T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KALP YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ HASTALIK ALGISI VE İLAÇ UYUMU İLE İLİŞKİSİ

Gizem EKENLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Büşra ALTINEL

KONYA-2022

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KALP YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ HASTALIK ALGISI VE İLAÇ UYUMU İLE İLİŞKİSİ

Gizem EKENLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Büşra ALTINEL

KONYA-2022

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitim sürecimde bilgi ve tecrübeleri ile bana yol göstererek destek olan, ilgisini ve sevgisini eğitim sürecim boyunca her zaman hissettiren çok değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Büşra ALTINEL'e,

Lisans ve Yüksek Lisans eğitim sürecimde ders alma fırsatı yakaladığım ve hep örnek aldığım Sayın Prof. Dr. Deniz TANYER'e,

Yüksek Lisans tez savunma sınavımda jüri üyesi olarak değerli zamanlarını ayıran Sayın Prof. Dr. Filiz HİSAR'a ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Alime SELÇUK TOSUN'a,

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara,

Destekleri için Kardiyoloji Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Bülent Behlül ALTUNKESER'e,

Desteklerini maddi ve manevi anlamda benden hiç esirgemeyen, sevgilerini hep hissettiğim canım annem Dilek ÇAKIR'a, bir kalp hastası olan canım babam Yılmaz ÇAKIR'a, canım ananem Ratibe ONGUN'a ve canım kardeşlerim Sinem UĞUZ ve Merve YILDIRIM'a,

Hayatımda yer almaya başladığı ilk günden beri beni her konuda destekleyen, cesaretlendiren, karamsarlıklarımda beni hep aydınlığa çıkartan, sevgisini, saygısını ve merhametini yüreğimde her daim hissettiğim, en büyük şükür sebebim biricik eşim can yoldaşım Şükrü EKENLER'e,

Her zaman bana güç vererek yolumu aydınlatan benim için hep küçük kalacak en değerlilerim canım oğullarım Ünal Yılmaz ve Ömer Faruk EKENLER'e

Sonsuz sevgi ve şükranlarımı sunarım.

Gizem EKENLER
Konya – 2022

İÇİNDEKİLER

Sayfa

SİMGELER VE KISALTMALAR ..... **v**

ÖZET ..... **vi**

SUMMARY ..... **vii**

1. GİRİŞ **1**

1.1. Araştırmanın Amacı 3

1.2. Araştırmanın Soruları 3

1.3. Kalp Yetmezliği 4

1.4. Kalp Yetmezliği Epidemiyolojisi 4

1.5. Kalp Yetmezliği Nedenleri 5

1.6. Kalp Yetmezliğinde Belirti ve Bulgular 5

1.7. Kalp Yetmezliğinin Sınıflandırılması ve Evrelendirilmesi 7

1.8. Kalp Yetmezliğinde Tedavi Yöntemleri 8

1.8.1. Farmakolojik Yaklaşımlar 9

1.8.2. Nonfarmakolojik Yaklaşımlar 9

1.9. Kalp Yetmezliğinde Hemşirelik Bakımı 9

1.10. Sağlık Okuryazarlığı 10

1.10.1. Kalp Yetmezliği ve Sağlık Okuryazarlığı 13

1.11. Hastalık Algısı 14

1.11.1. Hastalık Algısının Bileşenleri 15

1.11.2. Kalp Yetmezliği ve Hastalık Algısı 16

1.12. İlaç Uyumu Kavramı 17

1.12.1. Kalp Yetmezliği ve İlaca Uyum 17

1.13. Kalp Yetmezliği Sağlık Okuryazarlığı, Hastalık Algısı ve İlaca Uyum Arasındaki İlişki ve Halk Sağlığı Hemşireliği 18

2. GEREÇ VE YÖNTEM **20**

2.1. Araştırmanın Tasarımı 20

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Zaman, Yer ve Özellikleri 20
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 20
2.3.1 Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri 21
2.4. Veri Toplama Araçları 21
2.4.1. Kişisel Bilgi Formu 22
2.4.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 22
2.4.3. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği 22
2.4.4. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği 23
2.5. Veri Toplama Tekniği 23
2.6. Ön Uygulama 23
2.7. Araştırmanın Değişkenleri 24
2.8. Verilerin Analizi 24
2.9. Araştırmanın Etik Boyutu 24
3. BULGULAR 25
3.1. Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri 25
3.2. Kullanılan Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Ortalama, Standart Sapma, Medyan Değerlerine İlişkin Bulgular 27
3.3. Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Sosyo-Demografik ve Sağlık-Hastalık Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı, Hastalık Algısı ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları Farkına İlişkin Bulgular 28
3.4. Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Sağlık Okuryazarlığı ile Hastalık Algısı ve İlaca Uyum Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Bulgular 37
4. TARTIŞMA 39
4.1. Sağlık Okuryazalığı, Hastalık Algısı ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeklerinden Alınan Puanların Tartışılması 39
4.2. Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Sosyo-Demografik ve Sağlık-Hastalık Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı, Hastalık Algısı ve İlaca Uyumlarının Tartışılması 42

4.3. Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Sağlık Okuryazarlığı ile Hastalık Algısı ve İlaca Uyum Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Bulguların Tartışılması 46

5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 48

5.1. Sonuçlar 48

5.2. Öneriler 49

6. KAYNAKLAR 50

7. EKLER 59

EK-A: Kişisel Bilgi Formu 59

EK-B: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 60

EK-C: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği 62

EK-D: İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği 63

EK-E: Aydınlatılmış Onam Formu 64

EK-F: Ölçeklerin Kullanım İzinleri 64

EK-G: Etik Kurul Kararı 64

EK-H: Kurum İzni 64

8. TURNİTİN RAPORU 65

9. ÖZGEÇMİŞ 65

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
ACC	:	American College of Cardiology (Amerikan Kardiyoloji Koleji)
ACEI	:	Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors (Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri)
ARB	:	Angiotensin Receptor Blocker (Anjiyotensin Reseptör Blokerleri)
AHA	:	American Heart Asossication (Amerikan Kalp Derneği)
DM	:	Diyabetes Mellitus
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
ESC	:	Europan Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Derneği)
HAPPY	:	Heart Failure Prevalence and Predictors in Turkey (Türkiye'de yapılan Kalp Yetersizliği Prevalansı ve Öngördürücüleri)
HT	:	Hipertansiyon
KAH	:	Koroner Arter Hastalık
HLS-E.U	:	HealthLiteracy Survey in Europe (Avrupa Sağlık Okuryazalığı Ölçeği)
KVH	:	Kardiyovasküler Hastalıklar
KY	:	Kalp Yetmezliği
MARS	:	İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (Medication Adherence Report Scale)
Mİ	:	Miyokard İnfarktüsü
NYHA:	:	New York Kalp Cemiyeti (New York Heart Association)
SDM	:	Sağ Duyu Modeli

ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Sağlık Okuryazarlığının Hastalık Algısı ve İlaç Uyumu ile İlişkisi

Gizem EKENLER
Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2022

Bu çalışma; kalp yetmezliği olan hastalarda sağlık okuryazalığının hastalık algısı ve ilaç uyumuyla ilişkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı-ilişki arayıcı tasarımda yapılmıştır. Bir üniversite hastanesinde tedavi gören kalp yetmezliği olan 165 hasta ile çalışma yürütülmüştür. Veriler araştırmacı tarafından yüzyüze anket yöntemi kullanılarak 1 Ağustos-30 Mart 2022 tarihleri arasında Kişisel Bilgi Formu, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde Mann Whitney U, Kruskall Wallis ve Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre; hastaların yaş ortalaması 61.40±2.07'dir ve %90.3'ü evli, %59,4'ü erkek, %44,2'si ilkokul/ortaokul mezunudur. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalaması 87.67±18.59, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalaması 43.76±9.03, İlaca Uyum Ölçeği puan ortalaması ise 22.84±3.03'dür. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalaması ile Kısa Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde orta düzeyde; Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalaması ile İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf kuvvetli düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$).

Sonuç olarak; çalışmaya katılan hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin, ilaca uyumlarının ve hastalık algılarının düşük olduğu tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan hastaların ilaca uyumları ve hastalık algıları olumlu şekillenmektedir. Kalp yetmezliği olan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve farkındalıklarının artırılmasına yönelik deneysel çalışmaların planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hastalık algısı, İlaca uyum, Kalp yetmezliği, Sağlık okuryazarlığı

SUMMARY

REPUBLIC of TURKEY
SELCUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTES

The Relationship of Health Literacy with Illness Perception and Medication Adherence in Patients with Heart Failure

Gizem EKENLER
Department of Nursing

MASTER THESIS / KONYA-2022

This study; Descriptive-relationship-seeking design was carried out to examine the relationship between health literacy and illness perception and drug compliance in patients with heart failure. The study was conducted with 165 patients with heart failure who were treated at a university hospital. The data were collected by the researcher using the face-to-face survey method between August 1st and March 30th, 2022 with Personal Information Form, Health Literacy Scale, Brief Illness Perception Scale and Medication Compliance Notification Scale. Mann Whitney U, Kruskall Wallis and Pearson Correlation analysis were used in the analysis of the data. According to the results of the research; The mean age of the patients was 61.40±2.07 and 90.3% were married, 59.4% were male, 44.2% were primary school/secondary school graduates. The mean score on the Health Literacy Scale of the patients was 87.67±18.59, the mean score on the Brief Illness Perception Scale was 43.76±9.03, and the mean score on the Medication Compliance Reporting Scale was 22.84±3.03. The mean score of the Health Literacy Scale and the mean score of the Brief Illness Perception Scale were moderately negative; It was determined that there was a weak and strong correlation between the Health Literacy Scale total score and the Medication Compliance Reporting Scale mean score ($p<0.01$). As a result; It was determined that the health literacy levels, drug compliance and disease perceptions of the patients participating in the study were low. Drug compliance and disease perceptions of patients with high health literacy are shaped positively. It is recommended to plan experimental studies to increase the level of health literacy and awareness of patients with heart failure.

Keywords: Illness perception, Adherence to medication, Heart failure, Health literacy

1. GİRİŞ

Dünya genelinde kronik hastalıkların yönetimi zorlu bir süreç olarak kabul edilmektedir. Bu zorlukların başında sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak sunulamaması, sağlık hizmetlerinde sürekliliğin sağlanamaması, kronik hastalıkların kontrolünde koordinasyon eksikliği gelmektedir (Rodbard ve ark 2007). Kronik hastalıkların oluşumunda sağlıkla ilgili olumsuz davranışları önemli rol oynamaktadır. 2000 yılında 31 milyon olan kronik hastalıklara bağlı ölümler 2012 yılında 38 milyon olmuştur ve 2030 yılında 52 milyon olacağı tahmin edilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2017). Kronik hastalıklar, bulaşıcı bir sürecin sebep olmadığı hastalıklardan olup tıbbi tedavi ve rehabilitasyonlara rağmen ömür boyu sürerek kişilerin yaşam kalitelerini etkileyen ve büyük çoğunluğunun sağaltımının mümkün olmadığı hastalıklar olarak tanımlanmaktadır (Akalın ve ark 2012, Bahadır 2012, Sağlık Bakanlığı 2017). Kronik hastalıklardan biri olan kalp yetmezliği (KY); kalbin işlevsel veya yapısal bozukluğu sonucu kalp debisinde azalmaların görüldüğü ve beraberinde semptomların eşlik ederek kişilerin acil yardım ve hastane tedavisi almalarını gerektiren ciddi bir hastalık durumudur (Maggioni ve ark 2013, Ponikowski ve ark 2016). 2016 American Heart Asossication (AHA)'nın verileri doğrultusunda Amerika'da yaklaşık 5,7 milyon kişi KY hastasıdır. AHA; sağlık göstergelerinin 2012'den 2030 yılına kadar KY prevalansının %46 artarak sekiz milyonu geçeceğini belirtmektedir (Heidenreich ve ark 2013, Mozaffarian ve ark 2016). Ülkemizde yapılan Kalp Yetersizliği Prevalansı ve Öngördürücüleri (Heart Failure Prevalence and Predictors in Turkey [HAPPY]) çalışmasında iki milyon kişinin KY ile mücadele ettiği bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada KY prevelansının tahmini değeri %6,9 olarak bildirilmiştir. (Değertekin ve ark 2012).

KY tedavilerle tamamen ortadan kaldırılamayan ancak etkili bir şekilde tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır. Kronik hastalığı olan bireylerin tedavilerindeki temel amaç; hastalıklarına ve verilen tedavi programlarına uyumlarını sağlamaktır. Kronik hastalıklara sahip bireylerin kendi hastalıklarını yönetebilmeleri için farklı eğitim-öğretim yöntemleri ile desteklenmeleri önem arz etmektedir (Beaglehole ve ark 2008). Özellikle etkili bir hastalık yönetimiyle kronik hastalıkların maddi ve manevi yönden olumsuz etkileri azaltılabilmektedir (Geyman 2007, Mert ve Barutcu 2012, Go ve ark 2013, İncirkuş ve Nahcivan 2015). Kronik hastalıkların yönetiminde hastaların

sahip oldukları sağlık okuryazarlıkları büyük bir öneme sahiptir (Villaire ve Mayer 2007).

Sağlık okuryazarlığı; "sağlığı koruyabilmek ve geliştirebilmek amacıyla sağlık hizmetlerini ve bilgilerini elde ederek yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesi olup karar verme yeteneğini sağlığa yönelik durumlarda kullanabilmeyi" içeren bir kavramdır (WHO 2009, Durusu Tanrıöver ve ark 2014). Hastalık algısı; bireyler hastalıklarla karşılaştıkları zaman bilgileri, kişisel deneyimleri, inançları, değerleri ve gereksinimleri çerçevesinde hastalıklarını açıklamaya çalışmaları ve bu değerler doğrultusunda hastalıklarına anlam yüklemeleridir (Uysal ve Akpınar 2013, Kepenek 2014). Hastalık algısında hastalığa yüklenen bir anlam vardır ve bu anlam; hastalığa bağlı hangi tedavi yöntemine karar verileceğinden ve kimlerden danışmanlık alınacağı yönünde birçok durumu içermektedir (Mosleh ve Almalik 2016). Kronik bir hastalık olan KY'nin akut döneminde hastalar tarafından tedaviye uyumun daha iyi olduğu; kronik döneminde ise hastalar tarafından tedaviye uyumda zorluklar yaşandığı belirtilmektedir. KY'de uzayan hastalık süresine bağlı olarak kontrol kayıpları meydana gelebilmekte ve bu durum anksiyete ve depresyon gibi duygusal süreçleri ortaya çıkarabilmektedir. KY hastalarının hastalık algılarının yüksek olması; duygusal süreci daha hafif geçirdiklerini ve hastalık üzerindeki kontrolü daha iyi sağlayabildikleri bilinen bir gerçektir. Bu yüzden hastalık algısının yükseltilmesi oldukça önemlidir (MacInnes 2011).

İlaç uyumu; sağlık çalışanları tarafından hastanın kendisine verilen tedavilere uyma davranışıdır (Ruppar ve ark 2016). İlaç tedavisine uyum; hasta bireylere ilaçlarının doktor tarafından reçete edilmesiyle başlayarak ilacı sonlandırma sürecine kadar devam eder (Ruppar ve ark 2015). 1998-2012 yılları arasında ilaç uyumu üzerine yapılan bir araştırmada ilaç uyumunun en yüksek kanser hastalarında olduğu, en düşük ilaç uyumunun ise kardiyovasküler hastalıklarda (KVH) olduğu tespit edilmiştir (Neiheisel ve ark 2014). Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan bireylerin; ilaç uyumlarında yetersizlikler yaşadığı, koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandığı, tıbbi durumlarını anlamada yetersizlikler yaşadığı, öz bakımda yetersizlikler yaşadığı belirtilmektedir. Ayrıca düşük sağlık okuryazarlık durumu sağlık bakım maliyetlerinde ve mortalitede artışlara neden olmaktadır (Baker ve ark 2007, Mancuso 2008, Freedman ve ark 2009, Tokuda ve ark 2009, Macabasco-O'Connell ve ark 2011).

Yapılan bir araştırmada; sağlık okuryazarlık düzeyi düşük kronik hastalığa sahip bireylerin kronik hastalığa ilişkin dönemleri etkin bir şekilde yönetemedikleri için acile başvurma ve hastaneye yatış sürelerinin fazla olduğu belirtilmiştir (Safeer ve Keenan 2005). Yapılan başka bir araştımada; sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olması hasta bireylerde ilaç uyumunu azaltarak polifarmasi ile ilgili sorunları artırdığı belirtilmiştir (Wolf ve ark 2012).

Ülkemizde KY'ye yönelik hastalık algısını, sağlık okuryazarlığını ve ilaca uyumu inceleyen araştırmalar bulunmaktadır (Ciddi 2010, Köseoğlu ve Enç 2016, Dayapoğlu ve Yildiz 2017, Tekin ve Polat 2018, Çevik ve ark 2020). KY'ye sahip olan hastaların sağlık okuryazarlığının ilaç uyumuna ve hastalık algısı üzerine olan etkisini inceleyen araştırmalar ise sınırlı sayıdadır. Profesyonel bakım uygulamalarının temelini oluşturan hemşireler kronik hastalıkların bakımının yönetiminde vaka yöneticisi rolünü üstlenmektedirler (White ve Hall 2006). Hemşireler hastanın hastalığa ve tedaviye uyumlarını arttırabilmek için diğer sağlık çalışanları üyeleri arasında bağlantı oluşturarak bakımı koordine eder ve olası problemlerin erken fark edilmesine yardımcı olarak verilen bakımın kalitesini artırır (Türkmen ve ark 2012). Hemşireler; hasta ile daha fazla zaman geçiren ve hastaların bakımında doğrudan görev alan sağlık profesyonellerindendir. Hemşireler hastaların sağlık okuryazarlık durumlarının ilaçlara uyumuna ve hastalık algısı üzerine etkisini incelemeli ve bu etkinin hastaların bakımlarına ilişkin durumlarına nasıl yansıdığını gözlemlemeleri gelecekteki hemşirelik bakım uygulamalarına katkı sağlayabilmesi açısından oldukça önemlidir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı KY olan hastalarda sağlık okuryazarlığının, hastalık algısı ve ilaç uyumu ile ilişkisini incelemektir.

1.2. Araştırmanın Soruları

1. Kalp yetmezliği olan hastaların sosyodemografik ve sağlık-hastalık özellikleri nedir?
2. Kalp yetmezliği olan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi, hastalık algısı, ilaç uyum düzeyleri nasıldır?

3. Kalp yetmezliği olan hastaların sosyodemografik ve sağlık-hastalık özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı, hastalık algısı ve ilaç uyum düzeyleri değişmekte midir?
4. Kalp yetmezliği olan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hastalık algısı arasında bir ilişki var mıdır?
5. Kalp yetmezliği olan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilaca uyum düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

1.3. Kalp Yetmezliği

Kronik hastalıklardan biri olan KY; kalbin işlevsel veya yapısal bozukluğu sonucu kalp debisinde azalmaların görüldüğü ve beraberinde semptomların eşlik ederek kişilerin acil yardım ve hastane tedavisi almalarını gerektiren ciddi bir hastalık durumudur (Maggioni ve ark 2013, Ponikowski ve ark 2016). Avrupa Kardiyoloji Derneği (EuropanSociety of Cardiology-ESC) klavuzunda KY; kalp dokulara metabolik ihtiyaçları karşılayacak şekilde oksijen sunamamakta olup yüksek jugülervenöz basınç, pulmoner çatlaklar ve periferik ödem gibi belirtilerle eşlik eden; nefes darlığı, yorgunluk ve ayak bileği şişmesi gibi tipik semptomlarla karakterize klinik bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (Ponikowski ve ark 2016). KY, kardiyovasküler bozuklukların bir araya gelmesiyle oluşan ve farklı hastalık gruplarının son evresini düşündüren bir sendromdur (Yancy ve ark 2013).

1.4. Kalp Yetmezliği Epidemiyolojisi

KY dünya ülkelerinde ve Türkiye'de kronik hastalıklarda ilk sırada yer alan morbidite ve mortalite açısından yüksek hıza sahip bir sağlık sorunudur (Yancy ve ark 2013, Benjamin ve ark 2018). Son yıllarda artan teknoloji ile beraber sağlık hizmetlerinde de gelişmeler artmıştır. Bu gelişmelere bağlı koroner arter hastalıkları (KAH), miyokard infarktüsü (MI), hipertansiyon (HT) ve diyabetes mellitus (DM) gibi kronik hastalıklarda ölümlerin azalması ve yaşam sürelerinin uzaması KY insidansının artışına neden olmuştur (Tokgözoğlu ve ark 2015). 2016 AHA verileri doğrultusunda Amerika'da yaklaşık 5,7 milyon kişi KY hastasıdır. AHA; sağlık göstergelerinin 2012'den 2030 yılına kadar KY prevalansının %46 artarak sekiz milyonu geçeceğini belirtmektedir (Heidenreich ve ark 2013, Mozaffarian ve ark 2016). Ülkemizde yapılan Kalp Yetersizliği Prevalansı ve Öngördürücüleri (Heart Failure Prevalence and Predictors in Turkey [HAPPY]) çalışmasında iki milyon kişinin KY ile mücadele ettiği

bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada KY prevelansının tahmini değeri %6,9 olarak bulunmuştur (Değertekin ve ark 2012). Gelişmiş ülkelerde KY hastaları yetişkin nüfusunun %1-2'sini oluştururken, 70 yaş ve üstü KY hastalarında bu oran %10'a yükselebilmektedir (Ponikowski ve ark 2016).

