

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KORONER ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE
TAMAMLAYICI-ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIMI İLE
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ

Müge UYSALOĞLU

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Halk Sağlığı Hemşireliği Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR
HAZİRAN 2023

TEZ KODU: DEU.HSI.Msc-2020970097

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KORONER ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE
TAMAMLAYICI-ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIMI İLE
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ

Müge UYSALOĞLU
ORCID:0000-0002-7211-4416

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Halk Sağlığı Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Meryem ÖZTÜRK HANEY
ORCID:0000 0002 7681 5391

İZMİR
HAZİRAN 2023

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

ETİK BEYANI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırlayıp sunduğum “Koroner arter hastalığı olan bireylerde tamamlayıcı-alternatif tedavi kullanımı ile sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ilişkisi” başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Müge UYSALOĞLU

TEŐEKKÖR

Tez çalışmam süresince her konuda nezaketini, sabrını, desteğini ve emeğini esirgemeyen, değerli bilgileriyle yoluma ışık tutan, vizyonunu ve dőřüncelerini daima örneğ aldığım kıymetli tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Meryem ÖZTÖRK HANEY'e, yüksek lisans eğitimimde değerli tecrübe ve bilgilerini esirgemeyen hocalarıma, tez yazım sürecinde önerileri ile yol gösterici olan sayın jüri üyelerine, eğitim hayatım boyunca her zaman bana güven duyan, sevgi, sabır ve anlayışları ile her zaman yanımda hissettiğim değerli ailem ve sevgili eşime teşekkürlerimi sunarım.

Müge UYSALOğLU

İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ.....	i
KISALTMALAR.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	v
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırma Soruları.....	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Koroner Arter Hastalığı Nedir?.....	5
2.2. Koroner Arter Hastalığı Epidemiyolojisi.....	5
2.3. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri.....	5
2.3.1 Değiştirilemez Faktörler.....	5
2.3.2 Değiştirilebilir Faktörler.....	6
2.4. Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesi.....	7
2.5. Koroner Arter Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı.....	8
2.6. Koroner Arter Hastalarında Tamamlayıcı-Alternatif Tedavi Kullanımı..	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM	13
3.1 Araştırmanın Tipi.....	13
3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Planlaması.....	13
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi/Çalışma Grupları.....	13
3.3.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri.....	14

3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	14
3.4. Çalışma Materyali.....	14
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	14
3.5.1. Bağımlı Değişkenler.....	14
3.5.2. Bağımsız Değişkenler.....	14
3.6 Veri Toplama Araçları ve Özellikleri.....	15
3.6.1 Tanıtıcı Soru Formu (Ek-1)	15
3.6.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Ek-2)	15
3.6.3.SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği(Ek-3).....	16
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	16
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	17
3.9. Araştırmanın Etiği	17
4. BULGULAR	18
4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri.....	18
4.2. TAT Kullanan Hastaların Özellikleri.....	21
4.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Tamamlayıcı Alternatif Tedavileri Kullanma Durumları.....	23
4.4. Hastaların TAT Kullanma Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesi İlişkisi.....	25
4.5. Hastaların TAT Bilme Durumu İle Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesi İlişkisi.....	26
4.6. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri İle Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesi İlişkisi.....	27
5. TARTIŞMA.....	32
5.1. TAT Kullanan Hastaların Özelliklerinin Tartışılması.....	32

5.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Tamamlayıcı Alternatif Tedavileri Kullanma Durumlarının Tartışılması.....	35
5.3. Hastaların TAT Kullanma ve Bilme Durumu İle Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin Tartışılması.....	36
5.4. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle SOY ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin Tartışılması.....	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	41
6.1. Sonuçlar	41
6.2. Öneriler.....	42
7. KAYNAKLAR.....	44
8. EKLER	54
Ek-1 Tanıtıcı Soru Formu.....	54
Ek-2 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği.....	57
Ek-3 SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği	59
Ek-4 Etik Kurul Onayı	61
Ek-5 Kurum İzinleri.....	63
Ek-6 Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	65
Ek-7 Ölçek İzinleri.....	67
ÖZGEÇMİŞ.....	68

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. Araştırma Planı.....	13
Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	20
Tablo 4.2. Tamamlayıcı Alternatif Tedavi Kullanan Hastaların Özellikleri....	22
Tablo 4.3. Tanıtıcı Özelliklere Göre TAT Kullanma Durumu.....	24
Tablo 4.4. TAT Kullanma Durumu İle Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesi Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	26
Tablo 4.5. TAT Bilme Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesi Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	27
Tablo 4.6. Tanıtıcı özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı puanlarının dağılımı	30
Tablo 4.7. Tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi puanlarının dağılımı.....	31

KISALTMALAR

TAT: Tamamlayıcı Alternatif Tedavi

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

FBÖ: Fiziksel Bileşen Özet

MBÖ: Mental Bileşen Özet

KAH: Koroner Arter Hastalığı

MI: Miyokard İnfarktüs

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

KORONER ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE TAMAMLAYICI-ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIMI İLE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ

Yüksek Lisans Tezi

Müge UYSALOĞLU

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

ÖZET

Bu araştırmanın amacı koroner arter hastalığı olan bireylerde tamamlayıcı-alternatif tedavi (TAT) kullanma, sağlık okuryazarlığı (SOY) ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Tanımlayıcı, kesitsel ve korelasyonel türde olan araştırmanın örneklemini İzmir’de bir eğitim araştırma hastanesinin kardiyoloji ve kardiyoloji anjio servisinde yatarak tedavi alan 317 hasta oluşturmuştur. Veriler Tanıtıcı Soru Formu, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile elde edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi, mann whitney u testi, kruskal-wallis testi, spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Hastaların yaş ortalamaları 62.92 ± 11.90 olup %63.1’i erkek ve %65.6’sının öğrenim düzeyi ilköğretim ve altı idi. Katılımcıların %88’i TAT yöntemlerini bildiğini, % 63.1’i TAT yöntemlerini kullandığını belirtmiştir. TAT kullanan katılımcıların %86.5’inin bitkisel tedavi yöntemlerini, %22’sinin arı sütünü ve %20.5’inin meditasyonu kullandığını belirlenmiştir.

Hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, herhangi bir işte çalışma durumu, sağlık durumu algısı, koroner arter hastalığı tanısını alma süresi ile TAT kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Katılımcıların SOY toplam puan ortalamaları 95.00 ± 20.77 olarak belirlenmiştir. TAT kullanan katılımcıların SOY düzeyinin TAT kullanmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Katılımcıların FBÖ-12 (fiziksel bileşen özet) puan ortalamaları 39.47 ± 12.71 ve MBÖ-12 (mental bileşen özet) puan ortalamaları 51.59 ± 8.09 olarak belirlenmiştir. TAT kullanan katılımcıların FBÖ-12 ve MBÖ-12 puan ortalamaları TAT kullanmayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu ve yaşadıkları yer ile katılımların SOY düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Katılımcıların SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçek puanları ile yaş, cinsiyet ve ikamet yeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$).

Bulgular sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi düzeyi düşük olan hastaların TAT kullanımına daha fazla yönlendiğini göstermektedir. Koroner arter hastalığı

olan bireylerin SOY ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi, özellikle düşük SOY ve yaşam kalitesine sahip hastaların sağlık okuryazarlığının geliştirilerek yaşam kalitelerinin desteklenmesi, bilinçli ve akılcı TAT kullanımının sağlanması önerilir.

Anahtar Sözcükler: Koroner Arter Hastalığı, Tamamlayıcı Alternatif Tedaviler, Sağlık Okuryazarlığı, Yaşam Kalitesi, Hemşirelik

Tezin sayfa adedi:82

Danışman: Doç.Dr. Meryem ÖZTÜRK HANEY



**THE RELATIONSHIP OF COMPLEMENTARY-ALTERNATIVE
TREATMENT USE AND HEALTH LITERACY AND QUALITY OF LIFE IN
INDIVIDUALS WITH CORONARY ARTERY DISEASE**

Master Thesis

Müge UYSALOĞLU

DOKUZ EYLUL UNIVERSITY HEALTH SCIENCE INSTITUTE

Department of Public Health Nursing

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the relationship between using complementary-alternative therapy (CAM), health literacy (HL) and quality of life in individuals with coronary artery disease.

The sample of the descriptive, cross-sectional and correlational study consisted of 317 patients who received inpatient treatment in the cardiology and cardiology angio service of a training and research hospital in İzmir. Data were obtained with the Descriptive Questionnaire, the Health Literacy Scale, and the SF-12 Quality of Life Scale. Descriptive statistics, chi-square test, Whitney U test, Kruskal-Wallis test, Spearman correlation analysis were used in the analysis of the data.

The mean age of the patients was 62.92 ± 11.90 years, 63.1% of them were male and 65.6% of them were primary school or below. 88% of the participants stated that they knew CAM methods, and 63.1% stated that they used CAM treatment methods. It was determined that 86.5% of the participants using CAM use herbal treatment methods, 22% use royal jelly and 20.5% use meditation.

A statistically significant relationship was found between the patients' age, gender, education level, employment status, perception of health status, duration of diagnosis of coronary artery disease and CAM use ($p < 0.05$).

The mean SOY total score of the participants was determined as 95.00 ± 20.77 . It was determined that the level of HL of the participants who used CAM was lower than those who did not use CAM. The mean FBÖ-12 score of the participants was 39.47 ± 12.71 and the mean of the MBÖ-12 score was 51.59 ± 8.09 . It was determined that the mean scores of PCS-12 and MCS-12 of the participants who used CAM were lower than those who did not use CAM ($p < 0.05$).

A statistically significant relationship was determined between the age, gender, marital status and place of residence of the participants and the HL level of the participants. A statistically significant relationship was determined between the participants' SF-12 Quality of Life Scale scores and age, gender and place of residence ($p < 0.05$).

Findings show that patients with low health literacy and quality of life are more likely to use CAM. It is recommended to determine the HL and quality of life levels of patients with coronary artery disease, and to ensure conscious and rational use of

CAM by improving health literacy and supporting their quality of life, especially in patients with low HL and quality of life.

Keywords: Coronary Artery Disease, Complementary-Alternative Therapy, Health Literacy, Quality of life, Nursing

Page Number: 82

Advisor: Assoc. Prof. Meryem OZTURK HANEY



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünyada gerçekleşen ölümlerin %71'inden fazlası bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı olmaktadır. Bu ölümlerin en önemli nedenlerinden biri kardiyovasküler hastalıklardır(1).

Koroner arter hastalığı (KAH) farklı ülkelerde ciddi halk sağlığı sorunlarından biridir(1,2). Türkiye'de ölümlerin %36.8'inin dolaşım sistemi bozukluklarından dolayı ve bu sayının %39.1'inin kalp damar hastalıkları nedeniyle olduğu saptanmıştır(3). Koroner arter hastalığı, kalbi besleyen arterlerin farklı mekanizmalarla gelişen aterom plaklarından dolayı kan akışının azalması ile gelişen miyokardın iskemisi sonucu meydana gelir. Hastalık uzun, durağan periyotlarda seyredebilir ancak kronik ve çoğunlukla ilerleyicidir. Miyokard infarktüsü (MI), angina pectoris, sessiz iske mi, ani ölüm gibi etkilerle ortaya çıkar(4,5). Koroner arter hastalığı olanlarda ateroskleroz gelişiminde etkili olan değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörleri vardır. Değiştirilebilen faktörler yaşam tarzı, sigara-alkol kullanımı, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, fiziksel inaktivite, stres kontrolü ve medikal tedavi ile kontrol altına alınabilecek hipertansiyon, lipid bozuklukları, diyabet gibi faktörlerdir. Değiştirilemez risk faktörleri yaş, cinsiyet ve genetik faktörler olarak sayılabilir(6,7). Genel olarak bu risk faktörleri vücutta enflamatuvar bir yanıt oluşturarak enflamasyon, vazokonstrüksiyonla beraber ateroskleroz oluşumuna neden olur(6,8). Günümüzde tıbbi teknolojilerdeki değişimler, tanılama ve tedavi sürecinin hızlanması; bunlara bağlı yaşam süresinde artış ile birlikte yaşlı nüfusun artması sonucunda kronik hastalıklar da artmıştır. Bu hastalıklar, günlük yaşam aktivitelerine getirdiği sınırlamalardan dolayı hastaların psikolojik ve fizyolojik yapısını etkileyerek yaşam kalitesini negatif yönde etkiler(9,10,11).

Koroner arter hastalığına sahip bireyler MI sonrasında yorgunluk, anksiyete, dikkat azalması, uykusuzluk gibi nedenlerle stresli bir döneme girmektedirler. Bu hastaların fiziksel fonksiyonlarında azalma, öz bakımını yerine getirememesi, ölüm korkusu gibi nedenlerle yaşam kalitesi azalmaktadır(12,13,14). Koroner arter hastalığı tedavi, sağlık eğitimi, bakım gibi faktörlerle yönetilebilmektedir. Bundan

dolayı uygun diyet, düzenli fiziksel aktivite, akılcı ilaç kullanımı, sigara-alkolün bıraktırılması, obezitenin önlenmesi gibi konularda verilecek eğitimler bireylerin hastalık sürecine uyumunu kolaylaştırıp yaşam kalitesini arttırmaktadır. Koroner arter hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi düzeyi ile yaşam kalitesine etki eden etmenleri belirlemek hastaya uygulanacak girişimlerde, hastaya verilecek eğitimde yol gösterici olacaktır(9,10).

Koroner arter hastalığı olan bireylerin büyük bir kısmında hastalığa ek diğer kronik hastalıklar görülebilmektedir. Hastaların ilaç takibini yapması, çoklu tedavi rejimine uyması, davranış değişiklikleri yapması ve kendi sağlık durumunu izleyebilmesi gerekmektedir(15,16). Hastalar, karmaşık tedavi süreçleriyle ve yeni bilgilerle karşı karşıya kalabilmektedir. Sağlık okuryazarlığının düşük düzeyde olması, tanılama ve tedavi sürecini olumsuz etkileyerek tekrarlı hastane yatışlarının artmasına ve uzun süreli hastane yatışlarına da yol açmaktadır. Acil birimlerin fazla ve uygun olmayan şekilde kullanılmasına neden olup sağlık sistemine ek yükler getirebilmektedir(17). Hastaların sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi tedaviye uyum ve yaşam şeklindeki değişikliklerde etkili olabilmektedir. Sağlık okuryazarlığı; ilaç prospektüslerini okuyup anlamayı, taburculuk ve diğer eğitimleri, randevu planlarını anlayıp doğru şekilde uygulamayı kapsamalıdır(16).

Koroner arter hastalığında risk faktörlerinin azaltılması için davranışsal değişikliklerin sağlanması, toplum temelli sağlık okuryazarlığının geliştirilmesiyle mümkün olabilir. Sağlık okuryazarlığı ve koroner arter hastalığı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar literatüre ve koruyucu sağlık hizmetlerine katkı sağlayabilecektir. Bu amaç doğrultusunda öncelikle bu hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri belirlenmelidir(15,18).

Hastalığın kronik olması, hastalık yükünün ağırlığı, yüksek mortalite oranı gibi nedenlerden dolayı koroner arter hastalığı olan bireyler tamamlayıcı alternatif tedavi (TAT) kullanımına yönlenmektedirler(19). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp hakkında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2019 raporu, pek çok ülkede tamamlayıcı alternatif tedavilerin kullanıldığını ve yaygınlığının %9.8-%76 aralığında değişmekte olduğunu vurgulamıştır(20). Literatürde farklı hastalıklarda semptomları iyileştirmek amacıyla TAT yöntemlerinin yaygın olarak kullanıldığı(19,21) ve ülkemizde kanserli

hastaların %22.1-%84.1 aralığında değişen oranlarda TAT kullandığı(22), hipertansiyonu olan hastaların ise %12.8-%85.7 aralığında değişen oranlarda kullandığı bildirilmiştir(23).

Kullanılan tamamlayıcı-alternatif tıp yöntemlerinden özellikle bitkisel tedaviler ve gıda takviyelerinin güvenilirliğine yönelik kesin bir bilgiye erişilememesi, hastaların kullandıkları yöntemle ilgili sağlık profesyoneline yeterli bilgi vermemesi, mevcut ilaç tedavisinin kesintiye uğraması gibi durumlar hastalarda olumsuz etkilere yol açabilmektedir. Tamamlayıcı alternatif yöntemlerin bilinçsizce kullanılması ilaç tedavisinin etkinliğini azaltabilir, istenmeyen ilaç etkileşimleri ve yan etkilere yol açabilir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının, koroner arter hastalığı tanısını alan hastalarda gelişebilecek komplikasyonları en aza indirmek amacıyla hastaların TAT kullanım durumları, TAT kullanma nedenleri ve kullanılan yöntemleri sorgulaması önemlidir(23,24).

Türkiye’de kalp hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumunu araştıran bazı araştırmalar vardır(24,25,26,27,28). Bu araştırmalarda koroner arter hastalığı olanlarda spesifik bulgulara rastlanamamıştır. Koroner arter hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığını inceleyen sistematik derlemeler dışında sadece bir çalışmaya rastlanmıştır(29). Bu hastalarda yaşam kalitesini değerlendiren çalışmalar bulunmaktadır ve mevcut çalışmalarda koroner arter hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesinin farklı örneklem gruplarında incelenmesi önerilmiştir(10,30,31,32). Literatürde koroner arter hastalığı olan bireylerde tamamlayıcı alternatif tedavi kullanımı, sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu gereksinimden yola çıkarak bu çalışmada koroner arter hastalığı olan bireylerin tamamlayıcı-alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumu, sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma koroner arter hastalığı olan bireylerde tamamlayıcı-alternatif tedavi kullanımı, sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yrtlmştır.

1.3. Araştırma Soruları

1- Koroner arter hastalarının tamamlayıcı alternatif tedavileri (TAT) kullanımı ne düzeydedir?

2- Koroner arter hastalarının sağlık okuryazarlığı ne düzeydedir?

3- Koroner arter hastalarının yaşam kalitesi ne düzeydedir?

4- Koroner arter hastalarının sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki var mıdır?

