresi ölçümü KVH riskini iyi düzeyde yansıtan bir kriterdir (Dülek vd., 2018). Kadın bireylerde bel çevresi değerinin 88 cm ve üzeri, erkek bireylerde bel çevresi değerinin 95 cm ve üzeri ölçümü abdominal obeziteyi tanımlamaktadır. Erkek bireylerde 12 cm bel çevresi artışı koroner olay riskini %44 arttırmaktadır (Onat ve Can, 2017).

2.2.2.6. Sedanter Yaşam

Kadın bireylerde fiziksel harekette azalma KKH'ye bağlı ölüm riskini 2,27 kat arttırmaktadır (Onat ve Can, 2017). Erkek hastalarda birinci derece (oturgan) fiziksel aktiviteye sahip bireyler, dördüncü derece (çok hareketli) fiziksel aktiviteye sahip

bireylere göre koroner olay açısından daha fazla risk altındadır (Onat ve Can, 2017). Bununla birlikte, düzenli yapılan fiziksel aktivite sayesinde, endotelial vazodilatasyon sağlanır, fibrinolitik aktivasyon oluşur, LDL kolestrol düzeyi azalır, HDL kolestrol düzeyi artar, kan basıncı ve bireyin kilosu kontrol altına alınır (Badır ve Demir Korkmaz, 2020). Haftalık orta derecede 150 dakika boyunca yapılan fiziksel aktivite, bireylerde KAH oluşumunu %30 oranında azaltmaktadır (Sakman, 2019).

2.3. Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörlerinden Korunmada Hemşirenin Rolü

Kardiyovasküler hastalıkların azaltılması ve önlenmesi günümüzün sağlık bakım ihtiyaçlarından biridir (Türkmen vd., 2012). Küresel sağlık sorunu olarak tanımlanan KVH'nın azaltılmasında ve önlenmesinde hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşireler KVH önleme ve kontrol sürecinde, eğitim, danışmanlık, bakımın koordinasyonunu sağlama gibi görevler üstlenmektedir (İngil ve Şendir, 2014).

Kardiyovasküler hastalıkların azaltılmasında etkili koruma programlarının temelinde, KVH'a yönelik risk faktörlerini sorgulama ve toplumun KVH hakkında bilgi düzeyini belirleme yer almaktadır (Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Kalp Hastalığı Korunma ve Tedavi Kılavuzu, 2002). Ne yazık ki, KVH olan bireylerin, KVH risk faktörleri bilgi düzeyinin tahmin edilen seviyeden daha düşük olduğu görülmektedir (Çakıroğlu, 2023). Bu nedenle KVH' a ilişkin farkındalık konusunda kanıta dayalı yaklaşımlar ile bireyleri harekete geçirme uygulamalarına ve KVH tanısı alan kişilerin oluşturulacak eğitim programları ile hastalığın etkili yönetimine ihtiyaç duyulmaktadır (Karatay vd., 2021).

Kardiyovasküler hastalıkların oluşumunda etkili olan risk faktörlerini içeren toplum bilgilendirme çalışmalarının dayanağını oluşturan eğitim stratejilerinin planlanmasında ve eğitim programlarının toplum üzerindeki etkisinin değerlendirilmesinde, öncelikle risk altında olan bireylerin bilgi gereksinimlerinin değerlendirilmesi gerekmektedir (Arıkan vd., 2009). Hemşireler, hastaların öykülerini alarak, fizik muayene yaparak ve hastalığa yönelik risk faktörlerine yönelik değerlendirme yaparak risk altındaki kişileri saptayabilir. Böylece hemşireler, hastalığa yönelik risk faktörlerini ortadan kaldırmak ve korumak amacıyla

danışmanlık rollerini yerine getirerek hastaların günlük yaşam biçimi ve davranışlarında değişiklik sağlayabilir (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2017).

Kardiyovasküler hastalıklar için, hastalık belirtilerinin olmadığı ama yüksek hastalık riskinin bulunduğu bireylerde yaşam biçimi değişikliğine gidilerek ve hastalığa ait risk faktörleri azaltılarak primer korunma sağlanmış olur (İnangil ve Şendir, 2014). Burada amaç hastalığın önlenmesi ya da hastalığın oluşumunun geciktirilmesidir (İnangil ve Şendir, 2014). Sigaranın bırakılması, düzenli fiziksel aktivitenin sağlanması, sağlıklı beslenme programlarının oluşturulması, vücut ağırlığı kontrolü ve kan basıncının düzenlenmesi primer korunma girişimlerini içermektedir (Türkmen vd., 2012). Koroner hastalık saptanarak tanı konulan kişilerde sekonder korunma ile ise hastalığın ileri düzeye gelmesinin önlenmesi amaçlanmaktadır (İnangil ve Şendir, 2014).

Hemşire, hastanın aile öyküsünü, yaşam biçimini, öz geçmişini ve sahip olduğu alışkanlıkları sorgulayarak öyküsünü alır, bel çevresi ve kan basıncını değerlendirerek fizik muayene yapar, kan kolesterol seviyesi, açlık kan glikozu gibi laboratuvar sonuçlarını değerlendirir, yüksek, orta, düşük risk grubuna göre KVH risk derecelendirmesini yapar, riskli hastayı tespit ederek KVH'dan korunmaya yönelik etkin hemşirelik programları oluşturur (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2017). KVH riskinin azaltılmasında multidisipliner ekip anlayışı içerisinde hemşirelerin liderliğinde korunma programları, tedavi ve bakımdan daha etkin sonuçlar vermektedir (İnangil ve Şendir, 2014).

2.4. Koroner Arter Hastalığı

Koroner arter hastalığı, miyokardın beslenmesini sağlayan koroner arterlerdeki kan akımının aterosklerotik plaklar nedeniyle tıkanması veya daralması sonucu, miyokarda olan kan akımının tam ya da kısmi olarak kesilmesine bağlı oluşan kardiyovasküler hastalıktır (Annaç, 2018). KAH, kronik KKH, kalbin yeterli kanı tüm vücuda pompalayamadığı ya da yetersiz pompalayabilmesi ile sonuçlanan KY, koroner arterlerde tam tıkanma sonucu görülebilen AMI ve ani ölüm şeklinde klinik olarak kendini gösterebilmektedir (Koplay ve Erol, 2013).

Kardiyovasküler hastalıklar içerisinde en sık KAH görülmektedir (Badır ve Demir Korkmaz, 2020). TEKHARF çalışmasının verilerine göre Türkiye'de tahminen 3,5 milyon KAH bulunmakta ve yılda 210 bin kişi kalp hastalığı nedeniyle hayatını

kaybetmektedir (Onat ve Can, 2017). 45-74 yaş arası 100.000 kişide KAH nedenli ölüm insidansı 630 kişidir (Badır ve Demir Korkmaz, 2020).

Sağlık Bakanlığı 2021 değerlendirmesinde KKH'ye sahip yetişkin bireylerin oranı %7,2'dir. Bu bireylerin cinsiyete göre oranları incelendiğinde %7,7'sini kadınlar, %6,6'sını erkekler oluşturmaktadır (Bora Başara vd., 2023). TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması 2022 Raporu'na göre ise KKH'ye sahip yetişkin bireylerin oranı %6,4'dür. Bu bireylerin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde kadınlar %7'sini, erkekler %5,8'ini oluşturmaktadır (TÜİK, 2023).

Koroner arter hastalığı anjina pektoris (AP) ve AMI olarak ikiye ayrılmaktadır.

2.4.1. Anjina Pectoris

Anjina pektoris (AP), miyokarda giden kan akımında azalmaya bağlı oluşan iskemi kaynaklı göğüs ağrısıdır (Badır ve Demir Korkmaz, 2020). Koroner arterlere olan kan akımının ve kalbe giden oksijenin azalması ile kendini göstermektedir (Güner ve Nural, 2020). Yaş arttıkça doğru orantılı olarak görülme prevalansı artmaktadır (Güner ve Nural, 2020).

Anjina pektoris, sadece sternumun alt bölgesinden hissedilebileceği gibi sternumun alt bölgesinden başlayarak çene, boyun, sol kol-omuz, sırt, serçe ve yüzük parmağa dağılan bir ağrı şeklinde olabilmektedir. Aşırı egzersiz, aşırı soğuk ya da sıcak maruziyet, aşırı stres, ağır yemeklerden oluşan bir öğün, ağrının başlamasında etkili faktörlerdir (Badır ve Demir Korkmaz, 2020).

Anjina pektorisin klinik şekilleri; stabil AP, unstabil AP, varyant/prinzmetal AP olarak 3'e ayrılmaktadır (Badır ve Demir Korkmaz, 2020). Stabil AP, genellikle substernal bölgede 3-15 dakika arası süren dinlenme veya sublingual nitrogliserin kullanımı ile geçen ağrı olarak değerlendirilmektedir. Unstabil AP, dinlenme veya nitrogliserin kullanımı ile geçmeyen daha şiddetli ağrı olarak değerlendirilir. Varyant/prinzmetal AP'de ağrı istirahat sırasında başlamaktadır. Genellikle hastalar uykuda iken ortaya çıkmaktadır. Tipik özelliği hızlı artan ağrı şiddetidir (Güner ve Nural, 2020).

2.4.2. Akut Miyokard İnfarktüsü

Miyokarda olan azalmış kan akımı sonucu miyokardın hücresel ölümü ile AMI oluşur (Badır ve Demir Korkmaz, 2020). Böyle bir durumda elektrokardiyografi (EKG) incelemesinde ST yükselmesi olmayıp biyokimyasal belirteçlerde artış olması non-ST

segment elevasyonlu miyokard infarktüsü (NSTEMI) olarak adlandırılmaktadır (Türen ve Efil, 2014). ST yükselmesi olup, koroner arterlerdeki trombüs tamamen tıkaçıcı ise ST elevasyonlu infarktüs (STEMI) olarak adlandırılmaktadır (Türen ve Efil, 2014).

Akut miyokard infarktüsü, 20-60 dakika aralığında gerçekleşir. Oksijen tüketimi ve kollateral dolaşımda yetersizlik yoksa infarkt oluşumu 2-6 saate uzayabilir. İnfarkt sonucu hasar, en iç tabaka olan endokarddan başlayarak tüm miyokarda yayılış gösterir (Badır ve Demir Korkmaz, 2020).

Akut miyokard infarktüsünde de ağrının yeri ve yayılım alanı sadece sternumun arka bölgesinde olabileceği gibi sternumun arka bölgesinden başlayarak çene, boyun, sol kol-omuz, sırt, epigastrik bölgeye de yayılım gösterebilir. Ağrının niteliği hastalar tarafından batıcı, baskılayıcı, yanıcı, sıkıştırıcı ve ezici şeklinde tarif edilebilir. Ağrının şiddeti, palpe etme ile azalış ya da artış göstermez. Ağrının şiddeti, saatlerin ilerlemesiyle artar ve saatlerce sürebilir. Dinlenme ve nitrogliserin alımı ile ağrı geçmez (Badır ve Demir Korkmaz, 2020). Hastalarda ölüm korkusu hakimdir (Türen ve Efil, 2014).

2.5. Koroner Arter Hastalığı Etiyolojisi

Koroner arter hastalığının etiyolojisinde kalbin epikardiyal bölgesinde bulunan koroner arterlerin spazmı ve mikrovasküler işlevlerin bozukluğu yer almaktadır (Ueng vd., 2023). KAH'nın oluşumunda etkili risk faktörleri etiyojijiyi oluşturmaktadır (Güner ve Nural, 2020). KAH oluşumunda etkili risk etmenleri, değiştirilebilen ve değiştirilemeyen faktörler olarak incelenmektedir. Sigara içiciliği ve tütün dumanına maruz kalma, alkol kullanımı, obezite, DM, HT, fazla strese maruz kalma, yağdan zengin beslenme, kan kolestrol seviyelerinin normal sınırlardan yüksek olması değiştirilebilir risk faktörlerini oluşturmaktadır. Ailesinde KAH öyküsünün bulunması, erkek cinsiyete sahip olmak, erkek bireylerde 45 yaş ve üzeri, kadın bireylerde 55 yaş ve üzeri olmak, menopoz sürecine erken girmek değiştirilemeyen risk faktörlerini oluşturmaktadır (Güner ve Nural, 2020; Yıldırım, 2022).

2.6. Koroner Arter Hastalıklarında Risk Grupları

2.6.1. Yüksek Derece Risk Grubu

Yüksek riske sahip bireylerde on sene içerisinde hastalık gelişme olasılığı %20'den fazladır. Hastalığa ait risk etmenlerine en çok müdahale edilmesi gereken klinik gruptur (Buğan ve Çelik, 2014).

2.6.2. Orta Derece Risk Grubu

Orta derece riske sahip bireylerde KAH oluşmamıştır. Üç ya da daha fazla KAH risk faktörü olan bireyler bu grubu oluşturmaktadır. Bu gruptaki bireylerde on sene içerisinde hastalık gelişme olasılığı %10-20 kadardır. Yüksek derece risk grubunda olmayan metabolik sendromlu bireylerde bu gruptadır (Buğan ve Çelik, 2014).

2.6.3. Düşük Derece Risk Grubu

Koroner arter hastalığı risk faktörüne sahip olmayan ya da en çok iki KAH risk faktörüne sahip bireyler düşük derece risk grubunu oluşturmaktadır. Düşük riske sahip bireylerde on sene içerisinde hastalık gelişme riski %10'dan azdır (Buğan ve Çelik, 2014).

2.7. Koroner Arter Hastalığı Patofizyolojisi

Koroner arterler, en dışta tunika adventisya, ortada tunika media ve en içte tunika intima tabakalarını içermektedir (Yıldırım, 2022). En iç tabaka olan tunika intimada yağ hücrelerinin birikimi sonucu KAH'ın temel mekanizması olan ateroskleroz başlamaktadır (Badır ve Demir Korkmaz, 2020). Ayrıca lipit birikimi haricinde KAH'ın oluşumunda etkili risk faktörlerinin enflamatuvar yanıt oluşturması ile endotel hasarı nedeniyle trombosit birikimi, enflamasyon ve vazokonstriksiyon sonucu da ateroskleroz başlamaktadır (Koplay ve Erol, 2013). Monositler endotel tabakasına bağlanarak aktifleşir ve subendotelyal tabakaya geçer (Badır ve Demir Korkmaz, 2020; Yıldırım, 2022). LDL kolesterol ise endotel tabakasının alt yüzeyine geçmesi sonucu okside LDL'ye dönüşür ve süreç başlar (Badır ve Demir Korkmaz, 2020). Monositler, okside LDL ile bir araya gelerek köpük hücrelerini oluşturmaktadır (Yıldırım, 2022). Makroskopik olarak incelendiğinde yağ hücreleri içermesi nedeniyle yağlı çizgiler içeren görünüm oluşur (Badır ve Demir Korkmaz, 2020). Tunika mediada yer alan düz kas hücrelerinin iç tabaka olan tunika intimaya geçiş yapması sonucu yağ çizgilerini kaplayan fibröz plakları meydana gelir (Yıldırım, 2022).

Aterosklerozun akut belirtilerinin en önemli nedeni rüptüre etme olasılığı yüksek olan unstable ateroskleroz plaklardır (Koplay ve Erol, 2013).

2.8. Koroner Arter Hastalığı Belirti ve Bulgular

Koroner arter hastalığı yavaş bir şekilde ilerlemektedir, bu nedenle belirtiler ileri evrede oluşmaktadır (Güner ve Nural, 2020). Kollerel dolaşım yeterli ise hastalık genellikle belirti vermemektedir. Belirti veren hastalarda yaşam süresi bir dakika ve 10 sene arasında değişmekle birlikte ortalama 10-12 sene kadardır (Koplay ve Erol, 2013).

Koroner arter hastalığının belirti-bulguları koroner arterlerin lümeninde oluşan daralmanın derecesine ve bölgesel lokalizasyonuna göre değişmektedir (Badır ve Demir Korkmaz, 2020).

Koroner arterlerde plak oluşumuyla birlikte tıkanmaya bağlı olarak, kalbin oksijenlenmesini sağlayan miyokardın oksijenle beslenememesi sonucu laktik asit birikimi olmaktadır. Laktik asit nedeniyle miyokarddaki alıcıların uyarılmasıyla sternumun orta bölgesinde batıcı, yanıcı ve sıkıştırıcı tarzda iskemik göğüs ağrısı görülmektedir (Yıldırım, 2022). Hastada; halsizlik, baygınlık hissi, nefes almada güçlük çekme, anksiyete, bulantı, kusma, terleme, senkop, ciltte solukluk ve soğukluk, ölüm korkusu görülebilmektedir (Türen ve Efil, 2014; Yıldırım, 2022).

Koroner arter hastalığının miyokard iskemisinde görülebilecek EKG bulguları T dalgasının inversiyonu ve ST segmentinin yükselmesi veya çökmesidir (Badır ve Demir Korkmaz, 2020). AMI'da erken dönemde T dalgasında oluşan yükselme ile hiperakut dönem oluşmaktadır. Bu dönemden sonra koroner arterlerde oluşan hasar ile birlikte S-T segmenti yükselir, oluşan infarkt ile birlikte EKG'de patolojik Q dalgaları oluşur (Badır ve Demir Korkmaz, 2020). Özgüllüğü %100'e kadar ulaşabilen Troponin I ve Troponin T değerlerinin ilk 12 saatte en yüksek düzeye çıkması AMI'yı düşündürücü bulgular arasındadır (Badır ve Demir Korkmaz, 2020).

2.9. Koroner Arter Hastalığında Tedavi

Koroner arter hastalığı semptomlarına sahip bütün hastalara başlangıçtan itibaren 12 saat içinde reperfüzyon tedavisi uygulanmalıdır. Tedaviye erken başlanırsa nekroz alanı küçük olup, sol ventrikülün işlevleri korunmaktadır. Primer perkütan transluminal koroner anjiyoplasti (PPTKA), kapı-balon zamanı adı verilen 90 dakikalık zaman aralığında uygulanmalıdır. Reperfüzyon tedavisini perkütan koroner

girişim (PKG), koroner arter bypass greft (CABG) ve trombolitik tedavi oluşturmaktadır (Türen ve Efil, 2014).

2.9.1. Perkütan Koroner Girişim

Koroner arterlere kontrast maddenin verilmesi ile görüntüleme işlemi yapılır, floroskopi ile aterosklerotik plaklar saptanır. Aterosklerotik plağın parçalanması amacıyla kateter balonu şişirilip indirilerek plağa basınç uygulanır. Plak nedeniyle tıkanmış damardan kan akımı tekrar sağlanana kadar balon yardımıyla basınç uygulamasına devam edilir (Badır ve Demir Korkmaz, 2020). Radial, femoral yada brakial arterden yapılan girişim sadece balonla uygulanabilirken, stent konularak da yapılabilir (Çıracı, 2019).

Perkütan koroner girişim; primer PKG, kolaylaştırılmış PKG, kurtarıcı PKG olmak üzere 3'e ayrılmaktadır. Primer PKG, girişim öncesi ya da girişim ile beraber fibrinolitik tedavi olmaksızın yapılan stentleme veya anjiyoplasti işlemidir (Yüksel ve Şahin, 2013). Kolaylaştırılmış PKG, girişime bağlı olan gecikmeyi en aza indirmek amacıyla planlanmış girişim öncesi reperfüzyon tedavisinde farmakolojik ajanların kullanılmasıdır (Yüksel ve Şahin, 2013). Kurtarıcı PKG, reperfüzyon sağlanamamış başarısız fibrinolitik tedavi sonucu tıkalı koroner artere girişim yapılmasıdır (Yüksel ve Şahin, 2013).

2.9.2. Koroner Arter Bypass Greft

Ateroskleroz sonucu kanlanamayan miyokardın hastanın arter veya veninden damar alınarak yapılan, perfüzyonlanmayı sağlayan greft işlemidir (Üstündağ ve Eti Aslan, 2011). Tıkanıklığın bulunduğu konumun ilerisine anastomoz yapılmak üzere kol yada bacadan ven alınmaktadır. En çok kullanılan venler; bazilik ve sefalik ven, büyük ve küçük safen vendir (Badır ve Demir Korkmaz, 2020). Bypass'da postoperatif hemşirelik bakımının temel amacı; bireyin iyileşmesini sağlamak, oluşabilecek komplikasyonları önlemek, bireyin yaşam kalitesini arttırmaktır (Üstündağ ve Eti Aslan, 2011). Bypass sonrası hastaların en çok ihtiyaç duyduğu eğitim konuları şunlardır: İlaç tedavisi ve oluşabilecek komplikasyonlar, beslenme, fiziksel hareket, banyo, uyku gibi günlük yaşam faaliyetleri, yapabilecekleri sosyal aktiviteler ve yara bakımındır (Demirkıran ve Uzun, 2012).

2.9.3. Trombolitik Tedavi

İnfarktın sorumlu koroner arterdeki trombusu eriterek kan akımının tekrar sağlanması, infarktın aynı sınırlar içerisinde kalmasını sağlamak, sol ventrikülün fonksiyonlarını düzeltmek amacıyla streptokinaz veya alteplase uygulanmasıdır (Badır ve Demir Korkmaz, 2020). Tedavideki temel amaç, plazminojeni plazmine dönüştürerek koroner arterlerdeki tıkanmayı sağlayan trombusu eriterek reperfüzyonu tekrar sağlayabilmek ve iskemik hale gelen miyokardı kurtarabilmektir. STEMI'lı hastalara semptomların başlangıcından itibaren 12 saat içerisinde herhangi bir kontrendikasyon içermiyorsa trombolitik tedavi uygulanmalıdır. Başarılı uygulanan trombolitik tedavi ile mortalite azalmaktadır (Serdar vd., 2001).

2.9.4. Farmakolojik Tedavi

2.9.4.1. Antitrombositer İlaçlar: Kararlı AP'e sahip olan hastalarda trombozu önlemek amacıyla antitrombositer ilaçlar kullanılmaktadır (Durusoy vd., 2010).

a) Antiplatelet Tedavi: Tedavide amaç, plateletlerin aktive olmasını ve kümeleşmesini önlemektir (Aydoğdu, 2015). Hastada oluşabilecek kanama riski göz önüne alınarak antiplatelet seçimi yapılmalıdır (Byrne vd., 2023). Prasugrel kullananlarda klopidogrel kullanan bireylere göre majör kanama riski daha yüksektir. Prasugrel'in, inme hikayesi olan bireylerde, 75 yaş üzeri hastalarda ve 60 kg'dan az vücut ağırlığına sahip bireylerde kullanımı önerilmemektedir (Aydoğdu, 2015). Antiplatelet tedavisini aspirin ve oral P₂Y₁₂ inhibitörleri oluşturmaktadır.