1.5. Kalp Yetmezliği Nedenleri

Bireylerdeki sosyodemografik özelliklerin ve benimsenen yaşam tarzlarının KY'nin gelişiminde önemli rolleri olduğu bildirilmekte olup, KY'ye neden olan faktörler ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir (McMurray ve ark 2012, Ponikowski ve ark 2016). KAH ve HT, KY'nin en sık rastlanan nedenleridir (McMurray ve ark 2012, Ziaeian ve Fonarow 2016). Akut MI kalp kası zayıflığına yol açtığı için KY riskini 4-6 kat arttırmaktadır (Ziaeian ve Fonarow 2016). Yapısal kalp hastalıkları da KY gelişme riskini arttıran başlıca nedenler arasında bilinmektedir. Yapısal kalp hastalıklarında en sık görülen durum aritmiler, intraventriküler ve atrioventriküler bloklar, bradikardi, atrial fibrilasyonlardır (King ve ark 2012, Ponikowski ve ark 2016). Bireylerin eğitim durumu, alkol ve sigara kullanımı, cinsiyetin erkek olması, obezite, yetersiz fiziksel aktivite, bireylerin yaşam tarzı da KY'nin başlıca nedenleri arasında yer almaktadır (King ve ark 2012, Ahn ve ark 2016, Ziaeian ve Fonarow 2016). Kalbin yükünde artışa neden oldukları için anemi, sistemik enfeksiyonlar, pulmoner emboli gibi durumlar da KY'ye sebep olurlar (Ziaeian ve Fonarow 2016). DM, romatizmal enfeksiyon hastalıkları, kardiyomiyopatiler, hipotiroidi veya hipertiroidi, Cushing Sendromu gibi endokrin nedenler, amiloidoz, miyokardı baskılayan ilaçların kullanımı ile aşırı alkol ve tuz tüketimi de KY'ye neden olan sebepler arasında yer almaktadır (Yancy ve ark 2013, Tokgözoğlu ve ark 2015, Ponikowski ve ark 2016, Ziaeian ve Fonarow 2016).

1.6. Kalp Yetmezliğinde Belirti ve Bulgular

KY'de pulmoner venöz konjesyon ve kardiyak outputta azalma görüldüğü için KY'ye birden fazla fiziksel semptom eşlik etmektedir (Ziaeian ve Fonarow 2016). KY hastalarında ortak görülen fiziksel semptomlar; göğüs ağrısı, yorgunluk, dispne, ortopne, uyku sorunları, baş dönmesi, ödemdir (Heo ve ark 2015, Heo ve ark 2017, Ermiş ve ark 2018). KY'de semptomların hastalarda görülme zamanı ve şiddeti; KY'nin akut ve kronik olarak başlama şekline, hastalığın tedavi süresine ve

yöntemlerine, hasta bireylerin yaşına, cinsiyetine, genel durumlarına ve hastalığa eşlik edecek diğer hastalıkların varlığına bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir (Alkan ve Nural 2017). KY'de fiziksel semptomların yanı sıra üretkenliğin kaybı, aile ve sosyal çevre ile ilişkilerde değişiklikler, yaşama dair plan ve amaçlarda değişiklikler, ekonomik ve psikososyal sorunlar da görülebilmektedir (Bahadır 2012).

Dispne

KY hastalarında dispne, sol ventrikül disfonksiyonun en sık karşılaşılan belirtisidir (Albert ve ark 2010). KY sonucunda pulmoner arterlerde hidrostatik basıncın artmasına bağlı olarak alveoller arasındaki boşluğa sıvı sızmakta ve bu durum akciğerlerde ödemin oluşmasına neden olmaktadır. Bu ödem akciğerlerin elastikiyetini azaltarak solunumu güçleştirmekte ve dispneyi daha belirgin hale getirmektedir (Turan Kavradım ve Canlı Özer 2013). Yapılan bir araştırmada KY hastalarının %50'sinde dispne sıklığı tespit edilmiştir (Wilson ve McMillan 2013). Dispne KY'nin şiddetine göre ; efor dispnesi, istirahatte dispne, paroksismal noktürel dispne, akut akciğer ödemi olarak görülebilmektedir (Turan Kavradım ve Canlı Özer 2013).

Yorgunluk

KY'de kalp debisinde düşme meydana gelmekte ve buna bağlı olarak sistemik dolaşımda bozulmalar görülmektedir. Periferik oksijenlenmenin de bozulması ile KY hastalarında yorgunluk ortaya çıkmaktadır (Albert ve ark 2010, Turan Kavradım ve Canlı Özer 2013). Yorgunluk, KY hastalarında yaygın bir semptom olarak görülmekte ve hastaların %85'ini etkilemektedir (Alpert ve ark 2017).

Göğüs Ağrısı

KY'de meydana gelen kalp debisinde azalma miyokardı besleyen damarlarda oksijenlenmenin azalmasına neden olmakta bu durum ise göğüs ağrısını ortaya çıkarmaktadır (Ziaeian ve Fonarow 2016). KY'de göğüs ağrısı çoğunlukla hastalarda efor sonrası oluşmakta ve dinlenmekle geçmektedir. Fakat ileri evre KY'de istirahat sırasında bile ortaya çıkabilmektedir (Yancy ve ark 2013, Ponikowski ve ark 2016).

Ortopne

Ortopne, kalbin sol ventriküle gelen kanı etkin bir şekilde pompalayamaması üzerine pulmoner venöz basıncın artması ile bilinen, hastanın kısa süre içerisinde sırt

üstü yattıktan sonra kalkması ile karakterize başının yükseltmesi ile normale dönen nefes darlığıdır (Turan Kavradım ve Canlı Özer 2013, Alpert ve ark 2017).

Uyku Sorunu

KY'de uyku bozukluğunun temel nedenleri arasında dispneler ve kullanılan ilaçlara bağlı olarak görülen noktürnal diürezis bulunmaktadır (Turan Kavradım ve Canlı Özer 2013, Khayat ve ark 2015). KY hastalarının kullandığı alfa veya beta bloker ilaçlar, depresyon, anksiyete, kaygı gibi psikolojik durumlar da uyku bozukluklarına neden olabilmektedir (Nakamura ve ark 2015).

Baş Dönmesi

İleri evre KY'nin ileri evrelerinde arteriyel hipoksemi ve serebral perfüzyonun azalması sonucunda baş dönmesi görülebilmektedir (Song ve ark 2010). KY tedavisinde diüretiklerin, alfa veya beta blokerlerin uzun süre kullanımı sonucunda gelişen yan etkilerde de baş dönmesi semptomu görülebilmektedir (Albert ve ark 2010, Kurmani ve Squire 2017).

Ödem

KY'de venöz basıncın artması ile kapiller hidrostatik basınçta artma meydana gelmektedir (Turan Kavradım ve Canlı Özer 2013). Bunun sonucunda intertisiyuma fazla miktarda sıvı geçişi olmaktadır. Kapiller permabilitenin artması ile hücre içindeki sıvılar dokulara geçerek ödemi oluştururlar (Yıldız Ayvaz ve Enç 2018). Ödem, yer çekimi etkisi ile ilk önce alt ekstremitelerde daha sonra peritonda yüzde ve kollarda görülür (Turan Kavradım ve Canlı Özer 2013, Reeder ve ark 2015). KY'ye bağlı olarak gelişen ödem orta sertliktedir ve muayene sırasında bastırıldığında gode bırakmaz fakat ödem sıvısı içerisindeki proteinin artması ödemde sertliğe neden olmaktadır (Turan Kavradım ve Canlı Özer 2013).

1.7. Kalp Yetmezliğinin Sınıflandırılması ve Evrelendirilmesi

Kalp yetersizliğinin belirlenmesinde en yaygın kullanılan sınıflama yöntemleri Amerikan Kalp Birliği (American College of Cardiology/American Heart Association ACC/AHA) ve New York Kalp Cemiyeti (New York Heart Association/NYHA) sınıflandırma sistemidir (McMurray ve ark 2012, Yancy ve ark

2013). KY'nin gelişim ve ilerlemesine göre belirlenen AHA/ACC sınıflandırılması şu şekildedir:

Evre-I: KY için risk faktörleri mevcut fakat kalpte belirlenen herhangi bir işlevsel ya da yapısal bozukluk mevcut değildir. Hastada hiçbir belirti yoktur.

Evre-II: Kalpte sol ventrikül fonksiyon bozukluğu ile karakterize yapısal bir bozukluk mevcuttur fakat hastada hiçbir belirti yoktur.

Evre-III: Kalbin yapısında bozukluk mevcuttur. Tıbbi tedavinin başlanması ile belirti göstermeyen KY söz konusudur.

Evre-IV: Kalbin yapısında bozukluk mevcuttur. Tıbbi tedavi alınmasına rağmen hastada KY mevcuttur (Yancy ve ark 2013).

KY hastalarındaki semptomları ve fiziksel aktiviteleri temel alarak hastaların fonksiyonel durumlarını belirlemeye yönelik oluşturulan NYHA sınıflaması ise şu şekildedir:

Sınıf-I: Fiziksel hareketlerde kısıtlanma yaşanmaz. Fiziksel aktivitelerde dispne, halsizlik ve çarpıntı yaşanmaz.

Sınıf-II: Fiziksel hareketlerde hafif kısıtlanma vardır. Hasta dinlenme durumlarında rahattır fakat hareket halindeyken dispne, halsizlik ve çarpıntı yaşar.

Sınıf-III: Fiziksel hareketlerde belirgin kısıtlanma vardır. Hasta dinlenme durumlarında rahattır fakat olağan fiziksel hareket durumlarında dispne, halsizlik ve çarpıntı yaşar.

Sınıf-IV: Hasta fiziksel hareketleri rahatsızlık hissetmeden sürdüremez. Hastanın dinlenme durumlarında bile semptomlar yaşanır (Zoghi 2011).

1.8. Kalp Yetmezliğinde Tedavi Yöntemleri

Günümüzde artan teknoloji ile birlikte KY yönetimi yeni ilaçların ve cihazların ortaya çıkması ile gelişme göstermiştir. Bu gelişme ile birlikte özellikle gelişmiş ülkelerde KY nedenli ölüm oranlarında azalmalar görülmüştür (Ziaeian ve Fonarow 2016, Mishra ve ark 2018). KY'nin tedavisindeki temel amaç; morbidite ve mortalite oranlarını en aza indirmek, hastalara semptomlara yönelik tedavilerde ve önerilerde bulunarak yaşam kalitelerini iyileştirip kendilerini daha iyi hissetmelerini ve tedaviye uyumlarını sağlayabilmektir (Harikrishnan ve ark 2017, White-Williams ve ark 2020).

1.8.1. Farmakolojik Yaklaşımlar

KY'de kullanılan farmakolojik yaklaşımlardaki amaç; kalbin işlevsel ve fonksiyonel özelliğini devam ettirmesini sağlamak, miyokardiyal hasarın ilerlemesini durdurmak, kalbin yükünü hafifletmektir. KY'de kullanılan temel farmakolojik ajanlar; anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACEI), anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB), beta blokerler, aldosteron antagonistleri, diüretikler, aşırı çalışan nörohormonal sistemlerin baskılanması ve kalp kontraktilitesinin arttırılması için digoksin kullanılır (Ponikowski ve ark 2016, Yeşilbursa 2017, van der Meer ve ark 2019). KY'de cerrahi yaklaşım olarak kardiyak resenkronizasyon tedavisi, implante edilebilir kardiyoverter defibrilatörler ve kalp nakli yer almaktadır (van der Meer ve ark 2019).

1.8.2. Nonfarmakolojik Yaklaşımlar

Nonfarmakolojik yaklaşımlar, fizyolojik ve psikososyal destek sağlamak, tedavi amaçlı kullanılan ilaçların yan etkilerini azaltmak ve hastaların yaşam kalitelerini arttırmak amacıyla kullanılmaktadır (Kav ve ark 2008, Karahancı ve ark 2015). KY hastalarında nonfarmakolojik yaklaşımların tek başına uygulanması ya da farmakolojik yaklaşımlar ile uygulanmasına bağlı olarak hastaların semptomları hafiflemekte ve yaşam kaliteleri artabilmektedir (Kwekkeboom ve Bratzke 2016). Nonfarmakolojik yaklaşımlar genellikle hastalar tarafından tölere edilebilmekte, hastalara kolay uygulanabilmekte, maliyet açısından etkin, yan etki oluşturma durumundan düşük riskli olduğu için güvenle kullanılabilen bir yaklaşım çeşididir ve son zamanlarda uygulama alanındaki hemşirelerin de dikkatini çekmektedir (Sözeri ve Bayrak Kahraman 2016). Hemşirelerin bu yaklaşımda sıklıkla kullandıkları kullandıkları teknikler; periferal ve bilişsel-davranışsal tekniklerdir. Periferal teknikler; masaj, aromaterapi, terapötik ve refleksoloji dokunma, sıcak-soğuk uygulamadır. Bilişsel-davranışsal teknikler ise; dikkati başka yöne çekme, derin nefes egzersizleri, hayal kurma, müzik terapi, gevşeme egzersizleri, yoga ve meditasyondur (Gok Metin ve ark 2018).

1.9. Kalp Yetmezliğinde Hemşirelik Bakımı

Hastaların primer bakımından sorumlu sağlık profesyonellerinden biri olan hemşireler, hastalarda gelişebilecek komplikasyonların önlenmesinde, hastaların

eğitimleri ve izlemlerinde, tıbbi tedavinin uygulanmasında, uygulanan tedavinin etkinliğinin sürdürülmesinde ve hastaların aldıkları tedaviye uyumlarının ve ilaca uyumlarının arttırılmasında önemli rol ve sorumluluklara sahiplerdir (Jaarsma ve ark 2013, Sedlar ve ark 2017, Demirtürk Selçuk ve Demirbağ 2019). KY'de uygulanan farmakolojik, nonfarmakolojik tedaviler ve cerrahi müdahaleler ile hastaların yaşam kalitesinde iyileşme ve düzelmeler olduğu belirtilmektedir (Kwekkeboom ve Bratzke 2016, Amaral ve ark 2017). KY, hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkileyerek onların özerkliklerini kısıtlayan kronik bir hastalıktır. KY'de semptomların yönetiminde ve azaltılmasında hemşirelere önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir (Gülbahar 2020).

- Hemşireler, KY bakımını hastayı ve ailesini de kapsayacak şekilde bir bütün olarak planlamalıdır ve hastanın kendi bakımına doğrudan katılımını sağlamalıdır.
- Hemşireler güncel klavuzları temel alarak hastaları ve ailesini de içinde bulunduran bütüncül bir yaklaşım ile hastalığın nedenleri, semptomları, semptomlardaki değişikliklerin farkındalığı, tedavi ve ilaca uyumu arttırmayı, yaşam şeklindeki değişikliklerin farkındalığı, sağlık profesyonellerine başvurulması gereken durumları, hastalığa yönelik uygun beslenme alışkanlıkları, stres yönetimini, hastalıktaki fiziksel aktiviteyi içeren ayrıntılı sağlık eğitimleri planlamalıdırlar.
- Hemşireler KY'ye yönelik tıbbi tedavi uygulanmasını, uygulmamanın sürdürülmesini ve tedaviye yönelik yan etkilerin izlenmesini sağlamalıdır.
- Hemşireler KY'de uyumu arttırabilmek amacıyla kardiyak rehabilitasyon programlarının içerisinde yer alarak hastalıkta etkin sorumluluk alanlarını oluşturmalıdır (Chriss ve ark 2004, Yancy ve ark 2013, Çil Akıncı ve ark 2014, Navidian ve ark 2015, Gagnon ve ark 2017, Kasapoğlu ve Enç 2017, Seid ve ark 2019).

1.10. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı terimi Scott Simonds tarafından ilk kez 1974 yılında "Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika" isimli makalede kullanılmıştır (Ratzan 2001). 1986 yılında düzenlenen "Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı"nda sağlığa yönelik bilgilerin anlaşılabilir olması gerektiği bildirilmiş, toplumun buna uygun

davranışlarını geliştirmesi gerektiği belirlenmiş ve sağlık okuryazarlığı kavramı ortaya çıkmıştır (Akbolat ve ark 2016). 1998 yılında Nutbeam'ın "Sağlığın Geliştirilmesi Sözlüğü (Health Promotion Glossary)"nde Sağlık Okuryazarlığı, "bireylerin sağlığa yönelik ilgili bilgilere ulaşması, bilgileri anlaması ve bu bilgileri sağlıklarının gelişiminde kullanabilmelerine yönelik yeteneğini belirleyen sosyal ve bilişsel beceriler" şeklinde tanımlanmıştır (Nutbeam 1998). 2018 yılında DSÖ'ye göre sağlık okuryazarlığı; bireylerin sağlık hallerini iyi olarak sürdürmeleri ve geliştirilmeleri amacıyla bilgiye ulaşmaları, bilgiyi anlamaları ve bilgiyi kullanmaları için gerekli olan sosyal ve bilişsel beceri kapasitesidir (Aaby ve ark 2017). Sağlık okuryazarlığı "bireysel" ve "çevresel" olmak üzere iki bileşenden oluşmaktadır. Bireysel sağlık okuryazarlığı; isteme kapasitesi, yetenek ve bilgi, erişim ve anlama, sağlık hizmeti içinde karara ve eyleme katılım konularını içermektedir. Çevresel sağlık okuryazarlığı ise; sağlık sistemi içerisindeki iletişimi, kişilere erişimi, onları anlayabilmeyi ve sağlığ yönelik bilgileri sunabilmeyi içermektedir (Kickbusch ve ark 2018). Sağlık okuryazarlığı okuryazarlık durumu ile yakından bağlantılıdır. İnsanların yaşamları süresince yaşam kalitelerini devam ettirmeleri, sağlık hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıklardan korunmaya yönelik bilgilere sahip olabilmeleri ve kararlar alabilmeleri amacı ile sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama için bireylerin motivasyonlarını, bilgilerini ve yeterliliklerini kapsamaktadır (Sørensen ve ark 2012).

Kanj ve Mitic 7.Küresel Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı'nda sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemini altı tema üzerinden belirlemişlerdir:

Etkilenen İnsan Sayısı: İnsanların okuryazarlık durumlarının yetersizliği hem gelişmekte hem de gelişmiş olan ülkelerde oldukça yaygındır (Murray ve ark 2008, Kanj ve Mitic 2009, Eyüboğlu ve Schulz 2016). Yapılan bir araştırmada, 15 yaş ve üzeri bireylerde yetersiz sağlık okuryazarlık prevelansı %84 olarak tespit edilmiştir (Wu ve ark 2017). Yapılan bir araştırmada Türkiye'de yetişkin nüfusun üçte ikisinden fazlasının sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz olduğu bildirilmiştir (Durusu Tanrıöver ve ark 2014, Okyay ve Abacıgil 2016).

Olumsuz Sağlık Sonuçları: Sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi sağlık eşitsizlikleri ile mücadele için büyük önem taşımaktadır (Teleş ve Kaya 2019). Yapılan araştırmalarda sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olanların; daha düşük sağlık statüsüne sahip oldukları, uygun görülen tedaviye ve bakımlara uyumlarının az olduğu, yanlış tedavi ve ilaçlara daha fazla miktarda maruz kaldıkları, koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları, riskli sağlık davranışlarını daha fazla sergiledikleri, hastalık tespiti faaliyetlerine daha az katıldıkları (aşı yaptırma, mamografi çektirme vs.), daha fazla iş kazası ile karşılaştıkları, hastanede yatma sıkılıklarının kısa ve hastanede yatış sürelerinin uzun olduğu, sağlık algılarının düşük olduğu, acil servis kullanımlarının daha fazla olduğu belirtilmektedir (Baker ve ark 2007, Kim 2009, Tokuda ve ark 2009, Berkman ve ark 2011, Sadeghi ve ark 2013, WHO 2013).

Bulaşıcı Olmayan Hastalık Oranlarında Artış: Sağlık okuryazarlığı kronik hastalıkların özyönetiminde önemli bir faktördür. Hastalar kronik hastalıklarını yönetebilmek için sağlık hizmetinden yararlanabilmek için sağlık bilgilerini anlamalı ve değerlendirebilmelidir (Teleş ve Kaya 2019). Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörlerinin önlenmesi ile sağlık okuryazarlık seviyeleri arasında bir bağlantı mevcuttur (Yilmazel ve Çetinkaya 2017). Yapılan araştırmalarda; sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerde kronik hastalıklarına yönelik özyönetim ve bakım gücü daha düşük olduğu belirtilmiş (Murray ve ark 2008, Shaw ve ark 2009, Loke ve ark 2012) ve yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyinin bulaşıcı olmayan hastalıkların yaygınlığı ile ilgili bağlantılı olabileceği ortaya konulmuştur (Yilmazel ve Çetinkaya 2017, Teleş ve Kaya 2019).

Sağlık Bakım Maaliyetleri: Yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin gereksiz hastane başvuruları yaparak sağlık hizmet harcamalarını arttırdığı belirtilmiştir (Safeer ve Keenan 2005). ABD'de yapılan bir araştırmada, düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olan bireylerin, yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olan bireylere göre yıllık ortalama sağlık hizmet maliyetini dört kat arttırdığı belirlenmiştir (Harper 2013).

Sağlık Bilgisi Talepleri: Sağlık okuryazarlığında güvenilir ve doğru bilgiye ulaşmak sağlık okuryazarlığının temel yapı taşlarından birisidir (Teleş ve Kaya 2019). Yapılan bir çalışmada toplumdaki hedef kitlenin okuma durumları ile sağlıkla ilgili materyalleri okuma durumları arasında bir uygunsuzluk tespit edilmiştir. Sağlık

alanındaki mesleki ve teknik dilin sağlıkla ilgili kaynakların kullanımını zorlaştırmaktadır (Kanj ve Mitic 2009). Başka bir çalışmada, KVH'e sahip olan her on kişiden biri sağlıkla ilgili bilgileri anlamada güçlük çektiğini ifade etmiştir. Sağlıkla ilgili bilgileri anlamada güçlük çeken bu bireylerin tedavi yönünden de mağduriyet yaşadığı belirtilmiştir (Friis ve ark 2019).

