



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEKRARLI MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN
HASTALARDA
ÖZ BAKIM YÖNETİMİ VE İLAÇ UYUMU

Fatma Zehra KAMBER

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Hatice DEMİRDAĞ

İSTANBUL-2023

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEKRARLI MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN
HASTALARDA
ÖZ BAKIM YÖNETİMİ VE İLAÇ UYUMU

Fatma Zehra KAMBER

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Hatice DEMİRDAĞ

İSTANBUL-2023

ÖZET

Tekrarlı Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Öz Bakım Yönetimi ve İlaç Uyumu

Amaç: Bu araştırma tekrarlı miyokard infarktüsü geçiren bireylerin ilaç uyumlarını, öz bakım yönetimlerini ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

Gereç ve yöntem: Araştırma 1 Nisan- 30Temmuz 2021 tarihleri arasında İstanbul ilinde bulunun bir eğitim araştırma hastanesine yatan 250 tekrarlı Mİ geçiren hastalar ile yürütüldü. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu, Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri (KKÖBE) ve Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği (TMMÖ) kullanıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Kolmogorov Smirnov testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallies testi ve Spearman Korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan Miyokard İnfarktüsü geçiren hastaların %79,4'ü kronik hastalığının olduğu, %27,2'si yılda bir sağlık kontrolüne gittiği, %52'si ilaç kullanmada zorluk yaşadığı belirlendi. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri, Öz Bakımı Sürdürme Ölçeği puan ortalaması $22,87 \pm 5,47$, Danışma alt boyut puan ortalaması $14,14 \pm 3,80$, Otonom alt boyut puan ortalaması $8,73 \pm 2,46$ olarak belirlendi. Öz Bakımı Yönetme Ölçeği puan ortalaması $13,33 \pm 3,59$, Erken dönem alt boyut puan ortalaması $6,91 \pm 2,48$, Geç dönem alt boyut puan ortalaması $6,37 \pm 1,80$, Öz Bakım Öz Güven Ölçeği puan ortalaması ise $15,74 \pm 3,50$ olarak bulundu. Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde Motivasyon alt boyut puan ortalaması $1,55 \pm 1,01$, Bilgi Düzeyi alt boyut puan ortalaması $1,72 \pm 1,13$ olarak bulundu. Motivasyon ve Bilgi düzeyi alt boyutları ile Öz Bakımı Sürdürme Ölçeği, Danışma alt boyutu, Otonom alt boyutu, Öz Bakımı Yönetme Ölçeği, Erken Öz Bakım Öz Güven Ölçeği arasında pozitif yönde orta derecede anlamlı bir ilişki bulundu ($p < 0,001$).

Sonuç: Tekrarlı Miyokard İnfarktüsü geçiren bireylerin öz bakım yönetimi ve ilaç uyumu arasında pozitif yönde orta derecede anlamlı bir ilişki bulundu.

Anahtar kelimeler: Miyokard İnfarktüsü, Öz bakım Yönetimi, İlaç Uyumu, Hemşirelik

ABSTRACT

Self-Care Management and Drug Compliance in Patients with Recurrent Myocardial Infarction

Objective: This research was planned to determine the drug compliance, self-care management and factors affecting these individuals who had recurrent myocardial infarction.

Materials and Method: The study was conducted with 250 patients with recurrent MI who were hospitalized in a training and research hospital in Istanbul between April 1 and July 30, 2021. Introductory Information Form, Coronary Heart Disease Self-Care Inventory (SC-CHDI), and Turkish Modified Morisky Scale (TMME) were used to collect data. Analysis of the data were used by descriptive statistics, Kolmogorov Smirnov Test, Mann Whitney U test, Kruskal Wallies test and Spearman Correlation analysis.