5- Koroner arter hastalarının tamamlayıcı alternatif tedavileri (TAT) kullanımı ile sağlık okuryazarlığı arasında bir ilişki var mıdır?

6- Koroner arter hastalarının tamamlayıcı alternatif tedavileri (TAT) kullanımı ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koroner Arter Hastalığı Nedir?

Koroner arter hastalığı (KAH) sık rastlanan kalp hastalıklarındandır. Koroner arter hastalığının semptomları epikardiyal arterlerde ateroskleroz gelişimi ile oluşan bölgesel kan akım farklılıklarının bir sonucudur. Sessiz ve stabil seyredebilir ancak çoğunlukla kronik, ilerleyici ve ciddi bir tabloya sahiptir. Ateroskleroz ile arter lümenlerine lipit plakları birikerek kan akışı güçleşir. Arterlerin elastikiyeti azalır ve trombüs meydana gelebilir. Ateroskleroz sonucu miyokard dolaşımının bozulması iskemi ve anjinaya sebep olur. Koroner arter hastalığının klinik göstergeleri belirti vermeyen iskemi, anjina pectoris, MI, kalp yetmezliği veya ölüm şeklinde olabilir. Belirtiler daralmanın bölgesine ve derecesine bağlı olarak farklılık gösterebilir(7,33).

2.2. Koroner Arter Hastalığı Epidemiyolojisi

Sessiz katil de denilen KAH, dünya ve ülkemiz genelinde önemli ölüm sebeplerindendir. Dünyadaki toplam ölümlerin %16'sından sorumludur. Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) KAH ile ilişkili ölümlerin gelecek 20 yılda kadınlarda %120, erkeklerde %137 oranında artacağını belirtmiştir. Avrupa'da her yıl tüm ölümlerin %46'sı kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle olmakta ve bu oran yaklaşık 4 milyon kişiye tekabül etmektedir(34,35). Türkiye'de ölümlerin %36.8'inin dolaşım sistemi hastalıklarından dolayı ve bu sayının %39.1'inin iskemik kalp hastalıkları nedeniyle olduğu belirtilmiştir(3).

2.3. Koroner Arter Hastalığında Risk Faktörleri

Koroner arter hastalığına neden olan faktörler değiştirilebilir ve değiştirilemez faktörler olmak üzere grupta toplanmaktadır.

2.3.1 Değiştirilemez Faktörler

İrk, yaş, cinsiyet ve genetik faktörlerdir.

İlerleyen yaş ile birlikte damar duvarında meydana gelen değişiklikler kan basıncında değişikliklere neden olur. Kalp hastalıkları herhangi bir yaşta başlayabilir fakat özellikle 40 yaştan itibaren artış göstermektedir(18,36).

Epidemiyolojik çalışmalarda genetik özelliklerin KAH için etkisi %40-60 arasında etkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca hipertansiyon ve lipid düzeyinin KAH için risk faktörü olduğu saptanmıştır(37).

Koroner Arter Hastalığı erkeklerde sık görülen bir hastalıkken 1990'lı yılların sonundan itibaren kadınlarda da sık görülmeye başlamıştır. Bu değişimin beslenme örüntüsü ve yeme davranışlarındaki değişime paralel olduğu belirtilmiştir(38).

2.3.2 Değiştirilebilir Faktörler

Hipertansiyon, yüksek kan şekeri, yüksek BKİ, yüksek kolesterol, tütün ve alkol tüketimi, fiziksel aktivite azlığı ve strestir.

Hipertansiyon, özellikle endotel disfonksiyonuna neden olduğundan ateroskleroz gelişimini arttırmaktadır. Hipertansiyonu olan kişilerde KAH riski yaklaşık 3 kat fazladır(39). Yüksek kan kolesterol düzeyinin kalp krizi ve inme riskini arttırdığı tespit edilmiştir. Kolesterol düzeyindeki %10luk bir düşüş sağlamanın 40 yaşında olan bir erkeğin beş yılda MI riskini %50 azalttığı saptanmıştır(38). Diyabeti olan kişiler erken yaşta ve sıklıkla ateroskleroz tablosuyla karşılaşmaktadır. Bundan dolayı diyabet özellikle kadınlarda KAH riskinde artmaya yol açmaktadır. Diyabeti olan erkeklerde KAH riski diyabeti olmayanlara göre iki kat fazla iken kadınlarda bu oran dört kata çıkmaktadır(40).

Dünya genelinde tütün kullanma oranının %20 olup tütün kullanmanın dünyada kardiyovasküler hastalıkların %10'una neden olduğu düşünülmektedir. Tütün kullanımının ateroskleroz gelişimine sebep olmasıyla enflamasyon, lipid metabolizmasında meydana gelen değişikliklerle beraber kalp atım hızı, vazokonstriksiyon ve kalp debisi artar. Sigara kullanımı MI ve ani ölüm riskini kadınlar için yaklaşık 5, erkekler için ise yaklaşık 3 kat arttırmaktadır(41). Alkol tüketimi özellikle erkeklerde hipertansif etki yaparak KAH riskini arttırmaktadır(42).

Obezite KAH riskini büyük ölçüde arttırmaktadır. Beden Kitle İndeksindeki (BKİ) bir birimlik artış koroner arter hastalığı mortalitesinde yaklaşık %5'lik bir artışa neden olmaktadır. Egzersizin koroner arter hastalığı ve mortalite riskini azalttığı belirtilmiştir. Egzersizin arttırılması koroner arter hastalığı olan bireylerde sağ kalımın arttırılmasında bağımsız bir gösterge olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda egzersizin tansiyonu ve kolesterol seviyesini düşürdüğü, kilo kontrolü sağladığı aynı zamanda diyabeti kontrol altında tutabildiği belirlenmiştir. Tütün kullanımı, obezite ve fiziksel aktivite azlığı davranışsal risk faktörleridir ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılmasıyla beraber düzeltilebilir(43).

Çalışmalar psikososyal faktörlerin de kalp hastalıklarının ortaya çıkmasında etkili olduğunu göstermektedir. Bu çalışmalarda en sık rastlanılan faktörler depresyon, umutsuzluk, aile içi ve iş yerinde yaşanan akut-kronik stres, düşük sosyoekonomik durum, yalnızlık, sosyal destek yetersizliğidir(22,27,28). Koroner arter hastalarında tüm risk faktörlerini çok yönlü şekilde ve uzun vadede ele alınması, yaşam kalitesi ve süresini büyük ölçüde arttırmaktadır(15,27,29).

2.4. Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi pek çok farklı şekilde ifade edilebilen bir kavram olması, sık gelişme ve değişme göstermesi, kişiler arası farklılıklar gösterebilmesi gibi nedenlerden dolayı tanımlaması güç bir kavramdır. Genetik faktörler, biyolojik faktörler, genel sağlık durumu, ekonomik düzey, deneyimler ve ilişkiler, baş etme becerileri yaşam kalitesini etkileyen faktörlerdir. Kısaca kişinin var olan fonksiyonlarına göre neleri algıladığının değerlendirilmesi ve bunlardan aldığı doyum şeklinde tanımlanabilir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ise kişinin sosyal, emosyonel, fiziksel sağlığına yönelik görüşleridir(44,45,46).

Bireyler, kronik hastalıkla birlikte gelen yeni yaşamına uyum sağlarken zorlanmakta ve yaşam kaliteleri düşebilmektedir(47,48). Kronik hastalıklardan biri olan koroner arter hastalığı da kişinin fiziksel, duygusal ve sosyal işlevlerini sınırlamakta ayrıca yaşam kalitesinde azalmaya yol açmaktadır(49). Koroner arter hastalarında fiziksel yetersizlikler, psikososyal sorunlar, sosyal yaşamdaki değişiklikler ve yaşamıyla ilişkili doyumda azalma yaşam kalitesine etki eden

faktörlerdendir(49,50). Hastaların yürüyüş, merdiven çıkma, eğilip-kalkma vb. fiziksel kuvvete ihtiyaç duyulan aktivitelerde zorlanmaları, fiziksel bağımlılıklarının ortaya çıkması, bazı aktivitelerde uygulanması gereken sınırlamalar ve günlük öz bakım işlevlerinde yardım gereksinimlerinin olması nedeniyle yaşam kaliteleri azalmaktadır(51).

Bireysel kontrolde azalma, öz bakım işlevlerini gerçekleştirmede zorlanma, ölümden korkma gibi sebepler hastaların yaşam kalitesini azaltmaktadır. Bu sorunların belirlenip uygun girişimlerin planlanabilmesi için öncelikle hastaların yaşam kalitesi düzeyi saptanmalıdır. Ulaşılan veriler doğrultusunda hastalık nedenli oluşan fiziksel ve mental problemleri mümkün oldukça azaltıp hastalığın tekrarlama riskini ortadan kaldırarak yaşam kalitesini arttırabilmek amaçlı planlanmalar yapılmalıdır(51,52).

Bireylerin sosyodemografik özellikleri ile tıbbi tanılarının yaşam kalitesinde değişikliklere neden olduğu bilinmektedir. Artan yaşta ve kadınlarda yaşam kalitesinin daha düşük düzeyde olduğu, sosyoekonomik durum ve öğrenim durumu ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde bir korelasyonun varlığı ve KAH ile beraber diğer kronik hastalıkların varlığında yaşam kalitesinin azaldığı belirtilmektedir(53,54).

Koroner arter hastalığı etkili hemşirelik bakımı, tedaviye uyum ve kardiyak egzersizler ile kontrol altına alınabilmektedir. Hemşirelerin koroner arter hastalarına uygun diyet, ilaç takibi, sigara-alkol kullanımı, fiziksel egzersizler gibi konularda düzenleyeceği eğitimler hastaların iyileşmesini hızlandırıp yaşam kalitesini arttırmaktadır. Ayrıca etkili hemşirelik bakımı ile hastaların günlük hayatına dönebilmesi, stresle baş edebilmesi, ailesel ve toplumsal ilişkilerini koruyabilmesi sağlanabilir(10).

2.5. Koroner Arter Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı

Modern sağlık anlayışında sağlığın korunması ve geliştirilmesi kapsamında sağlık uygulamalarının sürekliliği, ekip anlayışı, sektörler arası işbirliği gibi kavramlar önem kazanmıştır. Herkesin kendi sağlığı için öz sorumluluk alması gerektiği ve bununla birlikte toplum sağlığından sorumlu olduğu

vurgulanmaktadır(55). Bu anlayış kapsamında her bireyin sağlık konusunda farkındalık, yeterli bilgiye erişim ve bilgiyi anlayıp uygulama yeteneğinin olması gerekmektedir. Bu yüzden halk sağlığı açısından gittikçe önem kazanan sağlık okuryazarlığı terimi ortaya çıkmıştır(56,57). Sağlık okuryazarlığı yaşam kalitesini koruma ve yükseltme amacı ile bireyin kendisini ve çevresini etkileyen sağlık faktörlerini tanımlaması ve çözümünü bilmesi; sağlığın geliştirilmesi doğrultusunda sağlık bilgisine ulaşip bilgiyi anlaması, değerlendirmesi ve uygulaması için gereken bilgi, motivasyon ve beceriye sahip olmasını içermektedir(56).

Sağlık okuryazarlığı, farklı durumlarda sağlıkla ilgili kararlar vermek için gerekli becerilere sahip olmak olarak da tanımlanır. Bu durum kişiler arası farklılıklar gösterebilir. Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi olumsuz klinik sonuçlarla ilişkili bulunmuştur(58,59). Araştırmalar düşük sağlık okuryazarlığının doğru şekilde tanımlanarak etkili bir hasta eğitimi ile geliştirilebileceğini ortaya koymuştur. Toplumda sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesi bilgi edinilmesi ile beraber sağlığı koruma ve geliştirmeyi sağlayan kişisel becerilerin iyileştirilmesini de kapsamaktadır(57,58,59).

Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi sağlık davranışları ve sağlık hizmetleri kullanımını etkilediği için sağlık harcamaları üzerinde olumsuz etkiye, riskli sağlık davranışlarına daha fazla yatkın olmaya ve hasta güvenliğinde risklere neden olmaktadır(60,61,62,63). Ayrıca düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin mortalite ve morbidite düzeyiyle de ilişkili olduğu söylenmektedir(58,64). Çok sayıda çalışma kişisel sağlık okuryazarlığı ve klinik sonuçlar arasında bir ilişkinin varlığını göstermiştir(56,58,59,62,65). Yapılan bir çalışma yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olan kişilerin acil servisleri daha yoğun kullandığı sonucuna varmıştır(64). Başka bir çalışma düşük sağlık okuryazarlığına sahip yaşlı bireylerin fiziksel sağlıklarının daha kolay etkilendiğini saptamıştır(59). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olduğu kişilerin, bireysel sağlıklarına yönelik daha çok sorumluluk alarak risk faktörlerini daha başarılı yönettiği bulunmuştur(56).

Koroner arter hastalığı olan bireylerin çoklu ilaç kullanımına, tedavi rejimine ve hastalığın mecbur kıldığı yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlaması gerekmektedir. Bununla birlikte hastalığın geliştirdiği semptomlara karşı kendi

sağlığı ile ilgili kararları verebilmelidirler(66,67). Koroner arter hastalığı olan bireylerde düşük sağlık okuryazarlığının tekrarlı hastane yatışları, düşük yaşam kalitesi, sosyal desteğin az olması ve kaygı düzeyinin fazla olması ile bağlantılı olduğu ortaya koyulmuştur(16). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yeterli olması hastaların hatalı ilaç kullanımının önlemesine, karmaşık ilaç ve tedavi rejimini etkin şekilde yönetebilmesine, sonuç ve yan etkileri değerlendirebilmesine ve koroner arter hastalığı ile ilişkili semptomları tanımlayabilmesine yardımcı olmaktadır(18).

Sağlık okuryazarlığının geliştirilebilmesi için hastaların en etkin ve güvenilir bilgi kaynakları hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleridir. Hemşireler sağlık eğitimini sunan en önemli sağlık hizmeti grubudur. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin ve yaşam kalitesinin artırılmasında hemşireler tarafından verilen sağlık eğitimleri ve hemşirelik bakımları önemli rol oynamaktadır. Hemşireler tarafından etkin bir hasta iletişimiyle hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi belirlenmeli ve belirlenen eksik yönler yöneltik kalıcı, basit ve anlaşılır eğitimler planlanmalıdır. Hemşirelerin bu yönlerini geliştirebilmeleri için hemşirelik eğitimi sürecinde sağlık eğitimi ve sağlık okuryazarlığına ilişkin dersler daha sık yer almalıdır. Bu alanda daha fazla çalışma yapılması hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin ölçülmesi ve geliştirilmesi açısından önerilmektedir(68).

2.6 Koroner Arter Hastalarında Tamamlayıcı-Alternatif Tedavi Kullanımı:

Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler (TAT), bireylerin sağlığını koruma ve geliştirmesinde modern tıba paralel olarak uygulanan yöntemleri kapsamaktadır. Bunlar vitaminler, bitkisel ilaçlar, farklı diyetler, akupunktur, fiziksel tedaviler, müzik terapisi, hipnoz, aromaterapi, yoga, dua gibi uygulamalardır(69,70). Tamamlayıcı tedaviler modern tıp yöntemleri ile birlikte ve destek olacak şekilde kullanılır, alternatif tedaviler ise modern tıp uygulamaları yerine kullanılan yöntemlerdir(71). TAT kullanım oranı Amerika'da %42,1, Avustralya'da %48,2, Fransa'da %49,3, Kanada'da ve Çin'de %70, Afrika'da %80 oranında saptanmıştır(72).

Bireyler tarafından en sık tercih edilen tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin başında bitkisel yöntemler gelmektedir. Bitkisel tedaviler en sık tıbbi tedaviden memnuniyetsizlik, ilaç yan etkileri, sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetli olması gibi nedenlerden dolayı kullanılmaktadır(73,74). Türkiye’de sağlığı koruma ve geliştirme amacıyla en çok tüketilen bitkisel ürünler; ısırgan otu, sarımsak, maydanoz ve ıhlamurdur(75,76,77). Bitkisel tedavi ve dini uygulamalar haricinde en sık kullanılmakta olan tamamlayıcı ve alternatif tedaviler; masaj, beslenme değişiklikleri, vitamin mineral takviyeleri, yoga, aromaterapi, akupunktur gibi yöntemlerdir(79,80). Çalışmalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin hastalığın seyrinde yavaşlama, semptomların azalması veya kaybolması, fiziksel ve psikolojik olarak güçlenme gibi olumlu sonuçlar gösterdiği ortaya konulmuştur. Bu çalışmalarda hastalar kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin faydalı ve güvenli olduğuna, hastalıklarını iyileştirdiğine, fiziksel ve psikolojik rahatlama sağladığına inandıklarını ifade etmişlerdir(80,81,82,83,84).

Tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin olumlu etkilerinin yanında olumsuz etkileri de görülebilmektedir. Bu tedaviler tıbbi tedavilerle olan etkileşimleri sebebiyle hastalar için riskli olabilmektedir. Kardiyak hastalarla yürütülen bir çalışmada hastaların %58’inin tıbbi tedaviler (digoksin, varfarin, amiodaron gibi) ile beraber toksik olabilecek tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullandığı tespit edilmiştir(85). Başka bir araştırmada TAT kullanan diyabet hastalarında, HbA1c seviyesinin belirgin şekilde düştüğü ancak hastaların kan şekerinde ani düşüşlere neden olduğu saptanmıştır(86). Bitkisel ilaç kullanımı ile farklı düzeylerde alerjik reaksiyonlar oluşabilmektedir. Hafif reaksiyonlar ağrı, kaşıntı, konstipasyon, diyare, iştahsızlık gibi reaksiyonlarken, anoreksiya, nötropeni, koagülasyon anormallikleri, disfaji, vertigo gibi etkiler orta şiddetli reaksiyonlardır. Şiddetli reaksiyonlar ise serebral hemoraji, halüsinasyonlar, konvülsiyonlar, koma ve ölüm olarak sayılabilir(87).