Eşitlikçilik: Bireylerin sahip oldukları okuryazarlık durumları; yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, kültür, çalışma koşulları, din gibi birçok faktörden etkilenmektedir (Teleş ve Kaya 2019). Okuryazarlığın belirleyicisi olan bu faktörler sağlık okuryazarlığının da belirleyicisi olarak kabul edilebilir ve bu yüzden sağlık okuryazarlık düzeyleri de bireyden bireye farklılık gösterebilmektedir (Kanj ve Mitic 2009, Teleş ve Kaya 2019). Sağlık okuryazarlığının düşük olması bireyin kendi sağlığını tam olarak yönetememesine, sağlık hizmetlerinden yeterli düzeyde yararlanamamasına ve sağlık kararlarına doğru bir şekilde karar verememesine neden olmaktadır (Berkman ve ark 2011, WHO 2013). Sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olması sağlıkta eşitsizliklere yol açmaktadır. Bu yüzden sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılması sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasında önemli bir araçtır (Volandes ve Paasche-Orlow 2007, Kanj ve Mitic 2009). Bireylerin aldıkları sağlık eğitimleri sonucunda sağlıkla ilgili konulardaki davranışlarını eyleme geçirdikleri, her davranışın sağlık okuryazarlık düzeyi bağlamında bireylerin uygun davranışı sergileyip sağlığını koruyabileceği anlamına gelebilmektedir (Yılmaz Kartal 2019). Yapılan bir araştırmada, düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olan bireylerin sağlık kurumlarına daha fazla başvuru yaptıkları tespit edilmiştir (Berens ve ark 2016).

1.10.1. Kalp Yetmezliği ve Sağlık Okuryazarlığı

Günümüzde kronik hastalıkların etkisi artarak devam etmektedir. KVH kronik hastalıkların başında gelen hastalıklardandır ve kronik hastalık yönetiminde sağlık okuryazarlığının önemi büyüktür (Doyle ve ark 2012). Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi KVH'larda yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyinin oluşturduğu olumsuz etkiler görülmektedir (Ahçıoğlu 2020). Yapılan çalışmalar sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan kişilerin daha fazla KVH komorbiditesine sahip (Ghisi ve ark 2018) ve KVH risk puanlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir (Lindahl ve ark 2020). KVH ile davranışsal belirleyicilerden olan değiştirilebilir risk faktörleri (yetersiz fiziksel aktivite, kötü beslenme tarzı, sigara ve alkol kullanımı vs.) ile yakından ilişkili iken;

sağlık okuryazarlığı da bu tür sağlık davranışları ile ilişkilidir (WHO 2013). KVH sahip olan ve yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olan bireyler, ilaçlarını anlarlar ve yaşam tarzı değişikliklerini fark ederler. Ayrıca çoklu ilaç yönetimini uygulamada, talimatlara uygun şekilde ilaçların alınmasında, olası yan etkilerin farkına varılmasında yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı katkı sağlamaktadır (Magnani ve ark 2018).

1.11. Hastalık Algısı

Hastalık algısı; bireyler hastalıklarla karşı karşıya kaldıkları zaman bilgileri, kişisel deneyimleri, inançları, değerleri ve gereksinimleri çerçevesinde hastalıklarını açıklamaya çalışmaları ve bu değerler doğrultusunda hastalıklarına anlam yüklemeleridir (Uysal ve Akpınar 2013, Kepenek 2014). Hastalık algısında hastalığa yüklenen bir anlam vardır ve bu anlam; hastalığa bağlı hangi tedavi yönteminin seçileceğinden ve kimlerden danışmanlık alınacağına kadar birçok durumu içermektedir (Mosleh ve Almalik 2016). Bireylerde, hastalıkla ilgili belirtiler ortaya çıktıktan sonra belirtilere sebep olduğu düşünülen hastalıklarına dair bir algı ortaya ortaya çıkmaktadır. Hastalık algısı olarak nitelendirilen bu durum kişisel faktörlerin değişkenlik göstermesi ile bireyden bireye farklılıklar içermektedir. Bu farlılıklara sebep olan faktörler; yaş, cinsiyet, eğitim, kültürel değerler, yaşanmış deneyimler ve baş etme mekanizmalarıdır (Armay ve ark 2007). Toplumlarda bazı hastalıklar mahrem olarak nitelendirilmekte ve bu kültürel farklılık sağlık hizmetine ulaşımı engellemektedir. Sahip olunan hastalık ile hastalık algısı arasında doğrudan bir ilişki söz konusudur. Yüksek içsel kontrol algısına sahip olan bireylerde hastalığın seyri daha iyidir. Bireylerin hastalıkla ilgili durumları nasıl algıladığı sadece fiziksel, psikolojik ve psikososyal iyilik haline değil, bireylerin sahip oldukları hastalığın seyrine ve yaşam kalitelerine de bağlıdır (Uysal ve Akpınar 2013). Hastalık algısının olumlu yönde değiştirilmesiyle hastalıktaki iyilik hali artırılabilmektedir (Yorulmaz ve ark 2013).

Hastalık algısını kavramsallaştıran "Sağ Duyu Modeli" ve "Açıklayıcı Model" olmak üzere iki model söz konusudur.

1. Sağ Duyu Modeli (SDM): Bilişsel etkenlerin hastalıkla başa çıkmayı ve hastalığın sonuçlarını nasıl etkilediğini açıklamaya çalışan ayrıntılı bir kuramsal modeldir (Leventhal ve ark 2001). SDM'nin temeli; sağlığını tehdit altında gören bireyin

sorununu çözmek için kendisinin etkin bir güç olduğunu kabul etmesidir (Hagger ve Orbell 2003). SDM üç aşamadan oluşmaktadır:

Hastalık Temsilleri: Birey içsel (hastalığa ait belirtilerin nasıl yaşandığı) ve dışsal uyaranları (bir yakınının hastalanmasına şahit olmak) yorumlayarak hastalığı bir tehdit olarak algılar. Bilişsel etkenler ve tehtide karşı oluşturulan emosyonel tepki hastalık temsillerini oluşturur.
Başa Çıkma: Birey karşılaştığı hastalık ile baş edebilmek için eylem planları oluşturur.
Ön Görme: Birey oluşturduğu başa çıkma eylem planları ile ilgili ölçütleri, eyleme geçmek için yetilerini ve bu yetilerin istediği sonuçlar üzerinde etkilerinin nasıl olacağını öngörmeye çalışır (Leventhal ve ark 2003).

2. Açıklayıcı Model: Bu model daha çok ruhsal bozukluklarla ilişkilendirilmiştir. Arthur Kleinman'a göre sağlık profesyonellerinden olan doktorlar hastalarının açıklayıcı modellerini ortaya koyabildiklerinde hastalığın seyri, hastalığın nedenleri ve tedavisi ile ilgili yaklaşımlara yönelik bir iç görü kazanacaklardır (Kleinman 1988).

1.11.1. Hastalık Algısının Bileşenleri

Hastalığın Kimliği

Bireylere hastalık tanısı aldıklarında hastalığın belirtileri ortaya çıktıkça bu belirtilere yönelik inanışlar geliştirirler. Bireylerin sahip oldukları hastalık belirtilerine karşı bakış açıları ile doktorların bireydeki hastalığa bakış açıları farklı olabilir (Petrie ve Weinman 2006).

Nedensel İnanışlar

Bireyler hastalık tanısı aldıktan sonra bu hastalığın kendilerinde neden geliştiğine dair bir inanış geliştirirler. Bireyler hastalıklarının yeme davranışlarına, strese veya genetik nedenlere bağlı olarak geliştiğini düşünebilirler (Petrie ve Weinman 2006). Nedensel inanışlar, hastalığın kontrol altında tutulabilmesi, bireylerin hastalıklarında neden-sonuç ilişkilerini kavrayıp tedavi programlarını olumlu bir şekilde sürdürmelerini sağlaması açısından önemlidir (Chen ve ark 2011).

Zamansal İnanışlar

Bireylerin sahip oldukları hastalıkların akut ya da kronik olması hastalığın sürekli bir döngü içerisinde olduğunu gösterir ve bu durum hastalık hakkındaki

zamansal inanışı etkilemektedir. Akut hastalığa sahip olan bireyler tedavilerini kronik hastalığa sahip olan bireylere göre daha erken bırakmaktadılar (Petrie ve Weinman 2006).

Kontrol veya Tedavi Hakkındaki İnanışlar

Kontrol inanışı; bireyin hastalığının tedavi ile ne kadar kontrol edilebileceğine ve bireyin bu konudaki hassasiyetine bağlıdır. Bireyin hastalığına yönelik yüksek seviyedeki kontrolü genellikle kısa zamansal algısıyla ilişkilidir (Petrie ve Weinman 2006, Chen ve ark 2011).

Sonuçlar

Sonuçlar, bireyin hastalığının sonucu hakkındaki algılarından oluşmakta; bireyin iş ve aile yaşamında, yaşam biçiminde ve ekonomik alanda yaşayabileceği değişiklikler üzerinde etkilidir (Petrie ve Weinman 2006, Akın 2013).

1.11.2. Kalp Yetmezliği ve Hastalık Algısı

Kronik bir hastalık olan KY'nin akut döneminde hastalar tarafından tedaviye uyumun daha iyi olduğu; kronik döneminde ise hastalar tarafından tedaviye uyumda zorluklar yaşandığı belirtilmektedir. KY'de hastalık sürecinin uzamasına bağlı olarak kontrol kayıpları meydana gelebilmekte ve bu durum anksiyete ve depresyon gibi duygusal süreçleri ortaya çıkarabilmektedir. KY hastalarındaki yüksek hastalık algısı bu duygusal süreci daha hafif geçirmeleri ve hastalıkları üzerindeki kontrolleri daha iyi sağlayabildikleri bilinen bir gerçektir. Hastalık ve tedavinin seyri için hastalık algısının yükseltilmesi oldukça önemlidir (MacInnes 2011). Ayrıca kardiyak rehabilitasyon programlarının sonucunun iyileştirilmesi açısından hastalık algılarının erken belirlenmesi önem taşımaktadır (Alsén ve ark 2008). KY hastalığı; bireyin ömür boyu takip, düzenli ilaç kullanımı, egzersiz, beslenme alışkanlıkları gibi yaklaşımları beraberinde getiren kronik bir hastalıktır. Bu hastalıkta bireyin kendi hastalık yönetimini ortaya koyması beklenmektedir. Buna yönelik bireylerin profesyonel sağlık çalışanları ile devamlı iletişim halinde olduğu hasta merkezli grupların oluşturulması önem kazanmaktadır (Üstünova 2013).

1.12. İlaç Uyumu Kavramı

İlaç, patolojik oluşumları ve fizyolojik sistemleri kişiye yarar sağlayacak şekilde değiştirmek ve bunu incelemek amacıyla kullanılan ya da kullanılma yönünde planlanan bir üründür (WHO 2018). Uyum, belli bir davranışı yerine getirme ve bu davranışı devam ettirme durumudur (Riegel ve ark 2012). İlaç uyumu; hastaya sağlık çalışanları tarafından verilen tedavi yönetimine uyma davranışıdır (Ruppar ve ark 2016). İlaç tedavisine uyum; hasta bireylere ilaçlarının doktor tarafından reçete edilmesiyle başlayarak ilacı sonlandırma sürecine kadar devam eder (Ruppar ve ark 2015). İlaç uyumu dört bileşenden oluşmaktadır. Bunlar; her gün kullanması gereken ilacı doğru dozda alma, her gün kullanması gereken ilacı alma, her gün kullanması gereken ilacı ortalama iki saat içerisinde alma (zamanında alma), her gün kullanması gereken ilacın dozunu atlamadan (dozlar arası iki günden fazla olmamalı) kullanmadır (Riegel ve ark 2012). Bireylerde ilaçlara yönelik uyumsuzluğu belirlemek amacıyla kullanılan doğrudan yöntemler; hastanın ilaç kulanımının gözlenmesi, hastanın kanından ve idrarından tahlil alarak vücudundaki ilaç düzeyinin görülmesi, ilacın içerisinde bulunan biyolojik belirteçlerin ölçülmesidir. Kullanılan dolaylı yöntemler ise; hastaya uygulanan anketler, hastanın sözel ifadeleri, kulladıkları ilaç sayılarının takibi ve günlük not çizelgeleridir (Brown ve Shannon 2008).

1.12.1. Kalp Yetmezliği ve İlaca Uyum

KY başarılı ve sürekli bir tedavi durumu, bireyin çok yönlü ve karmaşık olan kendi bakım faaliyetlerini gerçekleştirme isteğine ve yeteneğine bağlıdır (Dayapoğlu ve Yildiz 2017). Bu çok yönlü ve karmaşık olan faaliyetlerde bireyler çoğunlukla ilaç kullanma, diyet ve fiziksel aktivite kalıplarına uymakta zorluk yaşamaktadırlar (Evangelista ve Shinnick 2008). 1998-2012 yılları arasında ilaç uyumu üzeine yapılan bir çalışmada ilaç uyumunun en yüksek kanser hastalarında olduğu, en düşük ilaç uyumunun ise KVH olduğu belirlenmiştir (Neiheisel ve ark 2014). Bireylerin sahip oldukları hastalığa yönelik protokoller ve tedaviye uyumsuzlukları kendilerinin sağlıklarının sürdürülmesinde olumsuz etkiye sahip olmakla birlikte ülkelere de önemli bir boyutta ekonomik yükler oluşturmaktadır (Delamater 2006). KY'de uyum, hastaneye yatış sıklığını, yaşam kalitesini ve hastalığın seyrini etkilemektedir (Vural Doğru ve Karadakovan 2016). Yapılan çalışmalarda, çoklu ilaç kullanımı, bilişsel değişimler, tedavideki ilaçların karmaşık olması, kullanılan ilaçların yan etkilerinin

bilinmemesi, hastalığa yönelik semptomların ortadan kaybolması, alınan tedavinin hastalığa iyi gelmeyeceği düşüncesi, hasta tarafından gün içerisinde ilaç kullanımının unutulması, sağlık çalışanları ile iletişimin yetersiz kurulması ilaç uyumunu etkileyen faktörler olarak belirtilmiştir (Wu ve ark 2012, Cicolini ve ark 2016, Köseoğlu ve Enç 2016, Alkan ve Nural 2017). Bireylerin hastalıklarına dair aldıkları tıbbi tedavilerine yönelik; tedavilerinin yan etkileri, ilaçlarını nasıl kullanacakları, dozlarının farkındalığı konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları önem arz etmektedir (Sezgin ve Hatice 2015). KY hastaları üzerine yapılan çalışmalarda KY'ye yönelik eğitim verilen grubun ilaç uyumlarının geleneksel bakım verilen grubun ilaç uyumlarına göre daha iyi olduğu tespit edilmiştir (Uysal ve Enç 2012, Boğan ve Korkmaz 2020).

1.13. Kalp Yetmezliği Sağlık Okuryazarlığı, Hastalık Algısı ve İlaca Uyum Arasındaki İlişki ve Halk Sağlığı Hemşireliği

Kronik hastalıklar arasında en fazla görülenlerin başında KVH'ler gelmektedir (Benjamin ve ark 2018). Kronik hastalıkların yönetiminde sağlık okuryazarlığının önemi büyüktür (Doyle ve ark 2012). Sağlık okuryazarlığı hastaların hastalık yönetimini doğrudan etkilemektedir. Hastalık yönetimi iyi olan hastaların hastalık algıları da olumlu etkilenmektedir. Hastalık algısının olumlu yönde değiştirilmesi ile hastaların iyilik hali arttırılabilmektedir (Yorulmaz ve ark 2013). KY'de başarılı bir tedavi süreci; bireylerin kendi bakım faaliyetlerini gerçekleştirme isteklerine ve yeteneklerine bağlıdır (Dayapoğlu ve Yildiz 2017). Bu yüzden bireylerin hastalıkları için almış oldukları tedavilerinin yan etkilerini bilmeleri ve ilaçlarını nasıl kullanacakları konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları önem arz etmektedir (Sezgin ve Hatice 2015). Sağlık okuryazarlığı, sağlıkla ilgili kararlar verebilmede kullanılan ve sağlıkla ilgili hizmetlerin anlaşılması ve kullanımıyla ilgili bireysel kapasiteyi içeren bir terimdir (Sørensen ve ark 2012, Rudd 2015). Literatürde yetersiz sağlık okuryazarlığa sahip bireylerin kronik hastalık yönetiminde yetersiz kaldıkları ve tedaviye uyumlarının zayıf olduğu belirtilmektedir (Raingruber 2014, WHO 2016).

Bireyler ile en fazla etkileşim içerisinde bulunan sağlık profesyonellerinin başında hemşireler gelmektedir. Hemşirelerin eğitici rolü hastaların sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılmasında önemli bir yere sahiptir. Hemşireler sağlık okuryazarlık düzeyini artırmaya yönelik verecekleri eğitimlerle hastaların bilgi, tutum ve davranışlarında önemli değişimleri başlatabilirler (Akca ve Ayaz Alkaya 2019)

Hastalıkların seyri ve hastaların hastalıklarına uyumları açısından hemşirenin rol ve sorumlulukları oldukça önemlidir. Hastaların, hastalık algılarının belirlenip kendi hastalık yönetimlerinde başarı olmalarının sağlanması kronik hastalıklarda alınan bakım memnuniyetini de artırabilir (Ciddi 2010). Hastalık algısı belirlenen bireylerde hastalığa karşı olumlu tepkiler belirlenip hastalığa karşı oluşan olumsuz tepkiler ve yanlış anlamalar düzeltilebilmektedir (Tekin ve Polat 2018). Hemşirelerin sahip oldukları eğitsel ve motivasyonel yaklaşımlar ile hastaların hastalıklarına yönelik ilaçlarına uyum sağlamalarına yardımcı olunarak tedavilerindeki uyum düzeyleri de artırılabilir (Atik 2020). İlaç saatlerine takip edemeyen hastalar için hemşireler tarafından ilaç kartları hazırlanarak hastaların ilaçlarını hangi saatlerde kullanmaları gerektiği öğretilebilir. İlaçların dikkatli ve düzenli kullanımı KY tedavisindeki başarıyı önemli ölçüde artırmaktadır (Enç ve Alkan 2012, Dayapoğlu ve Yildiz 2017).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tasarımı

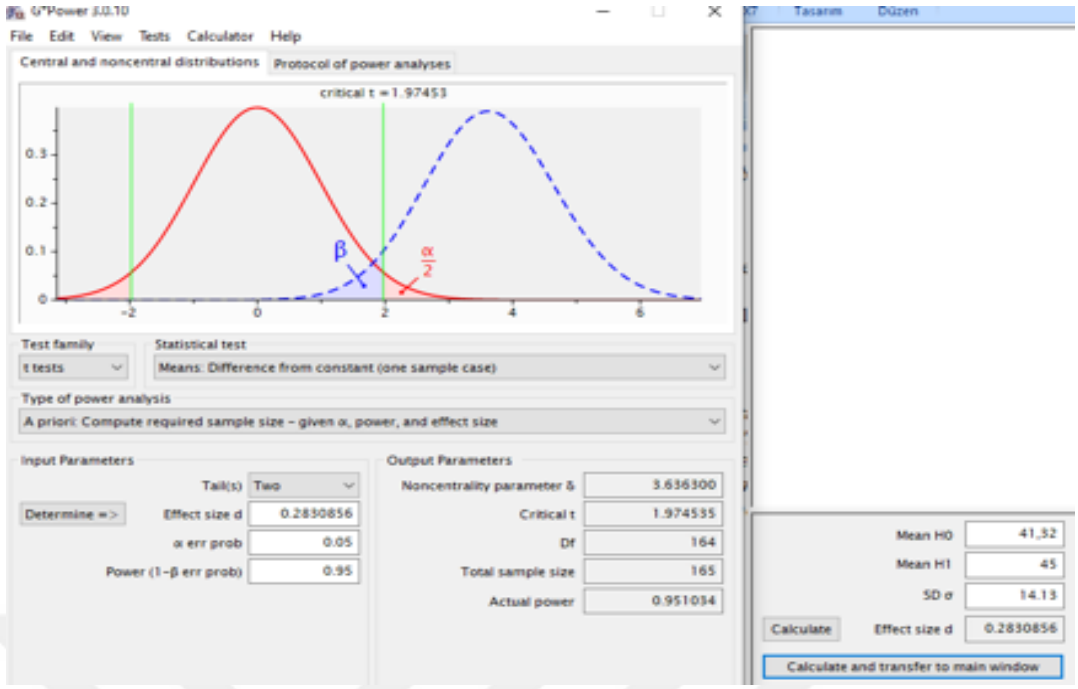
Bu araştırma; bir üniversite hastanesinde tedavi gören KY olan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hastalık algıları ve ilaç uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Zaman, Yer ve Özellikleri

Araştırma Konya ili Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde 1 Ağustos 2021 – 30 Mart 2022 tarihleri arasında yatarak tedavi gören hastalar üzerinde yapılmıştır. Klinikte toplam 31 yatak bulunmaktadır. Kardiyoloji Kliniğinin bulunduğu yerde Kalp ve Damar Hastalıkları ile Cildiye Klinikleri de hasta kabulü yapmaktadır. Klinikteki 10 yatağı Kalp ve Damar hastalıkları, 6 yatağı Cildiye ve 15 yatağı ise Kardiyoloji Kliniği kullanmaktadır. Ancak Covid-19 pandemisi nedeniyle 4 kişilik odalara 2 hasta, iki kişilik odalara ise bir hasta alınmaktadır. Bu sebeple Kalp ve Damar Hastalıkları 6 yatak, Cildiye 3 yatak ve Kardiyoloji Kliniği 11 yatak kullanabilmektedir. Kardiyoloji Kliniği'nde 7 öğretim üyesi, 6 asistan doktor, 10 hemşire ve 6 yardımcı personel görev yapmaktadır. Klinikteki hemşireler rutin olarak hastaların tedavi ve bakımlarını sürdürmektedirler. Ancak klinkte farklı özelliklerde hastaların tedavi ve bakım almaları ve hasta sürkülasyonunun çok fazla olması nedeniyle hastalara hemşireler tarafından planlı bir eğitim verilememektedir.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde KY tanısıyla tedavi alan ve en az altı ay öncesinde KY tanısını almış hastalar oluşturmuştur. Hastane istatistiklerine göre 2020 yılında KY nedeniyle 238 hasta yatışı yapılmıştır. Araştırmanın örnek büyüklüğü G *power 3.0.10 programı ile çift yönlü p değeri doğrultusunda hesaplanmıştır. Kara ve ark (2017)'ın yapmış olduğu çalışma doğrultusunda 'Kısa Hastalık Algısı Ölçeği' puan ortalaması ve standart sapma değeri dikkate alınarak etki büyüklüğü 0,283 olarak hesaplanmıştır. Bu etki büyüklüğü sonucuna göre %95 güç ve %95 güven aralığında çalışmanın örneklem büyüklüğü 165 olarak belirlenmiştir (Kara ve ark 2017). Örnek seçiminde, olasılıksız örnek seçim yöntemlerinden belirli bir kuruma başvuranların seçildiği gelişigüzel örnek seçimi yöntemi kullanılmıştır.