Result: It was determined that 79.4% of the patients with Myocardial Infarction who participated in the study had a chronic disease, 27.2% went to a health check-up once a year, and 52% had difficulty in using medication. Coronary Heart Disease Self-Care Inventory, Self-Care Maintenance Scale mean score was 22.87 ± 5.47 , Counseling sub-dimension mean score was 14.14 ± 3.80 , Autonomic sub-dimension mean score was 8.73 ± 2.46 . Self-Care Management Scale mean score is 13.33 ± 3.59 , Early period sub-dimension mean score is 6.91 ± 2.48 , Late-term sub-dimension mean score is 6.37 ± 1.80 , Self-Care Self-Confidence Scale mean score is It was found to be 15.74 ± 3.50 . When the Turkish Modified Morisky Scale sub-dimension mean score was examined, the Motivation sub-dimension mean score was found to be 1.55 ± 1.01 , and the Knowledge Level sub-dimension mean score was 1.72 ± 1.13 . A moderately significant positive correlation was found between Motivation and Knowledge sub-dimensions and Self-Care Maintenance Scale, Counseling sub-dimension, Autonomic sub-dimension, Self-Care Management Scale, Early Self-Care Self-Confidence Scale ($p < 0.001$).

Conclusions: A moderately significant positive correlation was found between self-care management and drug compliance in individuals with recurrent myocardial infarction.

Keywords: Myocardial Infarction, Self-care Management, Medication Compliance, Nursing



TEŞEKKÜR

Gerçekleştirmiş olduğum tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimleriyle bana destek olan, titiz ve özverili yaklaşımlarıyla beni yönlendiren, bana ışık tutan ve hiçbir desteğini esirgemeyen değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi Hatice DEMİRDAĞ’a,

Üsküdar Üniveristesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü değerli öğretim üyelerine,

Tez çalışmam sürecinde desteklerini her zaman yanımda hissettiğim koroner yoğun bakım ünitesindeki tüm hemşire arkadaşlarıma,

Bugünlere ulaşmamda fedakârlıktan kaçınmayan babam Abdulkadir KARTAL’a, annem Aynur KARTAL’a ve içten sevgileriyle yanımda olan kardeşlerime,

Her daim yanımda olan ve beni destekleyip motive eden değerli eşim Tugay KAMBER’e, verdikleri muhabbet, destek, güven ve moral için gönülden teşekkür ederim.

Saygılarımla
Fatma Zehra KAMBER

BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve şkdar niversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

24.01.2023

Fatma Zehra KAMBER

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	iii
TEŞEKKÜR	v
BEYAN FORMU	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	x
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2.Araştırmanın Amacı	4
1.3.Araştırmanın Soruları.....	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Miyokard İnfarktüsünün Tanımı	5
2.1.2. Miyokard İnfarktüsünün Etyolojisi.....	5
2.1.3. Miyokard İnfarktüsünün Epidemiyoloji	6
2.1.4. Miyokard İnfarktüsünün Tanısı	8
2.1.5. Miyokard İnfarktüsünün Sınıflandırması	10
2.1.6. Miyokard İnfarktüsü Semptom ve Bulgular.....	11
2.1.7. Miyokard İnfarktüsünün Risk Faktörleri.....	12
2.1.8. Miyokard İnfarktüsünde Tedavi.....	16
2.1.9. Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Tedaviye Uyum.....	19
2.2. İlaç Uyumu.....	20
2.2.1. İlaç Uyumunu Etkileyen Faktörler.....	22
2.3. Öz Bakım Tanımı.....	23
2.3.1 Öz Bakım Yönetimi.....	24
2.4. Miyokard İnfarktüsü Sonrası Hemşirenin Rolü.....	27
3. GEREÇ ve YÖNTEM	30
3.1.Araştırmanın Tipi.....	30
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	30
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	30
3.4.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	31
3.5. Veri Toplama Araçları.....	31