Aspirin, tromboksan üretimini inhibe ederek etki göstermektedir (Knuuti vd., 2020). Aspirin tedavisine en kısa sürede, 150-300 mg yükleme dozu ile başlanarak günde bir kez olmak üzere 75-100 mg idame dozu ile devamlılığı sağlanmalıdır (Byrne vd., 2023). Yüksek dozda aspirin kullanımı sonucu gastrointestinal yan etkiler oluşabilmektedir (Knuuti vd., 2020).

Oral P₂Y₁₂ inhibitörleri, trombosit oluşumu ve aktivasyonunu sağlayan P₂Y₁₂ reseptörünü bloke ederek etki göstermektedir. Prasugrel, klopidogrelle kıyasla daha hızlı ve daha büyük antiplatelet etkiye sahiptir (Knuuti vd., 2020). Ancak Prasugrel, vücut ağırlığı 60 kg'dan az olan hastalarda kanama riskinin artması nedeniyle kontrendikedir (Perdoncin ve Duvernoy, 2017).

b)Antikoagülan İlaçlar: Trombinin etkisini ve oluşumunu engelleyerek arteriyel trombotik olay oluşma riskini azaltmaktadır (Knuuti vd., 2020). Atriyal fibrilasyon da dahil olmak üzere spesifik durumlar dışında kararlı AP hastalarında kullanımı kontrendikedir (Durusoy vd., 2010).

2.9.4.2. Statinler ve Lipit Düşürücü İlaçlar: Statin tedavisindeki amaç, LDL-kolesterolü başlangıç düzeyine göre en az %50 oranında düşürmektir. KAH'a sahip bireylerin kardiyovasküler olaylar açısından çok yüksek risk altında olduğu kabul edilerek LDL-kolesterol düzeylerine bakılmaksızın statin tedavisi düşünülmelidir (Knuuti vd., 2020). KAH'a sahip bireylerde günde 80 mg olarak yüksek doz alınan atorvastatinin, günde 10 mg olarak düşük doz alınan atorvastatine göre kardiyovasküler olay görülme riskini azalttığı bulunmuştur (Durusoy vd., 2010).

2.9.4.3. Beta blokerler: Miyokardın kontraksiyonunu, kalp hızını ve kan basıncını azaltarak miyokardın oksijen ihtiyacını azaltır; diyastolik doluş süresini arttırarak kalbin perfüzyonunu arttırır (Tekin ve Tekin, 2015). MI geçirmiş hastalarda beta bloker tedavisinin etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada, yalnızca MI'yi takip eden ilk yıl içerisinde kullanımının mortalite düşüklüğü ile ilişkisi tespit edilmiştir (Sorbets vd., 2019).

2.9.4.4. Kalsiyum Kanal Blokerleri: Koroner arterlerde düz kaslarda vazodilatasyon, arteriyel dilatasyon, miyokardın kontraktilesinde azalma sonucu oksijen ihtiyacında azalma sağlar (Tekin ve Tekin, 2015; Kalyoncuoğlu vd., 2017). Koroner sendromlu hastalar üzerinde kalsiyum kanal blokeri kullanımının mortalite ve morbiditeyi azaltıcı bir etkisi bulunmamaktadır (Knuuti vd., 2020).

2.9.4.5. Nitratlar: Antiiskemik ve analjezik etkiye sahiptir (Durusoy vd., 2010). Hastada oluşan anjina başlangıcı itibariyle otururma pozisyonuna alınarak nitrogliserin alımı sağlanmalıdır (Knuuti vd., 2020).

2.10. Koroner Arter Hastalığında Hemşirelik Bakımı

Kronik hastalığa sahip bireylerde, kronik hastalıkların etkili yönetimini sağlama, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını oluşturma, bakım verme, danışmanlık sağlama, süreci takip etme ve değişimi sağlama gibi konularda hemşireler bakım verici, eğitici, araştırmacı, yönetici, rehabilite edici, tedavi edici, danışmanlık rollerini yerine getirmelidir (Bektaş Akpınar ve Aşkın Ceran, 2019). Hemşireler, "bakım lideri" olarak hasta ve ailesinin bakıma aktif katılımını sağlamakta, bakımın koordinasyonunu

sürdürmekte, oluşabilecek sorunların erken tespit edilmesini kolaylaştırmaktadır (İnangil ve Şendir, 2014).

Hemşireler, KAH'a sahip bireylerde detaylı bir biçimde anamnez almalı, fizik muayene yapmalı, tanı yöntemlerinin sonucunda bireyin öncelikli ihtiyaçlarına göre hemşirelik tanımlarını belirlemelidir (Satıcı, 2022). Genel olarak KAH'da hemşirelik yaklaşımları şunlardır:

- Göğüs ağrısına sahip hastalara, değerlendirme yapabilmek için ilk tıbbi temastan sonraki 10 dakika içinde EKG çekilmelidir (Atwood, 2022). Hastaların 24 saat monitörizasyonu sağlanmalı, sinüs ritmi devam ettirilmeli, bu ritim haricinde bir ritim ile karşılaşılması durumunda EKG ile tanılması yapılarak hekime bilgi verilmelidir (Sevinç, 2016). Akut koroner sendromda (AKS) ventriküler aritmiler yüksek mortalite riski taşımaktadır. Elektrolit bozukluklarının aritmilerle ilişkili olması nedeniyle hedef potasyum düzeyi 4,0 mEq/L ve hedef magnezyum düzeyi 2,0 mEq/L olarak belirlenmelidir (Atwood, 2022).
- Hastalarda iskemiye bağlı kalp debisinde azalma olabileceğinden kan basıncı, kalp ritmi, solunum, idrar çıkışı, nabız dolgunluğu, kapiller dolum, vücut ısısı açısından hasta değerlendirilir, diyetle sodyum kısıtlaması uygulanır, enerji tüketimini en aza indirebilmek amacıyla yatak istirahati uygulanır (Canlı Özer ve Demir, 2012).
- İskemik ağrı ve anksiyete nedeniyle miyokardın oksijen gereksinimi artmaktadır. Nitrogliserin uygulaması kalbin ön ve ard yükünü azaltarak iskeminin belirtilerini azaltmaktadır (Atwood, 2022). Nitrogliserin tedavisi ortostatik hipotansiyona yol açabileceği için hastada düşme riskine yönelik önlemler oluşturulmalıdır (Canlı Özer ve Demir, 2012).
- Miyokardın yükünü azaltmak için hasta semifowler pozisyonuna alınarak yatak istirahati oluşturulmalıdır. Miyokardın pompalama kapasitesindeki azalma nedeni solunumsal sorunlar oluşabileceğinden oksijen saturasyonuna göre hastalara oksijen desteğine başlanabilir (Canlı Özer ve Demir, 2012).
- İskemiye bağlı oluşan ağrıya yönelik; ağrının niteliği, ne kadar süredir hissedildiği, şiddeti, arttıran ve azaltan faktörler belirlenmelidir, hekim istemine göre nitrogliserin ya da morfin tedavisi uygulanmalıdır (Sevinç, 2016).

- Hastalarda kardiyak outputtaki azalmaya bağlı aktivite intoleransı oluşabilir. Hastalara yaşam aktivitelerinde yardımcı olunmalı, işlem sonrası komplikasyon gelişmeyen hastalarda yatak içi erken mobilizasyon sağlanmalıdır (Sevinç, 2016).
- Hastalarda ölüm korkusuna bağlı anksiyete gelişebilir. Anksiyete belirtileri açısından hasta gözlemlenmeli, kurulan iletişim artırılmalı, bakıma aktif katılım sağlanmalıdır (Canlı Özer ve Demir, 2012; Sevinç, 2016).
- Trombolitik tedaviye bağlı gelişebilecek kanama riskine karşı; hastanın nabız-kan basıncı takibi yapılarak normal değerler arasında tutulmalı, sekresyonlarında ve vücut çıktılarında kanama takibi yapılmalı, derinin rengi gözlemlenmeli, bilinç takibi yapılmalı, baş ağrısı, hematoma, bulantı, baş dönmesi gibi kanamaya yönelik belirtiler açısından hasta takip edilmelidir (Sevinç, 2016).
- Hastalarda taburculuk öncesi sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleri oluşturmak amacıyla eğitim verilmelidir. Risk faktörlerinin kontrolü, egzersiz programı, beslenme programı, stres yönetimi gibi konularda danışmanlık sağlanmalıdır (Sevinç, 2016).

2.11. Koroner Arter Hastalığında İlaç Tedavisine Uyum

İlaç tedavisine uyum, hastanın reçete edildiği şekilde almış olduğu ilaçların yüzdesi veya kullanmış olduğu ilaçları bırakmadan önce, aralıklı da olsa, hastanın reçeteli ilaçlarını kullanım süresi olarak tanımlanabilir (Kronish ve Ye, 2013). Hastaların ilaçlarına uyumu, genel anlamda sağlık davranışının belirteci olarak kabul edilmektedir (Bulut vd., 2020). İlaç tedavisine uyumsuzluk, mortalite ve morbidite oranlarında artma, yaşam kalitesinde azalma, sağlık bakım maliyetlerinde artma ve hastaneye yatış oranlarında artma ile sonuçlanmaktadır (Avcı vd., 2020).

Koroner arter hastalarının ilaç tedavisini, kendi kendine yönetmesi önemlidir (Nurmeksela vd., 2021). KAH'a sahip bireylerin konulan tanı sonrası uyumları zaman içerisinde azalmaktadır (Büber ve Sevgican, 2022). PKG uygulanan KAH olan bireylerle yapılan bir çalışmada, araştırmaya katılım sağlayan bireylerin ilaca uyumlarının orta seviyede olduğu bulunmakla birlikte, PKG sonrası aradan geçen zamanın fazla olmasının ilaca uyum düzeyini azalttığı; sağlık kontrollerine düzenli gelmenin ilaç tedavisine uyum düzeyini arttırdığı bulunmuştur (Karabulut ve Gün, 2019). KAH'a sahip bireylerin medikal tedaviye uyumlarının incelenmiş olduğu başka bir çalışmada, PKG uygulamasının hastaların tedaviye göstermiş olduğu uyumu

azalttığı bulunmuştur (Büber ve Sevgican, 2022). Literatürde, koroner stent sonrası bireyler kendilerini sağlıklı hissederek tedavilerinin bittiği düşüncesine girerek kendilerine reçete edilmiş ilaçları kullanmayı aksatabileceği belirtilmiştir (Mertcan, 2020).

Koroner arter hastalığına sahip bireylerin hastalığa eşlik eden diğer hastalıklara sahip olması sonucu çoklu ilaç kullanımı ile birlikte hastalığın yönetiminde ilaç tedavisine gösterilen uyum önem arz etmektedir (Bulut vd., 2020). KAH'a bağlı oluşan mortalite ve morbiditenin azaltılmasında bireyin tedaviye göstermiş olduğu uyumu etkileyen faktörler önemlidir (Bulut vd., 2020). Bu faktörler bireysel ve hastalığa özgü olabilmektedir.

2.11.1. İlaç Tedavisine Uyumsuzluğun Nedenleri

- Hastaların ilaçlar hakkında sahip olduğu olumsuz inançlar,
- Hastaların ilaçların riskleri ve yararları hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması,
- Bilişsel ve psikolojik bozukluğa sahip hastalarda ilaç rejiminin uzun ve karmaşık gelmesi,
- Sosyal destek eksikliği,
- İlaç ödemelerinin yüksek maliyetli olması, ilaçlara erişimde zorluk yaşanması,
- Bazı hastaların bakıma erişiminin zayıf olması,
- Randevularda danışmanlık sağlanması için yeterli vaktin olmaması (Kronish ve Ye, 2013),
- Hastanın ilaç tedavisi ile ilgili almış olduğu kararların göz önüne alınmaması,
- Hastanın yapmak istediği davranışları ve sahip olduğu yaşam biçimini engellemesi,
- Sağlık personelinin destekleyici ve etkin iletişim kuramaması,
- Demografik nedenler (genç yaş, erkek cinsiyet, eğitim seviyesinin düşük olması, ekonomik durumun kötü olması) (Gülseven ve Oğuz, 2020).

Kardiyovasküler hastalığa sahip bireylerin yarıya yakınının reçete edilen ilaçlara uyumu düşük düzeydedir (Kronish ve Ye, 2013). KVH'a sahip bireylerin ilaç tedavisine uyumlarını arttırmak, sağlık bakım hizmetlerine harcanan maliyeti azaltarak sağlık sonuçlarını iyileştirmektedir (Kronish ve Ye, 2013). İlaç tedavisine uyum, aynı

zamanda, hastalığın prognozu açısından da önemlidir (Avcı vd., 2020). KVH'a sahip bireylere sağlık profesyonelleri tarafından ilaç kullanım amaçları ve ilaç yan etkileri, hastalık semptomlarının izlemi ve yönetimi gibi hastaların bakım ve yönetim davranışlarını arttırmaya yönelik danışmanlık hizmeti verilmelidir (Avcı vd., 2020). Sharma ve arkadaşlarının (2016) yapmış olduğu çalışmada, hastaların KAH ilaç tedavisi (antitrombositler, beta blokerler, renin-anjiyotensin sistemi blokerleri ve statinler gibi ilaçlar) ve sağlıklı yaşam tarzına uyumlarını iyileştirebilmek için sağlık çalışanlarının yararlılığı değerlendirilmiştir. 100 AKS hastasına eğitim verilmiş, hastalar 24 ay boyunca takip edilmiştir. Hastaların ortalama sistolik kan basıncı, kalp hızı, beden kitle indeksi (BKİ), bel/kalça oranı, toplam kolesterol, trigliserit ve LDL kolesterol düzeyi anlamlı derecede düşük bulunmuş, kullanmış olduğu ilaçlara ve sağlıklı yaşam biçimine göstermiş oldukları uyumları artmıştır (Sharma vd., 2016).

2.11.2. İlaç Uyumunu Geliştirmeye Yönelik Yaklaşımlar

- Bilgi gereksiniminin değerlendirilmesi,
- Eğitim ve danışmanlık verilmesi (işbirliğine dayalı bakım yaklaşımı, motivasyonel görüşme),
- İlaç düzenleyici kutuların kullanılması,
- Hasta merkezli iletişim kurulması,
- Hastaların ilaçlara alışkanlık göstermesini sağlamak amacıyla sağlıklı davranış danışmanlığı verilmesi,
- Telefon, e posta ya da ilaç hatırlatıcı uygulamalar ile hatırlatmaların sağlanması,
- Psikiyatrik bakım sağlanması,
- İlaç alımına yönelik mali teşvik sağlanması,
- Randevularda danışmanlık için sağlık profesyonelleri ile iş birliği yapılarak yeterli zamanın oluşturulmasıdır (Kronish ve Ye, 2013).

2.12. Koroner Arter Hastalığında İlaç Tedavisine Uyumda Hemşirenin Rolü

İlaç tedavisine uyumda hemşirenin en önemli rolleri eğitim ve danışmanlık yapmaktır. Hemşireler tedavi konusunda hastaları bilgilendirerek onların kararlara aktif katılımını sağlamalıdır (Çakır, 2016). Hemşireler, hastalara ilaçlarını düzenli almanın önemini, kullandığı ilaçların miktarını, dozunu, yan etkilerini, diğer ilaçlarla etkileşimlerini içeren basit, hastaların anlayabileceği, yazılı ve görsel araçlarla desteklenmiş bireye

özel eğitim programları düzenlemelidir (Avcı vd., 2020). Saki ve arkadaşlarının (2022) KAH olan bireylerde hasta merkezli eğitimin tedaviye uyum üzerine etkisini incelenmiş olduğu bir çalışmada, yedi ay süren hasta merkezli eğitim sonrası hastaların tedaviye uyumunda artış bulunmuştur. Çalışma sonucunda hasta merkezli eğitim, tedaviye uyumu arttırmada düşük maliyetli, basit ve etkili bir teknik olarak önerilmektedir (Saki vd., 2022).

Hasta eğitiminde, ilaçların yan etkileri konusunda başa çıkma yöntemleri hakkında da bilgilendirme yapılmalıdır. Antitrombositlerin kanama riskine neden olduğu, bu nedenle travmalardan kendini koruması gerektiği, vücut çıktılarında kan varlığını değerlendirmesi gerektiği ve muayeneye gittiğinde antitrombosit ve antiplatelet kullandığını hekime söylemesi gerektiği konusunda hasta bilgilendirilmelidir. Kalsiyum kanal blokerleri ve beta blokerlerin kullanımında kalp hızı değerlendirilerek kalp hızının dakikada 50-55 olduğu zamanlarda sağlık profesyoneline haber vermesi konusunda hasta bilgilendirilmelidir (Yıldırım, 2022).

2.13. Koroner Arter Hastalığından Korunmada Hemşirenin Rolü

Koroner arter hastalıklarının önlenmesi ve azaltılabilmesi ile ilgili çalışmaların %45'i sağlık bakım ekibinin üyesi olan hemşireler liderliğinde yürütülmektedir (İngil ve Şendir, 2014). KAH olan bireylerde, hastalığın yaşam boyu yönetimi konusunda sorumluluk alabilmeleri için destek ve danışmanlık almaları önemlidir (Nurmeksela vd., 2021). Bunun için öncelikli olarak KAH'ın etkili yönetiminde kardiyak rehabilitasyon, obezite ve diyabet yönetimi eğitimi, sigara bırakma gibi konularda etkin hemşireler yetiştirilmesi gerekmektedir (Türkmen vd., 2012). Sağlık kuruluşları, KAH'a sahip bireylere yönelik hemşirelerin liderliğinde yürütülecek danışmanlık hizmetlerinin geliştirilmesi yönünde yatırım yapmalıdır (Nurmeksela vd., 2021). Nurmeksela ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada hemşire liderliğinde danışmanlık hizmeti alan KAH'a sahip bireylerin sahip olduğu KVH risk faktörleri düzeyinde azalma olduğu bulunmuştur. Hastaların bir yıllık takip sonucu total kolesterol ve trigliserit değerlerinde düzelme, bel çevresinde azalma olduğu tespit edilmiştir (Nurmeksela vd., 2021).

Koroner arter hastalığından korunmada hemşirelerin almış olduğu primer ve sekonder önlemler, önemli kanıtlar oluşturmaktadır (Türkmen vd., 2012). Tütün ürünlerinin kullanımının bırakılması, diyetle sebze ve meyve tüketiminin artırılması, fiziksel

aktivitenin artırılması, vücut ağırlığı ve kan basıncının kontrolünün sağlanması, kan şekerinin kontrolünün sağlanması, kan lipidlerini düşürücü tıbbi tedavinin uygulanması, aspirin tedavisinin uygulanması gibi girişimler DSÖ'nün KVH'ı önlemek için yayınlamış olduğu primer önlemleri içermektedir (WHO, 2007). KAH'da yüksek riske sahip bireyler ve hastalığın tedavisinden üst düzey yarar sağlanabilecek bireylerin saptanmasındaki zorluklar nedeniyle primer korunmanın sağlanması, sekonder korunmaya göre daha zordur (İnangil ve Şendir, 2014). KAH'da değiştirilebilen risk etmenlerinin ortadan kaldırılması, yaşam tarzı değişikliği ve profilaktik ilaç tedavisi sekonder korunmanın temelini oluşturmaktadır (Demircan, 2012). Yeni oluşabilecek KVH riskini en aza indirebilmek için antikoagülan ve antiplatelet ilaç tedavisinin uygulanması önemlidir (Demircan, 2012). DM'ye sahip bireylerde hastalık yönetimi, renin-anjiyotensin-aldosteron sistem blokerleri ve beta bloker ilaçların tıbbi tedavide kullanılması, influenza aşısının yaptırılması gibi girişimler Amerikan Kalp Birliği (American Heart Association (AHA))'nin KVH için yayınlamış olduğu diğer sekonder önlemleri içermektedir (Smith vd., 2006). Sevinç ve Eşer (2011)'in MI geçirmiş bireylerin sekonder korumaya yönelik uygulamalarını belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada; bireylerin sekonder korunma uygulamalarının yetersiz olduğu, sekonder korunmaya yönelik eğitim gereksinimlerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Sevinç ve Eşer, 2011).

Koroner arter hastalığından korunmada hemşireler, öncelikle hastada sigara kullanımı varsa, tütün kullanımının zararları anlatılarak sigara içme alışkanlığından vazgeçirmeyi sağlamalıdır. Hastanın beslenme içeriği değerlendirilerek gün içerisinde iki-üç porsiyon olmak üzere meyve ve sebze tüketilmelidir. Bireyin hastalığı nedeniyle egzersiz yapamamasına neden olabilecek durumlar sorgulanarak fiziksel aktivite kapasitesi değerlendirilmelidir. Egzersiz yapmaya herhangi bir engel yoksa düzenli fiziksel aktivite önerilmelidir. Obeziteye sahip hastalarda vücut ağırlığının kontrolü sağlanmalıdır. Dislipidemiye sahip hastalarda statinlerin düzenli kullanımı sağlanmalıdır. HT'ye sahip bireylerde düzenli kan basıncı kontrolü yapılmalıdır (Yıldırım, 2022). Ayrıca hemşireler, hastaya kazandırılan becerilerin ve davranış değişikliklerinin yaşamındaki etkilerini değerlendirmelidir (İnangil ve Şendir, 2014).

2.14. Sağlık Algısı

Sağlık algısı, bireyin sağlığını kendisinin değerlendirmesidir (Yalnızoğlu Çaka vd., 2017). Sağlık algısı, boyut olarak objektif ve subjektif boyutları içermektedir. Bir kişinin sağlıklı olarak nitelendirilebilmesi için kişinin kendisini subjektif boyutta sağlıklı olarak hissetmesi ve bir diğer objektif boyutta sağlıklı durumda olması gerekir (Yalnızoğlu Çaka vd., 2017). Goldberg ve arkadaşları (2001) tıbbi olarak teşhisi konulan bir hastalık ile kişisel sağlık algısı arasında güçlü bir ilişki olduğunu belirtmektedir (Goldberg vd., 2001).