Şekil 2.1. G *Power araştırmanın örnek büyüklüğünün belirlenmesi

2.3.1 Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Dahil Edilme Kriterleri

- 18-65 yaş arasında olma.
- En az 6 aydır KY tanısı olma.
- Okur-yazar olma.

Dışlama Kriterleri

- İletişim probleminin olması,
- Herhangi bir psikiyatrik tanısının olması,

DSÖ'ye göre; 65 yaş ve üstü psikogeriatrik açıdan "yaşlılık dönemi" olarak kabul edilmektedir (WHO 1972, Beğer ve Yavuzer 2012). Yaşlılarda genel olarak sağlık okuryazarlık düzeyi daha düşük bulunmaktadır (Berkman ve ark 2011, Liu ve ark 2015). Bu durumun araştırma sonuçlarını etkilemesinden ve kullanılan ölçüm araçlarının yaşlılar için uygun olmamasından dolayı 65 yaş üstü hastalar araştırmaya dahil edilememiştir.

2.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada "Kişisel Bilgi Formu", "Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği", "Kısa Hastalık Algısı Ölçeği" ve "İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği" kullanılmıştır.

2.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür (Ruppar ve ark 2016, Tekin ve Polat 2018, Çevik ve ark 2020) doğrultusunda hazırlanan kişisel bilgi formu hastaların sosyodemografik özelliklerine yönelik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, sigara ve alkol kullanma durumu) 7 soru, sağlık-hastalık özelliklerine yönelik (sağlık algısı, KY tanısı alma süresi, eşlik eden kronik hastalık durumu, hastaneye yatış sayısı ve süresi, günlük kullanılan ilaç sayısı, düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu) 7 soru olmak üzere toplamda 14 sorudan oluşmaktadır (EK-A).

2.4.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Sorensen tarafından geliştirilen 47 maddelik HLS-E.U (Health Literacy Survey in Europe) form; Toçi, Bruzari ve Sorenson'ın tekrar çalışmaları ile sadeleştirdikleri Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Health Literacy Index) kullanılmıştır (Sørensen ve ark 2013, Toçi ve ark 2013). Bu ölçek dört alt boyut (Bilgiye Erişim, Bilgileri Anlama, Değer Biçme/ Değerlendirme, Uygulama/Kullanma) ve 25 maddeden oluşmaktadır. Ölçek "5: Hiç zorluk çekmiyorum, 4: Az zorluk çekiyorum, 3: Biraz zorluk çekiyorum, 2: Çok zorluk çekiyorum, 1: Yapamayacak durumdayım/hiç yeteneğim yok/ olanaksız" şeklinde beşli likert yapıdadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 25 ve en yüksek puan 125'dir. Ölçekten alınan puan arttıkça bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi de artmaktadır. Aras ve Bayık Temel taraından ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olup, Cronbach Alfa katsayısı 0,92 olarak hesaplanmıştır (Aras ve Bayık Temel 2017). Bu çalışmada ise Cronbach Alfa katsayısı 0,93 olarak hesaplanmıştır (EK-B).

2.4.3. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği

Ölçek, Broadbent ve ark. (2006) tarafından geliştirilmiş olup 0 ile 10 arasında puanlaması olan açık uçlu soru içeren toplam dokuz sorudan meydana gelmektedir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmasında ölçek sekiz maddeden oluşmuştur. Ölçekteki sekizinci madde hastalığın nedensel faktörlerini sorgulamaktadır. Ölçekteki diğer 7 madde, 0'dan 10'a kadar likert tipi bir puanlama cetveline sahiptir. Ölçek iki alt boyuttan (bilişsel ve duygusal) oluşmaktadır. Sekizinci madde açık uçlu sorudan oluşmaktadır. Bireylerden hastalığa sebep olarak düşünülen en önemli üç nedenin açık

uçlu olarak cevaplanması istenmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan hastalığın tehdit edici olduğunu, düşük puan ise kişinin rahat olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği kanser hastaları üzerine Karataş ve ark. (2017) tarafından yapılmıştır ve Cronbach alfa katsayısı 0,85 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada ise Cronbach Alfa katsayısı 0,76 olarak hesaplanmıştır (EK-C).

2.4.4. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği

İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (Medication Adherence Report Scale (MARS)) Horne ve Hankins (2001) ilaç uyumunu değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir. Ölçekte beş ifade bulunmaktadır ve bireylerin bu ifadelerden her birinin kendilerinde görülme sıklıklarını belirtmeleri istenmektedir. Ölçek 5=hiçbir zaman, 4=nadiren, 3=bazen, 2=sık sık ve 1=çok sık olacak şekilde beşli likert tipindedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan ise 25'tir. Elde edilen puanların yüksek olması uyumluluğa, puanların düşük olması ise ilaç uyumsuzluğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,85 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Temeloğlu Şen ve ark. (2019) tarafından yapılmış ve Cronbach Alfa katsayısı 0,78 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada ise Cronbach Alfa katsayısı 0,92 olarak hesaplanmıştır (EK-D).

2.5. Veri Toplama Tekniği

Araştırma verileri klinikte yatarak tedavi gören ve en az altı ay öncesinde tanı almış KY bulunan hastalar üzerinde yüz yüze anket yöntemiyle araştırmacı tarafından toplanmıştır. Covid-19 pandemisi nedeniyle klinikte sosyal mesafe ve diğer pandemi kurallarına uyularak (maske ve siperlik kullanılması gibi) veri toplama süreci gerçekleştirilmiştir. Veriler klinikte; hasta odasında ya da hasta bekleme salonunda hafta için gündüz mesai saatleri içerisinde toplanmıştır.

2.6. Ön Uygulama

Araştırma öncesinde KY nedeniyle tedavi gören 10 hastaya kişisel bilgi formu ve ölçeklerin uygulaması yapılmıştır. Ön uygulamaya katılan hastalarla kişisel bilgi formunun ve ölçeklerin anlaşılabilirlik durumu değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda veri toplama araçlarının anlaşılabilirliğinin yeterli olduğu belirlenmiştir. Veri formlarının toplanması her bir hasta için ortalama 15 dakika sürmüştür.

2.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

- Kısa Hastalık Algısı Alçeği puanı
- İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puanı

Bağımsız Değişkenler

- Sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, evde birlikte yaşadığı aile üyesi, sigara ve alkol kullanma durumu), sağlık-hastalık özellikleri (sağlık algısı, KY tanı süresi, eşlik eden kronik hastalık durumu, hastaneye yatış sayısı, günlük kullanılan ilaç sayısı, düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu, sağlık kontrolü sıklığı)
- Sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam ve alt boyutları (Bilgiye Erişim, Bilgileri Anlama, Değer Biçme/ Değerlendirme, Uygulama/Kullanma) puanı

2.8. Verilerin Analizi

Araştırmanın analizi SPSS 23 programı ile bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde yüzde, frekans, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov testi, Skewness ve Kurtosis değerleri ile incelenmiştir. Normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde Kruskal Wallis ve Man Whitney U testleri kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlar güven aralığı %95, anlamlılığı ise $p<0.05$ düzeyi kullanılarak değerlendirilmiştir.

2.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Verilerin toplanabilmesine yönelik Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 16.06.2021 tarih ve 2021/53 Etik Kurul izni (EK-G) alınmıştır. Araştırmanın yapılacağı kurumdan da yazılı kurum izni (EK-H) alınmıştır. Araştırmaya katılan hastalardan yazılı onam alınmıştır (EK-E). Araştırmada kullanılacak ölçeklerin Türkçe uyarlamasını yapan yazarlardan elektronik posta aracılığıyla gerekli izinler alınmıştır (EK-F).

3. BULGULAR

KY olan hastaların sağlık okuryazarlık düzeyi ile hastalık algıları ve ilaç uyumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmış olan bu tez çalışmasının bulguları 4 başlık altında toplanmıştır:

1. Kalp yetmezliği olan hastaların tanımlayıcı özellikleri
2. Kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarının ortalama, standart sapma, medyan değerlerine ilişkin bulgular
3. Kalp yetmezliği olan hastaların sosyo-demografik ve sağlık-hastalık özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı, hastalık algısı ve ilaca uyum ölçeği puan ortalamaları farkına ilişkin bulgular
4. Kalp yetmezliği olan hastaların sağlık okuryazarlığı ile hastalık algısı ve ilaca uyum düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik bulgular

3.1. Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo 3.1.1. Kalp yetmezliği olan hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Sosyo-demografik özellikler			
	Ort±SS	**Min-Max**	
Yaş	61,40±2,07	57-64	
		Sayı	**%**
Cinsiyet	Kadın	98	59,4
	Erkek	67	40,6
Medeni Durum	Evli	149	90,3
	Bekar	16	9,7
Eğitim Durumu	Okur yazar	35	21,3
	İlkokul/Ortaokul	73	44,2
	Lise ve üzeri	57	34,5
Ekonomik Durum Algısı	İyi	42	25,5
	Orta	70	42,4
	Kötü	53	32,1
Sigara İçme Durumu	Hiç içmedim	43	26,1
	Bıraktım	49	29,7
	İçiyorum	73	44,2
Alkol Kullanma Durumu	Hiç içmedim	87	52,7
	Bıraktım	65	39,4
	İçiyorum	13	7,9

Ort: Ortalma, **SS:** Standart Sapma, **Min:** Minumum, **Max:** Maksimum

Tablo 3.1.1'de KY olan hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Hastaların yaş ortalamasının 61,40±2,07 olduğu, %59,4'ünün kadın ve %90,3'ünün evli olduğu görülmektedir. Hastaların %44,2'si ilkokul mezunu ve

%42,4'ünün ekonomik durumunu orta düzeyde algıladığı belirlenmiştir. KY olan hastaların %44,2'si hala sigara içmekte olduğunu ve %39,4'ü de alkol kullanımını bıraktığını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.1.2. Kalp yetmezliği olan hastaların sağlık-hastalık özelliklerinin dağılımı

Değişkenler			
		Ort±SS	**Min-Max**
Kalp yetmezliği tanı yıl		4,38±1,66	1-8
Kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatış		5,25±5,12	1-30
Hastanede kalma süresi (gün)		6,91±2,97	1-21
Günlük kullanılan ilaç sayısı		4,65±1,88	2-14
		Sayı	**%**
Sağlık Algısı	İyi/Orta	109	66,1
	Kötü	56	33,9
Diğer Kronik Hastalık Varlığı	Evet	158	95,8
	Hayır	7	4,2
Kontrollerini Düzenli Yaptırma Durumu	Evet	141	85,5
	Hayır	24	14,5

Ort: Ortalma, **SS:** Standart Sapma, **Min:** Minumum, **Max:** Maksimum

KY olan hastaların sağlık-hastalık özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; hastalarda ortalama 4,38±1,66 yıldır KY olduğu, KY'ye bağlı olarak ortalama 5,25±5,12 defa hastaneye yattığı ve hastanede ortalama 6,91±2,97 gün kaldığı, günlük ortalama 4,65±1,88 ilaç kullandığı, %33,9'unun sağlık algısının kötü olduğu, %4,2'sinin KY dışında kronik bir hastalığının olmadığı, %95,8'inin KY dışında kronik hastalığa sahip olduğu ve %85,5'inin düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırdığı belirlenmiştir (Tablo 3.1.2).

3.2. Kullanılan Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Ortalama, Standart Sapma, Medyan Değerlerine İlişkin Bulgular

Tablo 3.2.1. Kalp yetmezliği olan hastaların sağlık okuryazarlığı, kısa hastalık algısı ve ilaç uyumunu bildirim ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları dağılımı

Ölçekler ve Alt Boyutları	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	Q1-Q3
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	87,67±18,59	88 (25-123)	74-102
Bilgiye Erişim	18,38±5,86	20 (5-25)	15-24
Bilgileri Anlama	22,80±5,66	22 (7-35)	19-26,50
Değer Biçme/Değerlendirme	28,61±5,81	29 (8-40)	26-32
Uygulama/Kullanma	17,87±5,22	19 (5-25)	14-22
Kısa Hastalık Algısı Ölçeği	43,76±9,03	43 (26-63)	37-51
Bilişsel	18,81±4,18	19 (9-27)	16-22
Duygusal	24,95±7,71	26 (10-39)	18-32
İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	22,84±3,03	24 (11-25)	21-25

Ort: Ortalma, **SS:** Standart Sapma, **Min:** Minumum, **Max:** Maksimum, **Q1:** Alt Çeyrek, **Q3:** Üst Çeyrek

Tablo 3.2.1'de hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalaması, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalaması ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği toplam puan ortalamasına yer verilmiştir. KY hastalarının Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalaması 87,67±18,59, bilgiye erişim alt boyut puan ortalaması 18,38±5,86, bilgileri anlama alt boyut puan ortalaması 22,80±5,66, değer biçme/değerlendirme alt boyut puan ortalaması 28,61±5,81, uygulama/kullanma alt boyut puan ortalaması ise 17,87±5,22 olarak saptanmıştır. Hastaların Kısa Hastalık Algısı Ölçeği toplam puan ortalaması 43,76±9,03 olup, bilişsel alt boyut puan ortalaması 18,81±4,18 ve duygusal alt boyut puan ortalaması 24,95±7,71'dir. Çalışmaya katılan hastaların İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalamasının ise 22,84±3,03 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.2.2. Kalp yetmezliği olan hastaların "hastalık nedeni" olarak ifade ettikleri durumlara göre kısa hastalık algısı ölçeği puan ortalaması dağılımı

	Sayı	%	Ort±SS
Alkol kullanımı	53	32,0	45,49±8,00
Sigara kullanımı	107	65,0	43,05±8,96
Aile bireyleri	54	33,0	44,01±9,54
Stres	91	55,0	42,81±9,33
Genetik	33	20,0	43,30±7,43
Diğer kronik hast.	84	51,0	41,94±8,75
Maddi sıkıntılar	23	14,0	46,30±9,43
Sağlıksız yaşam tarzı	8	5,0	43,25±11,84

Ort: Ortalama, **SS:** Standart Sapma

KY hastalarının "hastalık nedeni" olarak ifade ettikleri durumlara göre Kısa Hastalık Algısı Ölçeği toplam puan ortalaması incelendiğinde; hastaların %65'inin sigara kullanımını KY nedeni olarak gördüğü ve toplam puan ortalamasının 43,05±8,96 olduğu, %55'inin stresi hastalık nedeni olarak değerlendirdiği ve toplam puan ortalamasının 42,81±9,33 olduğu, hastaların %5'inin KY'yi sağlıksız yaşam ile ilişkilendirdiği ve toplam puan ortalamasının 43,25±11,84 olduğu belirlenmiştir (Tablo 3.2.2).

3.3. Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Sosyo-Demografik ve Sağlık-Hastalık Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı, Hastalık Algısı ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamaları Farkına İlişkin Bulgular

Tablo 3.3.1. Kalp yetmezliği olan hastaların sosyo-demografik ve sağlık-hastalık özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalaması dağılımı

Değişken	Bilgiye Erişim		Bilgileri Anlama		Değer Biçme		Uygulama/kullanma		Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam Puanı	
	Ort±ss	Medyan (Q1-Q3)	Ort±SS	Medyan (Q1-Q3)	Ort±SS	Medyan (Q1-Q3)	Ort±SS	Medyan (Q1-Q3)	Ort±SS	Medyan (Q1-Q3)
Cinsiyet										
Kadın	16,91±6,52	19 (12-22)	21,76±5,32	22 (19-25)	28,10±5,58	29 (27-31)	20,29±4,27	22 (19-23)	87,07±18,32	88 (72-98)
Erkek	19,38±5,16	20 (16-24,25)	23,51±5,80	23 (19-28)	28,96±5,96	29 (26-33)	16,22±5,19	17 (12-20)	88,09±18,86	88 (75-102)
Test Değeri[a]	3932		3864		3607		1733		3438	
p	0,030*		0,053		0,281		0,000**		0,607	
Eğitim Durumu										
Okur yazar	13,80±6,72	15 (5-20)	18,88±4,61	19 (17-22)	26,31±6,05	28 (25-30)	19,45±5,29	21 (18-23)	78,45±18,30	79 (71-93)
İlkokul/Ortaokul	18,49±4,88	19 (15-23)	21,87±3,96	22 (19-24)	27,75±4,99	28 (25,50-31)	17,06±4,97	18 (13-21)	85,19±14,67	86 (74-95,50)
Lise ve üzeri	21,05±4,71	24 (18-25)	26,38±6,07	28 (21-31,50)	31,14±5,81	33 (28-36)	17,94±5,36	18 (13-22,50)	96,52±19,78	102 (77,50-109)
Test Değeri[b]	28,760		38,654		23,445		6,749		25,070	
p	0,000**		0,000**		0,000**		0,034*		0,000**	
Ekonomik Durum Algısı										
İyi	20,73±4,97	22,50 (17,50-25)	26,26±6,56	28,50 (20,75-32)	31,02±6,33	33 (24,75-36)	18,04±5,25	18 (14,50-22)	96,07±20,59	102 (75-109)
Orta	19,08±5,44	20 (15-24)	23,02±5,36	22,50 (20-26)	28,80±6,07	30 (27-32,50)	18,65±4,91	19,50 (16-22,50)	89,57±19,31	95 (81-103,25)
Kötü	15,58±6,04	18 (11-20)	19,75±3,11	20 (18-22)	26,47±4,05	27 (24-29)	16,71±5,49	18 (12-21)	78,52±10,68	79 (70-87,50)
Test Değeri[b]	20,841		31,054		24,605		3,958		31,169	
p	0,000**		0,000**		0,000**		0,138		0,000**	
Sigara İçme Durumu										
Hiç içmedim	15,34±6,27	18 (11-20)	19,97±4,59	20 (18-23)	27,60±5,09	28 (27-31)	20,60±3,95	22 819-23)	83,53±16,51	86 (71-96)
Bıraktım	19,32±5,03	20 (17-24)	24,42±5,61	23 (20,50-28,50)	30,53±5,22	30 (28-35)	20,42±4,34	22 (18-24)	94,71±18,17	95 (81-108
İçiyorum	19,53±5,57	20 (15,50-25)	23,36±5,72	23 (19-28)	27,93±6,32	29 (24-32)	14,56±4,53	15 (11-18)	85,39±18,94	83 (73-102)
Test Değeri[b]	12,944		15,047		6,880		58,036		9,898	
p	0,002**		0,001**		0,032*		0,000**		0,007**	
Alkol Kullanma Durumu										
Hiç içmedim	17,67±6,25	20 (14-24)	22,57±5,68	22 (19-26)	29,14±5,58	30 (27-34)	20,00±4,70	22 (18-23)	89,40±18,71	91 (74-103)
Bıraktım	19,92±4,96	20 (16,50-25)	23,56±5,49	23 (19,50-27,50)	28,47±5,61	29 (26-32,50)	15,83±4,64	17 (12,50-19)	87,80±17,38	88 (75,50-102)
İçiyorum	15,38±5,70	14 (10,50-21)	20,46±5,96	17 (15-26)	25,76±7,68	28 (23-30,50)	13,92±5,26	14 (8,50-20)	75,53±20,56	72 (64-91,50)
Test Değeri[b]	7,799		4,089		2,507		36,806		5,440	
p	0,020*		0,129		0,286		0,000**		0,066	
Sağlık Algısı										
İyi/Orta	19,59±5,05	20 (16-24,50)	23,92±5,67	24 (20-28)	29,66±5,80	31 (27-34)	18,63±5,20	20 (15-23)	91,81±18,57	96 (80-105)
Kötü	16,01±6,61	18 (11-20)	20,60±4,99	20 (18-23)	26,58±5,30	28 (24-29,75)	16,41±5,01	17 (12,25-20)	79,62±15,93	78 (70-88)
Test Değeri[a]	2082,50		1926,50		1890		2206		1718	
p	0,001**		0,000**		0,000**		0,004**		0,000**	

***p<0,05, **p<0,01, a:** Mann Whitney U testi, **b:** Kruskal Wallis Testi, **Ort:** Ortalma, **SS:** Standart Sapma, **Q1:** Alt Çeyrek, **Q3:** Üst Çeyrek,

Tablo 3.3.1'de KY olan hastaların sosyo-demografik ve sağlık-hastalık özelliklerine göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Erkeklerin sağlık okuryazarlığı ölçeği bilgiye erişim alt boyut puan ortalamasının kadınlara göre yüksek olduğu farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). KY olan hastaların eğitim durumu ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği bilgiye erişim alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, farkın tüm eğitim durumlarından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,01$). Ekonomik durumunu kötü olarak algılayan hastaların sağlık okuryazarlığı bilgiye erişim alt boyut puan ortalamasının ekonomik durumunu iyi ve orta algılayanlara göre düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). KY olan hastaların sigara içme durumu ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği bilgiye erişim alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu, bu farkın sigara içmeyen hastaların puan düzeyinden kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,01$). Hastaların alkol kullanma durumu ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği bilgiye erişim alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, farkın alkol kullanan ile alkolü bırakanlar arasındaki puan düzeylerinden kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0,01$). Sağlığını kötü olarak algılayan KY hastalarının Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği bilgiye erişim alt boyut puan ortalaması sağlığını iyi/orta algılayanlara göre düşük olduğu tespit edilerek farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan hastaların cinsiyet ve alkol kullanma durumu ile Sağlık Okuryazarlık Ölçeği bilgileri anlama alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). KY olan hastaların eğitim durumu ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği bilgileri anlama alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu, farkın tüm eğitim durumlarından kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,01$). Ekonomik durumunu kötü olarak algılayan hastaların sağlık okuryazarlığı bilgileri anlama alt boyut puan ortalamasının ekonomik durumunu iyi ve orta algılayanlara göre düşük olduğu ve farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,01$). KY olan hastaların sigara içme durumu ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği bilgileri anlama alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, farkın sigara içmeyen hastaların puan düzeyinden kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,01$). Sağlığını iyi/orta olarak algılayan KY hastalarının Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği bilgileri anlama alt

boyut puan ortalamasının sağlığını kötü olarak algılayanlara göre yüksek olduğu farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$).