Koroner arter hastalığı olan bireyler, çoklu ilaç kullanımı, gittikçe azalan yaşam kalitesi ve artan psikolojik yükler sebebiyle tıbbi tedavi dışında tamamlayıcı ve alternatif tedavileri sıkça kullanırlar. Hastalar ilaçların yarattığı ciddi yan etkiler, uzun ve rahatsızlık verici bir süreç olması, ekonomik olarak fazlaca yük oluşturmaları

üzerine bu yöntemlere yönelmektedirler. Filistin’de yürütülen bir araştırmada koroner arter hastalarının TAT kullanma oranlarının %45.9 olduğu saptanmıştır(88). Bu oran İngiltere’de %31.7, ABD’de yapılan çalışmalarda %56.2 ve %54 olarak belirtilmiştir(89,90,91). Bir sistematik derlemede ise kalp hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımının yaygın olduğu ancak kullanım prevalansının ciddi ölçüde değiştiği (%4 ve %61 arasında) vurgulanmaktadır(92). Bu çalışmalarda koroner arter hastalarının en sık dini uygulamalar, anason, çörek otu, papatya gibi bitkisel ilaçlar, vitamin-mineral takviyeleri ve uçucu yağlar ile uygulanan aromaterapileri kullandığı ortaya koyulmuştur(89,90,91,92,93,94).

Malezya’da yürütülen bir çalışma, kardiyovasküler hastalığı olan hastaların %63.3’ünün tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullandığını göstermiştir(93). ABD’de yapılan bir araştırma kalp hastalarınınTAT yöntemlerini kullanım oranının %34 olduğunu ve en fazla tercih edilen TAT yönteminin vitamin ve mineral takviyelerinin olduğunu belirtmiştir(94). Türkiye’de kalp hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma oranlarını araştıran bazı çalışmalar vardır(24,25,26,27). Bu çalışmalardan biri kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma oranını %80 olarak belirtilirken(27) başka bir çalışma kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma oranını %63.5 olarak bildirmiştir(24). Diğer iki çalışma kalp hastalarının bitkisel ürün kullanma oranını incelemiş olup bitkisel ürün kullanma oranının %16-28 arasında değişmekte olduğunu vurgulamıştır(25,26).

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımının gittikçe artmasıyla hemşirelerin TAT kullanımına yönelik hemşirelik bakım planları geliştirmeleri sağlıklı bir hasta hemşire ilişkisi oluşturup bu iletişim doğrultusunda hastalara TAT ile ilgili doğru ve güvenilir bilgiler vermeleri önerilmektedir. Ayrıca hemşireler TAT kullanımı ile ilgili kanıta dayalı çalışmaları takip ederek güncel bilgileri hasta bakımında kullanmalıdırlar(95,96).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma koroner arter hastalığı olan bireylerde tamamlayıcı-alternatif tedavi kullanma, sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi için tanımlayıcı, kesitsel ve korelasyonel desende yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Planlaması

Araştırma Mart 2021’de literatür tarama ile başlayıp Haziran 2023’te tez savunması ile sonlanmıştır. Çalışma verileri Mart-Ekim 2022 tarihleri arasında İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servisi ve Kardiyoloji Anjio Servisinde yatan hastalarla yürütülmüştür. Çalışma verileri yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için yatan hastalara çalışma ile ilişkili bilgiler verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul edip bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan hastalardan veriler Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, SF-12 Yaşam kalitesi Ölçeği, Tanıtıcı Soru Formu ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

Tablo 3.1. Araştırma Planı

Çalışmayla ilgili literatür tarama	Mart-Kasım 2021
Etik kurul onayı ve kurum izni	Aralık 2021- Mart 2022
Veri toplama süreci	Mart 2022- Ekim 2022
Verilerin istatistiksel analizi Rapor yazma	Ekim 2022- Mayıs 2023
Tez bitirme sınavı	Haziran 2023

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi/Çalışma Grupları

Araştırmanın evrenini İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servisi ve Kardiyoloji Anjio Servisinde yatmakta olan koroner arter hastalığı tanımlı hastalar oluşturmuştur. Araştırmada örneklem büyüklüğü, G Power 3.1.9.7 programında Gök Metin ve Gülbahar (2021) çalışmasındaki (28) t testi referans alınarak, tip I hata 0.05, tip II hata 0.20 (% 80 güç) ve orta etki büyüklüğü kullanılarak en az 102 olması gerektiği belirlenmiştir. Belirtilen veri toplama

tarihlerinde servislere 325 yatan hasta yatışı olmuştur. Sekiz hasta araştırmaya dahil olma kriterlerine uymadığından araştırmanın örneklemini 317 gönüllü hasta oluşturmuştur. Çalışma 317 hasta ile tamamlanmıştır.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- Koroner arter hastalığı olan (MI, angina pectoris, stent öyküsü olan) ve yatarak tedavi gören hastalar
- Yer, zaman, kişi oryantasyonu olan hastalar
- 18 yaş üzerindeki hastalar
- Türkçe konuşabilen ve anlayabilen hastalar

3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Son 6 ay içinde Bypass geçirmiş olan hastalar
- Koroner arter hastalığına ek olarak çalışmanın sonucunu etkileyebilecek kalp yetmezliği, ritim bozukluğu gibi tanısı olan hastalar

3.4. Çalışma Materyali

Çalışmada kullanılan herhangi bir çalışma materyali bulunmamaktadır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı Değişkenler: Sağlık okuryazarlığı, yaşam kalitesi, tamamlayıcı-alternatif tedavileri kullanma durumu

3.5.2. Bağımsız Değişkenler: Hasta tanıtıcı verileri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, ikametgâh, sağlık durumu algısı, kalp hastalığı tanısı, Uygulanan tedavi, tanı alma süresi, uygulanan tedavi, diğer hastalıkları, TAT bilme durumu, TAT kullanma durumu, kullanılan TAT yöntemleri, TAT kullanma nedeni, TAT kullanımının hastanın ilaç tedavisine etkileri, TAT kullanımı için bir sağlık profesyoneline danışmanlık alma ve sağlık personeline bilgi verme

durumu, TAT kullanımı hakkındaki görüşleri ve önerileri, TAT kullanımı konusundaki bilgi kaynağı).

3.6 Veri Toplama Araçları ve Özellikleri

Araştırmada veriler Tanıtıcı Soru Formu, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile toplanmıştır.

3.6.1 Tanıtıcı Soru Formu (Ek-1)

Araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak (28,96,97) 22 soruluk bir form oluşturulmuştur. Tanıtıcı soru formu, çalışmaya katılan hastaların tanıtıcı verilerini içeren yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, ikametgâh durumu, sağlık durumu algısı, kalp hastalığı tanısı, tanı alma süresi, uygulanan tedavi, diğer hastalıkları, TAT bilme durumu, TAT kullanma durumu, kullanılan TAT yöntemleri, TAT kullanma nedeni, TAT kullanımının hastanın ilaç tedavisine etkileri, TAT kullanımı için bir sağlık profesyoneliyle danışmanlık alma ve sağlık personeline bilgi verme durumu, TAT kullanımı hakkındaki görüşleri ve önerileri, TAT kullanımı konusundaki bilgi kaynağı gibi sorulardan oluşmaktadır.

3.6.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOY) (Ek-2)

Sorensen ve ark. tarafından 47 madde olarak geliştirilen ölçek, Toçi, Bruzari ve Sorenson ortak çalışması ile 25 madde olarak sadeleştirilmiş hale getirilmiştir(98,99). Araştırmada 25 madde olan sadeleştirilmiş hali kullanılmıştır. Sadeleştirilen ölçeğin Türkçe uyarlaması Aras ve Bayık Temel tarafından yapılmış ve ölçeğin güvenirlik katsayısı 0.92 olarak hesaplanmıştır(100). Ölçek 25 madde ve dört alt boyuttan oluşmakta olup beşli likert (1:Hiç zorluk çekmiyorum, 2:Az zorluk çekiyorum, 3:Biraz zorluk çekiyorum, 4:Çok zorluk çekiyorum, 5:Yapamayacak durumdayım/hiç yeteneğim yok/olanaksız) yapıda bir ölçektir. Alt boyutlar: Bilgiye Erişim (5 madde), Bilgileri Anlama (7 madde), Değer Bıçme/Değerlendirme (8 madde) ve Uygulama/Kullanma (5 madde) şeklindedir. Ölçekten 25 ve 125 aralığında puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça sağlık okuryazarlığı seviyesi artmaktadır(100). Bu çalışmada ölçeğin güvenirlik kat sayısı 0.94 olarak hesaplanmıştır.

3.6.3.SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği(Ek-3)

Ölçek, bireyin sağlık durumunun yaşam kalitesine etkisini değerlendiren, hastaların doldurduğu bir ölçektir. SF-12, SF-36 ölçeğinin kısaltılmış halidir, 8 alt boyut ve 12 maddeden oluşur(101). Bu alt boyutlar fiziksel işlevselliği (2 madde), fiziksel rolü (2 madde), beden ağrısını (1 madde), genel sağlığı (1 madde), enerjiyi (1 madde), sosyal işlevselliği (1 madde), duygusal rolü (2 madde) ve mental sağlığı (2 madde) değerlendirir. Ölçekte fiziksel boyut puanı (FBÖ-12) genel sağlık, fiziksel işlevsellik, fiziksel rol ve beden ağrısı alt boyutlarından elde edilirken ve mental alt boyut (MBÖ-12) sosyal işlevsellik, duygusal rol, mental sağlık ve enerji alt boyutlarından elde edilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması güvenirlik kat sayısının alt boyutlar için 0.72-0.73 olduğunu belirtmiştir. Ölçeğin kendine özgü bir puanlama sistemi bulunmaktadır. Fiziksel alt boyut puanı, toplamına 56.57706; mental alt boyut puanı, toplamına 60.75781 eklenerek yaşam kalitesi puanları hesaplanmaktadır(102). Ölçek puanlarının hesaplanması için orthotoolkit.com internet sitesinden yararlanılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin alt boyutları için güvenirlik kat sayısı 0.85-0.87 olarak hesaplanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS 24.0 analiz programından yararlanılmıştır. Ölçeklerden elde edilen puanların normallik analizleri için Shapiro Wilks testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım göstermediği belirlenmiştir ($p<0.05$). Veri analizinde tanımlayıcı istatistikler (ortalama, sayı ve yüzdelik hesaplamalar) kullanılmıştır. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre TAT kullanma durumlarının karşılaştırılması ki-kare testi ve mann-whitney u testi ile değerlendirilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve yaşam kalitesi ölçek puanları arasındaki ilişki spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların tamamlayıcı alternatif tedavileri kullanma durumuna göre yaşam kalitesi ve sağlık okuryazarlığı puanlarının karşılaştırılması mann-whitney u testi ve kruskal wallis testi ile değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın tek merkezde yürütülmesi, klinikte hastalar ile görüşme yapanilmek için uygun ortamın sürekli sağlanamaması, araştırma sorularının uzun olması sebebiyle hastaların odaklanmakta güçlük çekmesi bu araştırmanın sınırlılıklarıdır.

3.9. Araştırmanın Etiği

Çalışma için öncelikle Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan izin alınmıştır (Karar No;2022/01-43). Çalışmanın yürütüldüğü İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden yazılı izin alınmıştır. Çalışmada kullanılan ölçekleri geliştiren araştırmacılaradan gerekli izinler alınmıştır. Çalışmaya katılan katılımcıların yazılı onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde hastaların TAT kullanma durumları, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkilere yönelik bulgular yer almaktadır. Araştırmaya katılan 317 koroner arter hastasından elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında toplanmıştır.

4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular

4.2. TAT kullanan hastaların özelliklerine ilişkin bulgular

4.3. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre TAT kullanma durumuna yönelik bulgular

4.4 TAT kullanma durumuna göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılmasına yönelik bulgular

4.5. TAT bilme durumuna göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılmasına yönelik bulgular

4.6. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılmasına yönelik bulgular

4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

Araştırmaya 317 koroner arter hastalığı olan birey katılmış olup katılımcıların tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1’de gösterilmiştir. Katılımcıların yaş aralığı 27-90, yaş ortalamaları 62.92 ± 11.90 olarak belirlendi. Katılımcıların % 63.1’i erkek, %39.1’i kadın ve %74.8’i evli , %25.2’si bekardı. Hastaların % 65.6’sının öğrenim düzeyi ilkökul ve altı, %6’sının ortaokul, %19.9’unun lise ve %8.5’inin üniversite idi. Hastaların %20.2’si bir işte çalıştığını, %79.8’i ise çalışmadığını ve %38.5’i gelir durumunu gelir giderden az, %52.7’si gelir gidere eşit ve %8.8’i gelir giderden fazla olarak tanımlamıştır. Katılımcıların %65.9’u şehirde, %22.4’ü ilçede ve %11.7’si köyde ikamet etmekteydi. Hastaların %36.3’ü sağlık durumunu iyi, %42’si orta ve %21.8’i kötü olarak tanımlamıştır. Katılımcıların %40.1’inin koroner arter hastalığı tanısını 1 yıldan daha kısa bir süre önce aldığı, %20.5’inin 1-2 yıl öncesinde aldığı ve %39.4’ünün 2 yıldan daha uzun süre önce aldığı belirlenmiştir. Koroner arter hastalığına ek olarak katılımcıların %65.3’ünün hipertansiyon, %37.2’sinin diyabet, %5.4’ünün tiroid hastalıkları ve %5.4’ünün böbrek yetmezliği hastalığı vardı.

Katılımcıların %59'u antihipertansif ilaç, %27.4'ü antidiyabetik ilaç, %4.7'si tiroid ilacı ve %71.9'u antikoagölan ilaç kullandığını belirtmiştir.

Katılımcıların %88'i TAT yöntemlerini bildiğini, % 63.1'i TAT yöntemlerini kullandığını belirtti.



Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (n=317)

Özellikler	N	%
Yaş($\bar{x} \pm SS$)	62.92 $\pm$ 11.90	Min-Max (27-90)
Cinsiyet		
Kadın	117	36.9
Erkek	200	63.1
Medeni Durum		
Evli	237	74.8
Bekar	80	25.2
Eğitim		
İlköğretim ve altı	208	65.6
Ortaokul	19	6
Lise	63	19.9
Üniversite	27	8.5
Çalışma durumu		
Çalışıyor	64	20.2
Çalışmıyor	253	79.8
Gelir durumu		
Gelir giderden az	122	38.5
Gelir gidere eşit	167	52.7
Gelir giderden fazla	28	8.8
İkamet yeri		
Şehir	209	65.9
İlçe	71	22.4
Köy	37	11.7
Sağlık durumu		
İyi	115	36.2
Orta	133	42
Kötü	69	21.8
Tanı zamanı		
1 yıldan az	127	40.1
1-2 yıl arası	65	20.5
2 yıldan fazla	125	39.4
Diğer hastalıklar*		
Hipertansiyon	207	65.3
Diyabet	118	37.2
Tiroid hastalıkları	17	5.4
Böbrek hastalıkları	17	5.4
Kullanılan ilaçlar*		
Antihipertansif ilaçlar	187	59
Antidiyabetik ilaçlar	87	27.4
Tiroid ilaçları	15	4.7
Antikoagülan ilaçlar	226	71.3
Toplam hasta sayısı(n)=317		

*Birden fazla seçenek vardır.

4.2. Tamamlayıcı Alternatif Tedavileri Kullanan Hastaların Özellikleri

Hastaların TAT kullanma durumları Tablo 4.2’te gösterilmiştir. TAT kullanan katılımcıların %86.5’inin bitkisel tedavi yöntemlerini kullandığı, %18.5’inin hacamat kullandığı, %22’sinin arı sütü kullandığı, %1’inin biyoenerji yöntemlerini kullandığı, %4.5’inin akupunktur ve %20.5’inin meditasyon-manevi uygulamaları kullandıkları belirlenmiştir.