Sağlık algısı bireyin kendine özgü duygu, düşünce, sahip olduğu bakış açısı ve beklentilerini içermektedir (Özdemir, 2018). Sağlık algısı, sağlık alanındaki değişikliklere karşı hassastır. Değişen ve gelişen teknoloji ile birlikte hastaların beklentileri değişmektedir (Özdemir, 2018). Toplum sağlığının değerlendirilebilmesi için bireyin sağlık durumuna ait duygu, düşünce ve beklentilerinin farkında olması, hasta-sağlık profesyoneli arasındaki iletişimin güçlü olması, kişinin soruları net bir şekilde yanıtlayabiliyor olması gerekir (Özdemir, 2018).

Toplumun sağlık algısı bireyden bireye farklılık göstermektedir. Bireyin sağlığı algılama ve yönetimi, sağlık durumunu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını içermektedir (Tuğut ve Bekar, 2008). Bireyin sağlığa yönelik tutum, davranış ve algıları, sağlık durumunun sonuçlarının da göstergesidir (Tuğut ve Bekar, 2008).

Bireyin sağlık algısı, sağlığına yönelik sorumluluğunu ve davranışlarını etkilemektedir (Özdelikara vd., 2018). Bireyin, sağlık davranışlarına yönelik algısının bilinmesi, davranış değişikliği oluşturmada önemlidir (Tuğut ve Bekar, 2008).

2.15. Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Algısı

Koroner arter hastalığı, bireyin sağlık algısı ile uzun dönemde ilişkili olan bir hastalıktır (Gür, 2017). KAH gibi kronik olan hastalıkların yönetiminde hastaların sağlık algı düzeyi önemlidir. Sağlık algı düzeyi yüksek olan hastaların; sağlık durumları için kaygı düzeyi düşük, kendine bakım faaliyetleri fazla, sağlıklı yaşam biçimi davranışları gösterme düzeyi yüksektir (Pala, 2023).

Koroner arter hastalığı olan bireylerde anjinal ağrı, çarpıntı, yorgunluk, dispne gibi semptomlar görülmektedir. Bireyler, var olan semptomları azaltmak için çözüm olarak hareket kısıtlaması uygulamaktadır. Bunun sonucu olarak hasta, fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden olumsuz etkilenecek sağlık algısı bozulmaktadır (Gür, 2017). Sağlıklı

beslenmeye yönelik kısıtlamalar, ilaç tedavisine uyum sağlamanın gerekliliği, hastalık belirtileri, fonksiyonel ve sosyal kapasitenin azalması gibi nedenlere bağlı KAH olan bireylerin sağlık algısı olumsuz etkilenmektedir (Kaş, 2016).

Koroner arter hastalığı olan bireyler, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede bir güçlük ile karşılaşmayıp rutin yaşamlarını sürdürebilmeyi “sağlıklı olmak” biçiminde tanımlamaktadır (Pala, 2023). Hastalar nefes alıp verme, yürüyüş yapma sırasında ağrı hissederse; beklemek, dinlenmek, analjezik almak gibi kişisel yöntemlerle ağrının geçmesini beklemekte, rahatsız edici durumun varlığı devam ederse kendi sağlığına yönelik düşünceleri olumsuzlaşarak kendilerini hasta olarak tanımlamaktadır (Pala, 2023). Bir diğer hasta grubu ise rahatsızlığın devam etmesine karşın durumun geçici ve tehlike yaratmayan bir durum olduğunu ifade etmektedir (Pala, 2023).

Koroner arter hastalarında olumlu sağlık algısı, hastanın sağlık profesyoneli tarafından hastalığı konusunda bilgilendirilmesi, sahip olduğu değer, inanç ve tutumlarının sağlığına verdiği önemin değerlendirilmesi, kişinin sağlığına etki eden faktörlerin değerlendirilmesi, sağlık profesyoneli tarafından verilecek bakıma aktif katılımının sağlanması, yaşam tarzı değişikliklerine ve ilaç tedavisine uyum göstermesi ile mümkündür (Gür, 2017). KAH’a sahip bireylerin sağlık algısının değerlendirilmesi ile birlikte, sahip olduğu hastalığa etki eden risk faktörleri belirlenerek, sağlık bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi sonucu hastaya rehberlik sağlayacak öneriler oluşturularak, bireylere yönelik eğitim ve danışmanlık planları düzenlenerek sağlık hizmetlerini ileri seviyeye ulaştırmak amaçlanmaktadır (Gür ve Sunal, 2019).

2.16. Sağlık Algısını İyileştirmede Hemşirenin Rolü

Kronik hastalığa sahip bireyler hastalığın neden olduğu problemlere karşın hayatlarını sürdürmeye çalışır ve hastalık belirtilerini azaltmaya çalışır (Bektaş Akpınar ve Aşkın Ceran, 2019).

Hasta kişinin, kronik hastalığı bulunması, hastalığın semptomlarıyla başa çıkmak, tedavinin getirmiş olduğu kısıtlamalar, kişinin geleceğine yönelik sıkıntı ve endişeler, sağlık algısını ve yaşamını olumsuz etkilemektedir. Hemşireler sunacağı bakımı planlarken hastalığın bireydeki etkilerini göz önüne alarak hemşirelik girişimlerini planlamalıdır (Bektaş Akpınar ve Aşkın Ceran, 2019). Hemşireler hastalarına vereceği bakımı planlarken bireyin uyum sürecini de dikkate alarak problemleri saptar, çözümler geliştirir ve hastanın bakımını planlar (Bektaş Akpınar ve Aşkın Ceran,

2019). Hemşireler, hastayı rahatlatmaya çalışma, hastaya uygun bakımı sunma ve hastanın esenliğini yükseltmeyi hedeflemelidir (Bektaş Akpınar ve Aşkın Ceran, 2019). Hastalığın, bireyin yaşamında etki etmiş olduğu fiziksel, psikolojik ve sosyal değişiklikleri ele alarak hastalara bütüncül yaklaşmalıdır (Gülseven ve Oğuz, 2020).

Kronik bir hastalık olan KAH'da hastaların sağlık algısı önemlidir. KAH olan bireylerde, hemşire tarafından hastalığı konusunda bilgilendirilmesi, hastanın sağlığına gösterdiği önemin değerlendirilmesi, bakıma aktif katılımının sağlanması ve yaşam tarzı değişikliklerinin sağlanması ile olumlu sağlık algısı oluşturulabilir (Gür, 2017).

Koroner arter hastalığına sahip bireylerde taburculuk öncesi, hastanede bakım alınan süre boyunca olumlu sağlık algısı ve bilinci oluşturulmak amacıyla hemşireler tarafından danışmanlık hizmeti verilmelidir (Gür ve Sunal, 2019). PKG geçirmiş hastaların sağlık algıları belirlenerek kişiye özel eğitim programları oluşturulması ve danışmanlık hizmeti verilmesi ile koroner olayların oluşması önlenerek hastaların sağ kalım düzeyi artacaktır (Karabulut ve Gün, 2019).

Literatürde KVH'a sahip bireylerde yapılan sekonder koruma ve hemşirelik girişimleri sonucu, hastaların sahip olduğu risk faktörlerinde azalma, aktivite toleransında iyileşme, ilaç tedavisine uyumda artış, aterosklerotik olaylarda azalma, kardiyak mortalitede düşme ve bireyin sağlık algısında olumlu yönde düzelme sağlandığı bulunmuştur (İnangil ve Şendir, 2014).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, KAH olan bireylerde KVH risk faktörleri bilgi düzeyinin ve sağlık algısının ilaç tedavisine uyum ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji polikliniğinde yapılmıştır. Kardiyoloji polikliniği hafta içi her gün 08.00-17.00 arasında hizmet vermektedir. Poliklinikte günde ortalama 180 hasta muayene edilmektedir. Araştırma verileri, 08 Ekim – 31 Aralık 2023 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini, 08 Ekim – 31 Aralık 2023 tarihleri arasında Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin kardiyoloji polikliniğine sağlık kontrolü nedeniyle başvuran, 18 yaşını doldurmuş, KAH olan bireyler oluşturmuştur. Örneklem hesabı için çalışma öncesinde G Power 3.1.9.7. Programı ile güç analizi uygulanmıştır. Literatür taranarak konu ile ilgili araştırmalar incelenerek örneklem büyüklüğü Yeşil Bayülgen ve Altıok'un çalışmasındaki Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği puan ortalaması ele alınarak hesaplanmıştır (Yeşil Bayülgen ve Altıok, 2017). KARRİF-BD Ölçeği için ortalama puan $H_0:\mu=20,98$; standart sapma $\sigma=4,10$ ve alternatif ortalama $H_1:\mu=22,029$ olmak üzere 0,256 etki büyüklüğü, %95 güç ve %5 tip 1 hatada örneklemdeki hasta sayısı 201 olarak hesaplanmıştır. Veri toplama safhasında gerçekleşebilecek kayıplar göz önünde bulundurularak örnekleme 225 hasta alınmış olup örneklem sayısına ulaşıldığında araştırmanın veri toplama safhası sona erdirilmiştir.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- 18 yaşını doldurmuş olmak,
- Son üç ay içinde KAH tanısı almış olmak (koroner stent ve balonlama işlemi uygulanan veya daha önceden koroner anjiyografi olup medikal tedavi alan koroner arter hastaları),
- Kardiyoloji polikliniğinden takip ediliyor olmak,
- KAH nedeniyle medikal tedavi alıyor olmak,
- Soruları yanıtlayabilecek bilişsel yeterlilikte olmak,
- İletişim sorunu bulunmamak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak.

3.5. Veri Toplama Araçları

Hasta Tanılama Formu, Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği, Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ), İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURYÖ) ile veriler elde edilmiştir.

3.5.1. Hasta Tanılama Formu

Araştırmacı tarafından literatür taraması (Karabulut ve Gün, 2019; Avcı vd., 2020; Büber ve Sevgican, 2022) yapılarak hazırlanan bu form, hastaların sosyodemografik özelliklerini, hastalıklarına ve ilaç tedavisine ilişkin bilgileri içermekte olup, toplam 21 sorudan oluşmaktadır. Sosyodemografik özellikler için hastalara kaç yaşında olduğu, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, aktif bir şekilde çalışıp çalışmadığı, gelir düzeyi, sosyal güvencesinin olup olmadığı, yaşadığı yer sorgulanmıştır. Hastalıkla ilgili; ek bir kronik hastalığı olup olmadığı, hangi koroner girişimin uygulandığı, hastalık süresi, hastalığı hakkında bilgi alma durumu, bilgi kaynağı, sigara/alkol kullanma durumu, düzenli egzersiz yapma durumu incelenmiştir. İlaç tedavisine yönelik; sağlık kontrollerini düzenli yaptırma durumu, bir günde alınan ilaç adedi, ilaç kullanım süresi, düzenli ilaç kullanma durumunu belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. Yöneltilen son soruda hastaların genel sağlığını değerlendirmeye yönelik bir soru sorulmuştur (EK-1)

3.5.2. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği

Arıkan ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirilmiştir. Erişkin bireylerde KVH oluşumunda etkili risk faktörleri hakkında bilgi düzeyini değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Ölçek 28 maddeden oluşmakta olup KVH özellikleri (ilk 4 madde), KVH risk faktörleri (5., 6., 9-12., 14., 18-20., 23-25., 27., 28.), KVH risk davranışlarında değişim (7., 8., 13., 15., 16., 17., 21., 22., 26. madde) olmak üzere üç alt boyuta sahiptir. Ölçekte “doğru” yanıtlar “1” puan olarak değerlendirilirken, “yanlış” ve “bilmiyorum” cevapları için “0” puan verilmektedir. Ölçek değerlendirilmesinden alınabilecek en yüksek puan 28’dir. Her üç alt boyuttan da alınabilecek en düşük toplam puan “0” olmakla birlikte, alınabilecek en yüksek toplam puan sırası ile; KVH özellikleri alt boyutundan “4”, KVH risk faktörleri alt boyutundan “15”, KVH risk davranışlarında değişim alt boyutundan “9” puan şeklindedir. Ölçekte 22 madde düz olarak puanlanırken, diğer maddeler (11, 12, 16, 17, 24, 26) için ise ters puanlama yapılmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması hastanın KVH risk faktörleri bilgi düzeyinin yüksek, alınan puanın düşük olması ise hastanın bilgi düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,76’dır (Arıkan vd., 2009). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,70 olarak bulunmuştur (EK-2).

3.5.3. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)

Diamond ve arkadaşları tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir (Diamond vd., 2007). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kadioğlu ve Yıldız tarafından yapılmıştır. Ölçek, 15 maddeden oluşmakta olup, beşli likert ölçek tipindedir. Ölçeğin alt boyutları; kontrol merkezi (2., 3., 4., 12., 13.), kesinlik (6., 7., 8., 15.), öz farkındalık (5., 10., 14.), sağlığın önemi (1., 9., 11. maddeler)’dir. Ölçekte 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. maddeler olumlu ifadeleri gösterirken, diğer maddeler olumsuz tutumları göstermektedir. Olumsuz olan ifadeler ters puanlanmaktadır. Ölçekten en az 15, en çok ise 75 puan alınabilmektedir. Alt boyutlarından alınabilecek puan aralığı sırasıyla; kontrol merkezi (5-25 puan), kesinlik (4-20 puan), öz farkındalık (3-15 puan), sağlığın önemi (3-15 puan) şeklindedir. Toplam puanın yüksekliği bireyin sağlık algısı düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa değerlerinin alt boyutlarına göre dağılımı şu şekildedir: Kontrol merkezi alt boyutu: 0,90; kesinlik alt boyutu: 0,91; öz farkındalık alt boyutu: 0,91; sağlığın önemi alt boyutu: 0,82’dir.

(Kadioğlu ve Yıldız, 2012). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,71'dir (EK-3).

3.5.4. İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma leği (İURYÖ)

Kripalani ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirilmiştir (Kripalani vd., 2009). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik alışması Gökdoğan ve Kes tarafından 2017 yılında yapılmıştır. Kripalani ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin orijinal hali 12 maddeden oluşmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında ise ölçek yedi maddeye indirgenmiştir. Ölçek dörtlü likert tipindedir. Kronik hastalığa sahip bireylerin ilaç tedavisine göstermiş olduğu uyumu ve hastaların reçete yazdırma durumlarını değerlendirmektedir. Ölçek ilaca uyum alt boyutu ve reçete yazdırma alt boyutu olmak üzere 2 alt boyuta sahiptir. Ölçekte bulunan 7. madde için ters şekilde puanlama yapılmaktadır. İlaça uyum alt boyutundan en az 4, en çok 16 puan alınabiliyorken; reçete yazdırma alt boyutundan en az 3, en çok 12 puan alınabilmektedir. Ölçekten en az 7, en çok 28 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puan azaldıkça, ilaca uyum artmaktadır. 12 maddeden oluşan ölçeğin orijinal halinin Cronbach Alpha değeri 0,81; iç tutarlılık değeri düşük okuryazarlığa sahip bireylerde 0,79; okuryazarlığı yeterli düzeyde olan bireyler için 0,82'dir. Gökdoğan ve Kes leğin Cronbach Alpha değerini 0,75 olarak bulmuştur (Gökdoğan ve Kes, 2017). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,70 olarak bulunmuştur (EK-4).

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmacı, KAH'na sahip bireylerle yüz yüze görüşerek verileri toplamıştır. Görüşmeler yapılmadan önce hastalara araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılan hastalar ile ortalama 20-30 dakika görüşme yapılarak araştırma verileri toplanmıştır. Polikliniğe başvurup, araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar ile yapılan görüşmeler poliklinikte uygun bir odada yapılmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 29 (Statistical Package for Social Science) istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama \pm standart sapma, en küçük değer ve en büyük değer olarak verilmiştir. Sayısal verilerin normalliği arpıklık ve basıklık ölçüleri ile değerlendirilmiştir. Sayısal değerkenler için verilerin normal dağılım gösterdiği görülmüştür. Grupların varyans homojenliği Levene testi ile analiz edilmiştir. İki kategorili değerkenlere göre ölçek puanları

verilerin normalliğine göre bağımsız örneklerde t testi ya da Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. İki'den fazla kategorisi olan değişkenlere göre ölçek puanları verilerin normal dağılım göstermesi durumunda Tek Yönlü Varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Tek yönlü varyans analizinde Duncan çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. İki'den fazla kategorisi olan değişkenlere göre ölçek puanları verilerin normal dağılım göstermemesi durumunda Kruskal-Wallis analizi ile karşılaştırılmıştır. Kruskal Wallis analizinde çoklu karşılaştırma testi olarak Dunn-Bonferroni testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler verilerin normalliğine göre Pearson ya da Spearman korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir. KARRİF-BD Ölçeği ve SAÖ alt boyut puanlarının İURYÖ toplam puanlarına etkisi çoklu doğrusal regresyon analizleri ile değerlendirilmiştir. Regresyon analizlerde sonuç modele ulaşmak için geriye doğru eleme yöntemi kullanılmıştır. Sadece bağımsız değişkenlerin etkisini görebilmek için karıştırıcı faktörlere göre düzeltme yapılmıştır. Tek değişkenli analizlerde $p < 0,25$ değerine sahip değişkenlerin regresyon modeline dahil edilebilir olması nedeniyle $p < 0,25$ değerine sahip değişkenler regresyon modeline dahil edilmiştir (Bendel & Afifi, 1977; Mickey & Greenland, 1989; Bursac vd., 2008). Kategorik değişkenler doğrusal regresyon modeline kukla değişken olarak alınmıştır. Çoklu doğrusal regresyon analizlerinin varsayımları; hata terimlerinin normalliği için çarpıklık ve basıklık ölçüleri, otokorelasyon için Durbin-Watson istatistiği, çoklu doğrusallık için tolerans ve varyans şişirme faktörü (Variance inflation factor) istatistikleri ile kontrol edilmiştir. Her iki model için varsayımların sağlandığı görülmüştür. İstatistiksel değerlendirmede $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için veri toplama araçları uygulanmadan önce 07.07.2023 tarihli ve 2023/06 sayılı karar ile İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik onay (EK-5), 28.08.2023 tarihli ve E-33443051-903.99-223042039 sayılı karar ile Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden kurum izni (EK-6), 04.10.2023 tarihli ve E-38244951-604.01.01-225774709 sayılı karar ile İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışma izni alınmıştır (EK-7). Veri toplama araçları içerisinde olan ölçeklerin kullanımı için ise gerekli izinler alınmıştır (EK-9-10-11). Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler çalışma öncesinde bilgilendirilerek, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (EK-8). Araştırmadan

elde edilen veriler araştırma amacı ile kullanılarak kişisel bilgiler gizli tutulmuştur. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayandırılmıştır. Araştırmaya katılan bireylere, araştırmaya dahil olduktan sonra çalışmayı bırakma yetkisi de verilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece Bolu il merkezinde bulunan eğitim ve araştırma hastanesinin kardiyoloji polikliniğinde gerçekleştirilmiş olması örneklem sınırlılığını oluşturmaktadır. Bununla birlikte, KVH risk faktörleri bilgi düzeyi, sağlık algısı ve ilaç uyumu ile ilgili elde edilen veriler, hastaların öz bildirimine dayalı olarak elde edilmiştir.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde amacı KAH olan bireylerde KVH risk faktörleri bilgi düzeyinin ve sağlık algısının ilaç tedavisine uyum ile ilişkisini belirlemek olan araştırmamızın sonuçları verilmiştir.

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Bulgular

Çalışmaya katılan hastaların yaşları 26-88 yıl aralığında olup yaş ortalaması $65,1 \pm 10,5$ yıldır. Katılımcıların %73,3'ünün erkek, %91,6'sının evli, %63,6'sının okuryazar ya da ilkökul mezunu olduğu, %79,1'inin çalışmadığı, %88,9'unun orta gelir düzeyine sahip olduğu, %98,2'sinin sosyal güvencesinin bulunduğu ve %52,9'unun il merkezinde yaşadığı bulunmuştur. Hastaların %18,2'si halen sigara içmekte ve %6,7'si alkol kullanmaktadır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	<i>n</i>	%
Yaş, (yıl)	65,1±10,5 (26-88)	
Cinsiyet		
Kadın	60	26.7
Erkek	165	73.3
Medeni durum		
Bekar	19	8.4
Evli	206	91.6
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	13	5.8
Okuryazar/İlkokul	143	63.6
Ortaokul	17	7.6
Lise	32	14.2
Üniversite ve üzeri	20	8.9
Çalışma durumu		
Çalışıyor	47	20.9
Çalışmıyor	178	79.1

Tablo 4.1: Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (Devamı)

Özellikler	<i>n</i>	%
Gelir durumu		
İyi	21	9.3
Orta	200	88.9
Kötü	4	1.8
Sosyal güvence varlığı		
Var	221	98.2
Yok	4	1.8
Yaşadığı yer		
İl merkezi	119	52.9
İlçe	37	16.4
Köy	69	30.7
Sigara kullanımı		
Evet	41	18.2
Hayır	94	41.8
Bıraktım	90	40
Alkol kullanımı		
Evet	15	6.7
Hayır	161	71.6
Bıraktım	49	21.8

4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan hastaların %84'ünün KAH dışında başka kronik hastalığı bulunmaktadır. Hastalıklar arasında hipertansiyon %67,1 ile birinci sırada, diyabet ise %42,2 ile ikinci sıradadır. Hastaların %76'sında koroner girişim olarak stent ya da balonlama uygulanmıştır. Hastalık süresi 3-6 ay olan hasta oranı %36,4, beş yıl ve üzeri olan hasta oranı %36,9'dur. Hastalığı hakkında bilgi alan hasta oranı %77,8'dir. Hastaların %35,1'i egzersiz yapmakta ve %71,1'i sağlık kontrollerini düzenli yaptırmaktadır. Hastaların %50,2'si günde altı ve üzeri ilaç kullanmakta olup, %58,7'si beş yıl ve üzeri süredir ilaç kullanmakta ve %85,8'i ilaçlarını her zaman düzenli kullandığını belirtmektedir. Hastaların %52,9'u genel sağlığını iyi olarak değerlendirmektedir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2: Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	<i>n</i>	%
Başka kronik hastalık varlığı		
Evet	189	84.0
Hayır	36	16.0
Kronik hastalıklar**		
Hipertansiyon	151	67.1
Diyabet	95	42.2
Hiperlipidemi	31	13.8
Kalp yetmezliği	21	9.3
Prostat hipertrofisi	10	4.4
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	8	3.6
Kronik böbrek yetmezliği	8	3.6
Hipotiroidi	7	3.1
Astım	5	2.2
Periferik arter hastalığı	1	0.4
Ülseratif kolit	1	0.4
Akdeniz anemisi	1	0.4
Gut	1	0.4
Epilepsi	1	0.4
Koroner girişim		
Bypass	20	8.9
Stent ya da balonlama	171	76.0
Stent ya da balonlama ve Bypass	19	8.4
Uygulanmadı	15	6.7
Hastalık süresi		
3-6 ay	82	36.4
7-12 ay	11	4.9
1-5 yıl	49	21.8
5 yıl ve üzeri	83	36.9

Tablo 4.2: Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (Devamı)

Özellikler	<i>n</i>	%
Hastalığı hakkında bilgi alma durumu		
Evet	175	77.8
Hayır	50	22.2
Bilgi kaynağı (n=175)		
Sağlık profesyonelinde	170	97.1
İnternet-televizyondan	4	2.3
Akraba-arkadaştan	1	0.6
Düzenli egzersiz yapma durumu		
Evet	79	35.1
Hayır	146	64.9
Sağlık kontrollerini düzenli yaptırma durumu		
Evet	160	71.1
Hayır	65	28.9
Bir günde alınan ilaç adedi		
1-2	17	7.6
3-5	95	42.2
6 ve üzeri	113	50.2
İlaç kullanım süresi		
3-6 ay	45	20
7-12 ay	9	4
1-5 yıl	39	17.3
5 yıl ve üzeri	132	58.7
Düzenli ilaç kullanım durumu		
Her zaman	193	85.8
Ara sıra	32	14.2
Genel sağlık değerlendirmesi		
İyi	119	52.9
Orta	88	39.1
Kötü	18	8

*Bir hastada birden fazla kronik hastalık bulunabilmektedir.