Hastaların cinsiyet ve alkol kullanma durumu ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği değer biçme/değerlendirme alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). KY olan hastaların eğitim durumu ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği değer biçme/değerlendirme alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu, farkın lise ve üzeri eğitim almış olan hastaların puan düzeyinden kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,01$). Hastaların ekonomik durum algısı ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği değer biçme/değerlendirme alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu, farkın kötü ekonomik durum algısına sahip olan hastaların puan düzeyinden kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,01$). KY olan hastaların sigara içme durumu ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği değer biçme/değerlendirme alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, farkın sigara içmemiş olan hastalar ile bırakmış olan hastalar arasındaki puan düzeyinden kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Sağlığını iyi/orta olarak algılayan KY hastalarının Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği değer biçme/değerlendirme alt boyut puan ortalamasının sağlığını kötü olarak algılayanlara göre yüksek olduğu belirlenerek bu farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,01$).

KY olan hastaların ekonomik durumu ile Sağlık Okuryazarlık Ölçeği uygulama/kullanma alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Kadın hastaların puan ortalamasının erkek hastalara göre yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). KY olan hastaların eğitim durumu ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği uygulama/kullanma alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu, farkın ilkokul/ortaokul ile okur yazar hastalar arasındaki puan düzeyinden kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,05$). KY olan hastaların sigara içme durumu ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği uygulama/kullanma alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu, farkın sigara kullanan hastaların puan düzeyinden kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,01$). KY olan hastaların alkol kullanma durumu ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği uygulama/kullanma alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu, farkın alkol kullanmayan hastaların puan düzeyinden kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,01$). Sağlığını iyi/orta olarak algılayan KY hastalarının Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

uygulama/kullanma alt boyut puan ortalamasının sağlığını kötü olarak algılayanlara göre yüksek olduğu belirlenerek bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,01$).

Hastaların cinsiyet ve alkol kullanma durumu ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). KY olan hastaların eğitim durumu ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, farkın lise ve üzeri eğitim almış olan hastaların puan düzeyinden kaynaklandığı tespit edilmiştir ($p<0,01$). Hastaların ekonomik durum algısı ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu, bu farkın kötü ekonomik durum algısına sahip olan hastaların puan düzeyinden kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,01$). KY olan hastaların sigara içme durumu ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı bir fark olduğu, farkın sigarayı bırakan hastalardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,01$). Sağlığını iyi/orta olarak algılayan KY hastalarının Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamasının sağlığını kötü olarak algılayanlara göre yüksek olduğu tespit edilerek bu farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$).

Tablo 3.3.2. Kalp yetmezliği sosyo-demografik ve sağlık-hastalık özelliklerine göre kısa hastalık algısı ölçeği puan ortalaması dağılımı

Değişken	Hastalık Algısı Ölçeği		
	Ort±SS	Medyan (Q1-Q3)	Test Değeri p
Cinsiyet			
Kadın	42,67±8,72	41(35-50)	3,731
Erkek	44,52±9,21	43(37,75-52)	0,137
Eğitim Durumu			
Okur yazar	45,34±8,60	49(37-52)	1,860
İlkokul/Ortaokul	44,19±8,85	44(37-51,5)	0,395
Lise ve üzeri	42,26±9,45	42(36-48)	
Ekonomik Durum Algısı			
İyi	42,78±9,77	42(37,75-49,25)	25,693
Orta	40,55±8,021	38,50(34-45)	0,000
Kötü	48,79±7,50	51(44,50-54)	
Sigara İçme Durumu			
Hiç içmedim	45,02±8,82	48(36-52)	8,091
Bıraktım	40,40±9,29	41(32,50-46)	0,017
İçiyorum	45,28±8,48	44(38,50-51,50)	
Alkol Kullanma Durumu			
Hiç içmedim	41,78±9,23	39(34-50)	12,986
Bıraktım	45,24±8,52	43(39-52)	0,002
İçiyorum	49,69±6,22	51(44-55,50)	
Sağlık Algısı			
İyi/Orta	40,22±8,48	38(34-45)	5141
Kötü	50,66±5,37	51(48,25-54)	0,000

Ort: Ortalama, **Q1:** Alt Çeyrek**, Q3:** Üst Çeyrek

Tablo 3.3.2.'de KY olan hastaların sosyo-demografik ve sağlık-hastalık özelliklerine göre Kısa Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalaması dağılımına yer verilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların cinsiyet ve eğitim durumları ile Kısa Hastalık Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ekonomik durumunu kötü olarak algılayan hastaların ekonomik durumunu iyi ve orta düzeyde algılayan hastalara göre Kısa Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalamasının yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). KY olan hastaların sigara içme durumu ile Kısa Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, farkın sigarayı bırakan ile halen içmeye devam eden arasındaki puan düzeylerinden kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,01$). Hastaların alkol kullanma durumu ile Kısa Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, farkın hiç alkol kullanmamış olanların puan düzeyinden kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0,01$).

Sağlığını kötü olarak algılayan KY hastalarının Kısa Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalamasının sağlık algısı iyi/orta olanlara göre yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,01).

Tablo 3.3.3. Kalp yetmezliği sosyo-demografik ve sağlık-hastalık özelliklerine göre ilaç uyumunu bildirim ölçeği puan ortalaması dağılımı

Değişken	**İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği**		
	Ort±SS	Medyan (Q1-Q3)	Test Değeri p
Cinsiyet			
Kadın	23,56±2,40	25(24-25)	2,523
Erkek	22,34±3,32	24(20-25)	0,007
Eğitim Durumu			
Okur yazar	23,05±2,85	25(21-25)	16,130
İlkokul/Ortaokul	21,79±3,39	24(19-25)	0,000
Lise ve üzeri	24,05±2,05	25(24-25)	
Ekonomik Durum Algısı			
İyi	23,54±2,38	24,50(23-25)	5,480
Orta	22,82±3,38	25(21,50-25)	0,065
Kötü	22,30±2,94	24(20-25)	
Sigara İçme Durumu			
Hiç içmedim	23,18±2,77	25(21-25)	8,125
Bıraktım	23,42±2,73	25(23,50-25)	0,017
İçiyorum	22,24±3,29	24(20-25)	
Alkol Kullanma Durumu			
Hiç içmedim	23,89±2,14	25(24-25)	31,055
Bıraktım	21,63±3,28	23(19-24)	0,000
İçiyorum	21,84±4,29	24(19,50-25)	
Sağlık Algısı			
İyi/Orta	23,77±2,19	25(24-25)	1,437
Kötü	21,01±3,59	22(18-24)	0,000

Ort: Ortalama, **SS:** Standart Sapma, **Q1:** Alt Çeyrek, **Q3:** Üst Çeyrek

Tablo 3.3.3.'de KY olan hastaların sosyo-demografik ve sağlık-hastalık özelliklerine göre İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalaması dağılımına yer verilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların ekonomik durum algısı ile İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (p>0,05). Kadın hastaların erkek hastalara göre İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalamasının yüksek olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,01). KY olan hastaların eğitim durumu ile İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu, bu farkın ilkokul/ortaokul ile lise ve üzeri eğitim görenler arasındaki puan düzeylerinden kaynaklandığı saptanmıştır (p<0,01). KY olan hastaların sigara içme durumu ile İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalaması

arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilerek, bu farkın sigara içmeye devam eden ve bırakanlar arasındaki puan düzeylerinden kaynaklandığı belirlenmiştir (p<0,01). Alkol kullanmayan KY olan hastaların İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalamasının alkolü bırakan ve hala kullanmaya devam edenlerden yüksek olduğu belirlenerek farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,001). Sağlık algısı iyi/orta olan hastaların sağlık algısı kötü olan hastalara göre İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalamasının yüksek olduğu ve farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,01).

Tablo 3.3.4. Kalp yetmezliği olan hastaların yaş ve bazı hastalık özellikleri ile sağlık okuryazarlığı ölçeği, kısa hastalık algısı ölçeği ve ilaç uyumunu bildirim ölçeği puan ortalaması arasındaki korelasyon değerleri

Değişken	Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme	Uygulama/ kullanma	Sağlık Okuryazarlığı	Kısa Hastalık Algısı	İlaca Uyumu
Yaş	r:-0,140 p:0,730	r:-0,105 p:0,179	r:-0,015 p:0,844	r:0,018 p:0,820	r:-0,083 p:0,287	r:0,141 p:0,071	r:-0,011 p:0,892
KY Tanı Alma Süresi	r:-0,169 p:0,030*	r: -0,170 p:0,030*	r: -0,174 p:0,026*	r:-0,130 p:0,097	r:-0,196 p:0,012*	r:0,364 p:0,000**	r:-0,264 p:0,001**
Hastaneye Yatış Sayısı	r:-0,207 p:0,008**	r:-0,283 p:0,000**	r. -0,205 p:0,008**	r:-0,148 p:0,058	r:-0,289 p:0,000**	r: 0,420 p:0,000**	r.-0,433 p:0,000**
Hastanede Kalma Süresi	r:-0,288 p:0,000**	r:-0,308 p:0,000**	r: -0,216 p:0,005**	r: -0,160 p:0,040*	r:-0,310 p:0,000**	r:0,381 p:0,000**	r:-0,393 p:0,000**
Günlük Kullanılan İlaç Sayısı	r:-0,261 p:0,001**	r:-0,300 p:0,000**	r:-0,298 p:0,000**	r: -0,332 p:0,000**	r:-0,377 p:0,000**	r:0,393 p:0,000**	r:-0,334 p:0,000**

r: Pearson korelasyon katsayısı, *p<0,05, **p<0,01

Tablo 3.3.4.'de KY olan hastaların yaş ve bazı hastalık özellikleri ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği toplam puan ortalaması ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hastaların yaş ortalaması ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalaması ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05).

Hastaların KY tanısı alma süresi ortalaması ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme/değerlendirme, uygulama/kullanma alt boyut puan ortalamaları ve sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalaması arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır (p<0,05). Çalışmaya katılan hastaların KY tanı alma süresi ortalaması ile Kısa Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf kuvvetli bir ilişki bulunduğu; KY tanı alma

süresi ortalaması ile İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf kuvvetli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,01$).

Çalışmaya katılan hastaların hastaneye yatış sayısı ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği bilgiye erişim, değer biçme/değerlendirme ve uygulama/kullanma alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde bir ilişki olduğu; hastaların hastaneye yatış sayısı ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği bilgileri anlama ve sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf kuvvetli bir ilişki olduğu tespit edimiştir ($p<0,01$). Hastaların hastaneye yatış sayısı ile Kısa Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf kuvvetli bir ilişki olduğu; hastaneye yatış sayısı ile İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,01$).

Çalışmaya katılan hastaların hastanede kalma süresi ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği bilgiye erişim, bilgileri anlama alt boyut puan ortalaması ve sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf kuvvetli bir ilişki olduğu; hastaların hastanede kalma süresi ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği değer biçme/değerlendirme, uygulama/kullanma alt boyut puan ortalaması arasında negatif yönde çok zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Hastaların hastanede kalma süresi ile Kısa Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf kuvvetli; İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalaması ile negatif yönde zayıf kuvvetli bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,01$).

KY hastalarının günlük kullandığı ilaç sayısı ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği tüm alt boyutları ve toplam puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,01$). Günlük kullanılan ilaç sayısı ile Kısa Hastalık Ölçeği puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Günlük kullanılan ilaç sayısı ile İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur.

3.4. Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Sağlık Okuryazarlığı ile Hastalık Algısı ve İlaca Uyum Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Bulgular

Tablo 3.4.1. Kalp yetmezliği olan hastaların sağlık okuryazarlığı puan ortalaması ile hastalık algısı ve ilaç uyumunu bildirim ölçekleri puan ortalaması arasındaki korelasyon değer

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	1						
Bilgiye Erişim	0,777**	1					
Bilgileri Anlama	0,902**	0,748**	1				
Değer Biçme/ Değerlendirme	0,933**	0,590**	0,799**	1			
Uygulama/ Kullanma	0,670**	0,176*	0,399**	0,679**	1		
Kısa Hastalık Algısı Ölçeği	-0,670**	-0,531**	-0,593**	-0,574**	-0,509**	1	
İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	0,307**	0,148	0,244**	0,268**	0,364**	-0,440**	1

r: Pearson korelasyon, *p<0,05, **p<0,01

Tablo 3.4.1.'de KY olan hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamaları ile Kısa Hastalık Algısı Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalaması ile Kısa Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde orta düzeyde; Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalaması ile İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf kuvvetli düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0,01).

Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği bilgiye erişim alt boyut puan ortalaması ile Kısa Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde orta düzeyde (p<0,01); İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalaması arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi (p>0,05). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği bilgileri anlama alt boyut puan ortalaması ile Kısa Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde orta düzeyde; İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalaması arasında ise pozitif yönde çok zayıf düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0,01). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği değer biçme/değerlendirme alt boyut puan ortalaması ile Kısa Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde orta düzeyde; İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalaması arasında ise pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0,01). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği uygulanma/kullanma alt boyut

puan ortalaması ile Kısa Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde orta düzeyde; İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalaması arasında ise pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Çalışmaya katılan KY hastalarının Kısa Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalaması ile İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,01$).

4. TARTIŞMA

KY olan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hastalık algıları ve ilaç uyumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla araştırmada tespit edilen bulgular literatüre bağlı olarak 3 başlık altında tartışılmıştır.

4.1. Sağlık Okuryazalığı, Hastalık Algısı ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeklerinden Alınan Puanların Tartışılması

Araştırma sonucunda hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalaması 87,67±18,59'dur. Hastaların ölçekten en az 25, en fazla 123 puan aldıkları belirlenmiştir. Hastaların puan ortalamaları göz önüne alındığında sağlık okuryazarlığı açısından "az zorluk çekiyorum" ile "biraz zorluk çekiyorum" seçenekleri arasında bulundukları belirlenmiştir (Tablo 3.2.1.). Bu durum hastaların sağlık okuryazarlıkları açısından zorluk yaşadıklarını göstermektedir. KY ve sağlık okuryazarlığı üzerine yapılan bir sistematik derlemede düşük sağlık okuryazarlığı sıklığının %17,5 ile %97,0 arasında değiştiği ve ortalama olarak %39'unun düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir (Cajita ve ark 2016). Brezilya'da acil servise başvuran KY hastalarının sağlık okuryazarlığı ve tedaviye uyumunu inceleyen bir araştırmada hastaların %89,0'ının yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığa sahip olduğu tespit edilmiştir (Oscalices ve ark 2019). Ancak ABD'de yapılan KY olan hastalarda sağlık okuryazarlığı ile özbakım arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada hastaların %28,5'inin sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz olduğu tespit edilmiştir (Chen ve ark 2011). Türkiyede Teleş ve Kaya'nın kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalar ile yaptıkları çalışmada hastaların %58,1'inin yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir (Teleş ve Kaya 2019). Bu konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Peterson ve ark 2011, Bayık Temel ve Çimen 2017). Bu farklılığın ülkeler arasındaki gelişmişlik düzeyinden, sosyokültürel özelliklerinden ve araştırmalara katılan bireylerin eğitim düzeylerinin farklı olmasından kaynaklanmış olabilir. Sağlık okuryazarlığı sosyodemografik özelliklerden olan yaş ve eğitim durumu gibi özelliklerden etkilenmektedir (Yamashita ve ark 2013, Sørensen ve ark 2015, Wu ve ark 2016). Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalamasının 61,40±2,07 ve ilkokul/ortaokul mezunu oranının %44,2 olması sağlık okuryazarlığı açısından zorluk yaşanmasının nedeni olabilir.

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin alt boyutların puan ortalaması o boyutta yer alan madde sayısına bölündüğünde; hastaların uygulama/kullanma alt boyutunda (ortalama puan = 3,8) az zorluk çekiyorum ile biraz zorluk çekiyorum düzeyleri arasında bulundukları, erişim alt boyutunda (ortalama puan = 4,0) az zorluk çekiyorum düzeyinde olduğu, anlama alt boyutunda (ortalama puan = 3,14) az zorluk çekiyorum ile biraz zorluk çekiyorum düzeyleri arasında bulundukları ve değer biçme alt boyutunda ise (ortalama puan = 3,6) az zorluk çekiyorum ile biraz zorluk çekiyorum düzeyleri arasında oldukları belirlenmiştir (Tablo 3.2.1.). En düşük ortalamaya sahip olan alt boyutun anlama ve en yüksek ortalamaya sahip olan alt boyutunun ise erişim olduğu tespit edilmiştir. KY ile birlikte bilişsel fonksiyonlardaki bozulma hastaların sağlıkla ilgili bilgileri anlamakta zorlanmasına ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Goh ve ark 2022). Erişim alt boyutunda yer alan maddeler incelendiğinde; maddelerin hastalıklar hakkında, tedaviler hakkında, sigara içme, şişmanlık gibi riskler hakkında, sağlıklı kalmayla ilgili, sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağıyla ilgili bilgiye erişimi kapsadığı görülmektedir. Hastaların bu alt boyuttan aldıkları puanın daha yüksek olması günümüzde gelişen teknolojiyle birlikte bilgiye erişimin kolay hale gelmesinden kaynaklanmış olabilir. Anlama alt boyutunda yer alan maddeler incelendiğinde; maddelerin prospektüslerin içeriğini, tıbbi reçeteleri, sağlığa yönelik tehlikeleri içeren broşürleri, tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri, besin etiketlerinin içeriğini, sağlıklı yaşam biçiminin önemini, ev, okul gibi yerlerde çevre sağlığının önemini anlamayı kapsadığı görülmektedir. Hastaların bu alt boyuttan aldıkları puanın daha düşük olması hastaların sağlık okuryazarlıklarıyla ilgili temel ifadeleri anlayamadıklarını göstermektedir. Bu durumun nedeni hastaların okuryazarlık düzeyinden ya da KY nedeniyle bilişsel fonksiyon kayıplarından kaynaklanmış olabilir.

Araştırma sonucunda hastaların Kısa Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalaması 43,76 ± 9,03'tür. Hastalar ölçekten en az 26 en fazla 63 puan almışlardır (Tablo 3.2.1.). Kısa Hastalık Algısı Ölçeği'nde alınan yüksek puan, hastalığın hastaları daha fazla tehdit ettiğini göstermektedir (Karataş ve ark 2017). Buna göre araştırmadaki hastaların hastalık algısının olumsuz düzeyde olduğu belirlenmiştir. Literatürde KY ve hastalık algısını inceleyen araştırmalar mevcuttur (Goodman ve ark 2013, Morgan ve ark 2014, Tekin ve Polat 2018). Fakat KY ile ilgili yapılan çalışmalarda kısa hastalık algısının kullanıldığı çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu bulgu diğer kronik

hastalıklar ile hastalık algısının incelendiği çalışmalar göz önünde bulundurularak tartışılmıştır.

Kısa Hastalık Algısı Ölçeği'nde duygusal alt boyut puan ortalaması 24,95±7,7 ve bilişsel alt boyut puan ortalaması 18,81±4,18'dir (Tablo 3.2.1.). Bu durum hastaların duygusal hastalık algılarının bilişsel hastalık algılardan yüksek olduğunu göstermektedir. Romatoid artrit ve irritable bağırsak sendromu olan hastalara yönelik araştırmalarda da benzer bulgular tespit edilmiştir (De Gucht 2015, Berner ve ark 2018).