3.6. Verilerin Toplanması.....	33
3.7.Verilerin Analizi.....	33
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	34
4. BULGULAR.....	35
5.TARTIŞMA.....	49
5.1. Tanıtıcı Özellikler ile Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri (KKHÖBE) Puanlarının Tartışması.....	49
5.2. Tanıtıcı Özellikler ile Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği (TMMÖ) Puanlarının Tartışması.....	58
5.3. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri (KKHÖBE) ölçeği ile Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği Puanlarının Tartışması.....	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	67
6.1. Sonuçlar.....	67
6.2. Öneriler.....	70
7.KAYNAKLAR	71
8.EKLER	93
Ek 1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	93
Ek 2. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri (KKHÖBE).....	95
Ek 3. Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği (TMMÖ).....	100
Ek 4. Etik Kurul Kararı.....	101
Ek 5. Kurum İzin Belgesi.....	103
Ek 6. İl Sağlık Müdürlüğü İzni.....	104
9. ÖZGEÇMİŞ	105

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Hastaların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı.....	35
Tablo 2. Hastaların Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri puan ortalamaları.....	37
Tablo 3. Hastaların Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği puan ortalamaları.....	38
Tablo 4. Türkçe Modifiye Morisky Ölçeğine göre ilaç uyumunda motivasyonun ve bilgi düzeyinin incelenmesi.....	38
Tablo 5. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanterinin karşılaştırılması.....	39
Tablo 6. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre Türkçe Modifiye Morisky Ölçeğinin karşılaştırılması.....	45
Tablo 7. Hastaların Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri ile Türkçe Modifiye Morisky Ölçeğinin karşılaştırılması.....	48

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AKS: Akut Koroner Sendrom

KAH: Koroner Arter Hastalığı

KKH: Koroner Kalp Hastalığı

AMİ: Akut Miyokard İnfarktüsü

Mİ: Miyokard İnfarktüsü

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri

AHA: Amerikan Kalp Derneği

USAP: Unstabil Angina Pectoris

NSTEMİ: Non ST Elevasyonlu Miyokard İnfarktüsü

STEMİ: ST Elevasyonlu Miyokard İnfarktüsü

PKG: Perkütan Koroner Girişim

DM: Diyabetes Mellitus

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SVH: Serebrovasküler Hastalık

EKG: Elektrokardiyografi

CABG: Koroner Arter Bypass Greftleme

AF: Atrial Fibrilasyon

ESC: Avrupa Kardiyoloji Derneği

THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Prevelansı giderek artan koroner arter hastalığı (KAH), gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde mortalite ve morbiditenin en sık görülen nedenlerinden biri olmaktadır (Koplay ve Erol, 2013; WHO, 2019). KAH 2019 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yayınladığı ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer almaktadır (WHO, 2020). Her yıl Dünya'da insanların KAH ve inme nedeniyle öldüğü, 2030 yılında ise bu ölümlerin 23,3 milyona ulaşacağı öngörülmektedir (Tenekeci ve Kara, 2016). Gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık beş ölümden birisinin (%19), gelişmiş ülkelerde ise tüm ölümlerin yaklaşık yarısının (%48) koroner arter hastalıkları kökenli meydana geldiği bilinmektedir (Olgun ve ark., 2016). Ülkemizde 2017 yılında yapılan Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) araştırmasında takip edilen 3687 kişiden 26 yılda meydana gelen 906 ölümün %42'sinin KAH kökenli ölüme dayandığı ortaya konulmuştur (Onat ve ark., 2017). TÜİK 2019 verilerine göre dolaşım sistemi hastalıkları kaynaklı ölümlerin %39,1'i iskemik kalp hastalıkları nedeniyledir (TÜİK, 2020).