4.3. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği, Sağlık Algısı Ölçeği ve İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.3'te hastaların KARRİF-BD Ölçeği, SAÖ ve İURYÖ'nin puan ortalamaları gösterilmiştir. Hastaların KARRİF-BD Ölçeği puan ortalaması $23,8\pm 3,1$ olup, alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; KVH özellikleri puan ortalaması $3,0\pm 0,9$, KVH risk faktörleri puan ortalaması $12,6\pm 2,3$, KVH risk davranışlarında değişim puan ortalaması $8,2\pm 0,9$ olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.3).

Hastaların SAÖ puan ortalaması $48,9\pm 5,7$ olup, alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol merkezi alt boyutu puan ortalaması $15,4\pm 3,6$, öz farkındalık alt boyutu puan ortalaması $10,7\pm 3,3$, kesinlik alt boyutu puan ortalaması $10,9\pm 1,5$ ve sağlığın önemi alt boyutu puan ortalaması $12,0\pm 2,4$ olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.3).

Hastaların İURYÖ toplam puan ortalaması $9,3\pm 2,3$ olup, alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; ilaca uyum alt boyutu puan ortalaması $5,6\pm 1,4$ ve reçete yazdırma alt boyutu puan ortalaması $3,7\pm 1,3$ olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: Hastaların KARRİF-BD Ölçeği, SAÖ ve İURYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	Ortalama \pm SS	Medyan (min-max)
Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği		
KVH Özellikleri	3.0 ± 0.9	3 (0-4)
KVH Risk Faktörleri	12.6 ± 2.3	13 (3-15)
KVH Risk Davranışlarında Değişim	8.2 ± 0.9	8 (5-9)
Toplam	23.8 ± 3.1	24 (10-28)
Sağlık Algısı Ölçeği		
Kontrol merkezi	15.4 ± 3.6	16 (6-21)
Öz farkındalık	10.7 ± 3.3	9 (4-19)
Kesinlik	10.9 ± 1.5	11 (7-15)
Sağlığın önemi	12.0 ± 2.4	12 (6-15)
Toplam	48.9 ± 5.7	49 (36-63)

Tablo 4.3: Hastaların KARRİF-BD Ölçeği, SAÖ ve İURYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (Devamı)

Ölçekler	Ortalama±SS	Medyan (min-max)
İlaca Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği		
İlaca Uyum	5.6±1.4	5 (4-10)
Reçete Yazdırma	3.7±1.3	3 (3-9)
Toplam	9.3±2.3	9 (7-18)

KVH: Kardiyovasküler Hastalık

4.4. Hastaların Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeğine İlişkin Bulguları

Tablo 4.4’de hastaların sosyo-demografik özellikleri ile KARRİF-BD ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki yer almaktadır. Buna göre hastaların yaşı ile KARRİF-BD toplam ve KVH risk davranışlarında değişim alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli zayıf düzey pozitif korelasyon bulunmaktadır ($p<0,05$).

Hastaların eğitim, çalışma ve gelir durumuna göre KARRİF-BD arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), hastaların eğitim, çalışma ve gelir durumuna göre KVH risk davranışlarında değişim alt boyutu puan ortalaması istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre okuryazar olmayan hastaların KVH risk davranışlarında değişim alt boyutu puan ortalaması lise mezunu hastalara göre istatistiksel olarak yüksek olmakla birlikte, çalışmayan hastaların KVH risk davranışlarında değişim alt boyutu puan ortalaması çalışan hastalara göre istatistiksel olarak yüksektir. Gelir durumu orta/kötü olan hastaların KVH risk davranışlarında değişim alt boyutu puan ortalaması da gelir durumu iyi olan hastalara göre istatistiksel olarak yüksektir.

Hastaların sigara kullanım durumuna göre KARRİF-BD toplam puan ortalaması, KVH özellikleri alt boyutu ve KVH risk davranışlarında değişim alt boyutu puan ortalaması istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Sigara kullanan hastaların KVH risk faktörleri bilgi düzeyi sigara kullanmayan ve sigarayı bırakan hastalara göre daha düşüktür. Bununla birlikte sigara kullanmayan ve sigarayı bırakan hastaların KVH risk faktörleri bilgi düzeyi farklılık göstermemektedir.

Hastaların cinsiyet ve medeni durumuna göre KARRİF-BD toplam ve alt boyut puan ortalaması istatistiksel olarak farklı değildir ($p>0,05$).

Tablo 4.4: Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre KARRİF-BD Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	KVH Özellikleri	KVH Risk Faktörleri	KVH Risk Davranışlarında Değişim	Toplam
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş <i>r; p</i>	0.073; 0.279	0.074; 0.267	0.259; <0.001	0.153; 0.021
Cinsiyet				
Kadın	3.2±0.9	12.7±2.0	8.3±0.9	24.1±2.5
Erkek	3.0±0.9	12.5±2.4	8.2±0.9	23.7±3.3
<i>t; p</i>	1.658; 0.099	0.370; 0.712	0.011; 0.991	0.884; 0.379
Medeni durum				
Bekar	3.2±1.0	12.5±1.6	8.3±0.9	23.9±2.1
Evli	3.0±0.9	12.6±2.4	8.2±0.9	23.8±3.2
<i>t; p</i>	0.629; 0.530	0.058; 0.954	0.072; 0.943	0.171; 0.864
Eğitim durumu				
Okuryazar değil	2.8±1.0	12.5±1.5	8.5±0.7	23.9±2.1
Okuryazar /İlkokul	3.0±1.0	12.6±2.2	8.4±0.8	24.0±3.0
Ortaokul	3.2±1.0	12.2±2.3	8.2±0.9	23.6±3.3
Lise	3.1±0.9	12.3±2.9	7.8±1.2	23.3±4.2
Üniversite ve üstü	2.8±0.7	12.7±2.4	8.0±0.8	23.5±2.4
<i>F; p</i>	0.553; 0.697	0.221; 0.927	2.971; 0.020	0.541; 0.706
Çalışma durumu				
Çalışıyor	3.0±1.0	12.1±2.5	8.0±1.0	23.1±3.3
Çalışmıyor	3.0±0.9	12.7±2.2	8.3±0.9	24.0±3.0
<i>t; p</i>	0.561; 0.575	1.436; 0.152	2.145; 0.033	1.874; 0.062

Tablo 4.4: Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre KARRİF-BD Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devamı)

	KVH Özellikleri	KVH Risk Faktörleri	KVH Risk Davranışlarında Değişim	Toplam
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Gelir durumu				
İyi	3.0±0.9	12.0±2.8	7.8±1.1	22.9±3.5
Orta/Kötü	3.0±1.0	12.6±2.2	8.3±0.9	23.9±3.0
<i>t; p</i>	0.106; 0.916	1.162; 0.246	2.369; 0.019	1.524; 0.129
Sigara kullanımı				
Evet	2.7±1.0	12.1±2.2	7.8±1.1	22.6±2.9
Hayır	3.1±1.0	12.8±2.3	8.4±0.8	24.3±3.0
Bıraktım	3.1±0.9	12.5±2.3	8.3±0.8	23.9±3.1
<i>F; p</i>	3.494; 0.032	1.550; 0.215	6.373; 0.002	4.788; 0.009

KVH: Kardiyovasküler Hastalık, *r*: Pearson korelasyon katsayısı, *t*: Bağımsız örneklerde *t* testi, *F*: Tek yönlü varyans analizi

Tablo 4.5’de hastaların hastalık özellikleri ile KARRİF-BD ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki yer almaktadır. Buna göre hastaların başka kronik hastalığa sahip olma durumu, hastalığı hakkında bilgi alma durumu ve düzenli ilaç kullanım durumuna göre KARRİF-BD puan ortalaması ile KVH risk faktörleri ve risk davranışlarında değişim alt boyutu puan ortalamaları istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Buna göre, başka kronik hastalığa sahip olan hastaların KVH risk faktörleri bilgi düzeyi başka kronik hastalığı olmayan hastalara göre daha yüksektir. Bununla birlikte hastalığı hakkında bilgi alan hastaların KVH risk faktörleri bilgi düzeyi, bilgi almayan hastalara göre daha yüksektir. İlaçlarını her zaman düzenli kullanan hastaların KVH risk faktörleri bilgi düzeyi, ilaçlarını ara sıra düzenli kullanan hastalara göre daha yüksektir.

Hastaların hastalık süresine, bir günde alınan ilaç adedine, ilaç kullanım süresine ve genel sağlık değerlendirmesine göre KARRİF-BD toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak farklı değildir ($p > 0,05$).

Tablo 4.5: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre KARRİF-BD Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	KVH Özellikleri	KVH Risk Faktörleri	KVH Risk Davranışlarında Değişim	Toplam
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Başka kronik hastalık varlığı				
Evet	3.0±0.9	12.7±2.2	8.3±0.8	24.1±2.9
Hayır	2.9±1.1	11.7±2.7	7.9±1.1	22.5±3.8
<i>t; p</i>	0.758; 0.449	2.192; 0.034	2.439; 0.016	2.353; 0.023
Hastalık süresi				
3-6 ay	3.1±0.9	12.5±2.3	8.1±0.9	23.7±3.0
7-12 ay	3.3±0.9	12.6±2.0	8.0±0.9	23.9±2.6
1-5 yıl	2.8±1.1	12.3±2.3	8.2±1.0	23.3±3.3
5 yıl ve üzeri	3.1±0.9	12.8±2.4	8.4±0.8	24.3±3.1
<i>F; p</i>	1.000; 0.393	0.433; 0.730	2.225; 0.086	1.077; 0.360
Hastalığı hakkında bilgi alma durumu				
Evet	3.1±0.9	12.9±2.1	8.3±0.9	24.3±2.7
Hayır	2.8±1.1	11.5±2.8	7.9±0.9	22.2±3.7
<i>t; p</i>	1.754; 0.081	3.162; 0.002	3.165; 0.002	3.658; 0.001
Bir günde alınan ilaç adedi				
1-2	3.1±0.9	11.9±2.7	7.8±1.1	22.8±3.5
3-5	2.9±1.1	12.5±2.4	8.3±0.8	23.7±3.3
6 ve üzeri	3.1±0.8	12.7±2.2	8.3±0.9	24.1±2.8
<i>F; p</i>	0.922; 0.399	1.007; 0.367	2.724; 0.068	1.443; 0.238
İlaç kullanım süresi				
3-6 ay	3.1±0.9	12.5±2.3	8.2±0.9	23.8±3.1
7-12 ay	3.3±1.1	12.2±3.0	7.9±1.2	23.4±3.8
1-5 yıl	2.7±1.1	12.2±2.3	8.1±1.0	23.1±3.1
5 yıl ve üzeri	3.1±0.9	12.7±2.3	8.3±0.8	24.1±3.0
<i>F; p</i>	1.709; 0.166	0.497; 0.685	1.357; 0.257	1.175; 0.320

Tablo 4.5: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre KARRİF-BD Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devamı)

	KVH Özellikleri	KVH Risk Faktörleri	KVH Risk Davranışlarında Değişim	Toplam
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Düzenli ilaç kullanım durumu				
Her zaman	3.1±0.9	12.7±2.3	8.3±0.9	24.1±3.0
Ara sıra	2.8±0.9	11.8±2.5	7.9±1.1	22.5±3.1
<i>t; p</i>	1.584; 0,115	1.984; 0.048	2.564; 0.011	2.736; 0.007
Genel sağlık değerlendirmesi				
İyi	3.0±1.0	12.4±2.4	8.2±0.9	23.7±3.3
Orta	3.1±0.9	12.8±2.2	8.3±0.9	24.2±2.8
Kötü	2.7±1.0	12.2±2.2	8.2±0.9	23.1±2.9
<i>F; p</i>	1.680; 0.189	1.072; 0.344	0.018; 0.982	1.314; 0.271

KVH: Kardiyovasküler Hastalık, *t*: Bağımsız örneklerde *t* testi, *F*: Tek yönlü varyans analizi

4.5. Hastaların Sağlık Algısı Ölçeğine İlişkin Bulguları

Tablo 4.6’da hastaların sosyodemografik özellikleri ile SAÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki yer almaktadır. Buna göre hastaların yaşı ile SAÖ toplam puan ortalaması ve öz farkındalık alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli çok zayıf düzey pozitif korelasyon bulunmaktadır ($p<0,05$).

Hastaların eğitim ve cinsiyetine göre SAÖ toplam puan ortalaması ile kontrol merkezi ve öz farkındalık alt boyutu puan ortalamaları istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Kadın hastaların sağlık algısı erkek hastalara göre daha yüksek olmakla birlikte okuryazar olmayan hastaların kontrol merkezi ve öz farkındalık puan ortalaması ortaokul, lise, üniversite ve üstü mezunu hastalara göre daha yüksektir.

Hastaların medeni durumuna göre SAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmazken ($p>0,05$), öz farkındalık ve kesinlik puan ortalamaları istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Bekar hastaların öz farkındalık

puan ortalaması evli hastalara göre istatistiksel olarak yüksektir. Evli hastaların kesinlik puan ortalaması bekar hastalara göre istatistiksel olarak yüksektir.

Hastaların çalışma durumuna göre SAÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmazken ($p>0,05$), kesinlik alt boyutu puan ortalaması istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Çalışan hastaların kesinlik alt boyutu puan ortalaması çalışmayan hastalara göre istatistiksel olarak yüksektir.

Hastaların sigara kullanma durumuna göre SAÖ toplam puan ortalaması ile öz farkındalık ve sağlığın önemi alt boyut puan ortalaması istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Sigara kullanmayan ve sigarayı bırakan hastaların sağlığın önemi puan ortalaması sigara kullanan hastalara göre yüksek olmakla birlikte, sigara kullanan ve kullanmayan hastaların öz farkındalık puan ortalaması sigarayı bırakan hastalara göre istatistiksel olarak yüksektir.

Hastaların gelir durumuna göre SAÖ toplam ve alt boyut puan ortalaması istatistiksel olarak farklı değildir ($p>0,05$).

Tablo 4.6: Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre SAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Kontrol merkezi	Öz farkındalık	Kesinlik	Sağlığın önemi	Toplam
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş <i>r; p</i>	0.127; 0.058	0.141; 0.035	0.088; 0.188	0.030; 0.654	0.149; 0.026
Cinsiyet					
Kadın	16.8±2.8	12.4±3.4	10.8±1.5	12.0±2.4	52.0±5.6
Erkek	14.8±3.7	10.1±3.0	10.9±1.5	12.0±2.3	47.8±5.3
<i>t; p</i>	4.279; <0.001	4.575; <0.001	0.449; 0.654	0.034; 0.973	5.095; <0.001

Tablo 4.6: Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre SAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devamı)

	Kontrol merkezi	Öz farkındalık	Kesinlik	Sağlığın önemi	Toplam
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Medeni durum					
Bekar	16.0±3.3	12.9±3.4	10.1±1.3	11.7±2.1	50.7±5.8
Evli	15.3±3.6	10.5±3.2	11.0±1.5	12.0±2.4	48.8±5.7
<i>t; p</i>	0.815; 0.416	3.200; 0.002	2.497; 0.013	0.591; 0.555	1.400; 0.163
Eğitim durumu					
Okuryazar değil	17.4±3.0	13.8±2.7	11.0±1.2	11.5±2.6	53.8±4.9
Okuryazar /İlkokul	16.0±3.4	10.8±3.3	10.8±1.6	12.1±2.4	49.8±5.5
Ortaokul	14.9±3.4	9.8±2.7	10.5±1.2	12.4±1.7	47.6±4.7
Lise	13.8±3.4	10.1±2.9	10.9±1.8	11.6±2.5	46.4±5.5
Üniversite ve üstü	12.4±3.0	9.5±3.4	11.4±1.1	11.8±2.5	45.1±4.8
<i>F; p</i>	8.299; <0.001	4.680; 0.001	0.952; 0.435	0.537; 0.708	8.119; <0.001
Çalışma durumu					
Çalışıyor	14.8±3.9	10.0±3.0	11.3±1.5	11.6±2.3	47.7±5.4
Çalışmıyor	15.5±3.5	10.9±3.3	10.8±1.5	12.1±2.4	49.3±5.8
<i>t; p</i>	1.237; 0.218	1.629; 0.105	2.050; 0.042	1.291; 0.198	1.698; 0.091
Gelir durumu					
İyi	14.0±3.7	11.1±3.7	11.0±1.8	11.4±2.4	47.4±5.4
Orta/Kötü	15.5±3.5	10.7±3.2	10.9±1.5	12.1±2.4	49.1±5.7
<i>t; p</i>	1.906; 0.058	0.574; 0.567	0.243; 0.808	1.244; 0.215	1.311; 0.191

Tablo 4.6: Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre SAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devamı)

	Kontrol merkezi	Öz farkındalık	Kesinlik	Sağlığın önemi	Toplam
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Sigara kullanımı					
Evet	15.5±3.7	11.1±3.4	10.8±1.7	10.8±2.6	48.2±6.2
Hayır	15.7±3.6	11.4±3.4	10.9±1.4	12.0±2.4	50.1±6.0
Bıraktım	14.9±3.4	9.8±2.9	10.9±1.5	12.5±2.0	48.0±4.9
<i>F; p</i>	1.189; 0.306	6.565; 0.002	0.161; 0.852	7.845; 0.001	3.485; 0.032

r: Pearson korelasyon katsayısı, *t*: Bağımsız örneklerde *t* testi, *F*: Tek yönlü varyans analizi

Tablo 4.7’de hastaların hastalık özellikleri ile SAÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki yer almaktadır. Buna göre hastaların hastalığı hakkında bilgi almasına göre SAÖ toplam ve öz farkındalık puan ortalaması istatistiksel olarak farklıdır ($p < 0,05$). Hastalığı hakkında bilgi almayan hastaların SAÖ toplam puan ortalaması ve öz farkındalık alt boyutu puan ortalaması bilgi alan hastalara göre daha yüksektir.

Hastaların bir günde alınan ilaç adedine göre SAÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmazken ($p > 0,05$), kesinlik alt boyutu puan ortalaması istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Bir günde kullandığı ilaç adedi 1-2 olan hastaların kesinlik alt boyutu puan ortalaması bir günde kullandığı ilaç adedi altı ve üzeri olan hastalara göre daha yüksektir.

Hastaların düzenli ilaç kullanım durumuna göre SAÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmazken ($p > 0,05$), kontrol merkezi, öz farkındalık ve sağlığın önemi alt boyutu puan ortalamaları istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). İlaçlarını ara sıra düzenli kullanan hastaların kontrol merkezi ve öz farkındalık alt boyutu puan ortalamaları ilaçlarını her zaman düzenli kullanan hastalara göre daha yüksektir. İlaçlarını her zaman düzenli kullanan hastaların ise sağlığın önemi alt boyutu puan ortalaması ara sıra düzenli kullanan hastalara göre daha yüksektir.

Hastaların başka kronik hastalığa sahip olma durumu, hastalık süresi, ilaç kullanım süresi ve genel sağlık değerlendirmesine göre SAÖ toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak farklı değildir ($p>0,05$).