Tamamlayıcı alternatif tedavileri kullanan hastaların %22’si bu yöntemleri hastalıklardan korunma ve genel sağlığı iyileştirmek, %2’si ilaç yan etkilerini azaltmak, %40.5’i doğal ve güvenli olduğu, %18’i hastalığını tedavi etmek, %17.5’i hastalık semptomlarını azaltmak için kullandıklarını belirtmiştir. TAT kullanan hastaların %21’inin TAT kullanırken ilaç kullanımında değişiklik yaptığı belirlenmiştir. (Tablo 4.2)

Tamamlayıcı alternatif tedavileri kullanan hastaların %88’i herhangi bir sağlık personelinin danışmanlık almadığını, %67.5’i TAT kullanma durumu ile ilgili sağlık çalışanları ile herhangi bir bilgi paylaşmadığını belirtmiştir. TAT kullanan hastalardan %54’ü TAT kullanmanın sağlığına faydalı olduğunu, %42.5’i sağlığına herhangi bir etkisi olmadığını, %3.5’i sağlığına zararlı olduğunu belirtmiştir. Hastaların %68.5’i TAT kullanmayı başkalarına önerdiğini, %71’i TAT kullanımı ile ilgili bilgiyi aile dostları, arkadaş gibi yakın çevresinden edindiğini belirtmiştir. (Tablo 4.2)

Tablo 4.2 Tamamlayıcı Alternatif Tedavi Kullanan Hastaların Özellikleri

TAT kullananların özellikleri	Sayı (%)
Bitkisel Tedaviler	
Var	173 (86.5)
Yok	27 (13.5)
Hacamat	
Var	37(18.5)
Yok	163(81.5)
Arı sütü	
Var	44(22)
Yok	156(78)
Biyoenerji	
Var	2(1)
Yok	198(99)
Akupunktur	
Var	9(4.5)
Yok	191(95.5)
Meditasyon-manevi uygulamalar	
Var	41(20.5)
Yok	159(79.5)
TAT kullanma nedeni	
Genel sağlığı iyileştirmek	44(22)
İlaç yan etkilerini azaltmak	4(2)
Doğal ve güvenli olması	81(40.5)
Hastalığı tedavi etmek	36(18)
Hastalık semptomlarını azaltmak	35(17.5)
TAT kullanımı sırasında ilaç kullanımında değişiklik yapma durumu	
Var	42(21)
Yok	158(79)
TAT kullanımı sırasında sağlık profesyoneliyle danışmanlık alma durumu	
Var	24(12)
Yok	176(88)
TAT kullanımı ile ilgili sağlık profesyoneli ile bilgi paylaşma durumu	
Var	65(32.5)
Yok	135(67.5)
TAT kullanımının sağlık durumuna etkisi	
Faydalı oldu	108(54)
Etki etmedi	85(42.5)
Zararlı oldu	7(3.5)
TAT kullanımını önerme durumu	
Evet	137(68.5)
Hayır	63(31.5)
TAT kullanımı ile ilgili bilgi kaynağı	
İnternet/Medya/TV/Gazete/Dergi	40(20)
Ailedostları /Arkadaşlar/Akrabalar	142(71)
Sağlık çalışanı/Eczacı	18(9)
Toplam (n)=317	

4.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Tamamlayıcı Alternatif Tedavileri Kullanma Durumları

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre TAT kullanma durumları Tablo 4.3'de gösterilmiştir. TAT kullanma durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p<0.05$). Kadın hastalarda TAT kullanma oranı (%74.4) erkeklerden (%56.5) daha yüksek idi. Katılımcıların yaşları ile TAT kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). TAT kullanan hastaların yaş ortalaması (66.40 ± 10.19), TAT kullanmayan hastalara (56.97 ± 12.29) göre daha yüksekti. Katılımcıların eğitim düzeyi ile TAT kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). İlkokul ve altı eğitim düzeyinde olan katılımcıların TAT kullanma oranı (%70.7), üniversite eğitime sahip olanlara (%48.1) göre daha yüksek idi. Katılımcıların çalışma durumu ve TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). Çalışmayan hastaların TAT kullanma oranı (%70.4) çalışanlardan daha yüksek (%34.4) idi. Katılımcıların sağlık durumu algısı ile TAT kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). Sağlık durumunu kötü olarak ifade eden katılımcıların TAT kullanma oranı (%82.6) iyi olarak tanımlayanlardan (%40) daha yüksek idi. Katılımcıların koroner arter hastalığı tanı alma süresi ile TAT kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Koroner arter hastalığı tanısını 1-2 yıl önce alan katılımcıların TAT kullanma oranı (%75.4) 1 yıldan daha kısa süre önce tanı alanlara (%47.2) göre daha yüksek idi. Katılımcıların medeni durumu, gelir durum, ikamet yeri ile TAT kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). (Tablo 4.3)

Tablo 4.3. Tanıtıcı Özelliklere Göre TAT Kullanma Durumu

Genel Özellikler		TAT kullanmayanlar	TAT kullananlar	χ^2/t	P
Yaş	62.92±11,90	56.97±12.29	66.40±10.19	0.008	0.000*
	n (%)	n(%)	n(%)		
Cinsiyet					
Kadın	117(36.9)	30(25.6)	87(74.4)	0.110	0.001*
Erkek	200(63.1)	87(43.5)	113(56.5)		
Medeni Durum					
Evli	237(74.8)	89(37.6)	148(62.4)	0.167	0.682
Bekar	80(25.2)	28(35)	52(65)		
Eğitim durumu					
İlkokul ve altı	208(65.6)	61(29.3)	147(70.7)	5.093	0.002*
Ortaokul	19(6)	9(47.4)	10(52.6)		
Lise	63(19.9)	33(52.4)	30(47.6)		
Üniversite	27(8.5)	14(51.9)	13(48.1)		
Çalışma durumu					
Çalışıyor	64(20.7)	42(65.6)	22(34.4)	8.398	0.000*
Çalışmıyor	253(79.8)	75(29.6)	178(70.4)		
Gelir durumu					
Gelir giderden az	122(38.5)	40(32.8)	82(67.2)	0.647	0.439
Gelir gidere eşit	168(52.7)	67(40.1)	100(59.9)		
Gelir giderden fazla	28(8.8)	10(35.7)	18(64.3)		
İkamet yeri					
Şehir	209(65.9)	80(38.3)	129(61.7)	0.879	0.237
İlçe	71(22.4)	28(39.4)	43(60.6)		
Köy	37(11.7)	9(24.3)	28(75.7)		
Sağlık durumu					
İyi	115(36.3)	69(60)	46(40)	3.152	0.000*
Orta	133(42)	36(27.1)	97(72.9)		
Kötü	69(21.7)	12(17.4)	57(82.6)		
Tanı zamanı					
1 yıldan az	127(40.1)	67(52.8)	60(47.2)	2.975	0.000*
1-2 yıl arası	65(20.5)	16(24.6)	49(75.4)		
2 yıldan fazla	125(39.4)	34(27.2)	91(72.8)		

*p<0.005, χ^2 =ki-kare, t= t testi

4.4. Hastaların TAT Kullanma Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

Katılımcıların TAT kullanma durumuna göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 4.4’de gösterilmiştir. Hastaların TAT kullanma durumuna göre SOY toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). TAT kullanan hastaların SOY toplam puan ortalamalarının (89.17 ± 20.85), TAT kullanmayanlara (104.97 ± 16.47) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. TAT kullanan hastaların SOY alt ölçek (bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değerlendirme ve uygulama) puan ortalamalarının (15.92 ± 6.27 ; 24.90 ± 7.10 ; 27.46 ± 6.89 ; 20.89 ± 3.94) TAT kullanmayanlara göre (19.60 ± 5.73 ; 29.43 ± 5.44 ; 32.75 ± 5.77 ; 23.17 ± 2.79) daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların TAT kullanma durumuna göre yaşam kalitesi puanlarının dağılımı Tablo 4.4’de gösterilmiştir. Hastaların TAT kullanma durumuna göre yaşam kalitesi fiziksel bileşen özet (FBÖ-12) ve mental bileşen özet (MBÖ-12) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). TAT kullanmayan katılımcıların fiziksel bileşen özet puan ortalaması (45.82 ± 12.52), TAT kullananlara göre (35.75 ± 11.30) daha yüksek olarak belirlenmiştir. Benzer şekilde TAT kullanmayan katılımcıların mental bileşen özet puan ortalamalarının (54.30 ± 7.00), TAT kullananlara (50.01 ± 8.28) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4. TAT Kullanımı İle Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

	Ort±SS	Min-Max	TAT kullanan n=200	TAT kullanmayan n=117	z	p
SOY Toplam	95.00±20.77	42.00-125.00	89.17±20.85	104.97±16.47	-6.821	0.000*
Bilgiye Erişim	17.28±6.33	5.00-25.00	15.92±6.27	19.60±5.73	-5.143	0.000*
Bilgileri Anlama	26.57±6.89	7.00-35.00	24.90±7.10	29.43±5.44	-5.775	0.000*
Değerlendirme	29.41±6.97	8.00-40.00	27.46±6.89	32.75±5.77	-6.973	0.000*
Uygulama	21.73±3.72	9.00-25.00	20.89±3.94	23.17±2.79	-5.421	0.000*
Yaşam Kalitesi						
FBÖ-12	39.47±12.71	17.91-58.98	35.75±15.30	45.82±12.52	-6.486	0.000*
MBÖ-12	51.59±8.09	25.27-74.79	50.01±8.28	54.30±7.00	-4.664	0.000*

*p<0.001 SOY: Sağlık Okuryazarlığı, FBÖ-12: Fiziksel Bileşen Özet Puanı
MBÖ-12: Mental Bileşen Özet Puanı z: Mann-whitney u testi

4.5. Hastaların TAT Bilme Durumu ile Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

Katılımcıların TAT bilme durumuna göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 4.5’de gösterilmiştir.

Hastaların TAT bilme durumuna göre SOY toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (p<0.05). TAT bilen hastaların SOY toplam puan ortalamalarının (93.90±21.10), TAT bilmeyenlere (103.07±16.25) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. TAT bilen hastaların SOY alt ölçek (bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değerlendirme ve uygulama) puan ortalamalarının (17.00±6.32; 26.21±6.97; 29.12±7.13; 29.12±7.13; 21.56±3.75) TAT bilmeyenlere göre (19.34±6.04; 29.21±5.67; 31.57±5.32; 22.97±3.32) daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların TAT bilme durumuna göre yaşam kalitesi puanlarının dağılımı Tablo 4.5’de gösterilmiştir. Hastaların TAT bilme durumuna göre yaşam kalitesi fiziksel bileşen (FB-12) ve mental bileşen (MB-12) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (p<0.05). TAT bilmeyen katılımcıların FBÖ-12 puan ortalaması (46.44±12.24), TAT bilenlere göre

(38.52±12.49) daha yüksek olarak belirlenmiştir. Benzer şekilde TAT bilmeyen katılımcıların MBÖ-12 puan ortalamalarının (54.68±6.69), TAT bilenlere (51.17±8.19) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5. TAT Bilme Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesi Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Ort±SS	Min-Max	TAT bilen n=279	TAT bilmeyen n=38	z	p
SOY Toplam	95.00±20.77	42.00-125.00	93.90±21.10	103.07±16.25	-2.471	0.013*
SOY Bilgiye Erişim	17.28±6.33	5.00-25.00	17.00±6.32	19.34±6.04	-2.173	0.030*
SOY Bilgileri Anlama	26.57±6.89	7.00-35.00	26.21±6.97	29.21±5.67	-2.601	0.009**
SOY Değerlendirme	29.41±6.97	8.00-40.00	29.12±7.13	31.57±5.32	-2.005	0.045*
SOY Uygulama	21.73±3.72	9.00-25.00	21.56±3.75	22.97±3.32	-2.531	0.011*
Yaşam Kalitesi						
FBÖ-12	39.47±12.71	17.91-58.98	38.52±12.49	46.44±12.24	-3.632	0.000**
MBÖ-12	51.59±8.09	25.27-74.79	51.17±8.19	54.68±6.69	-2.594	0.009**

*p<0.05 **p<0.01 SOY: Sağlık Okuryazarlığı, FBÖ-12: Fiziksel Bileşen Özet Puanı
MBÖ-12: Mental Bileşen Özet Puanı z: Mann-whitney u testi

4.6. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri İle Sağlık Okuryazarlığı Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi puanlarının dağılımları Tablo 4.6 ve Tablo 4.7’de gösterilmiştir.

Hastaların cinsiyeti ile SOY toplam, bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve değerlendirme alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Kadın hastaların SOY toplam puan ortalamalarının (88.49±12.61) erkek hastalara (98.81±18.18) göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Erkek hastaların bilgiye erişim (18.45±5.64), bilgileri anlama (27.97±5.71) ve değerlendirme (30.63±6.17) puanlarının kadın hastalara (15.28±6.94; 24.17±8.01; 27.33±7.76, sırasıyla) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların cinsiyeti ile uygulama alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir (p>0.05). (Tablo 4.6.) Hastaların cinsiyeti ile yaşam kalitesi FBÖ-12 ve MBÖ-12 puan ortalamaları

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Erkek hastaların fiziksel ve mental bileşen özet puan ortalamalarının (41.86 ± 12.17 ; 52.48 ± 7.78) kadın hastalara (35.37 ± 12.61 ; 50.08 ± 8.42) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. (Tablo 4.7.)

Hastaların medeni durumuna göre SOY toplam, bilgiye erişim ve bilgileri anlama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Evli hastaların SOY toplam (97.27 ± 19.49), bilgiye erişim(18.00 ± 5.94) ve bilgileri anlama (27.29 ± 6.56) puan ortalamalarının bekar hastalara (88.30 ± 23.04 ; 15.15 ± 6.96 ; 14.45 ± 7.42) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların medeni durumuna göre SOY değerlendirme ve uygulama alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). (Tablo 4.6.) Katılımcıların medeni durumu ile FBÖ-12 ve MBÖ-12 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). (Tablo 4.7.)

Hastaların yaşına göre SOY toplam puanı ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p<0.05$). 18-40 yaş arası katılımcıların SOY toplam, bilgiye erişim, bilgileri anlama ve değerlendirme alt puan ortalamaları (114.60 ± 10.86 ; 23.86 ± 1.92 ; 33.06 ± 2.71 ; 35.40 ± 4.67), daha yüksek olarak saptanmıştır. Uygulama alt boyut puanı ise 41-60 yaş aralığındaki katılımcılarda (22.71 ± 3.08) daha yüksek olarak saptanmıştır. (Tablo 4.6.) Hastaların yaşına göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel ve mental bileşen özet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). 61 yaş üzeri katılımcıların hem FBÖ-12 puan ortalamaları (35.08 ± 11.48) hem MBÖ-12 puan ortalamaları diğer yaş gruplarına göre daha düşük olarak belirlenmiştir. (Tablo 4.7.)

Katılımcıların ikamet yerine göre SOY toplam puanları; bilgiye erişim, bilgileri anlama ve değerlendirme alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Şehirde yaşayan katılımcıların SOY toplam puan ortalamaları (97.20 ± 20.36) ilçede ikamet edenlere (95.56 ± 20.23) ve köyde ikamet edenlere (81.54 ± 19.55) daha yüksek olarak belirlenmiştir. Aynı zamanda şehirde ikamet eden katılımcıların bilgiye erişim, bilgileri anlama, değerlendirme (18.19 ± 6.10 ; 27.31 ± 6.70 ; 30.16 ± 6.78) alt boyut puanları ilçede yaşayan hastalara ve köyde yaşayan hastalara göre daha yüksek olarak belirlenmiştir. Hastaların ikamet

yerine göre sağlık okuryazarlığı leği uygulama alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenememiştir ($p>0.05$). (Tablo 4.6.) Hastaların ikamet yerine göre yaşam kalitesi ölçek puanlarından fiziksel yaşam skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). şehirde (40.39 ± 13.09) ve ilçede (40.52 ± 12.22) ikamet eden katılımcıların fiziksel bileşen zet puan ortalamaları daha yüksek olarak saptanırken köyde ikamet eden katılımcıların (32.25 ± 8.80) daha düşük olarak saptanmıştır. Katılımcıların ikamet yerine göre yaşam kalitesi mental bileşen zet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). (Tablo 4.7.)



Tablo 4.6. Tanıtıcı özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı puanlarının dağılımı

Özellikler	n	Bilgiye erişim alt boyut puan ort.	Test değeri	Bilgileri anlama alt boyut puan ort.	Test değeri	Değerlendirme alt boyut puan ort.	Test değeri	Uygulama alt boyut puan ort.	Test değeri	SOY Toplam puan ort.	Test değeri
Kadın	117	15.28± 6.94	z=-3.866 p=0.000*	24.17±8.01	z=-3.894 p=0.000*	27.33±7.76	z=-3.714 p=0.000*	21.70±3.69	z=-0.160 p=0.873	88.49±23.26	z=-3.692 p=0.000*
Erkek	200	18.45 ±5.64		27.97±5.71		30.63±6.17		21.75±3.75		98.81±18.18	
Evli	237	18.00±5.94	z=-3.176 p=0.001*	27.29±6.56	z=-2.969 p=0.003*	30.01±6.45	z=-2.241 p=0.025*	21.96±3.68	z=-2.298 p=0.022*	97.27±19.49	z=-3.020 p=0.003*
Bekar	80	15.15±6.96		24.45±7.42		27.65±8.14		21.05±3.78		88.30± 23.04	
18-40	15	23.86±1.92	x ² =56.199 p=0.000*	33.06±2.71	x ² =44.812 p=0.000*	35.40±4.67	x ² =37.096 p=0.000*	22.26±4.06	x ² =11.581 p=0.003*	114.60±10.86	x ² =51.249 p=0.000*
40-60	112	19.84±5.07		28.86±5.71		31.78±5.25		22.71±3.08		103.10±15.85	
61≤	190	15.24±6.33		24.71±7.05		27.54±7.34		21.11±3.92		88.62±21.31	
Şehir	209	18.19±6.10	x ² =21.900 p=0.000*	27.31±6.70	x ² =14.524 p=0.001*	30.16±6.78	x ² =17.230 p=0.000*	21.53±3.78	x ² =4.556 p=0.102	97.20±20.36	x ² =17.834 p=0.000*
İlçe	71	16.91±6.41		26.38±6.87		29.66±6.49		22.60±3.28		95.56±20.23	
Köy	37	12.83±5.59		22.78±6.86		24.70±7.31		21.21±3.98		81.54±19.55	

*(p<0.05) SOY: Sağlık Okuryazarlığı, FBÖ-12: Fiziksel Bileşen Özet, MBÖ-12: Mental Bileşen Özet z:Mann Whitney U testi, x²: Kruskal Wallis testi

Tablo 4.7. Tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi puanlarının dağılımı

Özellikler	FBÖ-12 Ortalaması	Test değeri	MBÖ-12 Ortalaması	Test değeri
Kadın	35.37±12.61	$z=-4.373$ p=0.000*	50.08±8.42	$z=-2.475$ p=0.013*
Erkek	41.86±12.17		52.48±7.78	
Evli	40.06±2.42	$z=-1.475$ $p=0.157$	51.88±7.82	$z=-0.898$ $p=0.369$
Bekar	37.69±3.45		50.74±8.86	
18-40	55.56±3.65	$\chi^2=67.964$ p=0.000*	53.87±5.73	$\chi^2=18.331$ p=0.000*
40-60	44.74±11.83		53.97±7.04	
61≤	35.08±11.43		50.01±8.47	
Şehir	40.39±13.09	$\chi^2=13.379$ p=0.001*	52.09±8.00	$\chi^2=4.937$ p=0.085
İlçe	40.52±12.22		51.47±8.57	
Köy	32.25±8.80		48.97±7.31	

*($p<0.05$), FBÖ-12: Fiziksel Bileşen Özet, MBÖ-12: Mental Bileşen Özet, z:Mann Whitney u testi, χ^2 : Kruskal Wallis testi

5.TARTIŞMA

Bu araştırmada koroner arter hastalarının TAT kullanımı, sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik sorulara yanıt aranmıştır.