KAH, koroner arterlerin aterosklerotik plaklarla tıkanması sonucu miyokard iskemisi ve bunun sonucunda belirtilerin ortaya çıkmasıyla devam eden bir kronik hastalıktır. Klinik olarak KAH, ani kardiyak ölüm, akut miyokart infarktüsü (AMI), angina pectoris ve kalp yetmezliği olarak ortaya çıkmaktadır (Griffin, 2014; Koplay ve Erol, 2013; Montalescot ve ark., 2014). Miyokard infarktüsü (MI) geçiren bireyler göğüste, çenede, sırtta, boyunda, kollarda ağrı, nefes alamama, terleme, mide bulantısı, bayılma hissi gibi belirtiler yaşamaktadırlar (AHA, 2016). Sigara kullanımı, beslenme, hareketsizlik, hipertansiyon, diyabet, AMI'nün başlıca risk faktörleri arasında yer almaktadır (Ibanez ve ark., 2017). AMI sonucu hastalarda gelişen kalp yetersizliği, aritmiler, iskemik kalp hastalıkları gibi kardiyovasküler nedenlerle hastanelere tekrar eden yatışların fazla olduğu ve hastaların yarısının 5 yıl içerisinde, %19'unun ise altı ay içerisinde yeniden hastaneye yatırıldığı ortaya konulmuştur (Özer ve ark., 2009). Nakatani ve ark. (2013), yapmış oldukları çalışmaya göre AMI için taburcu olduktan sonra tekrarlayan miyokard

infarktüsü (Re-MI) incelendiğinde AMI'den sağ kalan toplam 7,870 hastaya bakıldığında, 353 hasta (% 4,5) Re-MI yaşadı ve bunlardan 7'si 30 gün içinde öldü ve bu ölümcül Re-MI olarak sınıflandırılmıştır (Nakatani ve ark., 2013). MI sonrası ciddi hemodinami bozuklukları yaşayan bireylerde fiziksel sorunların yanı sıra sıklıkla kaygı (Dirik ve Şahin, 2008; Şafak, 2019), anksiyete ve depresyon (Arslan ve ark., 2011; Özer ve ark., 2009; Yağlı ve ark., 2015; Yayla, 2012) cinsel işlev bozuklukları (Özdemir, 2004; Vicdan ve Özer, 2011), stres (Bayrak ve ark., 2019) psikososyal sorunlar (Nehir ve Çam, 2010) gibi sıkıntılar yaşamaktadırlar.

Koroner kalp hastalıklarının sekonder koruma programı içerisinde, sigarayı bırakma, fiziksel aktivite, diyet, serum lipit değerlerinin kontrolü, kan basıncı kontrolü ve ilaç kullanımı önerilmektedir (Bayrak, 2020). Mİ sonrasında, kolesterol düzeyi, kan şekeri, kan basıncı kontrolü, sigaranın bırakılması, düzenli fiziksel aktivite yapılması ve uygun beslenme şekli önerilerine uyulması halinde kardiyak mortalitenin azaltılabileceği belirtilmektedir (TKD, 2018).

Kardiyovasküler hastalıklar kronik hastalıklar arasında yer almakta olup tedavi yaklaşımının temel bileşeni bakım ve tedavi yönetiminin yerine getirilmesidir. Tedavi ile bakım yönetiminin sağlanması kişinin öz yönetiminin ve öz bakımının yeterli olmasıyla mümkün olmaktadır (Hançerlioğlu ve Aykar, 2018). İlk defa Dorothea Orem tarafından vurgulanan öz bakım kavramı kişinin yaşamını, sağlık ve iyiliğini korumak için bakım gereksinimlerini karşılayacak şekilde üzerine düşeni yapmasıdır (Avdal ve Kızılcı, 2010; Doğu ve Tiryaki, 2020; Özçakar ve ark., 2009; Velioğlu, 2012). Öz bakım yönetimi içerisinde; tedavinin devamlılığını sağlama, beslenme önerilerine uyma, ilaç uyumunu devam ettirme ve hastalığıyla ilgili yaşam aktivitelerini yapabilme önemli bileşenlerdir. Öz bakım gücüne sahip kişi yeterli sahip olan kişi, kendi öz bakım gereksinimlerini karşılayabilecek, sağlığı ile ilgili olan tüm sorumluluklarını alabilecek ve diğer kişilerden bağımsız olarak günlük yaşam aktiviteleri (GYA)'ni yapabilecek bilgi ve birikime sahiptir (Hacıhasanoğlu, 2009; Uzun, 2007).