Tablo 4.7: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre SAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Kontrol merkezi	Öz farkındalık	Kesinlik	Sağlığın önemi	Toplam
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Başka kronik hastalık varlığı					
Evet	15.3±3.5	10.7±3.3	10.8±1.5	12.0±2.3	48.8±5.8
Hayır	15.5±3.8	10.9±3.2	11.3±1.5	11.8±2.7	49.5±5.2
<i>t; p</i>	-0.256; 0.798	-0.422; 0.674	-1.864; 0.064	0.590; 0.556	-0.649; 0.517
Hastalık süresi					
3-6 ay	15.5±3.6	11.2±3.3	11.0±1.4	11.9±2.4	49.6±5.8
7-12 ay	15.9±3.2	10.2±4.0	11.3±1.3	12.1±3.1	49.5±4.6
1-5 yıl	16.0±3.7	10.4±3.1	10.6±1.7	11.7±2.4	48.7±6.5
5 yıl ve üzeri	14.8±3.4	10.5±3.2	10.8±1.5	12.2±2.2	48.3±5.3
<i>F; p</i>	1.346; 0.260	0.901; 0.441	0.863; 0.461	0.631; 0.596	0.742; 0.528
Hastalığı hakkında bilgi alma durumu					
Evet	15.1±3.5	10.0±2.9	10.9±1.5	12.1±2.3	48.2±5.6
Hayır	16.1±3.6	13.1±3.3	10.7±1.6	11.6±2.5	51.6±5.3
<i>t; p</i>	1.758; 0.080	6.275; <0.001	0.715; 0.475	1.192; 0.235	3.829; <0.001
Bir günde alınan ilaç adedi					
1-2	14.8±4.2	11.1±3.5	11.8±1.5	11.6±2.6	49.3±6.2
3-5	15.6±3.6	10.9±3.3	11.0±1.5	11.9±2.3	49.3±5.3
6 ve üzeri	15.3±3.5	10.5±3.2	10.7±1.5	12.1±2.4	48.5±6.0
<i>F; p</i>	0.405; 0.667	0.550; 0.578	4.179; 0.017	0.299; 0.742	0.562; 0.571

Tablo 4.7: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre SAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devamı)

	Kontrol merkezi	Öz farkındalık	Kesinlik	Sağlığın önemi	Toplam
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
İlaç kullanım süresi					
3-6 ay	15.4±3.7	10.6±3.0	11.1±1.5	11.7±2.4	48.7±5.1
7-12 ay	17.8±3.1	13.3±3.6	10.9±1.1	11.2±3.2	53.2±3.5
1-5 yıl	15.6±3.9	10.6±3.4	10.8±1.6	11.6±2.6	48.6±7.1
5 yıl ve üzeri	15.1±3.4	10.6±3.2	10.8±1.5	12.3±2.2	48.8±5.5
<i>F; p</i>	1.677; 0.173	2.068; 0.105	0.455; 0.714	1.471; 0.223	1.790; 0.150
Düzenli ilaç kullanım durumu					
Her zaman	15.2±3.5	10.4±3.2	10.9±1.5	12.2±2.2	48.7±5.8
Ara sıra	16.6±3.9	12.3±3.3	10.7±1.6	10.5±2.9	50.2±5.0
<i>t; p</i>	2.125; 0.035	3.132; 0.002	0.630; 0.529	3.269; 0.002	1.311; 0.191
Genel sağlık değerlendirmesi					
İyi	1.1±3.6	10.3±3.1	11.1±1.5	12.2±2.3	48.7±5.6
Orta	15.5±3.5	11.0±3.3	10.6±1.5	12.0±2.3	49.1±5.9
Kötü	16.6±3.6	11.9±3.5	10.4±1.4	10.9±3.1	49.9±5.7
<i>F; p</i>	1.544; 0.216	2.547; 0.081	2.068; 0.105	2.088; 0.126	0.460; 0.632

t: Bağımsız örneklerde *t* testi, *F*: Tek yönlü varyans analizi

4.6. Hastaların İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeğine İlişkin Bulguları

Tablo 4.8’de hastaların sosyo-demografik özellikleri ile İURYÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki yer almaktadır. Buna göre hastaların medeni durumuna göre İURYÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmazken ($p>0,05$), reçete yazdırma alt boyutu puan ortalaması istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Bekarların reçete yazdırma puan ortalaması evlilere göre yüksektir.

Hastaların çalışma durumuna göre İURYÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmazken ($p>0,05$), reçete yazdırma alt boyutu puan

ortalaması istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Çalışan hastaların reçete yazdırma alt boyutu puan ortalaması çalışmayan hastalara göre daha yüksektir.

Hastaların gelir durumuna göre İURYÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmazken ($p>0,05$), reçete yazdırma alt boyutu puan ortalaması istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Gelir durumu iyi olan hastaların reçete yazdırma alt boyutu puan ortalaması gelir durumu orta/kötü olan hastalara göre daha yüksektir.

Hastaların sigara kullanım durumuna göre İURYÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmazken ($p>0,05$), reçete yazdırma alt boyutu puan ortalaması istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Sigara kullanan hastaların reçete yazdırma alt boyutu puan ortalaması sigarayı bırakan hastalara göre daha yüksektir.

Hastaların yaş, cinsiyet ve eğitim durumuna göre İURYÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak farklı değildir ($p>0,05$).

Tablo 4.8: Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre İURYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	İlaça Uyum	Reçete Yazdırma	Toplam
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş, $r; p$	0.024; 0.720	-0.013; 0.849	0.007; 0.914
Cinsiyet			
Kadın	5.5±1.5	3.7±1.2	9.2±2.3
Erkek	5.6±1.4	3.8±1.3	9.3±2.3
Z; p	0.434; 0.665	0.099; 0.921	0.285; 0.775
Medeni durum			
Bekar	5.5±1.3	4.3±1.3	9.8±2.2
Evli	5.6±1.4	3.7±1.3	9.3±2.3
Z; p	0.129; 0.898	3.245; 0.001	1.368; 0.171

Tablo 4.8: Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre İURYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devamı)

	İlaça Uyum	Reçete Yazdırma	Toplam
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Eğitim durumu			
Okuryazar değil	6.0±1.9	4.4±1.7	10.4±3.2
Okuryazar/İlkokul	5.6±1.3	3.6±1.5	9.2±2.1
Ortaokul	5.6±1.4	4.6±1.8	10.2±2.8
Lise	5.2±1.5	3.8±1.4	9.1±2.6
Üniversite ve üstü	5.1±1.5	3.6±0.9	8.7±2.1
<i>H; p</i>	7.175; 0.127	7.282; 0.102	6.569; 0.161
Çalışma durumu			
Çalışıyor	5.7±1.5	4.2±1.7	9.9±2.6
Çalışmıyor	5.5±1.4	3.6±1.1	9.1±2.2
<i>Z; p</i>	0.631; 0.528	2.290; 0.022	1.642; 0.101
Gelir durumu			
İyi	5.5±1.5	4.6±1.9	10.1±2.9
Orta/Kötü	5.6±1.4	3.7±1.2	9.2±2.2
<i>Z; p</i>	0,206; 0.836	2.576; 0.010	1.182; 0.237
Sigara kullanımı			
Evet	5.8±1.5	4.2±1.5	10.0±2.7
Hayır	5.5±1.4	3.8±1.3	9.3±2.3
Bıraktım	5.5±1.4	3.5±1.1	9.0±2.0
<i>H; p</i>	1.263; 0.532	7.147; 0.028	2.286; 0.319

r: Spearman korelasyon analizi, *Z*: Mann-Whitney *U* testi, *H*: Kruskal-Wallis analizi

Tablo 4.9’da hastaların hastalık özellikleri ile İURYÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki yer almaktadır. Buna göre hastaların hastalığı hakkında bilgi almasına göre İURYÖ toplam ve reçete yazdırma puan ortalaması istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Hastalığı hakkında bilgi almayan hastaların İURYÖ toplam ve reçete yazdırma puan ortalaması bilgi alan hastalara göre istatistiksel olarak yüksektir.

Hastaların düzenli ilaç kullanımına göre İURYÖ puan ortalaması istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$). İlaçlarını ara sıra düzenli kullanan hastaların İURYÖ toplam puan ortalaması, ilaca uyum alt boyutu puan ortalaması ve reçete yazdırma alt boyutu puan ortalaması ilaçlarını her zaman düzenli kullanan hastalara göre istatistiksel olarak yüksektir.

Hastaların başka kronik hastalığa sahip olma durumu, hastalık süresi, bir günde alınan ilaç adedi, ilaç kullanım süresi ve genel sağlık değerlendirmesine göre İURYÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak farklı değildir ($p>0,05$).

Tablo 4.9: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre İURYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	İlaça Uyum	Reçete Yazdırma	Toplam
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Başka kronik hastalık varlığı			
Evet	5.5±1.4	3.7±1.2	9.2±2.1
Hayır	5.6±1.6	4.1±1.8	9.7±3.0
Z; p	0.069; 0.945	0.640; 0.522	0.233; 0.816
Hastalık süresi			
3-6 ay	5.5±1.5	3.8±1.4	9.4±2.5
7-12 ay	5.4±1.6	3.5±0.7	9.0±2.1
1-5 yıl	5.6±1.3	4.0±1.4	9.5±2.3
5 yıl ve üzeri	5.6±1.3	3.6±1.2	9.1±2.1
H; p	0.548; 0.908	2.674; 0.445	1.459; 0.692
Hastalığı hakkında bilgi alma durumu			
Evet	5.5±1.4	3.6±1.1	9.1±2.1
Hayır	5.8±1.6	4.2±1.7	10.1±2.9
Z; p	1.394; 0.163	2.830; 0.005	2.015; 0.044
Bir günde alınan ilaç adedi			
1-2	5.6±1.7	3.8±1.3	9.4±2.8
3-5	5.5±1.5	3.9±1.4	9.4±2.4
6 ve üzeri	5.6±1.3	3.6±1.2	9.2±2.1
H; p	0.453; 0.797	2.001; 0.368	0.170; 0.919

Tablo 4.9: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre İURYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devamı)

	İlaça Uyum	Reçete Yazdırma	Toplam
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
İlaç kullanım süresi			
3-6 ay	5.3±1.4	3.7±1.4	9.0±2.4
7-12 ay	6.2±1.6	3.7±1.1	9.9±2.5
1-5 yıl	5.6±1.4	4.1±1.5	9.7±2.5
5 yıl ve üzeri	5.6±1.4	3.7±1.2	9.2±2.2
<i>H; p</i>	4.118; 0.249	4.760; 0.190	3.579; 0.311
Düzenli ilaç kullanım durumu			
Her zaman	5.3±1.2	3.5±1.0	8.8±1.8
Ara sıra	7.2±1.3	5.1±1.9	12.4±2.6
<i>Z; p</i>	6.581; <0.001	5.357; <0.001	6.668; <0.001
Genel sağlık değerlendirmesi			
İyi	5.5±1.3	3.7±1.3	9.1±2.1
Orta	5.7±1.5	4.0±1.4	9.6±2.6
Kötü	5.4±1.3	3.4±0.7	8.8±1.7
<i>H; p</i>	0.848; 0.654	3.807; 0.149	2.027; 0.363

Z: Mann-Whitney U testi, H: Kruskal-Wallis analizi

4.7. Hastaların Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi, Sağlık Algısı ve İlaç Tedavisine Uyumlarının İlişkisi

Tablo 4.10'da hastaların KARRİF-BD Ölçeği, SAÖ ve İURYÖ puan ortalamaları ile korelasyon analizi yer almaktadır. Hastaların KARRİF-BD Ölçeği risk faktörleri alt boyutu puan ortalaması ve toplam ölçek puan ortalaması ile İURYÖ ilaca uyum ve reçete yazdırma alt boyutu puan ortalamaları arasında negatif yönlü ve gücü çok zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre, KVH risk faktörleri bilgi düzeyi arttıkça ilaca uyum ve reçete yazdırma düzeyi artmaktadır.

Hastaların SAÖ kontrol merkezi, öz farkındalık ve sağlığın önemi puan ortalaması ile İURYÖ ilaca uyum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). Kontrol merkezi alt boyutu ile aralarındaki ilişki pozitif yönlü

ve gücü çok zayıf derecelidir ($r=0,181$). Öz farkındalık alt boyutu ile aralarındaki ilişki pozitif yönlü ve gücü çok zayıf derecelidir ($r=0,185$). Sağlığın önemi alt boyutu ile aralarındaki ilişki negatif yönlü ve gücü çok zayıf derecelidir ($r=-0,196$). Sağlık algısı kontrol merkezi ve öz farkındalık düzeyi arttıkça ilaca uyum düzeyi azalmaktadır. Sağlığın önemi düzeyi arttıkça ilaca uyum düzeyi artmaktadır.

SAÖ öz farkındalık ve sağlığın önemi puan ortalaması ile İURYÖ reçete yazdırma puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). Öz farkındalık alt boyutu ile aralarındaki ilişki pozitif yönlü ve gücü zayıf derecelidir ($r=0,279$). Sağlığın önemi alt boyutu ile aralarındaki ilişki negatif yönlü ve gücü zayıf derecelidir ($r=-0,271$). Sağlık algısı öz farkındalık düzeyi arttıkça reçete yazdırma düzeyi azalmaktadır. Sağlığın önemi düzeyi arttıkça reçete yazdırma düzeyi artmaktadır.

SAÖ kontrol merkezi, öz farkındalık ve sağlığın önemi puan ortalaması ile İURYÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). Kontrol merkezi alt boyutu ile aralarındaki ilişki pozitif yönlü ve gücü çok zayıf derecelidir ($r=0,196$). Öz farkındalık alt boyutu ile aralarındaki ilişki pozitif yönlü ve gücü çok zayıf derecelidir ($r=0,238$). Sağlığın önemi alt boyutu ile aralarındaki ilişki negatif yönlü ve gücü zayıf derecelidir ($r=-0,261$). Sağlık algısı kontrol merkezi ve öz farkındalık düzeyi arttıkça ilaca uyum ve reçete yazdırma düzeyi azalmaktadır. Sağlığın önemi düzeyi arttıkça ilaca uyum ve reçete yazdırma düzeyi artmaktadır.

Tablo 4.10: İURYÖ Puan Ortalamasının, KARRİF-BD Ölçeği ve SAÖ Puan Ortalaması İle Korelasyonu

	İlaca Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği					
	İlaca Uyum		Reçete Yazdırma		Toplam	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği						
KVH Özellikleri	-0.093	0.166	0.012	0.855	-0.048	0.473
Risk Faktörleri	-0.158	0.018	-0.207	0.002	-0.218	0.001

Tablo 4.10: İURYÖ Puan Ortalamasının, KARRİF-BD Ölçeği ve SAÖ Puan Ortalaması İle Korelasyonu (Devamı)

	İlaca Uyum		Reçete Yazdırma		Toplam	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Risk Davranışlarında Değişim	-0.037	0.579	-0.100	0.136	-0.056	0.407
Toplam	-0.161	0.016	-0.170	0.011	-0.193	0.004
Sağlık Algısı Ölçeği						
Kontrol	0.181	0.006	0.088	0.187	0.196	0.003
Öz farkındalık	0.185	0.005	0.279	<0.001	0.238	<0.001
Kesinlik	-0.077	0.249	-0.074	0.266	-0.103	0.123
Sağlığın önemi	-0.196	0.003	-0.271	<0.001	-0.261	<0.001
Toplam	0.102	0.129	0.085	0.205	0.121	0.069

KVH: Kardiyovasküler Hastalık, *r*: Spearman korelasyon katsayısı

4.8. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği, Sağlık Algısı Ölçeği ve İlaca Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği Puan Ortalamalarının Regresyonu

Tablo 4.11’de KARRİF-BD ölçeği ve SAÖ alt boyut puan ortalamalarının İURYÖ toplam puan ortalamalarına etkisinin çoklu doğrusal regresyon analizleri ile değerlendirilmesi yer almaktadır. Tablo 4.10’daki karşılaştırmalarda İURYÖ toplam puanı ile $p < 0,25$ değerine sahip olan KVH risk faktörleri, KVH risk davranışlarında değişim, SAÖ öz farkındalık, SAÖ kesinlik, SAÖ sağlığın önemi değişkenleri Model-1’de regresyon analizine dahil edilmiştir. Geriye doğru eleme yöntemi ile istatistiksel olarak önemli bulunmayan değişkenler modelden çıkarılmıştır. Son modelde SAÖ öz farkındalık ve sağlığın önemi alt boyutları yer almıştır. Son modele göre SAÖ öz farkındalık puanlarındaki bir puanlık artış İURYÖ toplam puanlarında 0,157’lik artışa; SAÖ sağlığın önemi puanlarındaki bir puanlık artış İURYÖ toplam puanlarında 0,235’lik azalmaya neden olmaktadır. Kurulan model istatistiksel olarak önemlidir ($F=17,076$ $p < 0,001$) ve modeldeki değişkenler İURYÖ toplam puanlarını %12,6 düzeyinde açıklamaktadır.

Model-2’de tek değişkenli analizlerde bağımlı ve bağımsız değişkenler ile ilişkili olan karıştırıcı faktörlerin etkisi ekarte edilerek elde edilmiş sonuçlar yer almaktadır. Son modelde yine SAÖ öz farkındalık ve sağlığın önemi alt boyutları yer almıştır.

Son modele göre SAÖ öz farkındalık alt boyutu puanlarındaki bir puanlık artış İURYÖ toplam puanlarında 0,130’luk artışa; SAÖ sağlığın önemi puanlarındaki bir puanlık artış İURYÖ toplam puanlarında 0,118’lik azalmaya neden olmaktadır. Kurulan model istatistiksel olarak önemlidir ($F=11,733$; $p<0,001$) ve modeldeki karıştırıcı faktörler ile birlikte bağımsız değişkenler İURYÖ toplam puanlarını %34,5 düzeyinde açıklamaktadır.

Tablo 4.11: İURYÖ Puanları Üzerine KARRİF-BD Ölçeği ve SAÖ Alt Boyut Puanlarının Etkisinin Doğrusal Regresyon Modelleri ile Değerlendirilmesi

	Regresyon Katsayıları						
	β	sh	$z\beta$	t	p	β için %95.0 Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Model-1 (Karıştırıcı Faktörlerin etkisi olmadığında)							
Sabit	10.433	1.004		10.390	<0.001	8.454	12.412
SAÖ Öz Farkındalık	0.157	0.046	0.221	3.435	0.001	0.067	0.247
SAÖ Sağlığın Önemi	-0.235	0.063	-0.241	-3.736	<0.001	-0.359	-0.111

Modeldeki Alınan değişkenler: KVH risk faktörleri, risk davranışlarında değişim, öz farkındalık, kesinlik, sağlığın önemi

Model İstatistikleri: $F=17,076$ $p<0,001$, $R^2=0,133$, Düzeltilmiş $R^2=0,126$

Hata Terimlerinin Normalliği için İstatistikler: Çarpıklık= 0,897±0,162;

Basıklık= 0,611±0,323

Bağımsız değişkenler için çoklu doğrusallık istatistikleri: Tolerans=0,939;

Varyans şişirme faktörü=1,065

Hata Terimleri Arasındaki Otokorelasyon: Durbin-Watson=1,779

Tablo 4.11: İURYÖ Puanları Üzerine KARRİF-BD Ölçeği ve SAÖ Alt Boyut Puanlarının Etkisinin Doğrusal Regresyon Modelleri ile Değerlendirilmesi (Devamı)

Model-2 (Karıştırıcı Faktörlerin etkisi olduğunda)							
	β	sh	$z\beta$	t	p	<i>Alt Sınır</i>	<i>Üst Sınır</i>
Sabit	11.133	1.399		7.956	<0.001	8.375	13.892
SAÖ Öz farkındalık	0.130	0.046	0.183	2.830	0.005	0.039	0.220
SAÖ Sağlık Önemi	-0.118	0.057	-0.121	-2.083	0.038	-0.230	-0.006

Modeldeki Alınan değişkenler: KVH risk faktörleri, risk davranışlarında değişim, öz farkındalık, kesinlik, sağlığın önemi

Modeldeki Karıştırıcı Faktörler: Yaş, cinsiyet, başka kronik hastalık, bilgi, çalışma durumu, düzenli ilaç, sigara, eğitim durumu

Model İstatistikleri: $F=11,733$; $p<0,001$, $R^2=0,377$, Düzeltilmiş $R^2=0,345$,

Hata Terimlerinin Normalliği için İstatistikler: Çarpıklık= 0,736±0,162;

Basıklık= 1,078±0,323

Bağımsız değişkenler için çoklu doğrusallık istatistikleri: Tolerans=0,695-0,820; Varyans şişirme faktörü=1,439-1,220

Hata Terimleri Arasındaki Otokorelasyon: Durbin-Watson=1,877

SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği, β : Regresyon katsayısı, sh : Standart hata, $z\beta$: Standartlaştırılmış regresyon katsayısı

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu bölümde KAH olan bireylerde KVH risk faktörleri bilgi düzeyinin ve sağlık algısının ilaç tedavisine uyum ile ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular tartışılmıştır.

5.1. Hastaların Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeğine İlişkin Bulgularının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda hastaların KARRİF-BD Ölçeği puan ortalaması $23,8\pm 3,1$ olarak bulunmuştur. Bununla birlikte ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum puanlar değerlendirildiğinde (0-28), hastaların KVH risk faktörleri bilgi düzeyinin iyi düzeyde olduğu görülmektedir. Literatürde KARRİF-BD Ölçeği kullanılarak yapılan birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalar incelendiğinde; Çuvadar (2022)'ın KVH tanısı alan menopoz dönemindeki kadın bireyler üzerinde yapmış olduğu çalışmada hastaların KARRİF-BD puan ortalaması $21,6\pm 2,5$, Yeşil Bayülgen ve Altıok (2017)'un koroner girişim geçirmiş hastalar ile yapmış olduğu çalışmada hastaların KARRİF-BD puan ortalaması $20,98\pm 4,10$, Uçar ve Arlan (2017)'in yetişkin bireyler üzerinde yapmış olduğu çalışmada KARRİF-BD puan ortalaması $20,21\pm 4,39$, Arıkan vd. (2009)'nin erişkin bireyler üzerinde yapmış olduğu çalışmada kendisinde ve/veya ailesinde KVH öyküsü olan bireylerin KARRİF-BD puan ortalaması $20,2\pm 3,1$, KVH öyküsü olmayan bireylerin KARRİF-BD puan ortalaması $19,3\pm 3,2$, Karatay vd. (2021)'nin 40 yaş üstü bireyler üzerinde yapmış olduğu çalışmada KARRİF-BD puan ortalaması $19,92\pm 4,40$, Arslan (2023)'in pandemi döneminde kardiyoloji polikliniğine başvuran bireyler üzerinde yapmış olduğu çalışmada hastaların KARRİF-BD puan ortalaması $19,75\pm 4,45$, Çürük vd. (2018)'nin KVH'a sahip hasta ve hasta yakınları ile yapmış olduğu çalışmada KVH'a sahip hastaların KARRİF-BD puan ortalaması $18,7\pm 4,1$, KVH'a sahip hasta yakınlarının KARRİF-BD puan ortalaması $19,3\pm 5,8$, Zengin (2019)'in 40-65 yaş arası yatan hastalar üzerinde yapmış olduğu çalışmada hastaların KARRİF-BD puan ortalaması $18,19 \pm 4,03$, Çakıroğlu (2023)'nun KVH tanısı alan bireyler üzerinde yapmış olduğu çalışmada hastaların KARRİF-BD puan ortalaması $11,51\pm 6,28$ olarak bulunmuştur. Literatürde yer alan çalışmalara göre, bizim çalışmamızda hastaların KVH risk faktörleri bilgi düzeyi yüksek bulunmuştur.