5.1. TAT Kullanan Hastaların Özelliklerinin Tartışılması

Çalışma bulguları, koroner arter hastalarında TAT kullanımının yüksek düzeyde olduğunu (%63.1) ortaya koymuştur. Bulgular literatür ile uyumlu idi. Türkiye’de Arslan ve ark. kardiyovasküler hastalığı olan bireyler ile yürüttükleri çalışmada hastaların sık olarak (%80) TAT kullandıkları belirlenmiştir(27). Yine Ülkemizde Uçar ve Canbolat kardiyovasküler hastalığı olan bireylerin TAT kullanım oranının %36.5 olduğunu saptamışlardır(24). Pekin’de koroner arter hastaları ile gerçekleştirilen bir çalışmada koroner arter hastalarının TAT kullanım oranlarının yüksek düzeyde olduğu (%69) belirtilmiştir(103). Filistin’de yapılan bir çalışmada koroner arter hastalarında TAT kullanımının yaygın olduğu belirtilmiştir(88). Trinidad’ta kardiyovasküler hastalığı olan bireyler ile yapılan bir çalışmada TAT kullanım yaygınlığı %56.2 olarak belirtilmiştir(90). Krasuski ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada kardiyovasküler hastalığı olan hastalarda TAT kullanımının yaygın olduğunu (%54) gösterilmiştir(91). Grant ve ark. kardiyovasküler hastalarda TAT kullanımı ile ilgili derleme çalışmasında TAT kullanımının yaygın olduğu ancak kullanım prevalansının ciddi ölçüde (%4-%61) değiştiğini ortaya koymuştur(92). Singapur’da kardiyovasküler hastalığı olan bireylerle yapılan bir diğer çalışmada kardiyovasküler hastalarda TAT kullanımının yaygın olduğu bildirilmiştir(104).

Bulgular TAT kullanan hastaların en sık tercih ettiği TAT yönteminin (%86.5) bitkisel tedaviler olduğunu bununla birlikte arı sütü (%22), meditasyon-manevi uygulamaların(%20.5) da tercih edilen yöntemlerden olduğunu ve hastaların TAT yöntemlerini doğal ve güvenli (%40.5) olduğunu düşündükleri için kullandıklarını göstermiştir. Uçar ve Canbolat’ın Türkiye’de kardiyovasküler hastalarda TAT kullanımını incelediği bir çalışmada dua, en yaygın kullanılan TAT yöntemi olarak

gösterilmiştir. Çalışmada bu hastaların TAT yöntemlerini en sık iyileşmek, şifa bulmak için kullandıkları belirtilmiştir(24). Arslan ve ark. çalışmasında kardiyovasküler hastalığa sahip bireylerin TAT yöntemlerini hastalığın tedavisi için daha sık kullandıklarını ve en sık bitkisel tedavi yöntemlerini tercih ettiklerini belirtmiştir(27). Trinidad'ta kalp hastaları ile yürütülen bir çalışma en yaygın kullanılan TAT yönteminin bitkisel tedaviler olduğu ve hastaların TAT yöntemlerini hastalığı tedavi etmek, hastalık semptomlarını azaltmak için tercih ettikleri belirtilmiştir(90). Salah ve ark. kardiyovasküler hastalığı olan bireyler ile yürüttükleri kesitsel çalışmada hastaların bitkisel tedavi yöntemlerini yaygın olarak tercih ettiklerini ve TAT yöntemlerini daha az yan etkisi olduğu ve güvenli buldukları için kullandıklarını belirtmiştir(88). Pekin'de yapılan çalışmada koroner arter hastalarının en sık kullandığı TAT yöntemi bitkisel tedaviler ve hastaların TAT kullanımının ana nedeni olarak da yan etki azlığı, doğal ve güvenli olması gösterilmiştir(103). Malezya ve Filipinlerde yürütülen bir çalışma hipertansiyon hastalarının en yaygın kullandığı TAT yönteminin bitkisel tedaviler olduğunu bununla birlikte masaj (%21.6) ve hacamat (%16.29) yöntemlerinin de tercih edildiğini ve TAT yöntemlerini hastalığı tedavi edip antihipertansif ilaçların yan etkilerinden korunmak için kullandıklarını ortaya koymuştur(105). Brezilya'da genel toplumda kronik hastalıklara sahip bireylerle yapılan bir çalışma bitkisel tedavilerin en sık kullanılan TAT yöntemi olduğunu ve hastaların bitkisel tedavileri doğal olduğu ve yan etkisinin az olduğunu düşündükleri için kullandıklarını göstermiştir(106). Bangladeş'te kronik hastalığı olan yetişkinler ile yapılan bir çalışmada en sık kullanılan TAT yönteminin homeopatik ilaçlar olduğu ve TAT kullanmanın en yaygın nedenlerinin yan etkisinin az olması, tedavide etkili olması ve kolay ulaşılabilir olması olarak belirtilmiştir(107). Bulgular literatürü doğrular nitelikte olup koroner arter hastalığı olan bireylerde TAT kullanımının yaygın olduğunu göstermiştir. TAT kullanımının yaygın olmasının hastaların aldığı mevcut tıbbi tedaviye ek alternatif yollar aramasına bağlı olduğu, TAT yöntemlerini doğal ve güvenli olarak düşünmenin kullanmayı etkilediği söylenebilir.

Çalışmada TAT kullanan hastalarının çoğunluğu (%54) TAT kullanmanın sağlığına faydalı olduğunu ve TAT kullanan hastaların %21'inin ilaç kullanımında değişiklik yaptığını, bazen veya sürekli olarak mevcut medikal tedavisini bıraktığını

göstermiştir. Singapur’da yapılan bir çalışmada TAT kullanan hastaların kullanmayan hastalara göre daha fazla ilaç tedavisine uyumsuzluk yaşadığı belirlenmiştir(104). Ülkemizde yapılan önceki çalışmalarda TAT kullanan hastalar TAT kullanımından fayda gördüğünü belirtmiştir(24,108). Uluslararası literatürde de benzer sonuçlar dikkat çekmektedir. Bahall’ın kalp hastalığı olan bireyler ile yapmış olduğu çalışmada hastaların büyük çoğunluğu TAT kullanımının olumlu sonuçlar verdiğini bildirmiştir(90). Wode ve ark. İsveç’te kanser hastalarının büyük bir kısmının TAT kullanımından çok veya oldukça memnun olduklarını bildirmiştir(109). Bangladeş’te bir hastanede tedavi görmekte olan hastalar ile yürütülen çalışmada hastaların çoğunluğunun hastalıkları için kullandıkları TAT yöntemlerinden memnun olduklarını bildirmiştir(110). Bu çalışmada hastaların TAT kullanımından fayda sağlamaları ile ilgili algıları literatür ile uyumlu olarak bulunmuştur.

Bulgular TAT kullanan hastaların %71’inin TAT kullanımına ilişkin bilgiyi daha çok yakın çevresinden edindiğini göstermiştir. Ayrıca araştırma hastaların çoğunlukla (%88) bir sağlık personelinin danışmanlık almadığını ve TAT kullanma durumu hakkında sağlık çalışanlarına bilgi vermediğini (%60.5) göstermiştir. Salah ve ark. koroner kalp hastaları ile yaptığı çalışmada hastaların büyük bir çoğunluğunun TAT kullanımı ile ilgili bilgiyi bir aile üyesi veya arkadaşından aldığı ve büyük çoğunluğunun sağlık personeline TAT kullanımı hakkında bilgi vermediği belirtilmiştir(88). Uçar ve Canbolat’ın çalışmasında kardiyovasküler hastalığı olan bireylerin çoğunluğunun (%85.2) sağlık personeline TAT kullanımı ile ilgili bilgi vermediği belirtilmiştir(24). Arslan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada TAT kullanımı ile ilgili bilginin %44 oranında arkadaşlar ve akrabalarından edinildiğini belirtmiştir(27). Teo ve ark. Singapur’da kardiyovasküler hastalığı olan bireylerin TAT kullanımına ilişkin bilgiyi büyük oranda arkadaş veya aile üyelerinden edindiği ve hastaların TAT kullanma durumu hakkında sağlık personeline bilgilendirmediğini belirtmiştir(104). Çalışma bulguları literatür ile benzer şekilde olup sağlık profesyonellerinin hasta ile iletişimlerinde TAT kullanımlarının değerlendirilmesi ile ilgili ipucu sağlamıştır. Sağlık profesyonellerine TAT kullanımı ile ilgili bilgi vermemenin tedavi sürecini olumsuz etkileyebileceği konusundaki eğitimlerin hasta eğitim planlarına eklenmesinin önemli olduğu düşünülebilir.

5.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Tamamlayıcı Alternatif Tedavileri Kullanma Durumlarının Tartışılması

Bulgular hastaların TAT kullanımlarının yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sağlık durumu algısı ve tanı zamanı ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

Çalışma bulguları hastaların yaşı ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. TAT kullanan hastaların yaş ortalaması (66.40 ± 10.19), TAT kullanmayan hastalara göre daha yüksek olarak belirlenmiştir. Bulgular ile benzer niteliktedir ve yaş arttıkça TAT kullanımının arttığı belirtilmiştir(27,111).

Çalışmada bulguları kadın hastaların (%74.4) erkek hastalara (%56.5) göre daha fazla TAT kullandığını göstermiştir. Ulusal literatürde çalışma bulguları ile benzer şekilde kadın hastaların TAT kullanımı daha yaygın olarak belirlenmiştir(23,24,108). Çalışma bulgularından farklı olarak uluslararası literatürde koroner arter hastalığı olan erkek hastalarda TAT kullanımının daha yaygın olduğu belirtilmiştir(88,90). Buna karşın cinsiyet ve TAT kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olmayan çalışmalar da bulunmaktadır(86,104). Bulgular cinsiyet ve TAT kullanımı arasındaki ilişkinin kültürel özelliklerden etkilenebildiğini ortaya koymuştur.

Bulgular katılımcıların eğitim düzeyi ile TAT kullanımı arasında bir ilişki olduğunu; eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olan hastalarda TAT kullanımının daha yaygın olduğunu göstermiştir. Ulusal literatür çalışma bulgularını destekler niteliktedir. Uçar ve Canbolat'ın çalışmasında eğitim düzeyi düşük olan hastaların TAT kullanımının daha yaygın olduğu belirtilmiştir(24). Güven ve ark. eğitim düzeyi düşük olan hipertansiyonu olan hastalarda TAT kullanımının daha yaygın olduğunu belirtmiştir(108). Uluslararası literatüre bakıldığında; Newyork'ta yapılan bir çalışma eğitim düzeyi üniversite olan hastaların daha fazla TAT kullandığı belirtmiştir(112). Decker ve ark. aynı şekilde üniversite mezunu koroner arter hastalığı olan bireylerin daha yaygın TAT kullanımı olduğunu belirtmiştir(113). Sirois ve ark. ABD'de yaptığı bir çalışmada TAT kullanımının eğitim düzeyi üniversite olan hastalarda daha yaygın olduğunu belirtmiştir(114). Çalışma bulguları hastaların çalışma durumu ile TAT

kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bulgular hastaların eğitim düzeyi ile TAT kullanımı arasındaki ilişkinin sosyokültürel özelliklere göre değişebildiğini göstermiştir. Bu araştırma bir işte çalışmayan koroner arter hastalarında daha yaygın TAT kullandığını göstermiştir. Literatürde çalışma durumu ve TAT kullanma ilişkisini inceleyen sadece bir çalışmaya rastlanmıştır. Bangladeş'te çeşitli kronik hastalıkları olan hastalar ile yürütülen çalışma bir işte çalışmayan hastaların çalışanlara göre daha yüksek oranda TAT kullandığını göstermiştir(107).

Çalışmada hastaların sağlık durumu algısı ve koroner arter hastalığı tanı alma süresi ile TAT kullanımı arasında olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sağlık durumunu kötü olarak algılayan hastalarda TAT kullanımı daha fazla olduğu belirlenmiştir. Koroner arter hastalığı tanısını 1-2 yıl önce alan katılımcıların, 1 yıldan daha kısa süre önce tanı alanlara göre daha yaygın TAT kullandığı saptanmıştır. Pekin'de koroner arter hastalığı olan bireyler ile yapılan bir çalışma daha uzun hastalık süresine sahip hastalarda TAT kullanımının daha yaygın olduğunu ancak sağlık durumu algısı ile TAT kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığını belirtmiştir(103). Brezilya'da yetişkinler ile yürütülen bir çalışmada sağlık durumunu kötü olarak algılayan bireylerin daha yaygın TAT kullandıkları gösterilmiştir(106). Çalışma bulguları literatür ile benzer niteliktedir. Tanı süresi uzadıkça TAT kullanımının artması hastaların uzun süre boyunca tıbbi tedaviden yanıt alamaması ve farklı alternatifler aramasına bağlanabilir. Bununla birlikte kötü sağlık durumunun hastaların sağlık durumunu iyileştirmek için TAT kullanımına yönlendirdiği söylenebilir.

5.3. Hastaların TAT Kullanma ve Bilme Durumu İle Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin Tartışılması

Sağlık okuryazarlığı koroner arter hastalarında hastalığın tedavisi hakkında bilinçli kararlar verebilmesi için önemlidir. Hastaların bilgiye ulaşabilmesi, bilgiyi değerlendirebilmesi ve kullanabilmesi gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığı düşük düzeyde olan hastalar tedavileri ile ilgili önemli bilgilere erişemeyebilir veya anlayamayabilirler. Çalışma bulguları TAT bilen ve kullanan hastaların SOY puanlarının TAT bilmeyen ve kullanmayan hastalara göre daha düşük olduğunu

göstermiştir. Avustralyalı yaşlı bireyler ile yapılan bir araştırmada SOY düzeyi düşük olan bireylerin daha yaygın TAT kullandığı belirtilmiştir(115). Ülkemizde yetişkinler ile yürütülen bir çalışmada bireylerin SOY düzeyi arttıkça TAT kullanımının azaldığı belirtilmiştir(116). Balıkesir’de yaşayan yetişkinler ile yapılan bir çalışma SOY düzeyi yüksek yetişkinlerin daha az TAT kullandığını göstermiştir(117). Çalışma bulgularından farklı olarak Gardiner ve ark. bir hastanede tedavi görmekte olan hastalar ile yürüttüğü çalışmada SOY yüksek düzeyde olan hastaların daha sık TAT kullandığı belirtilmiştir(118). Amerika’da erişkin bireyler ile yapılan bir araştırmada beyaz ırktan olan yetişkinlerde yüksek SOY yaygın TAT kullanımı ile ilişkili olarak bulunmuştur(119). Tip-II diyabet hastaları ile yapılan bir çalışmada SOY yüksek düzeyde olan bireylerin daha yaygın TAT kullandığı gösterilmiştir(120). Dişsiz ve Yılmaz’ın kanser hastaları ile yürüttüğü bir çalışmada SOY yüksek hastaların TAT bilme oranı daha yüksek iken SOY düzeyi ile TAT kullanma durumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir(97). SOY ve TAT kullanımı ilişkisi farklı çalışmalarda değişiklik gösterse de hastaların sağlık durumları hakkında farkındalığının artırılması ve tedaviye katılımlarının sağlanması sağlığın korunması ve geliştirilmesi açısından önemlidir. Bu sayede daha bilinçli ve akılcı TAT kullanımı sağlanabilir.

Çalışma bulguları TAT kullanmayan ve bilmeyen katılımcıların fiziksel ve mental yaşam kalitesi TAT kullananlara göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Türkiye’de kanser hastaları ile yapılan bir çalışma yaşam kalitesi kötü olan hastaların daha yaygın TAT kullandığını bildirmiştir(121). İran’da hemodiyaliz alan hastalar ile yapılan bir çalışmada yaşam kalitesi yüksek olan hastaların daha sık TAT kullandığı belirtilmiştir(122). İtalya’da kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada yaşam kalitesi düşük olan hastaların daha sık TAT kullandığı belirtilmiştir(123). Astım hastaları ile yapılan bir çalışma yaşam kalitesi düşük olan hastaların daha sık TAT kullandığını belirtmiştir(124). Literatür de yaşam kalitesi ile TAT kullanımı arasında herhangi bir ilişki olmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır(125,126). Hastaların yaşam kalitesi algısı farklı hastalık grupları ve farklı bölgelerde değişiklik gösterebilmektedir. Düşük yaşam kalitesine sahip hastalar yaşam kalitelerini arttırabilmek için TAT yöntemlerine başvurabilmektedir Hastaların bilinçli TAT kullanımı yaşam kalitelerinin arttırılmasına katkı sağlayabilir. Hemşirelerin yaşam

kalitesi düşük hastalara uygun destekleyici bakım ve eğitimlerin planlaması hastaların yaşam kalitelerinin iyileşmesi açısından önemlidir.

5.4. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile SOY ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin Tartışılması

Çalışma bulguları kadın ve bekâr hastalarda SOY düzeyinin daha düşük olduğunu göstermiştir. Türkiye’de koroner arter hastalığı olan bireyler ile yapılan bir çalışmada kadınların ve bekâr hastaların SOY düzeyinin erkeklere ve evli hastalara göre daha düşük olduğu belirtilmiştir(29). Diyabeti olan hastalar ile yapılan bir çalışmada erkeklerin ve bekar hastaların SOY düzeyi daha düşük olarak belirlenmiştir(127). Farklı olarak koroner arter hastalığı olan bireyler ile yürütülen bir başka çalışmada kadın ve bekar hastaların SOY puan ortalamaları erkek ve evli hastalara göre daha yüksek olarak belirlenmiştir(128). Uluslararası literatürde Pakistan’da iskemik kalp hastalığı olan bireyler ile yürütülen bir çalışmada erkek hastaların SOY düzeyi daha yüksek olarak belirlenmiştir(129). Kore’de kalp yetersizliği olan hastalar ile yapılan çalışmalarda erkek hastaların SOY düzeyi kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır(130,131). Avustralya, Çin ve Brezilya’da koroner arter hastalığı olan bireyler ile yürütülen çalışmalarda cinsiyet ve medeni durum ile SOY arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir(67,132,133). Yapılan çalışmalarda cinsiyet ve SOY arasında kültürler arası değişebilen bir ilişki olduğu görülmektedir. Kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi için önemlidir.