KY hastaları hastalık nedenini, sigara kullanımı (%65), stres (%55) ve sahip oldukları diğer kronik hastalıklar (hipertansiyon, diyabetes mellitus vs.) (%51) olarak ifade etmişlerdir (Tablo 3.2.2.). Sigara kullanımının KY gelişimine neden olma durumu açısından kanıtlanmış bir çalışma bulunmamaktadır (Yang ve ark 2021). Fakat sigara kullanımı sonucunda vücuda alınan nikotin kalbin oksijen ihtiyacını arttırarak tansiyonu geçici olarak yükseltir. Bu durum da KY semptomlarının kötüleşmesine neden olmaktadır (Elliott ve ark 2003). Stres de benzer şekilde hastaların kan basıncını ve kan şekerini yükseltebilmektedir. Bu durum da hastalık semptomlarının artmasına neden olmaktadır. Hastaların stresi KY nedeni olarak görmelerine bu durumlar neden olmuş olabilir. Hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıklar ve KY arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır (Ziaeian ve Fonarow 2016, Lehrke ve Marx 2017, Di Palo ve Barone 2020).

KY hastalarının İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği'nden 22,84±3,03 puan aldığı tespit edilmiştir. Araştırmada hastaların ilaç uyumlarının yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 3.2.1.). KY olan hastaların ilaca uyumlarının incelendiği bir çalışmada hastaların ilaca uyumlarının düşük olduğu bulunmuştur (Dayapoğlu ve Yildiz 2017). İlaç uyumunu hastaların cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu gibi hastayla ilgili bireysel faktörler etkilemektedir (Riles ve ark 2014). Bu çalışmadaki farklılığın nedeni, araştırmaya katılanların ilaç uyumunu etkileyen bireysel faktörlerin farklı olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

4.2. Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Sosyo-Demografik ve Sağlık-Hastalık Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı, Hastalık Algısı ve İlaca Uyumlarının Tartışılması

KY olan hastaların cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması incelendiğinde; cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı toplam puanı açısından istatiksel anlamda bir fark bulunmazken ölçeğin bilgiye erişim ve uygulama/kullanma alt boyutlarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 3.3.1.). Bilgiye erişim boyutunda erkeklerin puan ortalaması daha yüksektir. Bu yüksekliğin sebebi erkeklerin hastalıkları hakkında bilgiye erişim olanaklarının; kadınlara göre daha fazla iş ve sosyal ortamlarda bulunmalarından kaynaklanmış olabilir (Gernert ve ark 2022). Uygulama/kullanma alt boyutunda kadınların puan ortalaması erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Bu durum kadınların iradelerinin erkeklerden daha güçlü olmasından ve kurallara uymaya daha fazla özen göstermelerinden kaynaklanmış olabilir. Yapılan bir çalışmada ise, kadınların sağlık okuryazarlık düzeyi daha düşük bulunmuştur (Yakar ve ark 2019). Bu farklılık çalışma örnekleminin özelliğinden kaynaklanmış olabilir.

KY olan hastaların eğitim durumuna göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması incelendiğinde; eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığı toplam puanı ve tüm alt boyutların puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 3.3.1.). Eğitim düzeyi artıkça sağlık okuryazarlığı ölçeğinden alınan puan da artmıştır. Bu durum literatür bilgisiyle paralellik göstermektedir (Sørensen ve ark 2012, Teleş ve Kaya 2019). Hastaların eğitim düzeyleri arttıkça; hastalıkları hakkında bilgileri daha iyi anlayabilmekte ve teknolojik cihazları daha etkin kullanmalarıyla hastalıkları hakkında bilgiye erişimleri daha kolay olabilmektedir (van der Heide ve ark 2013). Bu durum da sağlık okuryazarlık düzeyini artırmaktadır.

KY olan hastaların ekonomik durumuna göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması incelendiğinde; ekonomik durum ile sağlık okuryazarlığı toplam puanı ve bilgiye erişim, bilgileri anlama ve değer biçme alt boyutların puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 3.3.1.). Ekonomik durumu iyi olanların sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamları daha yüksek bulunmuştur. Ekonomik durumu iyi olan hastaların, teknolojik cihazlara ve sağlık hizmetine erişim

imkanlarının daha fazla olabileceği düşünüldüğünden farklılığın bu nedenden kaynaklandığı düşünülmektedir (Agudelo-Suárez ve ark 2012).

KY olan hastaların sigara içme duruma göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması incelendiğinde; sigara içme durumu ile sağlık okuryazarlığı toplam puanı ve tüm alt boyutların puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 3.3.1.). Sigarayı bırakmış olan hastaların sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan en yüksektir. Kronik hastalıkların oluşumunda en önemli risk faktörlerinin başında sigara gelmektedir (Taggart ve ark 2012, Harrison ve ark 2021). Sigarayı bırakan hastaların, sigarayı bırakmış olmaları onların farkındalık düzeylerinin diğer hastalara göre daha yüksek olmasından kaynaklanmış olabilir. Literatürde sigara kullanımı ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişkiyi gösteren çalışmalar da vardır (Stewart ve ark 2013, Hoover ve ark 2018).

KY olan hastaların sağlık algısına göre sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması incelendiğinde; sağlık algısı ile sağlık okuryazarlığı toplam puanı ve tüm alt boyutların puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 3.3.1.). Sağlık algısı kötü olan hastaların sağlık okuryazarlığı ölçeğinden düşük puan almaları; bu hastaların kendi sağlıkları ile ilgili temel bilgileri anlayamadıklarından kaynaklanmış olabilir. Bu durum literatür ile benzerlik göstermektedir (Akça ve ark 2020, Ilgaz 2021, Durmaz ve ark 2022).

KY olan hastaların kısa hastalık algısı ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; cinsiyet ve eğitim durumlarıyla kısa hastalık algısı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yokken ($p>0,05$), ekonomik durum, sigara içme durumu, alkol kullanma durumu ve sağlık algısıyla arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 3.3.2.). Bu durum literatürle uyum göstermektedir (Ekenler ve Arslan 2019). Ekonomik durumunu kötü olarak algılayan hastaların kısa hastalık algısı ölçeği toplam puan ortalaması yüksektir. Ekonomik durumu yetersiz olan hastaların; KY'nin yaşamları üzerinde olumsuz etkileri olduğunu ve yaşamlarını tehdit ettiğini düşündükleri söylenebilir. Kronik bir hastalık olan behçet hastaları ile ilgili yapılan bir çalışmada da ekonomik durumu yetersiz olan hastaların, hastalıklarının yaşamları üzerinde olumsuz etkileri olduğunu düşündükleri tespit edilmiştir (Dark 2016). Sigara kullanımını bırakan hastaların kısa hastalık algısı ölçeği toplam puan ortalaması düşüktür. Bu durum; KY'nin sigarayı bırakmış olan hastaların yaşamlarını daha az

tehdit ettiğini düşündüklerine ve hastalığa karşı farkındalık durumlarının daha iyi olduğuna bağlanabilir. Alkol kullanımı olan hastaların kısa hastalık algısı ölçeği puan ortalaması yüksektir. Alkol kullanan hastaların KY'yi yaşamlarında bir tehdit olarak algıladıkları ve buna bağlı olarak KY'nin yaşamlarını olumsuz yönde etkileyebileceğini düşündükleri söylenebilir. Sağlık algısı kötü olan hastaların kısa hastalık algısı ölçeği toplam puanı yüksektir. Kötü sağlık algısı bireylerin hastalığa bakış açısını olumsuz yönde değiştirerek tedavinin seyrini negatif yönde etkileyebilmekte ve hastaların hastalık üzerindeki kontrolü sağlayamamalarına neden olabilmektedir. Araştırma sonucu ile literatürde yapılan çalışmalar benzer özellik göstermektedir (Ekenler ve Arslan 2019).

KY olan hastaların sosyodemografik ve sağlık-hastalık özelliklerine göre İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalaması dağılımı incelendiğinde çalışmaya katılan hastaların ekonomik durum algısı ile İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$); cinsiyet, eğitim durumu, sigara içme durumu, alkol kullanma durumu ve sağlık algısı durumu ile arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 3.3.3.).

KY olan kadın hastaların (23,56±2,40) erkek hastalara göre (22,34±3,32) İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 3.3.3.). Yapılan çalışmalarda ilaca uyum ile cinsiyet arasında ilişki bulunmamıştır (Kamran ve ark 2014, Ma 2016). Ancak genel olarak kadınların kişisel kontrolleri erkeklerden daha yüksektir (Ramli ve ark 2012). Bu durumun da ilaca uyumunu etkileyebileceği düşünülebilir.

KY olan hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe ilaca uyumları artmaktadır (Tablo 3.3.3.). Hastaların eğitim seviyesi arttıkça kullandıkları ilacın hastalıklarının kontrolündeki önemi konusunda bilgileri artmaktadır. Bu durum da ilaca uyum düzeyini arttırmaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça ilaç uymunun artması literatürle de benzerlik göstermektedir (Köseoğlu ve Enç 2016, Kara ve Kara 2019).

KY olan hastaların ekonomik durum algısı ile ilaca uyumları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (Tablo 3.3.3.). Bu durum literatürde yer alan çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Kara ve Kara 2019).

KY olan hastaların sigara içme durumu ile ilaca uyum düzeyleri arasında istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 3.3.3.). Sigarayı bırakmış olanların ilaca uyumları daha iyidir. Bu durum sigarayı bırakanların farkındalıklarının daha yüksek olmasından kaynaklanmış olabilir.

KY olan hastaların yaşları ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği ve İlaca Uyum Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p<0,05$) (Tablo 3.3.4.). Fakat yaş faktörünün sağlık okuryazarlığını etkilediğini gösteren araştırmalar mevcuttur (Berkman ve ark 2011, Cajita ve ark 2016). Araştırmadaki bu farklılık araştırma örnekleminden kaynaklanmış olabilir. Literatürde yaş ile hastalık algısı arasında ilişkinin olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Al-Smadi ve ark 2016). Hastaların yaşı ilaç uyumunu doğrudan etkilememektedir. KY olan hastalar üzerinde yapılan bir sistemik derleme sonucuyla araştırma sonucu benzerlik göstermektedir (Krueger ve ark 2015).

KY olan hastaların hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, hastanede kalma süresi ve günlük kullanılan ilaç sayısı ile Sağlık Okuryazlık Ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde çok zayıf/zayıf düzeyde ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 3.3.4.). Hastalıkla geçirilen sürenin artması hastalığın zaman içinde ilerlemesi, tedavinin karmaşık hale gelmesi ve yaşanılan olumsuz deneyimlerin artması sağlık okuryazarlığını negatif yönde etkilemektedir (Balçık ve ark 2014). Hastalığın ilerlemesi sık sık hastaneye yatışa neden olmaktadır (Ziaeian ve Fonarow 2016). Ayrıca hastalık tedavisini daha karmaşık hale getirmektedir (Beezer ve ark 2022). Karmaşık hale gelen tedaviyi hastalar anlamakta zorlanmaktadırlar. Bu durumların hepsi hastaların sağlık okuryazarlığını olumsuz etkilemektedir. Araştırma sonucu literatürle benzerlik göstermektedir.

KY olan hastaların hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, hastanede kalma süresi ve günlük kullanılan ilaç sayısı ile Kısa Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 3.3.4.). Bu durum KY gibi kronik ve ilerleyici bir hastalık için kaçınılmazdır. Çünkü hastalık ilerlemesiyle hastaların sahip oldukları olumsuz semptomlar hastaların günlük yaşam aktivitelerini etkileyebilmektedir (Bagcivan ve ark 2018, Tekin ve Polat 2018). Bu da hastaların hastalıkları hakkında olumsuz görüş ve düşüncelerinin artmasına neden

olmaktadır. Bu durum hastalık algısını doğrudan olumsuz yönde etkilemektedir. Araştırma sonucu literatürle benzerlik göstermektedir.

KY olan hastaların hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, hastanede kalma süresi ve günlük kullanılan ilaç sayısı ile İlaca Uyum Ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 3.3.4.). Bu durum hastalığın doğasıyla doğrudan ilişkilidir. KY'de hastalık süresi arttıkça kullanılan ilaç sayısı ve çeşidi, hastaneye yatış sayısı, hastanede kalma süresi artmaktadır (Mastromarino ve ark 2014). Dolasıyla hastaların gün içerisinde daha fazla ilaç kullanmaları gerekmektedir. Bu durum hastaların kullandıkları ilaçları karıştırmalarına, bazen doz atlamalarına neden olabilmektedir (Beezer ve ark 2022). KY ilerlediğinde hastaların sık sık hastaneye yatışları ile tedavi ve takiplerinin yapılması gerekmektedir. Sık hastaneye yatış beraberinde sık ilaç değişikliğini getirmektedir. Bu durum hastaların hastalıklarına tedaviye uyumlarını olumsuz etkileyebilmektedir. KY olan hastalarda; hastalığın ilk aylarında tedaviye uyum daha iyi iken, ilerleyen aylarda sık hastaneye yatış, ilaç değişiklikleri ve hastalık semptomlarının artması nedeniyle tedaviye uyumda zorlanmalar başlayabilmektedir (MacInnes 2011). Bu yüzden ilaca uyum olumsuz etkilenmektedir. Araştırma sonucu literatürle paralellik göstermektir

4.3. Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Sağlık Okuryazarlığı ile Hastalık Algısı ve İlaca Uyum Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Bulguların Tartışılması

KY olan hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalaması ile Kısa Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,01$) (Tablo 3.4.1.). Hastalar, sağlık okuryazarlık düzeyleri arttıkça hastalıklarını daha az tehdit edici olarak görmektedirler. Bu durum sağlık okuryazarlık düzeyinin hastalık yönetiminde anahtar role sahip olduğunu göstermesi açısından son derece önemlidir. Literatürde KY olan hastalarda sağlık okuryazarlığı ve hastalık algısının incelendiği çalışma bulunmamaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 52 Koreli yetişkin diyabet hastası üzerinde sağlık okuryazarlığı, hastalık algısı ve öz bakım arasındaki ilişkiyi inceleyen tanımlayıcı tipteki bir çalışmada; sağlık okuryazarlığı ile hastalık algısı arasında istatiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır (Park ve Seo 2022). Çalışma sonucundan farklı olmasının nedeni

kültürler arasındaki farklılıktan kaynaklanmış olabilir. Ülkemizde sağlık okuryazarlığının ve sağlık algısının incelendiği çalışmalarda; sağlık okuryazarlığıyla sağlık algısı arasında istatiksel açıdan anlamlı farklar bulunmuştur (Bayık Temel ve Çimen 2017, Akça ve ark 2020). Her ne kadar sağlık algısı ile hastalık algısı birbirinin yerine kullanılamayacak kavramlar olsalarda birbirleriyle yakından ilişkilidirler. Ülkemizde yapılan çalışma sonuçlarıyla araştırmanın sonuçları benzerlik göstermektedir.

KY olan hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalaması ile İlaca Uyum Ölçeği puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,01$) (Tablo 3.4.1.). Hastaların sağlık okuryazarlığı arttıkça ilaca uyumları da artmaktadır. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalar üzerinde ABD'de yapılan bir çalışmada; sağlık okuryazarlığı ile ilaca uyum arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Wong ve ark 2018). Çalışma sonucunun farklı olmasının nedeni, kültürler arasındaki farklılıktan kaynaklanmış olabilir. Ülkemizde hipertansiyon hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığının ilaca uyumu etkilediği tespit edilmiştir (Tad 2021).

5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

KY olan hastalarda sağlık okuryazarlığı ile hastalık algısı ve ilaç uyumu arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada bulunan sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Hastaların yaş ortalamasının yaklaşık 61,40±2,07 olduğu, %59,4'ünün kadın ve %90,3'ünün evli olduğu, hastaların %44,2'si ilkokul mezunu ve %42,4'ünün ekonomik durumunu orta düzeyde algıladığı belirlenmiştir.
- KY olan hastaların ortalama 4,38±1,66 yıldır KY tanısı aldığı, KY'ye bağlı olarak ortalama 5,25±5,12 defa hastaneye yattığı ve hastanede ortalama 6,91±2,97 gün kaldığı, günlük ortalama 4,65±1,88 ilaç kullandığı, %33,9'unun sağlık algısının kötü olduğu saptanmıştır.
- KY hastalarının sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması 87,67±18,59 olup, 22,80±5,66 ile en düşük ortalamaya sahip olan alt boyutun bilgiyi anlama ve 18,38±5,86 ile en yüksek ortalamaya sahip olan alt boyutunun ise bilgiye erişim olduğu tespit edilmiştir. Hastaların puan ortalamaları göz önüne alındığında sağlık okuryazarlığı açısından "az zorluk çekiyorum" ile "biraz zorluk çekiyorum" düzeyleri arasında bulundukları tespit edilmiştir.
- Hastaların Kısa Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalaması 43,76 ± 9,03 olup, duygusal alt boyut puan ortalaması 24,95±7,7 ve bilişsel alt boyut puan ortalaması 18,81±4,18 olduğu saptanmıştır. KY olan hastaların hastalık algısının olumsuz düzeyde olduğu ve duygusal hastalık algılarının bilişsel hastalık algılardan yüksek olduğu belirlenmiştir.
- KY hastalarının hastalık nedenlerinin daha çok sigara kullanımı, stres ve sahip oldukları diğer kronik hastalıklar olduğu saptanmıştır.
- KY hastalarının İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği'nden 22,84±3,03 puan aldığı ve hastaların ilaç uyumlarının yüksek olduğu bulunmuştur.
- Eğitim düzeyi yüksek, ekonomik durumunu iyi olarak algılayan, sigarayı bırakan ve iyi/orta sağlık algısına sahip olan KY hastalarının sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Ekonomik durumunu orta olarak algılayan, sigarayı bırakan, alkol hiç kullanmayan ve sağlığını iyi/orta olarak algılayan KY hastalarının hastalık algılarının daha olumlu olduğu saptanmıştır.
- Kadın, eğitim durumu yüksek olan, sigarayı bırakan, alkol hiç kullanmayan ve sağlığını iyi/orta olarak algılayan KY hastalarının ilaç uyumlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir.
- KY hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeyleri arttıkça hastalık algıları ve ilaç uyumları olumlu yönde arttığı tespit edilmiştir.

5.2. Öneriler

Araştırma sonuçlarına yönelik olarak;

- Hemşirelerin/sağlık personellerinin sağlık okuryazarlık düzeyini artırmaya yönelik eğitimler planlaması/yapması,
- Sağlık kuruluşlarında KY hastalarına verilen sağlık eğitimlerinin artırılması,
- KY olan hastalarda sağlık okuryazarlığını geliştirmek için gerekli sağlık politikası değişikliklerinin yapılması,
- Hastaların kendi hastalıkları hakkında güvenilir bilgiye ulaşmalarını sağlayacak sağlık personelleri haricindeki kaynakların artırılması ve erişimlerinin kolaylaştırılması,
- Kötü hastalık algısının, yetersiz sağlık okuryazarlığı ve ilaca uyumun nedenlerini ortaya koyacak daha büyük örnek gruplarıyla çalışmaların yapılması,
- KY olan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve farkındalıklarının artırılması için koruyucu ve sağlık hizmetlerinin ve deneysel çalışmaların planlanması önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

Aaby A, Friis K, Christensen B, Rowlands G, Maindal HT, 2017. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. European Journal of Preventive Cardiology, 24, 17, 1880-8.

Agudelo-Suárez AA, Gil-González D, Vives-Cases C, Love JG, Wimpenny P, Ronda-Pérez E, 2012. A metasynthesis of qualitative studies regarding opinions and perceptions about barriers and determinants of health services' accessibility in economic migrants. BMC Health Services Research, 12, 1, 461.

Ahçıoğlu A, 2020. Koroner Arter Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Psikososyal ve Davranışsal Faktörler Arasındaki İlişki, Hitit Üniversitesi, Çorum.

Ahn S, Song R, Choi SW, 2016. Effects of Self-care Health Behaviors on Quality of Life Mediated by Cardiovascular Risk Factors Among Individuals with Coronary Artery Disease: A Structural Equation Modeling Approach. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci), 10, 2, 158-63.

Akalın E, Tanrıöver M, Sayran F, 2012. Sürdürülebilir sağlık sistemi için kronik hastalık yönetiminde elektronik sağlık kayıtlarının rolü, İstanbul, TUSİAD, p.

Akbolat M, Kahraman G, Erigüç G, Sağlam H, 2016. Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi?: Sakarya ilinde bir araştırma. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15, 4, 354-62.

Akca A, Ayaz Alkaya S, 2019. Sağlık Okuryazarlığı Uygulama Engelleri ve Çözüme Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları, p.

Akça E, Gökyıldız Sürücü Ş, Akbaş M, 2020. Gebelerde Sağlık Algısı, Sağlık Okuryazarlığı ve İlişkili Faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 8, 630-42.

Akın A, 2013. Tip 2 Diyabet Hastalarında Yaşam Kalitesi, Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi, Hastalık Algısı, Stresle Başa Çıkma ve Depresyon, Okan Üniversitesi İstanbul.

Al-Smadi AM, Ashour A, Hweidi I, Gharaibeh B, Fitzsimons D, 2016. Illness perception in patients with coronary artery disease: A systematic review. Int J Nurs Pract, 22, 6, 633-48.

Albert N, Trochelman K, Li J, Lin S, 2010. Signs and symptoms of heart failure: are you asking the right questions? Am J Crit Care, 19, 5, 443-52.

Alkan S, Nural N, 2017. Can be Prevented Re-hospitalizations in Heart Failure? Turkish Journal of Cardiovascular Nursing, 8, 16, 28-34.

Alpert CM, Smith MA, Hummel SL, Hummel EK, 2017. Symptom burden in heart failure: assessment, impact on outcomes, and management. Heart Fail Rev, 22, 1, 25-39.

Alsén P, Brink E, Persson LO, 2008. Patients' illness perception four months after a myocardial infarction. J Clin Nurs, 17, 5a, 25-33.