Bu bulgu, örnekleme en az üç aydır KAH nedeniyle tedavi gören hastaların dahil edilmesinden, dolayısıyla hastaların hastalıkları hakkında bilgi sahibi olma çabalarından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda hastaların KARRİF-BD Ölçeği KVH özellikleri alt boyutu puan ortalaması $3,0\pm 0,9$, KVH risk faktörleri alt boyutu puan ortalaması $12,6\pm 2,3$, KVH risk davranışlarında değişim alt boyutu puan ortalaması $8,2\pm 0,9$ olarak bulunmuştur. Literatürde yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde; Çakıroğlu (2023)'nin çalışmasında da KARRİF-BD Ölçeği hastalık özellikleri alt boyutu en düşük ($1,68\pm 0,86$) ve risk faktörleri alt boyutu puan ortalaması ($6,70\pm 3,61$) yüksek bulunmuştur. Çuvadar (2022)'in çalışmasında hastaların KARRİF-BD Ölçeği hastalık özellikleri alt boyutu puan ortalaması $2,5\pm 1$, risk faktörleri alt boyutu puan ortalaması $12,2\pm 1,5$ ve KVH risk davranışlarında değişim alt boyutu puan ortalaması $6,9\pm 1,1$ olarak bulunmuştur. Karatay vd. (2021)'nin çalışmasında hastaların KARRİF-BD Ölçeği hastalık özellikleri alt boyutu puan ortalaması $2,31\pm 1,08$, risk faktörleri alt boyutu puan ortalaması $11,40\pm 2,65$, KVH risk davranışlarında değişim alt boyutu puan ortalaması $6,20\pm 1,56$ olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda elde edilen bulgu literatür ile karşılaştırıldığında uyumluluk göstermektedir. Bununla birlikte bu çalışmada hastaların hastalık özelliklerine ait bilgi düzeyinin düşük bulunması, hastalık süresi ile ilişkili olabilir. Risk faktörleri bilgi düzeyinin yüksek olması ise, bu konuda sosyal medya, dijital platform gibi her alanda toplumsal bilgilendirmenin yapılmasından kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda hastaların yaşı arttıkça KVH risk faktörleri bilgi düzeyinin de arttığı görülmüştür. Topuz (2017)'un çalışmasında da benzer bulgu elde edilmiştir. Bu çalışmaların aksine Çuvadar (2022), Zengin (2019) ve Çakıroğlu (2023)'nin çalışmalarında yaş arttıkça bilgi düzeyinin azaldığı belirlenmiştir. Bu çalışmadan elde edilen bulgu, yaşlılıkla birlikte kalp hastalığı görülme oranlarının artış göstermesi ve bu konuda bireylerin bilinçlenmesi ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda okuryazar olmayan hastaların KVH risk davranışlarında değişim bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızın aksine Doğan (2022) ve Büyükkılıç (2023)'in çalışmalarında okuryazar olmayan hastaların KVH risk davranışlarında değişim alt boyutu puan ortalamasının diğer eğitim düzeyine sahip hastalara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çuvadar (2022) ve Çakıroğlu (2023)'nin çalışmasında hastaların eğitim durumu ile KVH risk davranışlarında

değişim alt boyutu arasında anlamlı ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Bu çalışmadan elde edilen bulgunun, araştırmaya katılan bireylerin eğitim düzeyi düşük hastalardan oluşması nedeniyle etkilenmiş olabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda çalışmayan hastaların KVH risk davranışlarında değişim bilgi düzeyinin çalışan hastalara göre yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızın aksine Büyükkılıç (2023)'ın çalışmasında ise çalışan hastaların KVH risk davranışlarında değişim puan ortalaması çalışmayan hastalara göre yüksektir. Çakıroğlu (2023)'nun çalışmasında hastaların çalışma durumu ile KVH risk davranışlarında değişim alt boyutu arasında anlamlı ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Bu çalışmadan elde edilen bulgunun, örneklemin çoğunluğunun çalışmayan hastalardan oluşması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda gelir durumu orta/kötü olan hastaların KVH risk davranışlarında değişim bilgi düzeyinin gelir durumu iyi olan hastalara göre yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızın aksine Doğan (2022) ve Büyükkılıç (2023)'ın çalışmasında geliri giderinden az olan hastaların KVH risk davranışlarında değişim bilgi düzeyinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çuvadar (2022) ve Çakıroğlu (2023)'nin çalışmasında hastaların gelir durumu ile KVH risk davranışlarında değişim alt boyutu arasında anlamlı ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Gelir durumu orta/kötü olan bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşamaması nedeniyle kalp hastalıklarından korunmaya yönelik bilgi düzeylerinin fazla olması ile birlikte KVH risk davranışlarında değişim düzeyinin yüksek olabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda sigara kullanan hastaların KVH bilgi düzeyi, KVH özellikleri ve KVH risk davranışlarında değişim bilgi düzeyinin sigara kullanmayan ve sigarayı bırakan hastalara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Zengin (2019) ve Karatay vd. (2021)'nin çalışmasında hastaların sigara kullanımı ile KVH bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmadığı belirlenmiştir. Benzer şekilde, Çuvadar (2022) ve Çakıroğlu (2023)'nin çalışmasında hastaların sigara kullanma durumu ile KVH bilgi düzeyi, KVH özellikleri ve KVH risk davranışlarında değişim alt boyutu arasında anlamlı ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Bu çalışmada, sigara kullanmayan hastalarda KVH bilgi düzeyinin yüksek olması beklenen bir bulgudur. Hastaların KVH gelişiminde etkili olan sigara gibi faktörlere karşı duyarlılığını göstermektedir.

Çalışmamızda başka kronik hastalığa sahip olan hastaların KVH bilgi düzeyi, KVH risk faktörleri ve KVH risk davranışlarında değişim bilgi düzeyinin, başka kronik hastalığı olmayan hastalara göre yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın aksine, Doğan (2015), Zengin (2019), Karatay vd. (2021) ile Çakıroğlu (2023)'nun çalışmalarında hastaların başka kronik hastalığa sahip olma durumu ile KVH bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Başka kronik hastalıklara sahip olan bireylerin, diğer hastalıklarını yönetmek ve hastalıkları arasındaki etkileşimi öğrenmek adına bilgi düzeylerinin daha yüksek olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastalığı hakkında bilgi alan hastaların KVH bilgi düzeyi, KVH risk faktörleri ve KVH risk davranışlarında değişim bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Çakıroğlu (2023)'nin çalışmasında da benzer bulgu elde edilmiştir. Doğan (2015)'in çalışmasında ise hastaların KVH eğitimi alma durumu ile KVH bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Hastalığı hakkında eğitim alan bireylerin bilgi düzeylerinin yüksek olması beklenen bir durumdur.

Çalışmamızda ilaçlarını her zaman düzenli kullanan hastaların KVH bilgi düzeyi, KVH risk faktörleri ve KVH risk davranışlarında değişim bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Çakıroğlu (2023)'nin çalışmasında da benzer bulgu elde edilmiştir. İlaçlarını düzenli kullanan hastaların sağlık durumları hakkında daha bilinçli olması nedeniyle bu bulgu elde edilmiş olabilir.

5.2. Hastaların Sağlık Algısı Ölçeğine İlişkin Bulgularının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda hastaların SAÖ puan ortalaması $48,9 \pm 5,7$ olarak bulunmuştur. Bununla birlikte ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum puanlar değerlendirildiğinde (15-75), hastaların sağlık algısının orta düzeyde olduğu görülmektedir. Literatürde KVH olan bireylerde SAÖ kullanılarak yapılan birkaç çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalar incelendiğinde; SAÖ puan ortalaması, Taşkın (2023)'in MI geçiren hastalar üzerinde yapmış olduğu çalışmada $48,74 \pm 7,82$, Gür (2017)'ün KAH'a sahip bireyler ile yapmış olduğu çalışmada $47,37 \pm 5,77$, Akkuş (2021)'un kardiyak cerrahi planlanan hastalar üzerinde yapmış olduğu çalışmada $43,06 \pm 7,73$, Özcan (2023)'in HT tanılı hastalar üzerinde yapmış olduğu çalışmada $42,9 \pm 5,6$, Gürses (2023)'in 18-64 yaş arası kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yapmış olduğu çalışmada $40,03 \pm 7,54$, Pala (2023)'nin KAH'a sahip bireyler üzerinde yapmış olduğu çalışmada

26,66±6,67 olarak bulunmuştur. Literatürde yer alan çalışmalara göre, bizim çalışmamızda hastaların sağlık algısı yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, örnekleme sağlık kontrolüne gelen ayaktan hastaların dahil edilmesinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda hastaların SAÖ alt boyutlarında en yüksek puan ortalamasının kontrol merkezinden (15,4±3,6) ve en düşük puan ortalamasının öz farkındalıktan (10,7±3,3) alındığı görülmektedir. Literatürde yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde çalışma bulgusunun benzerlik gösterdiği görülmüştür. Gür (2017)'ün çalışmasında hastaların SAÖ kontrol merkezi puan ortalaması 15,32±4,68, öz farkındalık puan ortalaması 9,81±2,40, kesinlik puan ortalaması 10,84±3,22, sağlığın önemi puan ortalaması 11,33±2,44; Pala (2023)'nın çalışmasında kontrol merkezi puan ortalaması 6,61±2,96, öz farkındalık puan ortalaması 4,64±1,35, kesinlik puan ortalaması 12,01±3,84, sağlığın önemi puan ortalaması 3,39±0,94; Taşkın (2023)'in çalışmasında kontrol merkezi puan ortalaması 14,81±4,13, öz farkındalık puan ortalaması 10,26±1,63, kesinlik puan ortalaması 13,30±2,77, sağlığın önemi puan ortalaması 10,36±3,00; Akkuş (2021)'un çalışmasında hastaların SAÖ kontrol merkezi puan ortalaması 12,45±3,72, öz farkındalık puan ortalaması 8,50±2,30, kesinlik puan ortalaması 11,56±2,91, sağlığın önemi puan ortalaması 10,54±2,34 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda hastaların yaşı arttıkça sağlık algılarının arttığı görülmüştür. Kale Aktaş (2021)'in çalışmasında da benzer bulgu elde edilmiştir. Pala (2023)'nın çalışmasında da, 63 yaş ve üzeri bireylerin sağlık algıları diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur. Aydın (2023)'in çalışmasında ise, 41-50 yaş arası bireylerin sağlık algılarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmaların aksine, Gür (2017), Akkuş (2021) ve Gül (2018)'ün çalışmalarında hastaların yaşı ile sağlık algıları arasında ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Artan yaş ile birlikte kronik hastalık görülme sıklığının artması, buna bağlı bireylerin sağlık algı düzeylerinin yükselmesi beklenen bir durumdur.

Çalışmamızda kadın hastaların sağlık algılarının erkek hastalardan yüksek olduğu görülmüştür. Pala (2023)'nın çalışmasında da benzer bulgu edilmiştir. Çalışmamızın aksine Gür (2017)'ün çalışmasında erkek hastaların sağlık algısının kadın hastalardan yüksek bulunduğu belirtilmiştir. Akkuş (2021), Gürses (2023) ve Kale Aktaş (2021)'in çalışmalarında ise, hastaların cinsiyetleri ile sağlık algıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Bu çalışmada, kadınlarda sağlık algısının yüksek düzeyde

çıkması, araştırmanın yapıldığı bölgeden ve bölgenin kültürel yaklaşımından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda bekar hastaların sağlık algısında öz farkındalık düzeylerinin evli hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Kale Aktaş (2021) ve Pala (2023)'nın çalışmasında da benzer bulgu elde edilmiştir. Akkuş (2021)'un çalışmasında hastaların medeni durumları ile öz farkındalık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Bekar hastaların sağlıkları ile ilgilenebilecek daha fazla zamana sahip olması nedeniyle öz farkındalık düzeylerinin daha yüksek olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda okuryazar olmayan ve ilkokul mezunu hastaların sağlık algı düzeylerinin ortaokul, lise, üniversite ve üstü mezunu hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Pala (2023)'nın çalışmasında da benzer bulgu elde edilmekle birlikte okuryazar olmayan hastaların sağlık algılarının diğer hastalara göre yüksek olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızın aksine Akkuş (2021)'un çalışmasında üniversite mezunu hastaların sağlık algılarının ilköğretim ve lise mezunlarına göre yüksek olduğu belirtilmiştir. Kale Aktaş (2021)'in çalışmasında ise hastaların eğitim durumları ile sağlık algıları arasında bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Bu çalışmadan elde edilen bulgu düşündürücüdür. Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin sağlık bilgisinin ve sağlık davranışının iyi olması beklenmektedir. Bu çalışmada özellikle az sayıda okuryazar olmayan birey bulunmasına rağmen (n=13), bu bireylerin diğer eğitim düzeylerine göre yüksek düzeyde sağlık algısına sahip olması kültürel ve dini yaklaşımlarından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda çalışan hastaların sağlık algısının kesinlik alt boyutu düzeyinin çalışmayan hastalara göre yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın aksine Dönder (2023) ve Hatır (2020)'in çalışmasında hastaların çalışma durumu ve SAÖ kesinlik düzeyi arasında ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Çalışmamızda elde edilen bulguda, çalışan hastaların dış çevre ile daha fazla etkileşim halinde olması nedeniyle sağlık algısı alt boyutu puan ortalamasının yüksek olabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda sigara kullanmayan hastaların sağlık algılarının sigarayı bırakan hastalara göre yüksek olduğu görülmüştür. Akkuş (2021)'un çalışmasında ise sigarayı bırakmış hastaların sağlık algılarının hiç sigara içmemiş olan hastalara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmaların aksine, Şengül (2021) ve Dönder (2023)'in

çalışmasında hastaların sigara kullanım durumu ile sağlık algıları arasında anlamlı ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Sigara kullanmayan hastaların sağlığını daha fazla düşünen hastalardan oluşabileceği göz önüne alındığında, çalışmadan elde edilen bulgunun beklenen bir durum olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda hastalık hakkında bilgi almayan hastaların sağlık algılarının ve öz farkındalık düzeylerinin hastalık hakkında bilgi alan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Buna rağmen, Aydın (2023)'in çalışmasında hastaların hastalık hakkında eğitim alma durumları ile sağlık algısı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Kalp hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmayan hastaların sağlık algılarının yüksek olması düşündürücüdür. Bu bulgu, hastalık hakkında eğitim almayan hasta grubunun azlığından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda bir günde alınan ilaç adedi 1-2 olan hastaların sağlık algısının kesinlik alt boyut düzeyinin, ilaç adedi altı ve üzeri olan hastalara göre yüksek olduğu görülmüştür. Hatır (2020)'in çalışmasında hastaların bir günde aldığı ilaç adedi ile kesinlik alt boyutu arasında anlamlı ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Bu çalışmada elde edilen bulgu, daha az ilaç kullanan hastaların kendilerini diğer hastalara göre daha sağlıklı olarak düşünmelerinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda ilaçlarını ara sıra/düzenli kullanan hastaların sağlık algısının kontrol merkezi ve öz farkındalık düzeyleri, ilaçlarını her zaman düzenli kullanan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte ilaçlarını her zaman düzenli kullanan hastaların sağlığın önemi alt boyutu düzeyinin, ilaçlarını ara sıra/düzenli kullanan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Şengül (2021)'ün çalışmasında da, ilaçlarını düzenli kullanmayan hastaların kontrol merkezi alt boyutu puan ortalamasının ilaçlarını düzenli kullanan hastalardan daha yüksek olduğu, ayrıca ilaçlarını düzenli kullanan hastaların sağlığın önemi alt boyutu puan ortalamasının ilaçlarını düzenli kullanmayan hastalara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlığına önem veren hastaların ilaçlarını düzenli kullanması beklenen bir bulgudur. Bununla birlikte, ilaçlarını düzenli kullanan hastaların öz farkındalık düzeylerinin düşük olması, hastalık hakkında bilgi düzeyi ile ilişkili olabilir.

5.3. Hastaların İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeğine İlişkin Bulgularının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda hastaların İURYÖ puan ortalaması $9,3\pm 2,3$ olarak bulunmuştur. Bununla birlikte ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum puanlar değerlendirildiğinde (7-28), hastaların ilaca uyumlarının yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Literatürde İURYÖ kullanılarak yapılan birkaç çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalar incelendiğinde İURYÖ puan ortalaması; Pehlivan (2019)'ın HT hastaları ile yapmış olduğu çalışmada $14,38\pm 4,35$, Mertcan (2020)'ın koroner stent uygulanan bireyler ile yapmış olduğu çalışmada $13,04$, Özer (2019)'in kronik hastalığa sahip hastalar ile yapmış olduğu çalışmada $12,0\pm 3,93$ ve Karagöz (2019)'ün KY olan hastalar ile yapmış olduğu çalışmada $8,80\pm 2,28$ olarak bulunmuştur. Literatürde yer alan çalışmalara göre, bizim çalışmamızda hastaların ilaca uyumları yüksek bulunmuştur. Bu bulgu örnekleme dahil edilen bireylerin %84'ünün ek bir kronik hastalığa sahip olması ile birlikte çoklu ilaç kullanma zorunluluğundan kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda hastaların İURYÖ ilaca uyum puan ortalaması $5,6\pm 1,4$, reçete yazdırma puan ortalaması $3,7\pm 1,3$ olarak bulunmuştur. Literatürde yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde; Mertcan (2020)'in çalışmasında hastaların İURYÖ ilaca uyum puan ortalaması $7,48$, reçete yazdırma puan ortalaması $5,55$; Kaya (2019)'nın çalışmasında hastaların İURYÖ ilaca uyum puan ortalaması $5,53\pm 1,90$, reçete yazdırma puan ortalaması $5,45\pm 1,37$; Özer (2019)'in çalışmasında hastaların kronik hastalığına göre alt boyutlarının karşılaştırılmasında HT hastalarının İURYÖ ilaca uyum puan ortalaması $6,54\pm 2,65$, reçete yazdırma puan ortalaması $6,68\pm 1,31$ olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, hastaların reçete yazdırmaya ilişkin uyum düzeylerinin oldukça iyi olduğu görülmektedir. Bu bulgu, sağlık hizmetlerinin sunumunda, kronik hastalığı olan bireylerin ilaç teminlerinin kolaylığından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda evli hastaların reçete yazdırma düzeyinin bekar hastalara göre yüksek olduğu görülmüştür. Buna rağmen, Mertcan (2020)'in çalışmasında hastaların medeni durumları ile reçete yazdırma alt boyutu arasında anlamlı ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Bu çalışmadan elde edilen bulgunun, örneklemin çoğunluğunun evli hastalardan oluşması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda çalışmayan hastaların reçete yazdırma düzeyinin çalışan hastalara göre yüksek olduğu görülmüştür. Buna rağmen, Mertcan (2020)'in çalışmasında hastaların çalışma durumunun reçete yazdırma düzeyi ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Bu çalışmadan elde edilen bulguda, çalışmayan hastaların daha fazla zamana sahip olması nedeniyle reçete yazdırma düzeylerinin daha yüksek olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda gelir durumu orta/kötü olan hastaların reçete yazdırma düzeyinin gelir durumu iyi olan hastalara göre yüksek olduğu görülmüştür. Mertcan (2020) ve Kaya (2019)'nın çalışmasında hastaların gelir veya sosyoekonomik düzeyleri ile reçete yazdırma alt boyutu arasında anlamlı ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Bu çalışmadan elde edilen bulgu, gelir durumu iyi olan hastaların ilaçlarını reçete yazdırma gereksinimi olmadan da temin edebilmesinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda sigarayı bırakan hastaların reçete yazdırma düzeyinin diğer hastalara göre yüksek olduğu görülmüştür. Kaya (2019)'nın çalışmasında da, hiç sigara kullanmamış hastaların reçete yazdırma düzeyinin diğer hastalara göre düşük olduğu belirtilmiştir. Sigarayı bırakan hastaların sağlığını düşünen bireyler olarak göz önüne alındığında, bu hastaların reçete yazdırma düzeylerinin yüksek olması beklenen bir durumdur.

Çalışmamızda hastalığı hakkında bilgi alan hastaların ilaca uyumlarının ve reçete yazdırma düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan literatür taraması sonucu İURYÖ ve alt boyutları ile KVH bilgi durumu arasında ilişkinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte çalışma bulgusu, hastalık hakkında bilgi sahibi olmanın ilaca uyumu olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

Çalışmamızda ilaçlarını her zaman düzenli kullanan hastaların ilaca uyumlarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızın aksine Kaya (2019)'nın çalışmasında ilaç kullanım durumunu kötü olarak değerlendiren hastaların, ilaca uyumlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. İlaçlarını her zaman düzenli kullanan hastaların ilaca uyum ve reçete yazdırma düzeylerinin yüksek olması beklenen bir durumdur.

5.4. Hastaların Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği, Sağlık Algısı Ölçeği ve İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği Puan Ortalamalarının Korelasyonu ve Regresyonunun Yorumlanması

Çalışmamızda, hastaların KVH risk faktörleri ve toplam puan ortalaması ile ilaca uyum ve reçete yazdırma puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf derecede ilişki olduğu belirlenmiştir. Buna göre hastaların KVH genel bilgi ve risk faktörleri bilgi düzeyleri arttıkça ilaca uyum ve reçete yazdırma düzeyleri artabilmektedir. Literatürde KAH olan bireylerde KVH risk faktörleri bilgi düzeyi ile ilaç tedavisine uyumun ilişkisinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmaması ile birlikte Tör ve Tosun (2020)'un çalışmasında İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalaması ile HT Bilgi Anketi doğru cevap ortalaması arasında negatif yönlü, zayıf derecede ilişki olduğu, HT bilgi düzeyinin artmasıyla ilaç tedavisine uyumun arttığı tespit edilmiştir. Akan vd. (2020)'nin çalışmasında ise İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalaması ile HT Bilgi Düzeyi Ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde korelasyon olduğu, HT bilgi düzeyinin artmasıyla ilaç tedavisine uyumlarının azaldığı tespit edilmiştir. Güngör (2020)'ün çalışmasında da, KVH olan bireylerde kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeyi artışının ilaç uyumunu arttırdığı belirtilmiştir.

Karabulut ve Gün (2019)'ün çalışmasında PKG uygulaması geçirmiş bireylerin hastalıklarına yönelik algılarının ilaç tedavisine gösterilen uyumu etkilediği belirtilmektedir. Aynı çalışmada, hastalığını anlayan ve farkında olan, tedavisini devam ettiren hastaların ilaç tedavisine olumlu yönde uyum gösterdiği, hastalığının farkında olmayan bireylerin ise ilaç tedavisine olumsuz yönde uyum gösterdiği vurgulanmıştır (Karabulut ve Gün, 2019). Bizim çalışmamızda da, elde edilen bulgu, hastaların hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmalarının ilaca uyumda önemli bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır. Bakım ve tedavi edici gibi temel rollere ek olarak hemşirelerin eğitici ve danışmanlık rollerini de ön plana çıkarması önemlidir.