Çalışma bulguları erkeklerin fiziksel ve mental yaşam kalitesi düzeyinin kadınlara göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Kardiyovasküler hastalığı olan hastalar ile yürütülen bir çalışmada erkek hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir(134). İran’da yürütülen bir sistematik derleme çalışması kardiyovasküler hastalığı olan erkek hastalarda fiziksel ve mental yaşam kalitesinin kadınlara göre daha yüksek olduğu ayrıca, çalışmaya dahil edilen araştırmaların bazılarında evli hastaların yaşam kalitesi daha yüksek iken bazılarında medeni durum ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmadığı belirtilmiştir(135). Almanya’da kardiyovasküler hastalığı olan hastalar ile yapılan bir çalışmada erkek hastaların duygusal yaşam skoru kadınlara göre daha yüksek belirlenirken fiziksel yaşam skorları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir(136). Filistin’de koroner arter

hastalığı olan bireyler ile yürütülen bir çalışmada hastaların cinsiyeti ve medeni durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır(137). Yel ve ark. koroner arter hastalığı olan bireyler ile yaptığı bir çalışmada erkek hastaların ve evli olan hastaların yaşam kalitesi kadınlara ve bekarlara göre daha yüksek bulunmuştur(11). Farklı olarak Türkiye’de kalp yetersizliği olan hastalarda yapılan bir çalışmada kadın ve bekar hastaların yaşam kalitesi erkek ve evli hastalara göre daha yüksek olarak belirlenmiştir(138). Genel olarak literatür çalışmamızla benzer sonuçlar içermektedir. Çalışma bulguları özellikle kadın hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin gerektiği konusunda ipucu sağlamıştır.

Çalışma bulguları 18-40 yaş arası katılımcıların SOY toplam, bilgiye erişim, bilgileri anlama ve değerlendirme alt puan ortalamaları daha yüksek olarak saptanmıştır. Uygulama alt boyut puanı ise 41-60 yaş aralığındaki katılımcılarda daha yüksek olarak saptanmıştır. Bir sistematik derlemede koroner arter hastalığı olan bireylerin yaşı arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin düştüğü gösterilmiştir(16). Başka bir sistematik derlemede koroner arter hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaş arttıkça azaldığı gösterilmiştir(57). Brezilya’da koroner arter hastalığı olan bireylerin ile yürütülen bir çalışmada hastaların yaşı arttıkça sağlık okuryazarlığının azaldığı gösterilmiştir(133). Çin’de yürütülen bir çalışmada koroner arter hastalarında düşük sağlık okuryazarlığının yaşlı hastalarda daha yaygın olduğu belirtilmiştir(132). Türkiye’de koroner arter hastalığı olan bireyler ile yapılan bir çalışma sağlık okuryazarlığı düşük olan hastaların daha yaşlı olduğunu belirtmiştir(128). Sonuçlar literatür ile uyumlu niteliktedir. Yaşlı hastalarda sağlık okuryazarlığının düşük olması artan yaşla beraber hastaların bilişsel ve sosyal işlevlerinde azalma ile beraber kendisi için sağlık bilgisini anlamakta zorlanması ile ilişkilendirilmiştir.

Çalışma bulguları hastaların fiziksel ve mental yaşam kalitesi puanlarının hastaların yaşının artması ile azaldığını göstermiştir. İran’da yapılan bir sistematik derleme çalışması bazı araştırmalarda hastaların yaşı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğünü bazı araştırmalarda ise yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiştir(135). Türkiye’de kalp yetersizliği olan hastalar ile yapılan bir çalışmada hastaların yaşı arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı gösterilmiştir(138). Böbrek nakli yapılan hastalar ile yürütülen bir çalışmada hastaların yaşı ile yaşam

kalitesi arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir(46). Akut koroner sendromu olan hastalar ile yürütülen bir çalışmada hastaların yaşı arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı gösterilmiştir(9). Artan yaş ile birlikte hastalarda meydana gelen fonksiyonel azalmalar ile yaşam kalitesinin düştüğü söylenebilir.

Çalışma bulguları şehirde ikamet eden koroner arter hastalarının SOY toplam ve bilgiye erişim, bilgileri anlama, değerlendirme alt ölçek puanlarının ilçe ve köyde ikamet edenlere göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Gonzales ve ark. iskemik kalp hastalığı olan hastalar ile yaptığı bir çalışmada hastaların ikamet yeri ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gösterilmiştir(67). Pakistan’da iskemik kalp hastaları ile yapılan bir çalışmada hastaların ikamet yeri ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir(129). Ülkemizde Yakar ve ark. polikliniğe başvuran hastalar ile yaptıkları bir çalışma hastaların ikamet yeri ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir(139). Koroner arter hastaları ile yürütülen başka bir çalışma köyde yaşayan hastaların sağlık okuryazarlığının il ve ilçede yaşayanlara göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir (128). Bulgular şehir ve ilçede yaşayan koroner arter hastalarının fiziksel ve mental yaşam kalitesi puanlarının köyde yaşayanlara göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Barham ve ark. Filistin’de yaptığı bir çalışmada koroner arter hastalarının ikamet yeri ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (137). Türkiye’de kalp yetmezliği olan hastalar ile yürütülen bir çalışmada hastaların ikamet yeri ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunmamıştır (140). Çalışmada köy ve ilçede ikamet eden hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olması sağlık hizmetlerine ulaşmadaki zorluk ve hastaların çalışma şartlarının daha ağır olması ile ilişkilendirilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- 1- Araştırmaya katılan koroner arter hastalarının büyük bir kısmının (%88) TAT yöntemlerini bildiği ve aynı şekilde büyük kısmının (%63.1) TAT yöntemlerini kullandığı belirlenmiştir.
- 2- Hastaların en sık kullandığı TAT yöntemi bitkisel tedaviler (%86.5) olmakla beraber arı sütü (%22), meditasyon (%20.5) ve hacamatın (%18.5) da sık kullanılan TAT yöntemlerinden olduğu belirlenmiştir.
- 3- Hastaların TAT yöntemlerini daha çok doğal ve güvenli (%40.5) olduğu için kullandıkları ve hastaların bir kısmının TAT kullanımı sırasında bazen veya sürekli olarak ilaç kullanımında bir değişiklik yaptığı (%21) saptanmıştır.
- 4- TAT kullanan hastaların çoğunluğunun (%88) bir sağlık personeline danışmanlık almadığı, bir sağlık personeline TAT kullanma durumu ile ilgili herhangi bir bilgi vermediği (%67.5) ve hastaların birçoğunun TAT kullanımı ile ilgili bilgiyi aile dostları ve arkadaş gibi yakın çevrelerinden edindiği (%71) belirlenmiştir.
- 5- Hastaların çoğunluğu TAT kullanımından fayda gördüğünü (%54) ve TAT kullanımını başkalarına önerdiğini (%68.5) belirtmiştir.
- 6- Hastaların TAT kullanma durumu ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık durumu algısı ve hastalık tanısını alma zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.
- 7- Koroner arter hastalarının sağlık okuryazarlığının orta düzey olduğu (95.00 ± 20.77) belirlenmiştir.
- 8- TAT kullanmayan hastaların sağlık okuryazarlığı toplam ve alt ölçek puanlarının TAT kullanan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- 9- Koroner arter hastalarının fiziksel yaşam kalitelerinin düşük düzeyde (39.47 ± 12.71), mental yaşam kalitelerinin ise orta düzeyde (51.59 ± 8.09) olduğu belirlenmiştir.

- 10- TAT kullanmayan hastaların fiziksel ve mental yaşam kalitesi puan ortalamalarının TAT kullananlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- 11- TAT bilmeyen hastaların sağlık okuryazarlığı toplam ve alt ölçek puanlarının TAT bilen hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- 12- TAT bilmeyen hastaların fiziksel ve mental yaşam kalitesi ölçek puan ortalamalarının TAT bilenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- 13- Hastaların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu ve ikamet yeri ile SOY puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir.
- 14- Hastaların cinsiyeti, yaşı ve ikamet yeri ile fiziksel yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve hastaların cinsiyeti ve yaşı ile mental yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

- 1- Sağlık çalışanları tarafından koroner arter hastalığı tanısı olan bireylerin TAT bilme ve kullanma durumlarının değerlendirilmesi,
- 2- Sağlık profesyonelleri tarafından TAT kullandığı belirlenen hastaların ilaç uyumlarının değerlendirilmesi ve ilaç uyumsuzluğu durumunda gelişebilecek klinik tablolar hakkında hastayı bilgilendirmesi,
- 3- Hastanın TAT kullanımı ile ilgili durumunu rahatça paylaşabileceği bir iletişim ortamı oluşturulması için sağlık profesyoneli ile hasta arasında güvenli bir ilişkinin sağlanması,
- 4- SOY düzeyi düşük olan koroner arter hastalarına TAT kullanımı ile ilgili gerekli eğitimlerin yapılması,
- 5- Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan özellikle kadın, yaşlı ve düşük eğitim düzeyine sahip olan hastaların sağlık personeli tarafından belirlenip bu hastalara sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik eğitimlerin planlanması,

- 6- Koroner arter hastalarında sağlık okuryazarlığını arttırmaya yönelik girişimlerde hemşire, doktor, fizyoterapist, diyetisyen gibi sağlık profesyonellerini dahil olduğu multidisipliner bir yaklaşım planlaması,
- 7- Koroner arter hastalarında yaşam kalitesininin sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilmesi,
- 8- Yaşam kalitesi düşük olan koroner arter hastalarının yaşam kalitelerini iyileştirmek için bireysel problemlerini (tekrarlı hospitalizasyon, yorgunluk, ağrı, nefes darlığı) göz önünde bulundurarak gerekli bakım ve desteğin verilmesi,
- 9- Koroner arter hastalarının sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitelerini arttırmak için gerekli motivasyonun sağlanması,
- 10- Farklı hasta grupları ve çok merkezli çalışmalar ile araştırmanın tekrarı önerilmiştir.

7. KAYNAKLAR

- 1- World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles, 2018.(Erişim tarihi: 25.11.2021) Erişim adresi: https://www.who.int/nmh/countries/2018/tur_en.pdf?ua=1.
- 2- Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk Journal of Psychiatric Nursing 2013;4(1):1-6
- 3- Türkiye İstatistik Kurumu (Tuik) , Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019 (Erişim Tarihi:25.11.2021) <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>
- 4- Sanchis-Gomar F, Perez-Quilis C, Leischik R, Lucia A. Epidemiology of coronary heart disease and a cute coronary syndrome AnnTranslMed. 2016 Jul; 4(13): 256
- 5- Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2020; 41(3): 407-477.
- 6- Mallika V, Goswami B, Rajappa M. Atherosclerosis pathophysiology and the role of novel risk factors: a clinicobiochemical perspective. Angiology 2007; 58: 513-22.
- 7- Koplaya M, Erol C. Koroner Arter Hastalığı Trd Sem 2013; 1: 57-69
- 8- Tokgözoğlu L. Ateroskleroz ve enflamasyonun rolü. Türk Kardiyol Dern Arş Arch Turk Soc Cardiol 2009; 37: 1-6.
- 9- Dural G, Sarıtaş S. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Journal of Cardiovascular Nursing 2017;8(17):131–141.
- 10- Dilek F, Ünsar S, Süt N. Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2010; 5(13): 29-44.
- 11- Yel P, Ünsar S. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeyleri Turk J Cardiovasc Nurs 2020;11(24):7–15
- 12- Kiessling A, Henriksson P. Time trends of chest pain symptoms and health related quality of life in coronary artery disease. Health Qual Life Outcomes. 2007;5:13.
- 13- Ayan FS. Koroner by-pass cerrahisi sonrası müzik dinletisinin anksiyete, uyku kalitesi ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2023.
- 14- Ünsar S. Health-Related Quality of Life In Patiends With Coronary Artery Disease. Journal of Cardiovascular Nursing, Science Drect 2007; 501-507
- 15- Friis K, Lasgaard M, Pedersen MH, Duncan P, Maindal HT. Health literacy, multimorbidity, and patient-perceived treatment burden in individuals with cardiovascular disease. A Danish population-based study. Patient Educ Couns 2019; 102(10): 1932-1938.
- 16- De Melo Ghisi G.L, da Silva Chaves G.S, Britto R.R, & Oh P. Health literacy and coronary artery disease: a systematic review. Patient education and counseling, (2018).101(2), 177-184.

- 17- Çopurlar C, Kartal M. What is Health Literacy? How to Measure It? Why is It. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, (2016). 10(1), 40-45.
- 18- Ahcıoğlu A, Yılmazel G. Halk Sağlığı Gözüyle Koroner Arter Hastalığı ve Sağlık Okuryazarlığı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi SOYD, Haziran 2021 2(2) S: 81-88
- 19- Tangkiatkumjai M, Boardman H, Walker DM. Potential factors that influence usage of complementary and alternative medicine worldwide: a systematic review. BMC Complement Med Ther 2020;20(1):363.
- 20- World Health Organization. (2019). WHO global report on traditional and complementary medicine 2019. World Health Organization. Erişim tarihi: 02.05.2023. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312342>.
- 21- Felicilda-Reynaldo RFD, Choi SY, Driscoll SD, Albright CL. A National Survey of Complementary and Alternative Medicine Use for Treatment Among Asian-Americans. J Immigr Minor Health. 2020;22(4):762-770.
- 22- Kav S, Hanoğlu Z, Algier L. Use of Complementary and Alternative Medicine by Cancer Patients in Turkey: A Literature Review. Int J Hematol Oncol 2008;18(1):32-8.
- 23- Kes D, Gökdoğan F, Tuna D. Use of Complementary and Alternative Medicine by Hypertensive Patients: A Literature Review. Turk J Card Nur 2016;7(12):40-55
- 24- Uçar A, Canbolat Ö. Kardiyovasküler Hastalıklarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanma Durumu. Turk J Cardiovasc Nurs, (2021). 12(29), 155-162.
- 25- Gücük İpek E, Güray Y, Demirkan B, Güray Ü, Kafes H, Başyigit F. Ayaktan kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalarda alternatif bitkisel ilaç ve besin tamamlayıcı ürün alımının yaygınlığı. Türk Kardiyol Dern Ars. 2013;41(3):218-224.
- 26- Pınar N, Topaloğlu M, Özer C, Alp H. Kardiyoloji hastalarında ürün kullanımı. Türk Kardiyol Dern Ars. 2017;45(7):614-622.
- 27- Arslan S, Gökçe E, Deniz Doğan S, Özgen R, Şişman H, Alptekin D. Ve ark. "Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin kullanımı". Cukurova Medical Journal 45 (2020): 1644-1652
- 28- Gok Metin Z, Gulbahar M. The Prevalence of Complementary and Integrative Health Approach Use and Quality of Life Among Patients With Heart Failure A Cross-sectional, Descriptive, and Comparative Study Holistic Nursing Practice: May/June 2021 Volume 35 Issue 3 p 123-132
- 29- Ahcıoğlu A. Koroner arter hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyi ile psikososyal ve davranışsal faktörler arasındaki ilişki. MS thesis. Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2020.
- 30- Erdem N, Ergüney S. Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005 Cilt: 8, Sayı: 3,
- 31- Kurçer M. A, Özbay A. "Koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisi." Anatolian Journal of Cardiology/Anadolu Kardiyoloji Dergisi (2011) 11.2.

- 32- Tütün Yümin E, Özel A, Saltan A, Sertel M, Ankaralı H ve Tarsuslu Şimşek T. Koroner arter hastalarında ağrı, dispne ve kinezyofobinin yaşam kalitesine etkisi. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences* (2017), 22(2), 75-84.
- 33- Sanchis-Gomar F, Perez-Quilis C, Leischik R, Lucia A. Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome. *Ann Transl Med.* 2016 Jul;4(13):256
- 34- World Health Organisation (WHO). The 10 leading causes of death in the world, 2000-2020, Erişim Tarihi: 02.05.2023 Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- 35- Townsend N, Wilson L, Bhatnagar P, Wickramasinghe K, Rayner M, Nichols M.. Cardiovascular Disease in Europe : Epidemiological Update, *European Heart Journal* (2015), 37: 3232-3245,
- 36- Camici G. G, Liberale L. Aging: the next cardiovascular disease? *Eur Heart J* 2017; 38(21):1621–1623.
- 37- Roberts R, Stewart AF. Genes and coronary artery disease: where are we? *J Am Coll Cardiol.* 2012 Oct 30;60(18):1715-21.
- 38- World Health Organization. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: World Health Organization, 2011. ErişimTarihi:08.03.2023ErişimAdresi:<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44701>
- 39- Türkmen E, Badır A, Ergün A.. Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*(2012), (4), 223-231.
- 40- Ceylan, Y, Kaya Y, Tuncer M.. Akut koroner sendrom kliniği ile başvuran hastalarda koroner arter hastalığı risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi*(2011), 18(3), 147-154.
- 41- Roy A, Rawal I, Jabbour S, Prabhakaran D. Tobacco and Cardiovascular Disease: A Summary of Evidence. In: Prabhakaran D, Anand S, Gaziano TA, Mbanya JC, Wu Y, Nugent R, editors. *Cardiovascular, Respiratory, and Related Disorders*. 3rd ed. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2017 Nov 17. Chapter 4
- 42- Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, Willeit P, Warnakula S, Bolton, T. ve ark. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *The Lancet*, 391(10129) (2018), 1513-1523.
- 43- Gülhan Güner S, Nural N. Koroner arter hastalığı: Etiyoloji ve patogenezi. Nural N, editör. *Kalp Damar Hastalıkları Hemşireliği*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020.
- 44- Küçükberber N. Özdiilli K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi: *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* (2011). 11: 619-626
- 45- Kahyaoğlu Süt H, Ünsar S. EQ-5D Hastalarda Yaşam Kalitesinin Geçerliliği. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*(2011). 11(2): 156-62
- 46- Üstündağ H, Gül A, Zengin N, Aydın M. Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesi Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi(2007), Cilt:2, Sayı:6

- 47- Son YJ, Song Y, Nam S, Shin WY, Lee SJ, Jin DK. Factors associated with health-related quality of life in elderly Korean patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2012 Nov-Dec;27(6):528-38.
- 48- Alaloul F, AbuRuz ME, Moser DK, Hall LA, Al-Sadi A. Factors associated with quality of life in Arab patients with heart failure. *Scand J Caring Sci*. 2017 Mar;31(1):104-111.
- 49- Moryś JM, Bellwon J, Höfer S, Rynkiewicz A, Gruchała M. Quality of life in patients with coronary heart disease after myocardial infarction and with ischemic heart failure. *Arch Med Sci*. 2016 Apr 1;12(2):326-33.
- 50- Kiessling A, Henriksson P. Time trends of chest pain symptoms and health related quality of life in coronary artery disease. *Health Qual Life Outcomes*. 2007 Mar 6;5:13
- 51- Erşan EE., Kelleci M., Baysal B. Kalp Hastalarında Psikososyal Uyum, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerine Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri*. 2013 16: 214- 224
- 52- Thompson DR, Yu CM. Quality of life in patients with coronary heart disease-I: assessment tools. *Health Qual Life Outcomes*. 2003 Sep 10;1:42
- 53- Johansson I, Balasubramanian K, Bangdiwala S, Mielniczuk L, Hage C, Sharma SK ve ark. Factors associated with health-related quality of life in heart failure in 23 000 patients from 40 countries: results of the G-CHF research programme. *Eur J Heart Fail*. 2022 Sep;24(9):1478-1490.
- 54- Alemoush RA, Al-Dweik G, AbuRuz ME. The effect of persistent anxiety and depressive symptoms on quality of life among patients with heart failure. *Appl Nurs Res*. 2021 Dec;62:151503.
- 55- Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Prev Med Bull*. 2016 Vol 15 Issue 1
- 56- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z ve ark. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. *BMC Public Health*. 2012 Jan 25;12:80.
- 57- Peltzer S, Hellstern M, Genske A, Jünger S, Woopen C, Albus C. Health literacy in persons at risk of and patients with coronary heart disease: A systematic review. *Soc Sci Med*. 2020 Jan;245:112711.
- 58- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K ve ark. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2011 Mar;(199):1-941.
- 59- Smith SG, O'Connor R, Curtis LM, Waite K, Deary IJ, Paasche-Orlow M ve ark. Low health literacy predicts decline in physical function among older adults: findings from the LitCog cohort study. *J Epidemiol Community Health*. 2015 May;69(5):474-80.
- 60- Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Elaborating a definition of health literacy: a commentary. *J Health Commun*. 2003;8 Suppl 1:119-20.
- 61- Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int*. 2005 Jun;20(2):195-203.
- 62- Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Advancing health literacy: A framework for understanding and action. John Wiley & Sons 2006. Vol. 17.