Hastalığın tanı ve tedavisindeki gelişmeler çok iyi hasta sonuçları vermesine ve ölüm oranlarını azaltmasına rağmen nüks infarktlar sebebi ile hastaneye yeniden yatış ve ani kardiyak ölüm oranlarında ciddi bir artış devam etmektedir (Labrunée ve ark., 2012). Mİ geçiren hastalarda en önemli öz bakım davranışlarından birisi, Mİ sonrası yaşam

süresini uzatması ve tekrar Mİ geçirilmesinin engellemesi açısından “ilaç uyumu” dur. Yaşanan ilaç uyumsuzlukları hastaneye yatışların artmasına, hastalığın tekrar etmesine ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır (Badır ve Korkmaz, 2011). Düzenli ilaç kullanımının kardiyak ölümden belirgin düzeyde azalma sağladığı, Mİ sonrasında sol ventrikül fonksiyon bozukluğu olan hastalarda morbidite ve mortaliteyi azalttığı belirtilmektedir (Baigent ve ark., 2009; Becker ve ark., 2008; De Lima ve ark., 2009; Griffin, 2014; Hurlen ve ark., 2002; Yusuf ve ark., 2000). Yapılan çalışmalara baktığımızda AMİ geçiren hastaların 1 yıl sonraki ilaç uyumlarının %45 ile %60 arasında olduğu görülmüştür (Bayram ve ark., 2019; Crowley ve ark., 2015; Eindhoven ve ark., 2018). Aghabekyan ve ark. (2012), perkütan koroner girişim sonrası ilaç uyumu ve memnuniyet düzeyini araştırdıkları çalışmalarında, hastaların %31’inin uyum sağlamadığı, uyum sağlamayanların %19,2’sinin ilaç maliyetinin fazla olmasından kaynaklı olduğunu belirttiği ve genç yaşta olan hastaların yaşlılara göre daha uyumsuz olduğu belirtilmiştir (Aghabekyan ve ark., 2012). Miyokard İnfarktüsü sonrası, bakım konusunda yetersiz olan hasta ve ailesinin tedaviye uyumları daha az olmakta ve daha ciddi komplikasyonlar ile tekrar hastaneye yatışlara sebep olmaktadır (Catapano ve ark. 2016; Ekici, 2004).

Literatüre baktığımızda kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi çalışılan araştırmalara rastlanmaktadır (Çakmak, 2018; Karakurt, 2008; Korkmaz, 2019; ğlu, 2016. Ülkemizde AMİ geçirmiş bireylerin öz bakım yönetimlerini inceleyen kısıtlı sayıda araştırma mevcuttur (Fertelli ve Tel, 2007). Sağlık ekibi içerisinde yer alan hemşireler, hastalıkların yönetiminde sergilemiş oldukları mesleki liderlik rolleri ile bakım, izlem ve tedavi işlemlerini gerçekleştiren önemli bir konumda yer almaktadır (Sevinç ve Eşer, 2011). Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde hemşireler, riskli bireylerde hastalığın ortaya çıkışının geciktirilmesinde ve olabilecek komplikasyonların azaltılmasında farkındalık yaratma, bireylere sağlıklı yaşam davranışları kazandırma ve bireylerin hastalıklarında da tedaviye uyumunu arttırmada önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Türkmen ve ark., 2012). Hemşireler hastalıkları yönetmede etkin bir rol olarak MI geçiren hastalara var olan sorunlarına yönelik bütüncül olarak yaklaşmalı, bakım verirken (fiziksel, sosyal, manevi, psikolojik olarak ele almalı) eğitim ve danışmanlık hizmeti vermeli ve kişiye özel planlar yapmalıdır (Tenekeci ve Kara, 2016). Hastalara, hemşireler tarafından öz bakım ve tedavilerine ilişkin eğitim verilmesi, öz bakım gücünün geliştirilmesine ve yükselmesine katkı sağlayacaktır (Fertelli ve Tel,