Çalışmamızda, hastaların sağlık algısına yönelik kontrol merkezi ve öz farkındalık düzeyi arttıkça ilaca uyum düzeyinin azalabileceği, bununla birlikte, sağlık algısına yönelik sağlığın önem düzeyi arttıkça ilaca uyum düzeylerinin artabileceği belirlenmiştir. Ayrıca çalışmamızda sağlık algısına yönelik öz farkındalık ve sağlığın önemi alt boyutlarının ilaca uyumu %34,5 düzeyinde etkilediği saptanmıştır. Literatürde KAH olan bireylerin sağlık algısı ile ilaç tedavisine uyumun ilişkisinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmaması ile birlikte Özcan (2023)'in HT tanılı

hastaların sağlık algısına y6nelik kontrol merkezi alt boyutu ile HT Tedavisine Uyum 6l6eği puan ortalaması arasında negatif y6nl6, zayıf derecede ilişki olduğu, sağlık algısına y6nelik kontrol merkezi d6zeyinin artmasıyla tedaviye uyumun arttığı tespit edilmiştir. Bu 6alışmadan elde edilen bulgu, hastaların sağlığına 6nem vermelerini destekleyecek 6alışmaların gerekliliğini ortaya koymaktadır.

6alışmamızda hastaların sağlık algısına y6nelik kesinlik d6zeyi ile ila6 tedavisine uyum d6zeyleri arasında ilişki bulunmamıştır. Buna rağmen, 6zcan (2023)'in 6alışmasında hastaların sağlık algısına y6nelik kesinlik alt boyutu ile HT Tedavisine Uyum 6l6eği puan ortalaması arasında pozitif y6nl6, zayıf derecede ilişki olduğu, sağlık algısına y6nelik kesinlik d6zeyinin artmasıyla tedaviye uyumun azaldığı tespit edilmiştir. Bizim 6alışmamızda elde edilen bulgu, 6rnekleme grubunun yaş, hastalık 6zelliği gibi farklılıklarından kaynaklanmış olabilir.

6alışmamızda hastaların sağlık algısı ile ila6 tedavisine uyum d6zeyleri arasında ilişki bulunmamıştır. Buna rağmen, Emre vd. (2020)'nin 6alışmasında hastaların sağlık algısı ile Antihipertansif İla6 Tedavisine Uyum 6l6eği puan ortalaması arasında negatif y6nl6, zayıf derecede ilişki olduğu, sağlık algısının artmasıyla ila6 tedavisine uyumun arttığı tespit edilmiştir.

Rajpura ve Nayak (2014)'in 6alışmasında HT tanılı hastaların %66'sının ilaca uyum d6zeylerinin d6şuk olduğu, hastaların ilaca uyum puan ortalaması ile hastalık algısı puan ortalaması arasında pozitif y6nl6, zayıf derecede ilişki olduğu, ila6 tedavisine g6sterilen uyumda hastalığa y6nelik algının rol oynadığı tespit edilmiştir.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Amacı KAH olan bireylerde KVH risk faktörleri bilgi düzeyinin ve sağlık algısının ilaç tedavisine uyum ile ilişkisini belirlemek olan çalışmamızın sonuçları şunlardır:

- Çalışmaya katılan hastaların KVH risk faktörleri bilgi düzeyinin yüksek düzeyde olduğu, sağlık algısının orta düzeyde olduğu, ilaca uyumlarının yüksek düzeyde olduğu,
- Sigara kullanan hastaların KVH risk faktörleri bilgi düzeyinin daha düşük olmakla birlikte, başka kronik hastalığa sahip olan, hastalığı hakkında bilgi alan, ilaçlarını her zaman düzenli alan hastaların ise bilgisinin daha yüksek olduğu; hastaların yaşı arttıkça KVH risk faktörleri bilgi düzeyinin arttığı;
- Hastaların yaşı arttıkça sağlık algısının arttığı; kadın, okuryazar olmayan, sigara kullanmayan, hastalığı hakkında bilgi almayan hastaların sağlık algısının daha yüksek olduğu,
- Evli, çalışmayan, gelir düzeyi orta/kötü, sigarayı bırakan, hastalığı hakkında bilgi alan hastaların reçete yazdırma düzeyinin daha yüksek olduğu;
- İlaçlarını her zaman düzenli kullanan hastaların ilaca uyum ve reçete yazdırma düzeyinin daha yüksek olduğu,
- KVH risk faktörleri bilgi düzeyi arttıkça ilaca uyum ve reçete yazdırma düzeyinin artabileceği,
- Sağlık algısına yönelik kontrol merkezi ve öz farkındalık düzeyi arttıkça ilaca uyum ve reçete yazdırma düzeyinin azalabileceği,
- Sağlık algısına yönelik sağlığın önemi düzeyi arttıkça ilaca uyum ve reçete yazdırma düzeyinin artabileceği,
- Sağlık algısına yönelik öz farkındalık ve sağlığın önemi alt boyutlarının ilaca uyumu %34,5 düzeyinde etkilediği belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

- Koroner arter hastalığı olan bireylerin bilgi düzeyinin değerlendirilerek eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi, hastaların ihtiyaçlarına yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin planlanması,
- Hastalara taburculuk öncesi hastalık bilgisi, yaşam tarzı değişiklikleri, fiziksel aktivite, ilaç tedavisi gibi konularda sekonder önlemleri de içeren taburculuk eğitiminin düzenlenmesi,
- Hastanelerde özel dal hemşireliği olarak kardiyoloji eğitim hemşireliği hizmet alanının oluşturulması ve yaygınlaştırılması,
- Hastaların sağlık algısının değerlendirilmesi, hastalığın beraberinde getirmiş olduğu semptomlar nedeniyle olumsuz sağlık algısına yönelik bilgilendirmelerin yapılması,
- Hastaların ilaç tedavisine yönelik bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi, ilaç tedavisine olan uyumu arttırmak amacıyla olumlu davranış değişiklikleri kazandırılması ve hastaların takip edilmesi,
- Toplumun KVH bilgi düzeyinin artırılmasına yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi ve uygulanması,
- Bu amaçla KAH'a sahip bireyler üzerinde daha geniş örneklem grubunda çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Akan, D. D., Dedeli Çaydam, Ö., & Pakyüz, S. Ç. (2020). Hipertansiyon tanısı alan hastalarda bilgi düzeyi ve ilaç tedavisine uyumun değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2), 241-249.
- Akkuş, Ş. (2021). *Kardiyak cerrahi planlanan hastaların öz etkililikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık algılarının belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.
- Annaç, S. (2018). *Koroner arter hastalığı olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Arıkan, İ., Metintaş, S., Kalyoncu, C., & Yıldız, Z. (2009). Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması*, 37(1), 35-40.
- Arslan, A. (2023). *Pandemi döneminde kardiyoloji polikliniğine başvuran bireylerde kardiyovasküler hastalıklar risk durumu ve bilgi düzeyinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Atwood, J. (2022). Management of acute coronary syndrome. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 40(4), 693-706 [online]. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2022.06.008> (Erişim tarihi: 24 Ocak 2024)
- Avcı, A., Gün, M., & Erdoğan S. (2020). Kardiyovasküler hastalık tanısıyla yatarak tedavi gören hastaların ilaç tedavisine uyumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Turk Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(26), 132-139.
- Aydın, B. (2023). *Diyabetli bireylerin akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi ile sağlık algısı ve sağlıklı yaşam tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa.
- Aydoğdu, S. (2015). Akut koroner sendrom tedavisinde oral antiplatelet tedavi: Güncel kılavuzlar ne diyor?. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması*, 43(2), 13-19.

- Badır, A., & Demir Korkmaz, F. (2020). Koroner arter hastalıkları. Karadakovan, A., & Aslan, F. E. (Ed.), *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım içinde* (ss.453-493). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Banegas, J. R., Lopez-Garcia E, Dallongeville J, Guallar E, Halcox J. P., Borghi C, Masso-Gonzalez, E. L., Jimenez, F. J., Perk, J., Steg, P. G., Backer, G. D., & Rodriguez-Artalejo, F. (2011). Achievement of treatment goals for primary prevention of cardiovascular disease in clinical practice across europe: The EURIKA study. *European Heart Journal*, 32(17), 2143-2152 [online]. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehr080> (Erişim tarihi: 16 Ocak 2024)
- Bektaş Akpınar, N., & Aşkın Ceran, M. (2019). Kronik hastalıklar ve rehabilitasyon hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 140-152.
- Bendel, R. B., & Afifi, A. A. (1977). Comparison of stopping rules in forward "Stepwise" regression. *Journal of the American Statistical Association*, 72(357), 46-53 [online]. <https://doi.org/10.2307/2286904> (Erişim tarihi: 04 Temmuz 2024)
- Bora Başara, B., Soytutan Çağlar, İ., Aygün, A., Özdemir, T. A., Kulali, B., Ünal, G., Uzun, S. B., Kara, S., Yentür, G., K., Ateş Pekerçli, A., & Birge Kayış, B. (2023). morbidite. Bora Başara, B., Soytutan Çağlar, İ., Aygün, A., Özdemir, T. A., & Kulali, B. (Ed.), *T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021 içinde* (ss. 50). Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1260. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/45316/0/siy2021-turkcepdf.pdf> (Erişim tarihi: 27 Nisan 2024)
- Byrne, R. A., Rossello, X., Coughlan, J. J., Barbato, E., Berry, C., Chieffo, A., Claeys, M. J., Dan, G-A., Dweck, M. R., Galbraith, M., Gilard, M., Hinterbuchner, L., Jankowska, E. A., Jüni, P., Kimura, T., Kunadian, V., Leosdottir, M., Lorusso, R., Pedretti, R. F. E., Rigopoulos, A. G., Gimenez, M. R., Thiele, H., Vranckx, P., Wassmann, S., Wenger, N. K., & Ibanez, B. (2023). 2023 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the european society of cardiology (ESC). *European Heart*

- Buğan, B., & elik, T. (2014). Koroner arter hastalığı risk faktörleri. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 5(2), 159-163.
- Bulut, S., Kafadar, D., Yakupoğlu, E., & Okuyan, E. (2020). Koroner arter hastalığı tanılı hastalarda tedaviye uyumun polifarmasi ve multimorbidite ile ilişkisinin değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 4, 777-789.
- Bursac, Z., Gauss, C. H., Williams, D. K., & Hosmer, D. W. (2008). Purposeful selection of variables in logistic regression. *Source Code for Biology and Medicine*, 3(17), 1-8 [online]. <http://dx.doi.org/10.1186/1751-0473-3-17> (Erişim tarihi: 14 Temmuz 2024)
- Büber, İ., & Sevgican, C. İ. (2022). Koroner arter hastalığı olanlarda medikal tedavi ve yaşam tarzı değişikliklerine uyumun değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 15(2), 239-250.
- Büyükkılıç, B. Z. (2023). *Akut koroner sendromu olan hastaların hastaneye başvuru şikayetleri ile başvuru süresi ve kardiyovasküler risk faktörlerinin yönetimine ilişkin bilgi ve davranışlarının incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Canlı Özer, Z., & Demir, ř. (2012). Akut koroner sendromlarda hemşirelik bakımı. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 3(3), 19-32.
- akır, S. (2016). *Hastalarda ilaç tedavisine uyumun değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakóltesi, İstanbul.
- akıroğlu, ř. (2023). *Kardiyovasküler hastalık tanısı alan bireylerin risk faktörleri bilgi düzeyleri ve hastalık algılarının değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- Çıracı, B. (2019). *Radial ve femoral girişli anjiyografilerde hastaların konfor düzeylerinin belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Çuvadar, A. (2022). *Kardiyovasküler hastalık tanısı alan menopoz dönemindeki kadınlarda kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Çürük, G. N., Korkut Bayındır, S., & Oğuzhan, A. (2018). Kardiyovasküler hastalığı olan hasta ve hasta yakınlarında kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Journal of Health Sciences*, 27(1), 40-47.
- Demircan, S. (2012). Ateroskleroz: Primer ve sekonder korunma. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29, 141-146.
- Demirkıran, G., & Uzun, Ö. (2012). Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(1), 1-12.
- Diamond, J. J., Becker, J. A., Arenson, C. A., Chambers, C. V., & Rosenthal, M. P. (2007). Development of a scale to measure adults' perceptions of health: *Priliminary findings*. *Journal of Community Psychology*, 35(5), 557-561 [online]. <http://dx.doi.org/10.1002/jcop.20164> (Erişim tarihi: 10 Temmuz 2024)
- Diehm, C., Lang, S., Darius, H., Pittrow, D., Von Stritzky, B., Tepohl, G., Haberl, R. L., Allenberg, J. R., Dasch, B., & Trampisch, H. J. (2006). Association of low ankle brachial index with high mortality in primary care. *European Heart Journal*, 27(14), 1743-1749 [online]. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehl092> (Erişim tarihi: 2 Şubat 2024)
- Doğan, E. S. (2015). *Diyabetli bireylerde kardiyovasküler hastalık riskleri ve risk faktörleri bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.
- Doğan, N. (2022). *Kadınlarda sağlık okuryazarlığının kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi ve diyabet riskine etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.

- Dönder, V. (2023). *Bireylerin sağlık algısı ve sağlık bilişlerinin sağlık arama davranışı ile ilişkisinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.
- Durusoy, E., Yıldırım, T., & Altun, A. (2010). Koroner arter hastalığı poliklinik takibi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1), 13-18.
- Dülek, H., Tuzcular Vural, Z., & Gönenç, I. (2018). Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(2), 53-58.
- Emre, N., Edirne, T., Özşahin, A., Çoban, N., & Yanık Barışkan, A. (2020). Hipertansiyon hastalarında ilaç tedavisine uyumun yaşam kalitesi ve sağlık algısıyla ilişkisi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(3), 436-442.
- Goldberg, A., Gueguen, A., Schmaus, A., Nakache, J. P., & Goldberg, M. (2001). Longitudinal study of associations between perceived health status and self reported diseases in the French gazel cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(4), 233-238 [online]. <https://doi.org/10.1136/jech.55.4.233> (Erişim tarihi: 7 Şubat 2024)
- Gökdoğan, F., & Kes, D. (2017). Validity and reliability of the Turkish adherence to refills and medications scale. *International Journal of Nursing Practice*, 23(5), 1-7.
- Greenland, P., Alpert, J. S., Beller, G. A., Benjamin, E. J., Budoff, M. J., Fayad, Z. A., Foster, E., Hlatky, M. A., Hodgson, J. M., Kushner, F. G., Lauer, M. S., Shaw, L. J., Smith, S. C. Jr., Taylor, A. J., Weintraub, W. S., Wenger, N. K., Jacobs, A. K., Smith, S. C. Jr., Anderson, J. L., Albert, N., Buller, C. E., Creager, M. A., Ettinger, S. M., Guyton, R. A., Halperin, J. L., Hochman, J. S., Kushner, F. G., Nishimura, R., Ohman, E. M., Page, R. L., Stevenson, W. G., Tarkington, L. G., & Yancy, C. W. (2010). 2010 American College of Cardiology Foundation/American Heart Association. guideline for assessment of cardiovascular risk in asymptomatic adults. *Journal of American College of Cardiology*, 56(25), 50-103 [online]. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2010.09.001> (Erişim tarihi: 2 Şubat 2024)

- Gül, E. (2018). *Yetişkin bireylerde sağlık okuryazarlığının yeme davranışı ve sağlık algısı ile ilişkisinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Günel, O. (2012). Kardiyovasküler risk faktörleri. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29(3), 107-116.
- Gülseven, B., & Oğuz, S. (2020). Kronik durumlar. Karadakovan, A., & Eti Aslan, F. (Ed.), *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım içinde* (ss. 89-102). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Güner, S. G., & Nural, N. (2020). Koroner arter hastalığı: Etiyoloji ve patogenez. Nural, N. (Ed.), *Kalp damar hastalıkları hemşireliği içinde* (ss. 1-6). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Güngör, A. (2020). *Aile hekimliği polikliniğine başvuran kardiyovasküler hastalığı olan hastaların kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeyinin ilaç uyumuna etkisinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara.
- Gür, G. (2017). *Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi Davranışlarının Belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Gür, G., & Sunal, N. (2019). Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Journal of Health Sciences and Professions*, 6(2), 210-219.
- Gürses, S. (2023). *Yetişkin bireylerde (18-64 Yaş Arası) sağlık okuryazarlığının sağlık algısı üzerine etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Hatır, A. E. (2020). *Hipertansif hastalarda eğitimin ilaç ve tedaviye olan uyuma etkisinin araştırılması*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Konya.
- İnangil, D., & Şendir, M. (2014). Koroner arter hastalarının sağlık davranışlarının geliştirilmesinde hemşirenin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 96-101.

- Kadıoğlu, H., & Yıldız, A. (2012). Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(1), 47-53.
- Kale Aktaş, H. (2021). *Kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığının ve sağlık algısının değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Kalyoncuoğlu, M., Öztürk, S., Durmuş, G., Keskin, B., & Can, M. M. (2017). Güncel tedavi kılavuzları ışığında kronik iskemik kalp hastalığı tedavisine yaklaşım. *The Medical Bulletin of University of Health Sciences Haseki*, 55, 85-100.
- Karabulut, İ., & Gün, M. (2019). Perkütan girişim uygulanan hastalarda hastalık algısının ilaç uyumuna etkisi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 10(21), 8-16.
- Karakoç Kumsar, A., & Taşkın Yılmaz, F. (2017). Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörlerinden korunmada hemşirenin rolü. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(4), 18-27.
- Karagöz, E. (2019). *Kalp yetersizliği olan hastalarda sosyal desteğin ilaç uyumuna etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Karatay, G., Yeşiltepe, A., & Aktaş, H. (2021). 40 yaş üstü bireylerin kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyleri ve bazı değerşkenlerle ilişkisi. *Acta Medica Nicomedia*, 4(2), 49-55.
- Kaş, A. (2016). *Koroner anjioplasti öncesi ve sonrası fiziksel fonksiyon, emosyonel statü ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- Kaya, N. (2019). *Dahiliye polikliniklerine başvuran kronik hastalığı olan hastalarda öz bakım yönetimi ve ilaç uyumu*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi-Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ortak Yüksek Lisans, Yozgat.

- Knuuti, J., Wijns, W., Saraste, A., Capodanno, D., Barbato, E., Funck-Brentano, C., Prescott, E., Storey, R. F., Deaton, C., Cuisset, T., Agewall, S., Dickstein, K., Edvardsen, T., Escaned, J., Gersh, B. J., Svitil, P., Gilard, M., Hasdai, D., Hatala, R., Mahfoud, F., Masip, J., Muneretto, C., Valgimigli, M., Achenbach, S., & Bax, J. J. (2020). 2019 ESC guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *European Heart Journal*, *41*(3), 407-477 [online]. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425> (Erişim tarihi: 8 şubat 2024)
- Koplay, M., & Erol, C. (2013). Koroner arter hastalığı. *Türk Radyoloji Seminerleri*, *1*(1), 57-67.
- Kripalani, S., Risser, J., Gatti, M., & Jacobson, T. (2009). Development and evaluation of the adherence to refills and medications scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. *Value in Health*, *12* (1), 118–123 [online]. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2008.00400.x> (Erişim tarihi: 10 Temmuz 2004)
- Kronish, İ. M., & Ye, S. (2013). Adherence to cardiovascular medications: Lessons learned and future directions. *Progress in Cardiovascular Diseases*, *55*(6), 590-600 [online]. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2013.02.001> (Erişim tarihi: 3 şubat 2024)
- Mertcan, A. (2020). *Koroner stent uygulanan hastaların ilaç tedavisine uyumu ve ilaç kullanımına ilişkin sağlık inançları*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Mickey, R. M., & Greenland, S. (1989). The impact of confounder selection criteria on effect estimation. *American Journal of Epidemiology*, *129*(1), 125-137 [online]. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a115101> (Erişim tarihi: 14 Temmuz 2024)
- Nurmeksela, A., Pihlainen, V., Kettunen, T., Laukkanen, J., & Peltokoski, J. (2021). Nurse-led counseling for coronary artery disease patients: A 1-year follow-up study. *Nursing & Health Sciences*, *23*(3), 678-687 [online]. <https://doi.org/10.1111/nhs.12852> (Erişim tarihi: 7 şubat 2024)

- Onat, A. ve Can, G. (2017). Erişkinlerimizde kalp hastalıkları prevalansı, yeni koroner olaylar ve kalpten ölüm sıklığı. Onat, A. (Ed.), *TEKHARF 2017 tıp dünyasının kronik hastalıklara yaklaşımına öncülük* içinde (ss. 21-28). İstanbul: Logos Yayıncılık.
- Özcan, E. (2023). *Hipertansiyon tanılı hastalarda tedavi uyumu ve sağlık algısı*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Harran Üniversitesi, Şanlıurfa.
- Özdelikara, A., Ağaçdiken Alkan, S., & Mumcu, N. (2018). Hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14(3), 275-282.
- Özdemir, B. (2018). *Sağlık algısı ve sağlık kullanımı ilişkisi: Sağlık bilimleri üniversitesi Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi örneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Özer, E. (2019). *Kronik hastalığa sahip hastaların ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançları ile tedaviye uyumları arasındaki ilişki*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Pala, B. (2023). *Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ordu.
- Pehlivan, İ. (2019). *Hipertansiyon hastalarında ilaç uyumu ve kadercilik eğilimi arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Perdoncin, E., & Duvernoy, C. (2017). Treatment of coronary artery disease in women. *Methodist Debaque Cardiovascular Journal*. 13(4), 201-208 [online]. <https://doi.org/10.14797%2Fmdcj-13-4-201> (Erişim tarihi: 10 Ocak 2024)
- Rajpura, J. R., & Nayak, R. (2014). Role of illness perceptions and medication beliefs on medication compliance of elderly hypertensive cohorts. *Journal of Pharmacy Practice*, 27(1), 1-6 [online]. <https://doi.org/10.1177/0897190013493806> (Erişim tarihi: 12 Temmuz 2024)

- Saki, M., Najmi, S., Gholami, M., Ebrahimzadeh, F., & Pour, F. J. (2022). The effect of patient-centered education in adherence to the treatment regimen in patients with coronary artery disease. *Journal of Vascular Nursing*, 40(1), 28-34 [online]. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2021.10.003> (Erişim tarihi: 16 Aralık 2023)
- Sakman, Z. (2019). *Koroner arter hastalığı olan bireylerde uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Satıcı, İ. H. (2022). *Koroner arter hastalarının hastalığa ilişkin bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, şanlıurfa.
- Serdar, O. A., Yeşilbursa, D., Kazazoğlu, A. R., Baran, İ., Aksu, M., Aydınlar, A., Gemici, K., Serçelik, A., Fiskeci, A., Heper, C., Sunay, M., Kaya, K., Özdemir, A., Kumbay, E., Cordan, J., & Çobanoğlu, N. (2001). Trombolitik tedavi ve olgularımız. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi*, 27(1), 1-11.
- Sevinç, S. (2016). Akut koroner sendromda kanıt dayalı bakım uygulamaları. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(1), 12-16.
- Sevinç, S., & Eşer, İ. (2011). Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların ikincil korunma davranışları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(3), 135-144.
- Sharma, K. K., Gupta, R., Mathur, M., Natani, V., Lodha, S., Roy, S., & Xavier, D. (2016). Non-physician health workers for improving adherence to medications and healthy lifestyle following acute coronary syndrome: 24-month follow-up study. *Indian Heart Journal*, 68(6), 832-840 [online]. <https://doi.org/10.1016%2Fj.ihj.2016.03.027> (Erişim tarihi: 20 Aralık 2023)
- Smith, S. C., Allen, J., Blair, S. N., Bonow, R. O., Brass, L. M., Fonarow, G. C., Grundy, S. M., Hiratzka, L., Jones, D., Krumholz, H. M., Mosca, L., Pasternak, R. C., Pearson, T., Pfeffer, M. A., & Taubert, K. A. (2006). AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update. *Circulation*, 113(19), 2363-2372 [online]. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.106.174516> (Erişim tarihi: 17 Aralık 2023)

- Sorbets, E., Steg, P. G., Young, R., Danchin, N., Greenlaw, N., Ford, I., Tendera, M., Ferrari, R., Merkely, B., Parkhomenko, A., Reid, C., Tardif, J-C., & Fox, K. M. (2019). β -blockers, calcium antagonists and mortality in stable coronary artery disease: An international cohort study. *European Heart Journal*, 40(18), 1399-1407 [online]. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy811> (Erişim tarihi: 3 Kasım 2023)
- şengül, B. N. (2021). *Farklı kuşaklarda akılcı ilaç kullanımı ve sağlık algısının incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Taşkın, A. E. (2023). *Miyokard enfarktüsünde hastaneye başvuru süresini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Tekin, G., & Tekin, A. (2015). Kararlı koroner arter hastalığında güncel ilaç tedavisi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 24(4), 592-613.
- Topuz, A. N. (2017). *Sağlıklı görünen kişilerde Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği'nin kardiyak incelemelerle birlikte değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana.
- Tör. V., & Tosun, N. (2020). Hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve hastalıkları konusundaki bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 2(3), 114-123.
- Tuğut, N., & Bekar, M. (2008). Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(3), 17-26.
- Türen, S., & Efil, S. (2014). Akut koroner sendromlar ve hemşirelik yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 18(2), 43-51.
- Türkiye İstatistik Kurumu. 2023. *Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679> (Erişim tarihi: 27 Nisan 2024).