- 63- Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: what is it? J Health Commun. 2010;15 Suppl 2:9-19.
- 64- Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D ve ark. Health literacy and use of outpatient physician services by Medicare managed care enrollees. J Gen Intern Med. 2004 Mar;19(3):215-20.
- 65- Evangelista LS, Rasmusson KD, Laramie AS, Barr J, Ammon SE, Dunbar S ve ark. Health literacy and the patient with heart failure--implications for patient care and research: a consensus statement of the Heart Failure Society of America. J Card Fail. 2010 Jan;16(1):9-16.
- 66- Beauchamp A, Talevski J, Niebauer J, Gutenberg J, Kefalianos E, Mayr B ve ark. Health literacy interventions for secondary prevention of coronary artery disease: a scoping review. Open Heart. 2022 Jan;9(1):e001895.
- 67- González-Chica DA, Mnisi Z, Avery J, Duszynski K, Doust J, Tideman P ve ark. Effect of Health Literacy on Quality of Life amongst Patients with Ischaemic Heart Disease in Australian General Practice. PLoS One. 2016 Mar 4;11(3):e0151079.
- 68- Kaya E, Sivrikaya SK. Sağlık okuryazarlığı ve hemşirelik. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2019; 28(3), 216-221.
- 69- Kutlu S, Ekmekçi TÜ, Kölü A, Purisa S. Dermatoloji polikliniğine başvuran olgularda tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin kullanımı. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2009; 9(6):1496-502.
- 70- Yadav V, Shinto L, Bourdette D. Complementary and alternative medicine for the treatment of multiple sclerosis. Expert Rev Clin Immunol. 2010 May;6(3):381-95.
- 71- Foley H, Steel A, Cramer H, Wardle J, Adams J. Disclosure of complementary medicine use to medical providers: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2019 Feb 7;9(1):1573.
- 72- World Health Organization. Traditional stragey 2002-2005. Geneva, Erişim tarihi:01.05.2023 Erişim Adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67163>
- 73- Özçelik G, Toprak D. Bitkisel tedavi neden tercih ediliyor?. Ankara Medical Journal 2015; 15(2).
- 74- Peng A, Gu Y, Lin SY. Herbal treatment for renal diseases. Ann Acad Med Singap. 2005 Jan;34(1):44-51.
- 75- Erdoğan Z, Atik DÖ, Çınar S. Kronik böbrek yetmezliğinde tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin kullanımı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2014; 23(4), 773-789.
- 76- Taşkın Şayir Ç, Aslan Karaoğlu S, Evcik Toprak D. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 65 yaş üstü hastalarda polifarmasi ve tamamlayıcı tedavi kullanımlarının değerlendirilmesi. Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2014;18(1).
- 77- Kurt, H, Keşkek ŞÖ, Çil T, Canataroğlu A. Meme kanserli hastalarda tamamlayıcı/alternatif tedavi kullanımı. TürkOnkolojiDergisi. 2013; 28(1), 10-15.
- 78- Lee GB, Charn TC, Chew ZH, Ng TP. Complementary and alternative medicine use in patients with chronic diseases in primary care is associated

with perceived quality of care and cultural beliefs. *Fam Pract.* 2004 Dec;21(6):654-60.

- 79-Manyanya K, Champion B, Dunning T. The use of complementary and alternative medicine among people living with diabetes in Sydney. *BMC Complement Altern Med.* 2012 Jan 12;12:2.
- 80-Oxelmark L, Lindberg A, Löfberg R, Sternby B, Eriksson A, Almer S ve ark. Use of complementary and alternative medicine in Swedish patients with inflammatory bowel disease: a controlled study. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2016 Nov;28(11):1320-8.
- 81-Hasan SS, Ahmed SI, Bukhari NI, Loon WC. Use of complementary and alternative medicine among patients with chronic diseases at outpatient clinics. *Complement Ther Clin Pract.* 2009 Aug;15(3):152-7.
- 82-Ali-Shtayeh MS, Jamous RM, Jamous RM. Complementary and alternative medicine use amongst Palestinian diabetic patients. *Complement Ther Clin Pract.* 2012 Feb;18(1):16-21.
- 83-Basak T, Unver V, Demirkaya S. The Use of Complementary and Alternative Medicine by Multiple Sclerosis Patients in Turkey. *Gulhane Medical Journal* 2014;56(2):71-5.
- 84-Harasim AS, Krone M, Tony HP, Gawlik M, Witte T, Joos S ve ark. Use of Complementary and Alternative Medicine in Patients with Primary Immunodeficiency: a Multicentric Analysis of 101 Patients. *J Clin Immunol.* 2021 Apr;41(3):585-594.
- 85-Wood MJ, Stewart RL, Merry H, Johnstone DE, Cox JL. Use of complementary and alternative medical therapies in patients with cardiovascular disease. *Am Heart J.* 2003 May;145(5):806-12.
- 86-Ilhan M, Demir B, Yüksel S, Çatakli SA, Yıldız RS, Karaman O ve ark. The use of complementary medicine in patients with diabetes. *North Clin Istanbul* 2016;3(1): 34
- 87-Posadzki P, Watson LK, Ernst E. Adverse effects of herbal medicines: an overview of systematic reviews. *Clin Med (Lond).* 2013 Feb;13(1):7-12.
- 88-Salah AO, Salameh AD, Bitar MA, Zyoud SH, Alkaiyat AS, Al-Jabi SW. Complementary and alternative medicine use in coronary heart disease patients: a cross-sectional study from Palestine. *BMC Complement Med Ther.* 2020 Jul 20;20(1):231.
- 89-Greenfield S, Pattison H, Jolly K. Use of complementary and alternative medicine and self-tests by coronary heart disease patients. *BMC Complement Altern Med.* 2008 Aug 4;8:47.
- 90-Bahall M. Complementary and alternative medicine usage among cardiac patients: a descriptive study. *BMC Complement Altern Med.* 2015 Mar 31;15:100.
- 91-Krasuski RA, Michaelis K, Eckart RE. The cardiovascular patient's perceptions of complementary and alternative medicine. *Clin Cardiol.* 2006 Apr;29(4):161-4.

- 92-Grant SJ, Bin YS, Kiat H, Chang DH. The use of complementary and alternative medicine by people with cardiovascular disease: a systematic review. *BMC Public Health*. 2012 Apr 26;12:299.
- 93-Than MC, Anam A, Nurfarahi K, Asma A, Hayati, M. Knowledge, use of complementary alternative medicine and health-related quality of life among cardiovascular disease patients. *Food Res*. 2019; 3(5), 604-616.
- 94-Okoli C, Carswell S, Akuse S, Sullivan K. Use of complementary and alternative medicine among people with cardiovascular diseases in Southeast Georgia. *J Georgia Public Health Assoc*. 2019;7(2):24–29.
- 95-Tan G. kronik hastalık yönetiminde tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı ve hemşirenin rolü, *Van Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018; 11(2), 21-24.
- 96-Kütmeç Yılmaz C, Duru Aşiret G, Çetinkaya F, Kapucu S. Kronik obstrüktif akciğer hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi kullanımı. *DEUHFED* 2017, 10 (4), 216-221
- 97-Dışsöz G, Yılmaz M. Complementary and alternative therapies and health literacy in cancer patients. *Complement Ther Clin Pract*. 2016 May;23:34-9.
- 98-Sørensen K. The European health literacy survey. In *Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy around The World: Workshop Summary*. Washington, DC 2013, July; National Academies Press.
- 99-Toçi E, Burazeri G, Sørensen K, Kamberi, H, Brand H. Concurrent validation of two key health literacy instruments in a South Eastern European population, *The European Journal of Public Health*. 2014; 25(3), 482-486.
- 100-Aras Z, Bayık Temel A. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi F.N. *Hem. Derg*, 2017; 25(2): 85-94.
- 101-Ware J, Kosinski M, Keller SD. "A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity." *Medical care* vol. 34,3 (1996): 220-33.
- 102-Soylu C, Kütük B. SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe Formunun Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2021.
- 103-Chu FY, Yan X, Zhang Z, Xiong XJ, Wang J, Liu HX. Features of complementary and alternative medicine use by patients with coronary artery disease in Beijing: a cross-sectional study. *BMC Complement Altern Med*. 2013;13:287.
- 104-Teo TY, Yap J, Shen T, Yeo KK. Complementary and alternative medicine use amongst patients with cardiovascular disease in Singapore. *BMC Complement Altern Med*. 2016;16(1):446. Published 2016 Nov 8.
- 105-Palileo-Villanueva LM, Palafox B, Amit AML, Pepito VCF, Ab-Majid F, Arifin F ve ark. Prevalence, determinants and outcomes of traditional, complementary and alternative medicine use for hypertension among low-income households in Malaysia and the Philippines. *BMC Complement Med Ther*. 2022;22(1):252.

- 106-Boccolini PMM, de Lima Sírío Boclin K, de Sousa IMC, Boccolini CS. Prevalence of complementary and alternative medicine use in Brazil: results of the National Health Survey, 2019. *BMC Complement Med Ther*. 2022;22(1):205.
- 107-Shahjalal M, Chakma SK, Ahmed T, Yasmin I, Mahumud RA, Hossain A. Prevalence and determinants of using complementary and alternative medicine for the treatment of chronic illnesses: A multicenter study in Bangladesh. *PLoS One*. 2022;17(1):e0262221.
- 108-Güven, ŞD, Muz G, Ertürk NE, & Özcan A. Hipertansiyonlu bireylerde tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumu. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;2(3), 160-166.
- 109-Wode K, Henriksson R, Sharp L, Stoltenberg A, Hök Nordberg J. Cancer patients' use of complementary and alternative medicine in Sweden: a cross-sectional study. *BMC Complement Altern Med*. 2019;19(1):62.
- 110-Shahjalal M, Gow J, Rahman MA, Hossain J, Khan NA, Alam S ve ark. Proportion and associated factors of the utilisation of complementary and alternative medicine exclusively in a hospital in Bangladesh. *BMC Complement Med Ther*. 2022;22(1):225.
- 111-Sağkal T, Demiral S, Odabaş H, Altunok E. Kırsal kesimde yaşayan yaşlı bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumları. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 2013; 27(1), 19-26.
- 112-Chagan L, Bernstein D, Cheng JW, Kirschenbaum H, Rozenfeld V, Caliendo GC ve ark. Use of biological based therapy in patients with cardiovascular diseases in a university-hospital in New York City. *BMC Complement Altern Med*. 2005;5:4.
- 113-Decker C, Huddleston J, Kosiborod M, Buchanan D, Stoner C, Jones A ve ark. Self-reported use of complementary and alternative medicine in patients with previous acute coronary syndrome. *Am J Cardiol*. 2007;99(7):930-933.
- 114-Sirois FM, Jiang L, Upchurch DM. Use and Disclosure of Complementary Health Approaches in US Adults With Cardiovascular Disease. *Am J Cardiol*. 2018;122(1):170-174.
- 115-Smith CA, Chang E, Gallego G. Complementary medicine use and health literacy in older Australians. *Complement Ther Med*. 2019;42:53-58.
- 116-Dursun Sİ, Vural B, Keskin, Kaçar HK, Beyhan A, Kadioğlu H. Yetişkinlerde Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Tutumu ile Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı Arasındaki İlişki. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2019;1(1), 1-10.
- 117-Baydan T. Balıkesir kent merkezinde bir bölgede yaşayan yetişkinlerde sağlık okuryazarlığı, bütüncül tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutum, sağlık algısı ve ilişkili faktörler (Yüksek lisans tezi), Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2022.
- 118-Gardiner P, Mitchell S, Filippelli AC, Sadikova E, Beyaz LF, Paasche-Orlow MK ve ark. Health literacy and complementary and alternative medicine use among underserved inpatients in a safety net hospital. *J Health Commun*. 2013;18 Suppl 1(Suppl 1):290-297.

- 119-Bains SS, Egede LE. Association of health literacy with complementary and alternative medicine use: a cross-sectional study in adult primary care patients. *BMC Complement Altern Med*. 2011;11:138.
- 120- Charoencheewakul C , Laohasiriwong W , Suwannaphant K , Sopon A. Health Literacy and Complementary and Alternative Medicine Use among Type 2 Diabetes Mellitus Patients in the Northeast of Thailand. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)*. 2019;17(66):107-113.
- 121-Can G, Erol O, Aydiner A, Topuz E. Quality of life and complementary and alternative medicine use among cancer patients in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*. 2009;13(4), 287-294.
- 122-Dehghan M, Namjoo Z, Bahrami A, Tajedini H, Shamsaddini-Lori Z, Zarei A ve ark. The use of complementary and alternative medicines, and quality of life in patients under hemodialysis: A survey in southeast Iran. *Complement Ther Med*. 2020;51:102431.
- 123-Saini A, Berruti A, Capogna S, Negro M, Sguazzotti E, Picci RL ve ark . Prevalence of complementary/alternative medicines (CAMs) in a cancer population in northern Italy receiving antineoplastic treatments and relationship with quality of life and psychometric features. *Qual Life Res*. 2011;20(5):683-690.
- 124-Huo N, Ray GE, Mehta S, LoBello SG. Complementary and alternative medicine use among people with asthma and health-related quality of life. *J Asthma*. 2015;52(3):308-313.
- 125-Armstrong T, Cohen MZ, Hess KR, Manning R, Lee E, Tamayo G ve ark. Complementary and alternative medicine use and quality of life in patients with primary brain tumors. *J Pain Symptom Manage*. 2006;32(2):148-154.
- 126-Alvarez-Nemegyei J, Bautista-Botello A, Dávila-Velázquez J. Association of complementary or alternative medicine use with quality of life, functional status or cumulated damage in chronic rheumatic diseases. *Clin Rheumatol*. 2009;28(5):547-551.
- 127-Güner TA, Kuzu A & Bayraktaroğlu T. Diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişki. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*. 2020;4(3), 214-223.
- 128-Pala B. Koroner Arter Hastalarında Sağlık Algısı ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki (Yüksek lisans tezi) Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2023.
- 129-Suhail M, Saeed H, Saleem Z, Younas S, Hashmi FK, Rasool F ve ark. Association of health literacy and medication adherence with health-related quality of life (HRQoL) in patients with ischemic heart disease. *Health Qual Life Outcomes*. 2021;19(1):118.
- 130-Son YJ, Won MH. Gender differences in the impact of health literacy on hospital readmission among older heart failure patients: A prospective cohort study. *J Adv Nurs*. 2020;76(6):1345-1354.
- 131-Lee JK, Son YJ. Gender Differences in the Impact of Cognitive Function on Health Literacy among Older Adults with Heart Failure. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(12):2711.
- 132-Lu M, Ma J, Lin Y, Zhang X, Shen Y, Xia H. Relationship between patient's health literacy and adherence to coronary heart disease secondary prevention measures. *J Clin Nurs*. 2019;28(15-16):2833-2843.