2007). Bu bağlamda MI geçiren hastalarda uzun dönemde daha kaliteli sağlık bakımı sunulacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma tekrarlı Mİ geçiren bireylerin ilaç uyumlarını, öz bakım yönetimlerini ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Tekrarlı Miyokard İnfarktüsü geçiren hastaların Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri puanları nasıldır?
2. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri puanları farklılaşmakta mıdır?
3. Tekrarlı Miyokard İnfarktüsü geçiren hastaların Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği puanları nasıldır?
4. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği puanları farklılaşmakta mıdır?
5. Hastaların Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği ve Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri puanları arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Miyokard İnfarktüsünün Tanımı

Miyokard İnfarktüsü (Mİ), Akut Koroner Sendromlar içinde görülme sıklığı ve mortalite oranındaki artış nedeni ile önemli bir klinik tablodur (ESC, 2021). Mİ uzamış iskemiyeye bağlı miyokard hücrelerinin ölümü veya nekrozu olarak tanımlanır (ESC, 2021 Griffin, 2014; Keleş, 2007). Koroner arterlere giden kan akımının azalması yada kesilmesi sonucu oluşan, miyokard hücrelerinin nekroze olması, miyokardın kan ve oksijen yönünden yeterince beslenememesiyle karakterize ciddi ve uzun süreli iske mi ile gelişen klinik bir tablodur (Akdemir ve Birol, 2020; Griffin, 2014; Keleş, 2007; Montalescot ve ark., 2014,). Nedeni ise ateroskleroza bağlı olarak koroner arterlerden birinde kan akımının olmaması ve trombüs nedeniyle koroner arterin tıkanmasıdır. Koroner tromboz, bir aterosklerotik plak rüptürü ile oluşmaktadır ve bunu damar tıkayıcı mekanizmalar takip etmektedir (Griffin, 2014). AMİ'nin diğer nedenleri koroner arter vazospazmı, oksijen desteğinin azalması ve oksijen ihtiyacının artmasıdır. Bu durumda asıl sorun miyokardın oksijen arz/talep arasındaki dengesizliktir. İnfarkt alanının gelişimi zaman alır. Hücreler oksijen yönünden yoksun kaldığı için iske mi gelişir, hücre zedelenmesi oluşur ve bir zaman sonra oksijen eksikliği infarkt veya hücre ölümüyle sonuçlanır (Badır ve Korkmaz, 2011; Griffin, 2014). Mİ vakalarının birçoğunda total veya kısmi koroner tıkanma olarak tekrarlı Mİ geçirme olasılığı olmaktadır (Griffin, 2014).

2.1.2. Miyokard İnfarktüsünün Etiyolojisi

Koroner Arter Hastalığı (KAH)'nın nedeni damar lümenini kademeli olarak daraltan aterosklerozdur (Buja, 2020). Ateroskleroz sürecini ise fibröz plaklar ile ilerlemiş lezyonlar oluşturmakta (Bitigen ve Yaymacı, 2011) ve oksidatif stres, enflamatuvar, dislipidemi ve endotel hücre hasarına yol açmaktadır (Chan ve ark., 2017). Mİ'nün en sık sebebi kalp kasını besleyen arterlerin duvarındaki aterosklerotik plağın rüptüre olmasıdır (ESC, 2021). KAH'nın diğer nedenleri, spontan koroner arter diseksiyonu, koroner spazm, koroner embolizm ve vaskülitlerdir (Özgül, 2015). Aterosklerozun başlıca risk faktörleri, hipertansiyon, dislipidemi, diyabet, sigara kullanımı, obezite, sedanter yaşam tarzı, ailede erken yaşta koroner arter hastalığı

öyküsüdür (Keleş, 2007). Mİ gelişmesinde rol oynayan risk faktörleri, ateroskleroz gelişiminde de rol oynamaktadırlar (Badır ve Korkmaz, 2011; Sousa-Uva ve ark., 2018). Mİ; iskemik kalp hastalığı veya koroner arter hastalığının ortak sonucu olmakta, bir ya da daha fazla koroner arterin bir plak tarafından bloke edilerek kalbin kanla beslenememesi durumunda ortaya çıkan bir durumdur (Rathish ve ark., 2013; Singh ve ark., 2017).