- Türkiye İstatistik Kurumu. 2023. *Türkiye sağlık araştırması*.
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747> (Erişim tarihi: 27 Nisan 2024).
- Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Kalp Hastalığı Korunma ve Tedavi Kılavuzu. 2002.
Koroner kalp hastalığı riski ve değerlendirilmesi.
<https://tkd.org.tr/kilavuz/k11.htm> (Erişim tarihi: 12 Ağustos 2023).
- Türkmen, E., Badır, A., & Ergün, A. (2012). Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: Primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4), 223-231.
- Uçar, A., & Arslan, S. (2017). Bir aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan yetişkin bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(17), 121-130.
- Ueng, K. C., Chiang, C. E., Chao, T. H., Wu, Y. W., Lee, W. L., Li, Y. H., Ting, K. H., Su, C. H., Lin, H. J., Su, T. C., Liu, T. J., Lin, T. H., Hsu, P. C., Wang, Y. C., Chen, Z. C., Jen, H. L., Lin, P. L., Ko, F. Y., Yen, H. W., Chen, W. J., & Hou, C. J. (2023). 2023 guidelines of the Taiwan society of cardiology on the diagnosis and management of chronic coronary syndrome. *Acta Cardiologica Sinica*, 39(1), 4-96 [online].
[https://doi.org/10.6515/acs.202301_39\(1\).20221103a](https://doi.org/10.6515/acs.202301_39(1).20221103a) (Erişim tarihi: 11 Şubat 2024)
- Üstündağ, H., & Eti Aslan, F. (2011). Koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastanın bakımı ve konforu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 15(1), 22-28.
- World Health Organization. 2021. *Cardiovascular diseases fact sheets*.
[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: 13 Temmuz 2023).
- World Health Organization. 2007. *Prevention of cardiovascular disease: Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk*.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43685/9789241547178_eng.pdf?sequence=1 (Erişim tarihi: 16 Aralık 2023).

- Yalnızoğlu aka, S., Topal, S., Karakaya Suzan, ., ınar, N., & Altınkaynak S. (2017). Hemşirelik ğrencilerin sağlık algısı ile özgüvenleri arasındaki ilişki. *Journal of Human Rhythm*, 3(4), 198-203.
- Yeşil Bayülgen, M., & Altıok, M. (2017). Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti uygulanan hastaların sağlıklı yaşam şekli davranışları ve etkileyen faktörler. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(16), 45-54.
- Yıldırım, G. (2022). Koroner arter hastalığı ve hemşirelik bakımı. Güler, S. (Ed.), *Sağlık ve Bilim 2022 Hemşirelik-1* içinde (ss. 30-41). İstanbul: Efe Akademik Yayıncılık.
- Yüksel, S., & Şahin, M. (2013). ST yükselmeli akut miyokard infarktüsü tedavisi. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29(3s), 127-131.
- Zengin, F. (2019). *Bireylerde kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi ile kardiyovasküler hastalık riski arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Burdur.

EKLER

EK 1: Hasta Tanılama Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma koroner arter hastalarının kardiyovasküler hastalığa sahip risk faktörleri hakkındaki bilgisini, sağlık algısını ve tedaviye uyumunu değerlendirmek amacıyla iç hastalıkları hemşireliği alanında yapılan bir yüksek lisans tezidir. Bu çalışmada elde edilen veriler, bilimsel bir çalışmada kullanılmak üzere toplanacaktır. Lütfen tüm soruları okuduktan sonra kendinize uygun gördüğünüz cevabı işaretleyiniz. Çalışma bilimsel bir nitelik taşımasından dolayı bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek
3. Medeni durumunuz: a)Bekar b)Evli
4. Eğitim durumunuz:
a)Okuryazar değil b)Okuryazar/ilkokul c)Ortaokul
d)Lise e)Üniversite ve üstü
5. Aktif olarak çalışıyor musunuz? a)Çalışıyorum b)Çalışmıyorum
6. Gelir durumunuz nasıldır? a)İyi b)Orta c)Kötü
7. Sosyal güvenceniz var mı? a)Var b)Yok
8. Yaşadığınız yer: a)İl merkezi b)İlçe c)Köy
9. Sigara kullanıyor musunuz?
a)Evet b)Hayır c)Sigarayı bıraktım
10. Alkol kullanıyor musunuz?
a)Evet b)Hayır c) Bıraktım
11. Koroner arter hastalığınız dışında başka kronik hastalığınız var mı?
a)Evet (ise belirtiniz)..... b)Hayır
12. Hangi tür koroner girişim uygulandı?
a)Stent ya da balonlama b)Bypass c)Uygulanmadı
13. Koroner arter hastalığı tanısını ne kadar süredir aldınız?
a)3-6ay b)7-12 ay c)1-5 yıl d)5 yıl ve üzeri

14. Kalp hastalıkları ile ilgili bilginiz var mı?
a)Evet b)Hayır
15. Kalp hastalıkları ile ilgili bilgiyi nereden aldınız?
a)Sağlık profesyonelinen (doktor ya da hemşireden)
b)İnternet-televizyondan
c)Akraba-arkadaştan
16. Düzenli olarak egzersiz yapar mısınız? a)Evet b)Hayır
17. Sağlık kontrollerine düzenli gelir misiniz? a)Evet b)Hayır
18. Günde kaç adet ilaç kullanmaktasınız? a)1-2 b)3-5 c)6 ve üzeri
19. Ne kadar süredir ilaç tedavisi almaktasınız?
a)3-6 ay b)7-12 ay c)1-5 yıl d)5 yıl ve üzeri
20. İlaçlarınızı düzenli olarak kullanıyor musunuz?
a)Her zaman b)Ara sıra c)Hiçbir zaman
21. Genel sağlığınızı şu anda nasıl değerlendirirsiniz?
a)İyi b)Orta c)Kötü

EK-2: Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği

Kalp hastalığı hakkında neler biliyorsunuz?	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1. Bir kişi kalp hastası olduğunu her zaman anlar.			
2. Ailenizde kalp hastalığı olması sizin kalp hastası olma riskinizi artırır.			
3. Yaşlılar kalp hastalığı için daha fazla risk taşır.			
4. Koroner kalp hastalığı önlenemez.			
5. Ülkemizdeki ölüm ve hastalıkların önlenemez en önemli nedeni sigardır.			
6. Sigara içmek kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
7. Kişi sigara içmeyi bırakırsa kalp hastalığı oluşma riski azalır.			
8. Her gün 2-3 adet meyve ve 2 tabak sebze yemeği yemek faydalıdır.			
9. Haftada 3 öğünden fazla kırmızı et yemeği tüketmek zararlıdır.			
10. Tuzlu yemek yüksek tansiyon yapar.			
11. Yağlı yiyecekler kandaki kolesterol seviyesini artırmaz.			
12. Oda sıcaklığında katı olan yağlar kalp sağlığı için faydalıdır.			
13. Yağdan ve karbonhidrattan düşük diyet ile beslenmek kalp için faydalıdır.			
14. Kilolu insanların kalp hastalığı riski artar.			
15. Düzenli egzersiz kalp hastalığı riskini azaltır.			
16. Sadece spor salonunda yapılan egzersizle risk azalır.			
17. Yavaş yürümek ve gezmede egzersiz sayılır.			
18. Stres, kahır, üzüntü kalp hastalığı riskini artırır.			
19. İnsan vücudu, stresli durumlarda kan basıncını yükseltir.			
20. Yüksek tansiyon kalp hastalığı için bir risk faktörüdür.			
21. Tansiyonu kontrol altında tutmak kalp hastalığı oluşma riskini azaltır.			
22. Tansiyon hastasının ilacını ömür boyu kullanması gerekir.			

EK-2: Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği (Devamı)

Kalp hastalığı hakkında neler biliyorsunuz?	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
23. Yüksek kolesterol kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
24. İyi kolesterol (HDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır.			
25. Kötü kolesterol (LDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır.			
26. Kolesterolü yüksek olan herkese ilaç verilir.			
27. Diyabet kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
28. Diyabet hastalarının şeker kontrolü sağlanırsa risk azalır.			

EK-3: Sağlık Algısı Ölçeği

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

EK-3: Sağlık Algısı Ölçeği (Devamı)

İfadeler		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
11.	Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.	1	2	3	4	5
12.	Sağlıklı olmak şans işidir.	1	2	3	4	5
13.	Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.	1	2	3	4	5
14.	İstediğim kadar sağlıklı olabilirim.	1	2	3	4	5
15.	Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.	1	2	3	4	5

EK-4: İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği

İfadeler	Hiçbir zaman	Bazen	Çoğunlukla	Her zaman
1. İlacınızı almayı ne sıklıkta unutuyorsunuz?	1	2	3	4
2. İlacınızı almamaya ne sıklıkta karar veriyorsunuz?	1	2	3	4
3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ne sıklıkta ilaç almayı aksatıyorsunuz?	1	2	3	4
4. Ne sıklıkta ilaçsız kalıyorsunuz?	1	2	3	4
5. Ne sıklıkta reçete yazdırmayı unutuyorsunuz?	1	2	3	4
6. Kendinizi hasta hissettiğinizde ne sıklıkta ilaç almayı aksatıyorsunuz?	1	2	3	4
7. Ne sıklıkta önceden planlayıp ilaçlarınızı bitmeden yenisini yazdırıyorsunuz?	1	2	3	4

EK-5: Etik Kurul İzin Belgesi



Istanbul
Zaim
Üniversitesi

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-20292139-050.01.04-2300002138
Konu : Didem Açığöz Etik Kurul Kararı

22.08.2023

Sayın Didem Açığöz
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

"Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin ve Sağlık Algısının Tedaviye Uyum İle İlişkisi" başlıklı araştırmanızla ilgili başvurunuz, kurulumuzun 07.07.2023 tarihli ve 2023/06 sayılı toplantısında değerlendirilerek araştırmanızın etik açıdan uygun bulunduğuna katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Kadir CANATAN
Kurul Başkanı

Ek: 34-Didem Açığöz Etik Onay Belgesi

Belge Doğrulama Kodu: A33PACP

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi: <https://ubys.izu.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index>

Adres: Halkalı Caddesi No: 281 Küçükçekmece/İstanbul

Bilgi için :

Zeyneb Funda Tez Kurtuluş
Yeminli Katip

Telefon No:

Faks No:

Telefon No:

e-Posta:

İnternet Adresi:


Direkt Hat:

Keş Adresi: izu@hs01.kep.tr



EK-5: Etik Kurul İzin Belgesi (Devamı)

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU

 **ETİK ONAY BELGESİ**

Tarih	07.07.2023
Sayı	2023/06
Araştırmanın Niteliği	Yüksek Lisans Tezi
Araştırmanın Adı	<i>Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin ve Sağlık Algısının Tedaviye Uyum İle İlişkisi</i>
Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı	Didem AÇIKGÖZ
Danışman Adı Soyadı	Doç. Dr. Feride TAŞKIN YILMAZ
Karar	UYGUNDUR

(İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'nun kararı tavsiye niteliğinde olup, Üniversitemizle ilgili etik ilkelerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacını taşımaktadır.)

(Katıldı)
Prof. Dr. Kadir CANATAN
Başkan

(Katıldı)
Prof. Dr. Mehmet Emin KÖRTAŞ
Başkan V.

(Katıldı)
Prof. Dr. Mustafa ATEŞ
Üye


(Katıldı)
Prof. Dr. Beytullah KAYA
Üye

(Katıldı)
Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK
Üye

(Katıldı)
Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTÇU
Üye


(Katıldı)
Av. Bilal ŞAMAT
Üye

Kurul Yeminli Kâtibi Zeyneb Funda TEZ KURTULUŞ

1 / 1 


Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: DF9HDAD Belge Takip Adresi: <https://ubys.izu.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index>

EK-6: Kurum İzni



T.C.
BOLU VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İzzet Baysal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

BOLU İZZET BAYSAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
MÜHÜR NO: 223042039
BOLU İZZET BAYSAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
28.08.2023 10:11:11 E-İMZA NO: 223042039


223042039

Sayı : E-33443051-903.99-223042039 28.08.2023
Konu : Çalışma Onayı (Didem AÇIKGÖZ-
26296375684)






Sayın Didem AÇIKGÖZ
Hemşire

İlgi : 25.08.2023 tarihli ve E-33443051-000-223024140 sayılı yazınız.


İlgi, tarihli ve sayılı dilekçeniz incelenmiş olup, "Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin ve Sağlık Algısının Tedaviye Uyum ile İlişkisi" adlı çalışma ile ilgili, Hastanemiz verilerini kullanmanız Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Muhammed Nur ÖGÜN
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: AB31529E-66B5-49F1-AAC9-EGAE12CDDAD Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bilgenligi-ebys>

Gökyüzü 14280 BOLU 34100 Bilgi için: 
Telefon No: 
e-Posta:  İnternet Adresi: <https://izzetbaysalruh.saglik.gov.tr/>
Kuy Adresi:  Telefon No: 

EK-7: İl Sağlık Müdürlüğü İzni



T.C.
BOLU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

BOLU İZZET BAYSAL YATIRIMCI
BOLU İZZET BAYSAL EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ
KURUMUNUN İZİN BELGESİ
225774709

Sayı : E-38244951-604.01.01-225774709
Konu : Doç. Dr. Feride TAŞKIN YILMAZ-
Didem AÇIKGÖZ Araştırma İzni

04.10.2023

VALİLİK MAKAMINA

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsünde Yüksek lisans yapan ve aynı zamanda Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hemşire olarak görev yapan sorumlu araştırmacı Didem AÇIKGÖZ tarafından Doç. Dr. Feride TAŞKIN YILMAZ danışmanlığında yürütülmesi planlanan "Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin ve Sağlık Algısının Tedaviye Uyum İle İlişkisi" başlıklı tez çalışmasının Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılması Müdürlüğümüzce uygun bulunmuştur. Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde bahse konu araştırmanın yapılmasını tensiplerinize arz ederim.

Doç. Dr. Muhammed Emin DEMİRKOL
İl Sağlık Müdürü


OLUR
Osman DEMİR
Vali a.
Vali Yardımcısı

Ek: Doç. Dr. Feride TAŞKIN YILMAZ-Didem AÇIKGÖZ Araştırma İzni Komisyon Kararı

Bu belge, güvenli elektronik imz ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: D4C089A3-039B-4F97-A3F0-B35A3832DE95 Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Boxsuzlar Mah. Hattat Emin Barın Cad. No:58 Merkez / BOLU 14100
Telefon No: [REDACTED] Faks No: [REDACTED]
e-Posta: [REDACTED] İnternet Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi: [REDACTED]

Bilgi için: [REDACTED]
Hemşire [REDACTED]
Telefon No: [REDACTED]



EK-8: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sizi Didem AÇIKGÖZ tarafından yürütülen “Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin ve Sağlık Algısının Tedaviye Uyum İle İlişkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı koroner arter hastalığı olan bireylerde kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyinin ve sağlık algısının ilaç tedavisine uyum ile ilişkisini belirlemektir. Araştırmada sizden tahminen 20-30 dakika (*süreyi saat veya dakika olarak belirtebilirsiniz*) ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır.** Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya ... e-posta adresi ve ... numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Didem AÇIKGÖZ

İmzası:

EK-9: Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği Kullanım İzni

 İnci Arıkan
Kime: Didem AÇIKGÖZ
2.05.2023 Sal 00:13


 KARRIF-Anket
PDF - 151 KB


Merhaba Didem hanım;
Ölçek ile ilgili bilgiler ektedir, çalışmalarınızda başarılar ve kolaylıklar dileklerimle.

Sevgiler, selamlar

*Doç. Dr. İnci Arıkan
KSBÜ Tıp Fak. Halk Sağlığı*


...




 Didem AÇIKGÖZ
Kime: 
1.05.2023 Pzt 10:59

Sayın İnci Arıkan,
Ben İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans programı öğrencisi Didem Açıkgöz. Doç. Dr. Feride Taşkın Yılmaz danışmanlığında yürüteceğim tezimde geçerlilik ve güvenilirliğini sizlerin yapmış olduğu Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeğini kullanmak için izninizi rica ediyorum. Ölçek formunu ve puan değerlendirmesini benimle paylaşabilir misiniz? İyi çalışmalar diliyorum.

EK-10: Sağlık Algısı Ölçeği Kullanım İzni

 **hasibe kadioğlu**
Kime: Didem AÇIKGÖZ
1.05.2023 Pzt 23:17

 **saglik algisi ölçeği**
DOC - 46 KB

Merhaba,
Ölçeği kullanabilirsiniz.
Çalışmanızda başarılar dilerim.

Didem AÇIKGÖZ <[REDACTED]>, 1 May 2023 Pzt, 20:30 tarihinde şunu yazdı:

Sayın Hasibe Kadioğlu,
Ben İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Didem Açıkgöz. Doç. Dr. Feride Taşkın Yılmaz danışmanlığında yürüteceğim tezim için geçerlilik ve güvenilirliğini sizlerin yapmış olduğu Sağlık Algısı ölçeğini kullanmak için izninizi rica ediyorum. Ölçek formunu ve puan değerlendirmesini benimle paylaşabilir misiniz? İyi çalışmalar diliyorum.

--

Prof. Dr. Hasibe KADIOĞLU
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür Yrd.
Clin Exp Health Sci. Editör Yrd.
Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi Editör Yrd.

Marmara University
Vice Director of Institute of Health Sciences
Deputy Editor of Clin Exp Health Sci.
Deputy Editor of Journal of Public Health Nursing


EK-11: İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği Kullanım İzni


DA Didem AÇIKGÖZ
Kime: Duygu KES
24.05.2023 Çar 05:27

Sayın Duygu Hocam, ölçek kullanımına izin verdiğiniz için teşekkür ederim. İyi çalışmalar, saygılarımla.

...

DK Duygu KES
Kime: Didem AÇIKGÖZ
23.05.2023 Sal 12:01

 G-kdo-an_et_al-2017-Internat...
PDF - 182 KB

 İURYÖ
PDF - 255 KB

2 ek (437 KB)

Merhabalar, kolay gelsin.

...

DA Didem AÇIKGÖZ
Kime: [REDACTED]
23.05.2023 Sal 11:49

Sayın Hocam Duygu Kes,
Ben İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Didem Açıkgöz. Doç. Dr. Feride Taşkın Yılmaz danışmanlığında yürüteceğim tezimde geçerlilik ve güvenilirliğini sizlerin yapmış olduğu İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeğini kullanmak için izninizi rica ediyorum. Ölçek formunu ve puan değerlendirmesini benimle paylaşabilir misiniz? Saygılarımla.

ÖZGEÇMİŞ

Ad Soyadı: Didem AÇIKGÖZ

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Bildiği Yabancı Dil Düzeyi: Orta

A. EĞİTİM

Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi/ Hemşirelik Anabilim Dalı (2018-2022)

Önlisans: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu/
Tıbbi Laboratuvar Hizmetleri Bölümü (2019-2021)

Lise: İstanbul/ Mehmet Niyazi Altuğ Anadolu Lisesi (2014-2018)

B. MESLEKİ DENEYİM

Bolu Abant İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi/ Kardiyoloji Servis
Hemşireliği (2023-Halen)

İstanbul Bahçelievler Medipol Hastanesi/ Dahiliye-Onkoloji Servis Hemşireliği
(2022)