Amaral DR, Rossi MB, Lopes CT, Lopes JL, 2017. Nonpharmacological interventions to improve quality of life in heart failure: an integrative review. Rev Bras Enferm, 70, 1, 198-209.

Aras Z, Bayık Temel A, 2017. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik Ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 25, 85-94.

Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S, 2007. Hastalık Algısı Ölçeği'nin kanser hastalarında Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. Klinik Psikiyatri, 10, 192-200.

Atik G, 2020. Kalp Yetmezliği Olan Bireylerde Sınıflandırılmış Hemşirelik Girişimlerinin Tedaviye Uyuma ve Tekrarlı Yatış Sıklığına Etkisi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya.

Bagcivan G, Tanrıver E, Kılıç B, 2018. Kronik Kalp Damar Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algısının İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 21, 2, 89-96.

Bahadır A, 2012. Kronik hastalıklar ve bakım, İstanbul, İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri, p. 147-160.

Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J, 2007. Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. Archives of Internal Medicine, 167, 14, 1503-9.

Balçık PY, Taşkaya S, Şahin B, 2014. Sağlık okur-yazarlığı. TAF Preventive Medicine Bulletin, 13, 4, 321-6.

Bayık Temel A, Çimen Z, 2017. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı ve İlişkili Faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 33, 3, 105-25.

Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd M, Haines A, 2008. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. The Lancet, 372, 9642, 940-9.

Beezer J, Al Hatrushi M, Husband A, Kurdi A, Forsyth P, 2022. Polypharmacy definition and prevalence in heart failure: a systematic review. Heart Fail Rev, 27, 2, 465-92.

Beğer T, Yavuzer H, 2012. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. Klinik gelişim, 25, 3, 1-3.

Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, Chamberlain AM, Chang AR, Cheng S, Chiuve SE, Cushman M, Delling FN, Deo R, de Ferranti SD, Ferguson JF, Fornage M, Gillespie C, Isasi CR, Jiménez MC, Jordan LC, Judd SE, Lackland D, Lichtman JH, Lisabeth L, Liu S, Longenecker CT,

Lutsey PL, Mackey JS, Matchar DB, Matsushita K, Mussolino ME, Nasir K, O'Flaherty M, Palaniappan LP, Pandey A, Pandey DK, Reeves MJ, Ritchey MD, Rodriguez CJ, Roth GA, Rosamond WD, Sampson UKA, Satou GM, Shah SH, Spartano NL, Tirschwell DL, Tsao CW, Voeks JH, Willey JZ, Wilkins JT, Wu JHY, Alger HM, Wong SS, Muntner P, 2018. Heart Disease and Stroke Statistics—2018 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation, 137, 12, e67-e492.

Berens EM, Vogt D, Messer M, Hurrelmann K, Schaeffer D, 2016. Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. BMC Public Health, 16, 1, 1151.

Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K, 2011. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. Annals of Internal Medicine, 155, 2, 97-107.

Berner C, Erlacher L, Fenzl KH, Dorner TE, 2018. A cross-sectional study on self-reported physical and mental health-related quality of life in rheumatoid arthritis and the role of illness perception. Health and Quality of Life Outcomes, 16, 1, 238.

Boğan F, Korkmaz M, 2020. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hasta Grubunda İlaç Uyumu Yaşam Kalitesini Etkiliyor Mu? Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11, 2, 191-8.

Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J, 2006. The brief illness perception questionnaire. J Psychosom Res, 60, 6, 631-7.

Brown SB, Shannon RP, 2008. Improving medication compliance in patients with heart failure. Am J Cardiol, 101, 2, 274-7.

Cajita MI, Cajita TR, Han HR, 2016. Health Literacy and Heart Failure: A Systematic Review. J Cardiovasc Nurs, 31, 2, 121-30.

Chen SL, Tsai JC, Chou KR, 2011. Illness perceptions and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension: a structural modeling approach. Int J Nurs Stud, 48, 2, 235-45.

Chriss PM, Sheposh J, Carlson B, Riegel B, 2004. Predictors of successful heart failure self-care maintenance in the first three months after hospitalization. Heart Lung, 33, 6, 345-53.

Cicolini G, Comparcini D, Flacco ME, Capasso L, Masucci C, Simonetti V, 2016. Self-reported medication adherence and beliefs among elderly in multi-treatment: a cross-sectional study. Appl Nurs Res, 30, 131-6.

Ciddi S, 2010. Kalp Yetmezliği Olan Bireylerde Cinsiyetin Hastalık Algısına Etkisi, Dokuz Eylul Üniversitesi, İzmri.

Çevik S, Özden G, Çıtlık Sarıtaş S, 2020. E-Sağlık Okuryazarlığı ile Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Veren Katkısı Arasındaki İlişki. JAREN, 6, 3, 476-82.

Çil Akıncı A, Zengin N, Buğu Y, 2014. Kalp yetersizliği ve hemşirelik bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 18, 2, 52-61.

Dark A, 2016. Behçet Hastalarında Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Dayapoğlu N, Yildiz E, 2017. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İlaca Uyum, Diyete Uyum ve Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlarının İncelenmesi. MN Kardiyoloji, 24, 2, 78-83.

De Gucht V, 2015. Illness perceptions mediate the relationship between bowel symptom severity and health-related quality of life in IBS patients. Quality of Life Research, 24, 8, 1845-56.

Değertekin M, Erol Ç, Ergene O, Tokgözoğlu L, Aksoy M, Erol M, Eren M, Şahin M, Eroğlu E, Mutlu B, 2012. Türkiye'deki kalp yetersizliği prevalansı ve öngördürücüleri: HAPPY çalışması. Türk Kardiyol Dern Arş, 40, 4, 298-308.

Delamater AM, 2006. Improving Patient Adherence. Clinical Diabetes, 24, 2, 71-7.

Demirtürk Selçuk E, Demirbağ BC, 2019. Dorothea Elizabeth Orem'in Öz–Bakım Teorisi'ne Göre Konjestif Kalp Yetersizliği Olan Hastanın Hemşirelik Bakım Planı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 8, 3, 333-42.

Di Palo KE, Barone NJ, 2020. Hypertension and Heart Failure: Prevention, Targets, and Treatment. Heart Fail Clin, 16, 1, 99-106.

Doyle G, Cafferkey K, Fullam J, 2012. The European health literacy survey: results from Ireland. UCD: HLS EU, 1-94.

Durmaz S, Sürücü E, Ozvurmaz S, 2022. Mermer Fabrikası İşçilerinde Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. 15, 3, 81-91.

Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray Ready FN, Çakır B, Akalın HE, 2014. Türkiye Sağlik Okuryazarliği Araştirmasi. Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.

Ekenler Ş, Arslan S, 2019. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Hastalık Algısı ve İlişkili Faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 22, 3, 151-60.

Elliott BM, Faraday MM, Grunberg NE, 2003. Effects of nicotine on heart dimensions and blood volume in male and female rats. Nicotine Tob Res, 5, 3, 341-8.

Enç N, Alkan HÖ, 2012. Kronik kalp yetersizliğinde ilaçların güvenli kullanımı. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 3, 4, 101-9.
Ermiş N, Sayın Kasar K, Karaman E, Yildirim Y, 2018. Self Care Agency and Fatigue in Patients with Chronic Heart Failure. Turkish Journal of Cardiovascular Nursing, 9, 20, 105-12.
Evangelista LS, Shinnick MA, 2008. What do we know about adherence and self-care? J Cardiovasc Nurs, 23, 3, 250-7.
Eyüboğlu E, Schulz PJ, 2016. Do health literacy and patient empowerment affect self-care behaviour? A survey study among Turkish patients with diabetes. BMJ Open, 6, 3, e010186.
Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA, 2009. Public Health Literacy Defined. American Journal of Preventive Medicine, 36, 5, 446-51.
Friis K, Lasgaard M, Pedersen MH, Duncan P, Maindal HT, 2019. Health literacy, multimorbidity, and patient-perceived treatment burden in individuals with cardiovascular disease. A Danish population-based study. Patient Education and Counseling, 102, 10, 1932-8.
Gagnon MD, Waltermaurer E, Martin A, Friedenson C, Gayle E, Hauser DL, 2017. Patient Beliefs Have a Greater Impact Than Barriers on Medication Adherence in a Community Health Center. J Am Board Fam Med, 30, 3, 331-6.
Gernert M, Stassen G, Schaller A, 2022. Association Between Health Literacy and Work Ability in Employees With Health-Related Risk Factors: A Structural Model. Frontiers in Public Health, 10.
Geyman JP, 2007. Disease Management: Panacea, Another False Hope, or Something in Between? The Annals of Family Medicine, 5, 3, 257-60.
Ghisi GLM, Chaves G, Britto RR, Oh P, 2018. Health literacy and coronary artery disease: A systematic review. Patient Educ Couns, 101, 2, 177-84.
Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, Bravata DM, Dai S, Ford ES, Fox CS, Franco S, Fullerton HJ, Gillespie C, Hailpern SM, Heit JA, Howard VJ, Huffman MD, Kissela BM, Kittner SJ, Lackland DT, Lichtman JH, Lisabeth LD, Magid D, Marcus GM, Marelli A, Matchar DB, McGuire DK, Mohler ER, Moy CS, Mussolino ME, Nichol G, Paynter NP, Schreiner PJ, Sorlie PD, Stein J, Turan TN, Virani SS, Wong ND, Woo D, Turner MB, 2013. Heart Disease and Stroke Statistics 2013 Update. Circulation, 127, 1, e6-e245.
Goh FQ, Kong WKF, Wong RCC, Chong YF, Chew NWS, Yeo T-C, Sharma VK, Poh KK, Sia C-H, 2022. Cognitive Impairment in Heart Failure—A Review. Biology, 11, 2, 179.
Gok Metin Z, Ejem D, Dionne-Odom JN, Turkman Y, Salvador C, Pamboukian S, Bakitas M, 2018. Mind-Body Interventions for Individuals With Heart Failure: A Systematic Review of Randomized Trials. J Card Fail, 24, 3, 186-201.
Goodman H, Firouzi A, Banya W, Lau-Walker M, Cowie MR, 2013. Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: A longitudinal questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies, 50, 7, 945-53.
Gülbahar M, 2020. Kalp Yetersizliği Hastalarına Uygulanan Klasik Masaj ve Benson Gevşeme Egzersizinin Semptom Durumu ve Yaşam Kalitesine Etkileri, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
Hagger MS, Orbell S, 2003. A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. Psychology & Health, 18, 2, 141-84.
Harikrishnan S, Sanjay G, Agarwal A, Kumar NP, Kumar KK, Bahuleyan CG, Vijayaraghavan G, Viswanathan S, Sreedharan M, Biju R, Rajalekshmi N, Nair T, Suresh K, Jeemon P, 2017. One-year mortality outcomes and hospital readmissions of patients admitted with acute heart failure: Data from the Trivandrum Heart Failure Registry in Kerala, India. Am Heart J, 189, 193-9.
Harper R, 2013. Comprehensive health literacy assessment for college students, Colorado State University, Colorado.
Harrison SL, Buckley BJR, Rivera-Caravaca JM, Zhang J, Lip GYH, 2021. Cardiovascular risk factors, cardiovascular disease, and COVID-19: an umbrella review of systematic reviews. European Heart Journal - Quality of Care and Clinical Outcomes, 7, 4, 330-9.
Heidenreich PA, Albert NM, Allen LA, Bluemke DA, Butler J, Fonarow GC, Ikonomidis JS, Khavjou O, Konstam MA, Maddox TM, Nichol G, Pham M, Piña IL, Trogdon JG, 2013. Forecasting the Impact of Heart Failure in the United States. Circulation: Heart Failure, 6, 3, 606-19.
Heo S, An M, Kim J, 2017. Validation of the Symptom Status Questionnaire-Heart Failure in Korean patients. Appl Nurs Res, 38, 141-6.
Heo S, Moser DK, Pressler SJ, Dunbar SB, Mudd-Martin G, Lennie TA, 2015. Psychometric properties of the Symptom Status Questionnaire-Heart Failure. J Cardiovasc Nurs, 30, 2, 136-44.

Hoover DS, Wetter DW, Vidrine DJ, Nguyen N, Frank SG, Li Y, Waters AJ, Meade CD, Vidrine JI, 2018. Enhancing Smoking Risk Communications: The Influence of Health Literacy and Message Content. Annals of Behavioral Medicine, 52, 3, 204-15.
Ilgaz A, 2021. Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Seviyesi ve İlişkili Faktörler. 8, 2, 151-9.
İncirkuş K, Nahcivan NÖ, 2015. Kronik hastalık yönetimi için bir rehber: Kronik bakım modeli. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 23, 1, 66-75.
Jaarsma T, Strömberg A, Ben Gal T, Cameron J, Driscoll A, Duengen HD, Inkrot S, Huang TY, Huyen NN, Kato N, Köberich S, Lupón J, Moser DK, Pulignano G, Rabelo ER, Suwanno J, Thompson DR, Vellone E, Alvaro R, Yu D, Riegel B, 2013. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. Patient Educ Couns, 92, 1, 114-20.
Kamran A, Sadeghieh Ahari S, Biria M, Malepour A, Heydari H, 2014. Determinants of Patient's Adherence to Hypertension Medications: Application of Health Belief Model Among Rural Patients. Ann Med Health Sci Res, 4, 6, 922-7.
Kanj M, Mitic W. Promoting health and development: closing the implementation gap. Unpublished conference document, 7th global conference on health promotion. Nairobi, Kenya: October.
Kara AM, Kara T, 2019. Tip 2 Diyabet Tanılı Hastalarda Uygulanan Tedavi Yöntemi ile Hastalardaki Tedaviye Uyum, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Arasındaki İlişki. Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tip Bulteni, 57, 4.
Kara AM, Kara T, 2019. Tip 2 Diyabet Tanılı Hastalarda Uygulanan Tedavi Yöntemi ile Hastalardaki Tedaviye Uyum, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Arasındaki İlişki. Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tip Bulteni, 57, 4, 377-85.
Kara DD, Mert E, Uysal Y, Başhan İ, 2017. Evaluation of medication adherence in adults who use multiple medications in the context of illness perception, acknowledgement and attitude characteristics. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 11, 4, 227-34.
Karahancı O, Öztoprak ÜY, Ersoy M, Ünsal ÇZ, Hayırlıdağ M, Büken NÖ, 2015. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliği ile yönetmelik taslağı'nın karşılaştırılması. Türkiye Biyoetik Dergisi, 2, 2, 117-26.
Karataş T, Özen Ş, Kutlutürkan S, 2017. Factor Structure and Psychometric Properties of the Brief Illness Perception Questionnaire in Turkish Cancer Patients. Asia Pac J Oncol Nurs, 4, 1, 77-83.
Kasapoğlu ES, Enç N, 2017. Kronik kalp yetersizliğinin bakım yönetiminde hemşireler için bir rehber. Turkish Journal of Cardiovascular Nursing, 8, 16, 35-44.
Kav S, Hanoğlu Z, Algier L, 2008. Türkiyede Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı: Literatür Taraması. International Journal of Hematology & Oncology/UHOD: Uluslararasi Hematoloji Onkoloji Dergisi, 18, 1, 32-8.
Kepenek B, 2014. Sirozlu hastalarda öz bakım gücü ile hastalık algısı arasındaki ilişki, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
Khayat R, Jarjoura D, Porter K, Sow A, Wannemacher J, Dohar R, Pleister A, Abraham WT, 2015. Sleep disordered breathing and post-discharge mortality in patients with acute heart failure. Eur Heart J, 36, 23, 1463-9.
Kickbusch I, Pelikan J, Apfel F, Tsouros A, 2018. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2013, p.
Kim SH, 2009. Health literacy and functional health status in Korean older adults. J Clin Nurs, 18, 16, 2337-43.
King M, Kingery J, Casey B, 2012. Diagnosis and evaluation of heart failure. Am Fam Physician, 85, 12, 1161-8.
Kleinman A, 1988. The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition, Basic books, p.
Köseoğlu N, Enç N, 2016. Investigation of the Factors Preventing Medication Compliance in Individuals with Chronic Heart Failure. Turk J Card Nur, 7, 14, 162-8.
Köseoğlu N, Enç N, 2016. Kronik kalp yetersizliği olan bireylerde ilaç uyumuna engel olan faktörlerin incelenmesi. Journal of Cardiovascular Nursing, 7, 14, 162-8.
Krueger K, Botermann L, Schorr SG, Griese-Mammen N, Laufs U, Schulz M, 2015. Age-related medication adherence in patients with chronic heart failure: A systematic literature review. Int J Cardiol, 184, 728-35.
Kurmani S, Squire I, 2017. Acute Heart Failure: Definition, Classification and Epidemiology. Curr Heart Fail Rep, 14, 5, 385-92.
Kwekkeboom KL, Bratzke LC, 2016. A Systematic Review of Relaxation, Meditation, and Guided Imagery Strategies for Symptom Management in Heart Failure. The Journal of cardiovascular nursing, 31, 5, 457-68.

Lehrke M, Marx N, 2017. Diabetes Mellitus and Heart Failure. Am J Cardiol, 120, 1s, S37-s47.
Leventhal H, Brissette I, Leventhal E, 2003. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: The self-regulation of health and illness behaviour. Eds: Routledge, p. 42-65.
Leventhal H, Leventhal EA, Cameron L, 2001. Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. Handbook of health psychology, 3, 19-47.
Lindahl B, Norberg M, Johansson H, Lindvall K, Ng N, Nordin M, Nordin S, Näslund U, Persson A, Vanoli D, Schulz PJ, 2020. Health literacy is independently and inversely associated with carotid artery plaques and cardiovascular risk. Eur J Prev Cardiol, 27, 2, 209-15.
Liu Y-B, Liu L, Li Y-F, Chen Y-L, 2015. Relationship between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese. International Journal of Environmental Research and Public Health, 12, 8.
Loke YK, Hinz I, Wang X, Rowlands G, Scott D, Salter C, 2012. Impact of health literacy in patients with chronic musculoskeletal disease--systematic review. PLoS One, 7, 7, e40210.
Ma C, 2016. A cross-sectional survey of medication adherence and associated factors for rural patients with hypertension. Appl Nurs Res, 31, 94-9.
Macabasco-O'Connell A, DeWalt DA, Broucksou KA, Hawk V, Baker DW, Schillinger D, Ruo B, Bibbins-Domingo K, Holmes GM, Erman B, Weinberger M, Pignone M, 2011. Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. J Gen Intern Med, 26, 9, 979-86.
MacInnes J, 2011. Illness representations, treatment beliefs and the relationship to self-care in heart failure, Canterbury Christ Church University, İngiltere.
Maggioni AP, Anker SD, Dahlström U, Filippatos G, Ponikowski P, Zannad F, Amir O, Chioncel O, Leiro MC, Drozdz J, Erglis A, Fazlibegovic E, Fonseca C, Fruhwald F, Gatzov P, Goncalvesova E, Hassanein M, Hradec J, Kavoliuniene A, Lainscak M, Logeart D, Merkely B, Metra M, Persson H, Seferovic P, Temizhan A, Tousoulis D, Tavazzi L, ESC obotHFAot, 2013. Are hospitalized or ambulatory patients with heart failure treated in accordance with European Society of Cardiology guidelines? Evidence from 12 440 patients of the ESC Heart Failure Long-Term Registry. European Journal of Heart Failure, 15, 10, 1173-84.
Magnani JW, Mujahid MS, Aronow HD, Cené CW, Dickson VV, Havranek E, Morgenstern LB, Paasche-Orlow MK, Pollak A, Willey JZ, 2018. Health Literacy and Cardiovascular Disease: Fundamental Relevance to Primary and Secondary Prevention: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation, 138, 2, e48-e74.
Mancuso JM, 2008. Health literacy: A concept/dimensional analysis. Nursing & Health Sciences, 10, 3, 248-55.
Mastromarino V, Casenghi M, Testa M, Gabriele E, Coluccia R, Rubattu S, Volpe M, 2014. Polypharmacy in heart failure patients. Curr Heart Fail Rep, 11, 2, 212-9.
McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, Falk V, Filippatos G, Fonseca C, Gomez-Sanchez MA, Jaarsma T, Kober L, Lip GY, Maggioni AP, Parkhomenko A, Pieske BM, Popescu BA, Ronnevik K, Rutten FH, Schwitter J, Seferovic P, Stepinska J, Trindade PT, Voors AA, Zannad F, Zeiher A, 2012. [ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012]. Turk Kardiyol Dern Ars, 40 Suppl 3, 77-137.
Mert H, Barutcu CD, 2012. Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım. Palliative Care in Heart Failurea., 11, 2, 219-24.
Mishra S, Mohan JC, Nair T, Chopra VK, Harikrishnan S, Guha S, Ramakrishnan S, Ray S, Sethi R, Samal UC, Sarat Chandra K, Hiremath MS, Banerjee AK, Kumar S, Das MK, Deb PK, Bahl VK, 2018. Management protocols for chronic heart failure in India. Indian Heart Journal, 70, 1, 105-27.
Morgan K, Villiers-Tuthill A, Barker M, McGee H, 2014. The contribution of illness perception to psychological distress in heart failure patients. BMC Psychology, 2, 1, 50.
Mosleh SM, Almalik MM, 2016. Illness perception and adherence to healthy behaviour in Jordanian coronary heart disease patients. Eur J Cardiovasc Nurs, 15, 4, 223-30.
Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, Das SR, Ferranti Sd, Després J-P, Fullerton HJ, Howard VJ, Huffman MD, Isasi CR, Jiménez MC, Judd SE, Kissela BM, Lichtman JH, Lisabeth LD, Liu S, Mackey RH, Magid DJ, McGuire DK, Mohler ER, Moy CS, Muntner P, Mussolino ME, Nasir K, Neumar RW, Nichol G, Palaniappan L, Pandey DK, Reeves MJ, Rodriguez CJ, Rosamond W, Sorlie PD, Stein J, Towfighi A, Turan TN, Virani SS, Woo D, Yeh RW, Turner MB, 2016. Heart Disease and Stroke Statistics—2016 Update. Circulation, 133, 4, e38-e360.