- 133-Costa ACD, Conceição APD, Butcher HK, Butcher RCGES. Factors that influence health literacy in patients with coronary artery disease. Factores que influyen en la alfabetización en salud de los pacientes con enfermedad arterial coronaria. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2023;31:e3878.
- 134-Emery CF, Frid DJ, Engebretson TO, Alonzo A, Fish A, Ferketich A ve ark. Gender differences in quality of life among cardiac patients. *Psychosom Med*. 2004;66(2):190-197.
- 135-Yaghoubi A, Tabrizi JS, Mirinazhad MM, Azami S, Naghavi-Behzad M, Ghojzadeh M. Quality of life in cardiovascular patients in iran and factors affecting it: a systematic review. *J Cardiovasc Thorac Res*. 2012;4(4):95-101.
- 136-Huber A, Oldridge N, Benzer W, Saner H, Höfer S. Validation of the German HeartQoL: a short health-related quality of life questionnaire for cardiac patients. *Qual Life Res*. 2020;29(4):1093-1105.
- 137-Barham A, Ibraheem R, Zyoud SH. Cardiac self-efficacy and quality of life in patients with coronary heart disease: a cross-sectional study from Palestine. *BMC Cardiovasc Disord*. 2019;19(1):290.
- 138-Salık S, Sarıtaş SÇ. Kalp yetersizlikli hastalarda yaşamkalitesi ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi. *TurkJ CardiovascNurs*. 2021;12(29), 173-182.
- 139-Yakar B, Gömleksiz M, Pirinççi E. Bir üniversite hastanesi polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Eurasian Journal of Family Medicine*. 2019; 8(1), 27-35.
- 140-Kınıcı, E. Kalp yetersizliği hastalarının umutsuzluk düzeyi, sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler (Yüksek lisans tezi) Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2019.

8.EKLER

Ek-1: Tanıtıcı Soru Formu

Katılımcı No:

1- Yaşınız:

2- Cinsiyet :

a. Kadın b. Erkek

3- Medeni Durum:

a. Evli b. Bekar

4- Eğitim Düzeyi :

a. İlkokul ve altı b. Ortaokul c. Lise d. Üniversite ve üzeri

5- Çalışma Durumu:

a. Çalışıyor b. Çalışmıyor

6- Gelir durumuzu nasıl değerlendirirsiniz:

a. gelir giderden az b. gelir gidere eşit c. gelir giderden fazla

7- İkametgah ettiği yer:

a. Şehir b. ilçe c. köy

8- Sağlık durumuzu nasıl değerlendirirsiniz?

a. İyi b. Orta c. Kötü

9- Kalp hastalığı tanınız nedir?

10- Kalp hastalığı tanısını ne zaman aldınız?

a. bir yıldan az b. 1-2 yıl arası c. 2 yıldan fazla

11- Hekim tarafından tanı konulmuş diğer hastalıklarınız nelerdir?

.....

12- Kullandığınız ilaçlar nelerdir?

.....

13- Halk arasında geleneksel tedaviler olarak anılan tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini biliyor musunuz?

- a. Evet b. Hayır

14- Hastalığınız nedeniyle tamamlayıcı ve alternatif tedavileri/ yöntemleri (bitkisel tedaviler, an sütü, biyoenerji, akupunktur, meditasyon vb.) kullandınız mı?

- a. Evet b. Hayır

Aşağıdaki soruları 14. soruya evet diyen katılımcılar cevaplamalıdır.

15- Hastalığınız nedeniyle kullandığınız tamamlayıcı ve alternatif tedaviler/ yöntemler nelerdir, belirtir misiniz?

.....

16- Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanmanızın nedeni nedir?

- a. Hastalıklardan korunma ve genel sağlığı iyileştirmek
b. İlaç yan etkilerinden korunmak/azaltmak
c. Doğal ve güvenli olduğu için
d. Hastalığı tedavi etmek
e. Hastalık semptomlarını azaltmak
f. Diğer.....

17- Tamamlayıcı alternatif tedavileri kullanırken ilaç kullanmanızda herhangi bir değişiklik yaptınız mı?

.....

18- Tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanmadan önce bir sağlık profesyonelinden danışmanlık aldınız mı?

- a. Evet (Hangi konuda aldığınızı açıklayınız?.....)
b. Hayır

19- Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumunuzu sağlık çalışanları ile paylaştınız mı/bilgi verdiniz mi?

- a. Evet
- b. Hayır (nedeninizi açıklayınız?.....)

20- Tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanmak sağlığınızı nasıl etkiledi?

- a. Faydalı oldu
- b. Zararlı oldu
- c. Etki etmedi

21- Tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanmayı başkalarına önerir misiniz?

- a. Evet
- b. Hayır

22- Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı için bilgiyi nereden edindiniz?

- a- İnternet/Medya/Televizyon/gazete/dergi
- b- Aile dostları/arkadaş/akrabalar
- c- Sağlık çalışanı/eczacı

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

	1- Yapamayacak durumdayım/	2-Çok zorluk çekiyorum	3- Biraz zorluk çekiyorum	4-Az zorluk	5- Hiç zorluk çekmiyorum
BİLGİYE ERIŞİM					
1. Hastalıklar hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
2. Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?					
3. Sigara içme, şişmanlık gibi sağlık riskleri hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
4. Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
5. Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgileri elde edebiliyor musunuz?					
BİLGİLERİ ANLAMA					
6. İlaç kutularında bulunan açıklayıcı bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
7. Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?					
8. Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenahanelerinde bulunan sağlığa zararlı davranışlar 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?					

	1- Yapamayacak durumdayım./	2-Çok zorluk çekiyorum	3- Biraz zorluk çekiyorum	4-Az zorluk	5- Hiç zorluk çekmiyorum
DEĞER BİÇME/ DEĞERLENDİRME					
13. Doktorunuzla ya da eczacınızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?					
14. Tedavi seçeneklerinin yan etkilerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
15. Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?					
16. Sağlığınıza zararlı davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?					
17. Diğer insanların yaptığı sağlığa zararlı davranışlardan ders alabiliyor musunuz?					
18. Sağlık personeli, arkadaşlarınız, aileniz ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz sağlığa zararlı davranışlarla ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?					
19. Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?					
20. Sağlıklı beslenme ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin etkilerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
UYGULAMA/ KULLANMA					
21. Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
22. Aşı yaptıрма, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personellerinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
23. Eğer isterseniz sağlığa zararlı alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?					
24. Sağlıklı ürünlere (doğal besinler, zararlı kimyasallar gibi) ulaşabiliyor musunuz?					
25. Sağlıkla ilgili bilgilerin sizin yararınıza olacak şekilde kullanabiliyor musunuz?					

Ek-3

SF-12 Yaşam Kalitesi

SF-12 YAŞAM KALİTESİ

YÖNERGE: Bu tarama formu size sağlığınıza ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinizi ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır.

Bütün soruları belirtildiği şekilde cevaplayın. Eğer bir soruyu ne şekilde cevaplayacağınızdan emin olamazsanız, lütfen en yakın cevabı işaretleyiniz.

1. Genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">1</div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">2</div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">3</div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">4</div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">5</div> |
| Mükemmel | Çok iyi | İyi | Fena değil | Kötü |

Aşağıdaki maddeler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Şu sıralarda sağlığınıza sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

- | | Evet,
oldukça
kısıtlıyor | Evet,
biraz
<u>kısıtlıyor</u> | Hayır, hiç
kısıtlamıyor |
|--|--|--|--|
| 2. Orta zorlukta faaliyetler , örneğin masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">1</div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">2</div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">3</div> |
| 3. Birkaç kat merdiven çıkmak | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">1</div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">2</div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">3</div> |

Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınıza nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

- | | EVET | HAYIR |
|---|--|--|
| 4. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...) | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">1</div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">2</div> |
| 5. Yapabildiğiniz iş türünde ya da diğer faaliyetlerde kısıtlanmak | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">1</div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">2</div> |

Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemlerinizi nedeniyle (üzüntülü ya da kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

- | | EVET | HAYIR |
|---|--|--------------------------------|
| 6. Y yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...) | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 7. İş ya da diğer uğraşları her zaman gibi dikkatlice yapamamak | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> |
| 8. <u>Son bir ay (4 hafta)</u> içerisinde, <u>ağrı</u> normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu? | <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/>
Hiç olmadı</div> <div style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/>
Biraz</div> <div style="text-align: center;"><input type="text" value="3"/>
Orta derecede</div> <div style="text-align: center;"><input type="text" value="4"/>
Epey</div> <div style="text-align: center;"><input type="text" value="5"/>
Çok fazla</div> </div> | |

Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen, her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarı:

- | | Her zaman | Çoğu zaman | Epeyce | Arada sırada | Çok ender | Hiçbir zaman |
|--|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 9. Sakin ve huzurlu hissettiniz? | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> | <input type="text" value="6"/> |
| 10. Çok enerjiniz oldu? | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> | <input type="text" value="6"/> |
| 11. Mutsuz ve kederli oldunuz? | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> | <input type="text" value="6"/> |
| 12. <u>Geçtiğimiz bir ay (4 hafta)</u> içerisinde, bu sürenin ne kadarında <u>bedensel sağlığınız ya da duygusal problemlerinizi</u> , sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu? | <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/>
Her zaman</div> <div style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/>
Çoğu zaman</div> <div style="text-align: center;"><input type="text" value="3"/>
Bazen</div> <div style="text-align: center;"><input type="text" value="4"/>
Çok ender</div> <div style="text-align: center;"><input type="text" value="5"/>
Hiçbir zaman</div> </div> | | | | | |

Ek -4 Etik Kurul Onayı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr.Meryem Öztürk HANEY

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	goack@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	6895-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Tamamlayıcı-Alternatif Tedavi Kullanımı İle Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesi İlişkisi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Meryem Öztürk HANEY Hemşirelik Fakültesi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☒

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2022/01-43	Tarih:05.01.2022			
	Doç.Dr.Meryem Öztürk HANEY'in sorumlusu olduğu "Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Tamamlayıcı-Alternatif Tedavi Kullanımı İle Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesi İlişkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
	Kurum izinlerinin 3 ay içerisinde Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.				
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?	
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Emel Çalıkoğlu (Başkan Yardımcısı)	Preventif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Nil Hocaoglu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☒	H ☐
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒
Dr.Öğr.Üyesi Özlenen Şimşek Papur	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒
Dr.Öğr.Üyesi Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç Yüksel	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney çalışmada sorumlu araştırmacı olduğu için çalışma görüşülürken toplantıda bulunmamıştır.					
Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu					

Ek-5 Kurum İzinleri

 İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	Kod	EAGK-FR-01
		Yayın Tarihi	27.05.2013
	ARAŞTIRMA ÖN İZİN / İZİN BELGESİ	Rev. No/Tarihi	02/ 16.11.2016
		Sayfa	1/2

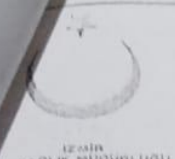
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Araştırmamı Kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin / iznin verilmesi hususunda, gereğini arz ederim.

Ad Soyad: Müge UYSALOĞLU
Ta

Araştırmanın;

Adı:	Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Tamamlayıcı-Alternatif Tedavi Kullanımı İle Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesi İlişkisi
Amacı:	Araştırma koroner arter hastalığı olan bireylerde tamamlayıcı-alternatif tedavi kullanma, sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.
Yöntemi:	Kardiyoloji Anjio Servisi ve Kardiyoloji Servisinde yatmakta olan hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek çalışmaya katılmayı kabul edenlere bilgilendirilmiş onam formu (BOF) imzalatılacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul edip bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan hastalardan veriler Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Tanıtıcı Soru Formu ile yüz yüze görüşülerek toplanacaktır

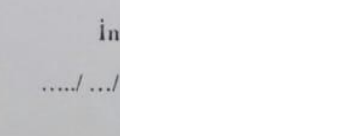
 İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	Kod	EAGK-FR-01
	ARAŞTIRMA ÖN İZİN / İZİN BELGESİ	Yayın Tarihi	27.05.2013
		Rev. No/Tarihi	02/ 16.11.2016
		Sayfa	2/2

Uygulanacağı Yerler:	Kardiyoloji Anjio Servisi ve Kardiyoloji Servisi
Varsa Destekleyen (Hibe destek, fon vb) Kurumu/kuruluş Adı:	YOKTUR.
Başlama Tarihi ve Süresi:	2022 Mart-2022 Aralık tarihleri aralığında 10 ay süreyle tamamlanması planlanmıştır.
Tez Çalışması ise Danışman Öğretim Üyesi Ad Soyadı:	Doç. Dr. Meryem ÖZTÜRK HANEY

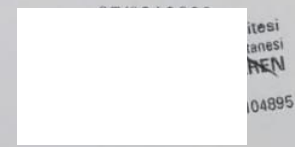
Klinik / Birim Program Yöneticisi*
İmza



Bakım Hizmetleri Müdürü**

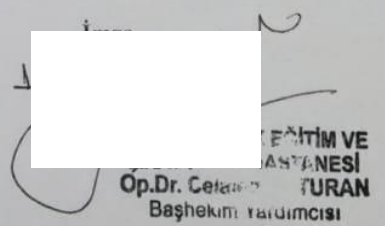


Klinik / Birim İdari Sorumlusu*
İmza



Eğitim Ar-Ge'den Sorumlu

Başhekim Yardımcısı



Not: *Eğitim Araştırma Hastaneleri dışındaki Devlet Hastanelerinde Bakım Hizmetleri Müdürü ve Hastane Yöneticisinin onaylaması yeterlidir.

**Sadece Hemşirelik araştırmalarında ayrıca Bakım Hizmetleri Müdürüne onaylatılması gereklidir.

Ek-6

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Çalışma Adı: Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Tamamlayıcı-Alternatif Tedavi Kullanımı İle Sağlık Okuryazarlığı Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

Sayın Katılımcı,

Koroner arter hastalarında sağlık okuryazarlığı, yaşam kalitesi, tamamlayıcı-alternatif tedavi kullanım durumunu ve aralarındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla bu araştırmayı yapmaktayız. Araştırma kapsamında elde edilen bilgiler Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi bünyesinde yürütülen bir yüksek lisans tez çalışması için kullanılacak olup bilimsel amaçlar dışında kesinlikle kullanılmayacaktır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyorum. Bu bilgileri okuyup değerlendirdikten sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı Doç. Dr. Meryem Öztürk Haney ve yüksek lisans öğrencisi Müge Uysaloğlu tarafından hastane ortamında size anketler uygulanacaktır, başka bir uygulama yapılmayacaktır. Bunlar; sizin sağlık okuryazarlığı, yaşam kalitesi ve tamamlayıcı-alternatif tedavi kullanma düzeylerinizi belirlememizi sağlayan ‘**Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Tanıtıcı Soru Formu**’dur.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden ya da sosyal güvenlik kurumunuzdan herhangi bir ücret talep edilmeyecektir, ayrıca, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ilgili bilgiler gizli tutulacak, ancak etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir. Çalışmaya katılmayı kabul etmenize rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz.

Katılımcının Beyanı

Sayın Meryem Öztürk Haney ve Müge Uysaloğlu tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra bu araştırmaya “katılımcı” olmak için davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak, araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında araştırma ile ilgili herhangi bir sorunla karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Meryem Öztürk Haney'i Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi adresinden, Müge Uysaloğlu'nu Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesinden 10lu telefon numarasından arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada“katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

<u>Katılımcı</u>	<u>Görüşme tanığı</u>	<u>Katılımcı ile görüşen araştırmacı</u>
Adı, soyadı: Adres: Tel. İmza	Adı, soyadı: Adres: Tel. İmza:	Adı soyadı, unvanı: Hemşire Müge Uysaloğlu (YL öğrencisi) Adres: Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Tel. İmza

,

,

EK-7 Ölçek İzinleri

Ölçek kullanım izni Gelen Kutusu x



Müge Uysaloğlu <uysaloglumuge@gmail.com>
Alıcı: ayila.bayik

11:45 (7 saat önce)



Merhabalar hocam, Sağlık okuryazarlığı üzerine çalışacağım yüksek lisans tezimde kullanmak üzere izniniz dahilinde Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yaptığımız yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeğini ve kullanma rehberini rica ediyorum.



Ayila Bayık Temel
Alıcı: ben

15:29 (4 saat önce)



Sayın Müge Uysaloğlu

Uzman Hemşire Zühal Aras ile birlikte geçerlik ve güvenilirliğini test ettiğimiz "Sağlık Okuryazarlık Ölçeğini" bilimsel çalışmanızda kullanabilmemiz uygundur. Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Makaleye **Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017;25(2):85-94** sayısında ulaşabilirsiniz ölçeğin son hali ve kullanımı makalede açık verilmiştir, açıklanmıştır. Makaledeki formu kullanınız. İlginize teşekkür ederim, başarılar dilerim.

Prof. Dr. Ayila Bayık Temel

Müge Uysaloğlu <uysaloglumuge@gmail.com>, 14 Ara 2021 Sal, 11:45 tarihinde şunu yazdı:

Yanıtla

Yönlendir

(konu yok)

Gelen Kutusu x

261



Müge Uysaloğlu <uysaloglumuge@gmail.com>
Alıcı: csoylu

9 Aralık Per 21:50 (4 gün önce)



Merhabalar hocam, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Anabilim dalında yüksek lisans yapıyorum. Yaşam kalitesi üzerine çalışacağım yüksek lisans tezimde geçerlilik güvenilirliğini yapmış olduğunuz Sağlık Anketi Türkçe formunu kullanmak istiyorum. İzniniz olursa SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeğini kullanmak istiyorum. İzniniz dahilinde ölçeği ve kullanma rehberini rica ediyorum



Cem SOYLU
Alıcı: ben

10 Aralık Cum 09:46 (3 gün önce)



Müge Hanım Merhaba,

Ekte, ölçek maddelerinin yer aldığı dosya, nasıl puanlandığı ile ilgili bilgilerin ve orijinal formunun yer aldığı manuel ve son olarak Türkçe formunun psikometrik özellikleri ile ilgili bilgilerin yer aldığı makale olmak üzere 3 dosya gönderiyorum.

Çalışmanızda başarılar dilerim.

Cem

3 Ek



en bir

Yanıtla

Yönlendir

ÖZGEÇMİŞ



MÜGE UYSALOĞLU

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

01 Ağustos 2018 - 22 Haziran 2020 (1 yıl 11 ay)

Lisans, Anadal/Normal Öğretim, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK PR.

Diploma Numarası: 202003687

Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 84.74 / 100.0

17 Ağustos 2016 - 18 Mayıs 2018 (1 yıl 10 ay)

Lisans, Anadal/Normal Öğretim, ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK PR.

Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.37 / 4.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Ocak 2021 - Şu Anda (2 yıl 5 ay) (Tam Zamanlı)

HEMŞİRE, İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: Başlangıç, Yazma: Başlangıç, Konuşma: Başlangıç)