Murray T, Hagey J, Willms D, Shillington R, Desjardins R, 2008. Health literacy in Canada: A healthy understanding, Canada, p.
Nakamura S, Asai K, Kubota Y, Murai K, Takano H, Tsukada YT, Shimizu W, 2015. Impact of sleep-disordered breathing and efficacy of positive airway pressure on mortality in patients with chronic heart failure and sleep-disordered breathing: a meta-analysis. Clin Res Cardiol, 104, 3, 208-16.
Navidian A, Yaghoubinia F, Ganjali A, Khoshsimaee S, 2015. The Effect of Self-Care Education on the Awareness, Attitude, and Adherence to Self-Care Behaviors in Hospitalized Patients Due to Heart Failure with and without Depression. PLoS One, 10, 6, e0130973.
Neiheisel MB, Wheeler KJ, Roberts ME, 2014. Medication adherence part one: Understanding and assessing the problem. Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 26, 1, 49-55.
Nutbeam D, 1998. Health promotion glossary. Health promotion international, 13, 4, 349-64.
Okyay P, Abacıgil F, 2016. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR), Ankara, Sağlık Bakanlığı, p. 21-41.
Oscalices MIL, Okuno MFP, Lopes M, Batista REA, Campanharo CRV, 2019. Health literacy and adherence to treatment of patients with heart failure. Rev Esc Enferm USP, 53, e03447.
Park S, Seo Y, 2022. The Relationships Among Health Literacy, Illness Perception, and Diabetes Self-Care in Korean-Speaking Immigrants With Diabetes. Clinical Nursing Research, 1-7.
Peterson PN, Shetterly SM, Clarke CL, Bekelman DB, Chan PS, Allen LA, Matlock DD, Magid DJ, Masoudi FA, 2011. Health Literacy and Outcomes Among Patients With Heart Failure. JAMA, 305, 16, 1695-701.
Petrie KJ, Weinman J, 2006. Why illness perceptions matter. Clin Med (Lond), 6, 6, 536-9.
Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, Falk V, González-Juanatey JR, Harjola V-P, Jankowska EA, Jessup M, Linde C, Nihoyannopoulos P, Parissis JT, Pieske B, Riley JP, Rosano GMC, Ruilope LM, Ruschitzka F, Rutten FH, van der Meer P, Group ESD, 2016. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European Heart Journal, 37, 27, 2129-200.
Raingruber B, 2014. Contemporary health promotion in nursing practice, Jones & Bartlett Publishers, p. 1-24.
Ramli A, Ahmad NS, Paraidathathu T, 2012. Medication adherence among hypertensive patients of primary health clinics in Malaysia. Patient Prefer Adherence, 6, 613-22.
Ratzan SC, 2001. Health literacy: communication for the public good. Health Promot Int, 16, 2, 207-14.
Reeder KM, Ercole PM, Peek GM, Smith CE, 2015. Symptom perceptions and self-care behaviors in patients who self-manage heart failure. J Cardiovasc Nurs, 30, 1, E1-7.
Riegel B, Lee CS, Ratcliffe SJ, De Geest S, Potashnik S, Patey M, Sayers SL, Goldberg LR, Weintraub WS, 2012. Predictors of objectively measured medication nonadherence in adults with heart failure. Circ Heart Fail, 5, 4, 430-6.
Riles EM, Jain AV, Fendrick AM, 2014. Medication Adherence and Heart Failure. Current Cardiology Reports, 16, 3, 458.
Rodbard HW, Blonde L, Braithwaite SS, Brett EM, Cobin RH, Handelsman Y, Hellman R, Jellinger PS, Jovanovic LG, Levy P, Mechanick JI, Zangeneh F, 2007. American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for clinical practice for the management of diabetes mellitus. Endocr Pract, 13 Suppl 1, 1-68.
Rudd RE, 2015. The evolving concept of Health literacy: New directions for health literacy studies. Journal of Communication in Healthcare, 8, 1, 7-9.
Ruppar TM, Cooper PS, Mehr DR, Delgado JM, Dunbar-Jacob JM, 2016. Medication Adherence Interventions Improve Heart Failure Mortality and Readmission Rates: Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Trials. J Am Heart Assoc, 5, 6.
Ruppar TM, Dobbels F, Lewek P, Matyjaszczyk M, Siebens K, De Geest SM, 2015. Systematic Review of Clinical Practice Guidelines for the Improvement of Medication Adherence. International Journal of Behavioral Medicine, 22, 6, 699-708.
Sadeghi S, Brooks D, Stagg-Peterson S, Goldstein R, 2013. Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. Copd, 10, 1, 72-8.
Safeer RS, Keenan J, 2005. Health literacy: the gap between physicians and patients. Am Fam Physician, 72, 3, 463-8.

Sağlık Bakanlığı, (2017). Türkiye Bulaşıcı olmayan hastalıklar çok paydaşlı eylem planı, 2017-2025. Ankara, Sağlık Bakanlığı.
Sedlar N, Lainscak M, Mårtensson J, Strömberg A, Jaarsma T, Farkas J, 2017. Factors related to self-care behaviours in heart failure: A systematic review of European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale studies. Eur J Cardiovasc Nurs, 16, 4, 272-82.
Seid MA, Abdela OA, Zeleke EG, 2019. Adherence to self-care recommendations and associated factors among adult heart failure patients. From the patients' point of view. PLoS One, 14, 2, e0211768.
Sezgin D, Hatice M, 2015. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hemşirelik Bakımında Kanıta Dayalı Yaklaşımlar. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8, 2, 108-18.
Shaw SJ, Huebner C, Armin J, Orzech K, Vivian J, 2009. The role of culture in health literacy and chronic disease screening and management. J Immigr Minor Health, 11, 6, 460-7.
Song EK, Moser DK, Rayens MK, Lennie TA, 2010. Symptom clusters predict event-free survival in patients with heart failure. J Cardiovasc Nurs, 25, 4, 284-91.
Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agrafiotis D, Uiters E, Falcon M, Mensing M, Tchamov K, van den Broucke S, Brand H, 2015. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health, 25, 6, 1053-8.
Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H, 2012. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12, 80.
Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, Kondilis B, Stoffels V, Osborne RH, Brand H, 2013. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC Public Health, 13, 948.
Sözeri E, Bayrak Kahraman B, 2016. Hasta ve Hemşire Perspektifinden Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları. 5, 1, 39-42.
Stewart DW, Adams CE, Cano MA, Correa-Fernández V, Li Y, Waters AJ, Wetter DW, Vidrine JI, 2013. Associations Between Health Literacy and Established Predictors of Smoking Cessation. American Journal of Public Health, 103, 7, e43-e9.
Tad Sİ, 2021. Hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığının ilaç tedavisine uyum ve yaşam kalitesine etkisi, Nevşehir Hacıbektaşveli Üniversitesi Nevşehir.
Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N, Denney-Wilson E, Harris MF, 2012. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. BMC Family Practice, 13, 1, 49.
Tekin H, Polat Ü, 2018. Kalp yetmezliği olan hastaların hastalık algısı ve bakımlarına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi. Genel Tip Dergisi, 28, 1, 14-22.
Teleş M, Kaya S, 2019. Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22, 4, 711-48.
Temeloğlu Şen E, Sertel Berk HÖ, Sindel D, 2019. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 82, 1, 52-61.
Toçi E, Burazeri G, Sorensen K, Jerliu N, Ramadani N, Roshi E, Brand H, 2013. Health Literacy and Socioeconomic Characteristics among Older People in Transitional Kosovo. Journal of Advances in Medicine and Medical Research, 3, 1646-58.
Tokgözoğlu L, Yılmaz M, Abacı A, Altay H, Atalar E, Aydoğdu S, Bozkurt E, Çavuşoğlu Y, Eren M, Sarı İ, Selçuk T, Temizhan A, Ural D, Zoghi M, (2015). Türkiye'de Kalp Yetersizliği Yol Haritası, Kalp yetersizliğinin ve buna bağlı ölümlerin önlenmesi amacıyla geliştirilebilecek politikalara ilişkin öneriler**:** 1-31.
Tokuda Y, Doba N, Butler JP, Paasche-Orlow MK, 2009. Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. Patient Education and Counseling, 75, 3, 411-7.
Turan Kavradım S, Canlı Özer Z, 2013. Symptom Management in Patients with a Diagnosis of Heart Failure. Turkish Journal of Cardiovascular Nursing, 4, 6, 1-14.
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, 223-31.
Uysal H, Enç N, 2012. Kronik kalp yetersizliği olan hastaların uyumu için motivasyonel görüşme. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 1, 3, 33-8.
Uysal Y, Akpınar E, 2013. Tip 2 diyabetli hastalarda hastalık algısı ve depresyon. Cukurova Medical Journal, 38, 1, 31-40.
Üstünova E, 2013. Toplumda Yaşayan Koah'lı Hastaların Kronik Bakım Yönetimi ve İlişkili Faktörler, İstanbul Üniversitesi İstanbul.

van der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E, 2013. The Relationship Between Health, Education, and Health Literacy: Results From the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. Journal of Health Communication, 18, sup1, 172-84.
van der Meer P, Gaggin HK, Dec GW, 2019. ACC/AHA Versus ESC Guidelines on Heart Failure: JACC Guideline Comparison. J Am Coll Cardiol, 73, 21, 2756-68.
Villaire M, Mayer G, 2007. Low Health Literacy: The Impact on Chronic Illness Management. Professional Case Management, 12, 4.
Volandes AE, Paasche-Orlow MK, 2007. Health literacy, health inequality and a just healthcare system. Am J Bioeth, 7, 11, 5-10.
Vural Doğru B, Karadakovan A, 2016. Evaluation of The Correlation Between Quality of Life and Psychosocial Adaptation in Elderly Patients with Heart Failure. Turkish Journal of Cardiovascular Nursing, 7, 13, 88-104.
White P, Hall ME, 2006. Mapping the literature of case management nursing. J Med Libr Assoc, 94, 2 Suppl, E99-E106.
White-Williams C, Rossi LP, Bittner VA, Driscoll A, Durant RW, Granger BB, Graven LJ, Kitko L, Newlin K, Shirey M, 2020. Addressing Social Determinants of Health in the Care of Patients With Heart Failure: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation, 141, 22, e841-e63.
WHO, 1972. Psychogeriatric, report of a WHO Scientific Group, , Geneva, WHO, p.
WHO, 2009. Track 2: Health literacy and health behaviour. Geneva: World Health Organization.
WHO, 2013. Health literacy, WHO Regional Office for Europe, p.
The mandate of health literacy, 2016. WHO, Erişim. Erişim adresi, https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health-literacy/en/.
WHO, 2018. World health statistics 2018, World Health Organization, p. 1-100.
Wilson J, McMillan S, 2013. Symptoms Experienced by Heart Failure Patients in Hospice Care. J Hosp Palliat Nurs, 15, 1, 13-21.
Wolf MS, Curtis LM, Wilson EA, Revelle W, Waite KR, Smith SG, Weintraub S, Borosh B, Rapp DN, Park DC, Deary IC, Baker DW, 2012. Literacy, cognitive function, and health: results of the LitCog study. J Gen Intern Med, 27, 10, 1300-7.
Wong KK, Velasquez A, Powe NR, Tuot DS, 2018. Association between health literacy and self-care behaviors among patients with chronic kidney disease. BMC Nephrol, 19, 1, 196.
Wu J-R, Moser DK, DeWalt DA, Rayens MK, Dracup K, 2016. Health Literacy Mediates the Relationship Between Age and Health Outcomes in Patients With Heart Failure. Circulation: Heart Failure, 9, 1, e002250.
Wu JR, Lennie TA, Chung ML, Frazier SK, Dekker RL, Biddle MJ, Moser DK, 2012. Medication adherence mediates the relationship between marital status and cardiac event-free survival in patients with heart failure. Heart Lung, 41, 2, 107-14.
Wu Y, Wang L, Cai Z, Bao L, Ai P, Ai Z, 2017. Prevalence and Risk Factors of Low Health Literacy: A Community-Based Study in Shanghai, China. Int J Environ Res Public Health, 14, 6.
Yakar B, Gömleksiz M, Pirinççi E, 2019. Bir üniversite hastanesi polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler. Euras J Fam Med, 8, 1, 27-35.
Yamashita T, Bailer AJ, Noe DA, 2013. Identifying At-Risk Subpopulations of Canadians with Limited Health Literacy. Epidemiology Research International, 2013, 130263.
Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Jr., Drazner MH, Fonarow GC, Geraci SA, Horwich T, Januzzi JL, Johnson MR, Kasper EK, Levy WC, Masoudi FA, McBride PE, McMurray JJ, Mitchell JE, Peterson PN, Riegel B, Sam F, Stevenson LW, Tang WH, Tsai EJ, Wilkoff BL, 2013. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. Circulation, 128, 16, e240-327.
Yang RT, Han YT, Lyu J, Yu CQ, Guo Y, Bian Z, Pei P, Du HD, Chen JS, Chen ZM, Huang T, Li LM, 2021. [Prevalence of heart failure and its association with smoking behavior in adults from 10 regions of China]. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi, 42, 5, 787-93.
Yeşilbursa D, 2017. Yaşlılarda kalp yetersizliğine yaklaşım. Turk Kardiyol Dern Ars, 45, 5, 42-6.
Yıldız Ayvaz M, Enç N, 2018. Edema in Heart Failure. Turkish Journal of Cardiovascular Nursing, 9, 19, 69-75.
Yılmaz Kartal İB, 2019. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Yaşam Kalitesi Ve İlaç Uyumu İle İlişkisi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
Yilmazel G, Çetinkaya F, 2017. Relation between Health Literacy Levels, Hypertension Awareness and Control among Primary-secondary School Teachers in Turkey. AIMS Public Health, 4, 4, 314-25.

Yorulmaz H, Tatar A, Saltukoğlu G, Soylu G, 2013. Diyabetli hastalarda hastalık algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi, 2, 367-87.
Ziaeian B, Fonarow GC, 2016. Epidemiology and aetiology of heart failure. Nat Rev Cardiol, 13, 6, 368-78.
Ziaeian B, Fonarow GC, 2016. The Prevention of Hospital Readmissions in Heart Failure. Prog Cardiovasc Dis, 58, 4, 379-85.
Zoghi M, 2011. Kalp yetersizliğinin tanısı, evreleri ve sınıflandırması. Klinik Gelişim, 24, 1-5.

7. EKLER

EK-A: Kişisel Bilgi Formu

Anket No:……

A) SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1.Yaşınız:…….

2.Cinsiyetiniz?

1)Kadın 2)Erkek

3.Medeni durumunuz?

1)Evli 2)Bekar

4.Eğitim durumunuz?

1)Okur yazar 2)İlkokul Mezunu 3)Ortaokul Mezunu 4)Lise Mezunu 5)Üniversite Mezunu

5.Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1)İyi 2)Orta 3)Kötü

6.Sigara içme durumunuz nedir?

1)Hiç içmedim. 2)Bıraktım 3)Evet, içiyorum

7.Alkol kullanma durumunuz nedir?

1)Hiç içmedim. 2)Bıraktım 3)Evet, kullanıyorum

B) SAĞLIK-HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLER

8.Sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz?

1)İyi 2)Orta 3)Kötü

9.Kaç yıldır kalp yetmezliği hastasısınız?.....yıl

10.Kalp yetmezliği haricinde herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

1)Evet, var. 2)Hayır, yok.

11.Kalp yetmezliği tanısından kaynaklı kaç kez hastaneye yatış yaptınız?.....

12.En son kaç gün hastanede yattınız?.....

13.Günde kaç farklı ilaç kullanıyorsunuz?.....

14. Sağlık kontrollerini düzenli yaptırıyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır

EK-B: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Sayın katılımcı, bu çalışma, sizin sağlık ile ilgili bilgileri okuma ve anlama durumunuzu belirlemek amacıyla yürütülecektir. Soru formunu yanıtlamanız için gerekli süre ortalama 10 dakikadır. Soru formunu eksiksiz doldurmanız çalışmanın doğruluğu yönünden önemli olacaktır. Elde edilen bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Kıymetli zamanınızı ayırdığınız için teşekkür ederiz.

	Hiç zorluk çekmiyorum (5 puan)	Az zorluk çekiyorum (4 puan)	Biraz zorluk çekiyorum (3 puan)	Çok zorluk çekiyorum (2 puan)	Yapamayacak durumdayım (1 puan)
BİLGİYE ERİŞİM					
1.Hastalıklar hakkında bilgiyi bulabiliyor musunuz?					
2.Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?					
3.Sigara içme, şişmanlık gibi riskler hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
4.Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgi bulabiliyor musunuz?					
5.Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgi elde edebiliyor musunuz?					
BİLGİLERİ ANLAMA					
6.İlaç kutularında bulunan prospektüslerin içeriğini anlayabiliyor musunuz?					
7.Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?					
8.Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenehanelerinde bulunan sağlıkla ilgili tehlikeler hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz?					
9.Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
10.Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz?					
11.Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?					
12.Ev, okul, işyeri, ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?					
DEĞER BİÇME/ DEĞERLENDİRME					
13.Doktorunuzla ya da eczanızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?					

14.Tedavi seçeneklerinin tehlikelerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
15.Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?					
16.Tehlikeli davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?					
17.Diğer insanların yaptığı tehlikeli davranışlardan ders alabiliyor musunuz?					
18.Sağlık yetkilileri, arkadaşlar, aile ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz tehlikelerle ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?					
19.Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?					
20.Besinler ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin tehlikelerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
UYGULAMA/ KULLANMA					
21.Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
22.Aşı yaptırma, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personelinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
23.Eğer isterseniz tehlikeli alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?					
24.Sağlıklı ürünlere ulaşabiliyor musunuz?					
25.Sağlık ile ilgili bilgileri yararınız için kullanabiliyor musunuz?					

EK-C: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği

Aşağıda yer alan soruların her biri için, size en uygun olan cevabı lütfen daire içine alınız:

1-Hastalığınız yaşamınızı ne kadar etkiliyor?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç etkilemiyor Çok fazla etkiliyor

2-Hastalığınız üzerinde ne kadar kontrolünüz olduğunu düşünüyorsunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç kontrolüm yok Çok fazla kontrolüm var

3-Tedavinizin hastalığınıza ne kadar iyi geleceğini düşünüyorsunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç iyi gelmeyecek Çok iyi gelecek

4-Hastalığınız ile ilgili ne kadar belirti yaşıyorsunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Belirti hiç yok Belirti çok fazla

5-Hastalığınız hakkında ne kadar endişe duyuyorsunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç endişe duymuyorum Çok fazla endişe duyuyorum

6-Hastalığınızı ne kadar iyi anladığınızı düşünüyorsunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç anlamıyorum Çok iyi anlıyorum

7-Hastalığınız sizi duygusal olarak ne kadar etkiliyor? (Örneğin; hastalığınız sizi üzüyor, korkutuyor, sinirlendiriyorya da bunaltıyor mu?)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
duygusal olarak hiç etkilemiyor duygusal olarak çok

8- Lütfen hastalığınıza nedenolduğuna inandığınız en önemli üç faktörü sırasıyla yazınız.
Benim için en önemli sebepler :
1.....
2.....
3.....

EK-D: İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği

Çoğu insan, ilaçlarını kullanmanın kendilerine uyan bir yolunu bulur.
Bu yol, prospektüsteki talimatlardan ya da doktorlarının söylediklerinden farklılık gösterebilmektedir.
Size ilaçlarınızı nasıl kullandığınız hakkında birkaç soru sormak istiyoruz.
Burada, insanların söylediği bazı ilaç kullanma tarzları var. Lütfen her bir ifade için size en çok uyan kutucuğu işaretleyiniz.

	İlaç kullanımınıza dair kendi tarzınız;	**Her zaman**	**Sık sık**	**Bazen**	**Nadiren**	**Asla**
1.	Almayı unuturum.					
2.	Dozunu değiştiririm.					
3.	Bir süreliğine almayı bırakırım.					
4.	Bir dozu atlamaya karar veririm.					
5.	Söylenenden daha az alırım.					

EK-E: Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın katılımcı bu çalışma Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde tedavi gören kalp yetmezliği olan bireylerde sağlık okuryazarlığı, hastalık algısı ve ilaç uyum düzeylerini belirlemek ve sağlık okuryazarlığının hastalık algısı ve ilaç uyumu ile ilişkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak, sizden araştırmaya katılım izni alınacaktır. Araştırmada sizlere araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Kısa Hasta Algısı Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği uygulanacaktır. Araştırma için size ücret ödenmeyecek ve sizden para talep edilmeyecektir. Vereceğiniz yanıtlar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Cevaplarınız araştırmanın güvenirliği açısından çok önemlidir. Bu yüzden sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermenizi rica ederiz. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Çalışmaya Katılım Onayı: Araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum. Katılmam istenen çalışmanın kapsam ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Bu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Hasta Adı Soyadı

İmza

ARAŞTIRMACILAR

Dr. Öğr. Üyesi Büşra ALTINEL - S.Ü. Hemşirelik Fakültesi

Hemşire Gizem EKENLER – S.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi

8. TURNİTİN RAPORU

Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Sağlık Okuryazarlığının Hastalık Algısı ve İlaç Uyumu ile İlişkisi

ORİJİNALLİK RAPORU

%18	%17	%7	%8
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%5
2	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%2
3	acikerisim.nevsehir.edu.tr İnternet Kaynağı	%2
4	dspace.gazi.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
5	dspace.trakya.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
6	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	%1
7	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	%1
8	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<%1
9	Submitted to Düzce Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1