2.1.3. Miyokard İnfarktüsünün Epidemiyoloji

Miyokard infarktüsü, kardiyovasküler hastalık yükünün önemli bir bileşenidir. Miyokard enfarktüsünün insidansı ve vaka ölümünün değerlendirilmesi, koroner hastalık mortalitesindeki düşüşün önemli belirleyicileridir (Roger, 2007).

Miyokard infarktüsü, son on yılda prognozadaki önemli gelişmelere rağmen, dünya çapında önde gelen morbidite ve mortalitenin nedeni olmaya devam etmektedir. Risk sınıflandırmasındaki gelişmeler, invaziv bir stratejinin daha yaygın kullanımı, perkütan koroner müdahale (veya fibrinoliz) yoluyla acil revaskülarizasyona öncelik veren bakım sağlama sistemlerinin uygulanması, antiplatelet ajanlar ve antikoagülanlardaki ilerlemeler ve daha fazlası dahil olmak üzere birçok ilerleme mevcuttur (Reed ve ark., 2017). Buna rağmen hala dünyada ve Türkiye de ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda Mİ yer almaktadır. Ülkemizde TÜİK 2019 verilerine göre dolaşım sistemi hastalıkları kaynaklı ölüm vakalarının %39,1 si iskemik kalp hastalıkları oluşturduğu açıklanmıştır (TÜİK, 2020). Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020)'nında Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH)' a neden olan ölümlerin yüzde 46,2'si (17,5 milyon) kalp ve damar hastalıklarına, yüzde 21,7'si (8,2 milyon) kanserlere, yüzde 10,7'si (4 milyon) astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalıklarını içeren kronik hava yolu hastalıklarına, yüzde 4'ü (1,5 milyon) diyabete bağlıdır (TKDH, 2015).

DSÖ verilerine göre mortalite oranında de ilk sırada kalp ve damar hastalıkları gelmektedir. Yılda en az 17,9 milyon kişi bu hastalık nedeniyle hayatını kaybetmekte ve ölümlerin üçte biri 70 yaşın altında görülmektedir. Kalp - damar hastalıklarından kaynaklı ölümlerin %80'i Mİ nedeniyle gerçekleşmekte ve 2030 yılında ölüm sayısının 23 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (TÜİK, 2020). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün 2019

yılında yayınladığı ilk 10 ölüm nedeni arasında birinci sırada iskemik kalp hastalıkları yer almaktadır(WHO, 2020). Avrupa Kardiyovasküler Hastalık İstatistikleri 2017 raporuna göre, kalp ve dolaşım sistemi hastalıkları (CVD), bir bütün olarak Avrupa’da önde gelen ölüm nedeni olup yılda 3.9 milyondan fazla ölümden ve tüm ölümlerin %45’inden sorumludur (ESC, 2018).

Mİ insidansı ve prevalansı yaşla birlikte giderek artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde, akut Mİ'ların %60'ından fazlası 65 yaş ve üzerindeki hastalarda ve yaklaşık üçte biri 75 yaşın üzerindeki kişilerde görülür. Ayrıca, akut Mİ sonrası ölüm oranları yaşla birlikte katlanarak artar. Akut Mİ'nün klinik özellikleri yaşa göre değişir. Özellikle çok yaşlı hastaların göğüs ağrısı bildirme olasılığı genç hastalara göre daha düşüktür. Bunun sebebi kafa karışıklığı veya değişmiş zihinsel durum olabilmektedir. 85 yaşın üzerindeki hastaların %20'sine varan oranda akut Mİ belirtisi görülebilmektedir. Yaşlı hastaların ayrıca "sessiz" veya tanınmayan Mİ'lere sahip olma olasılığı daha yüksektir. Mİ'lü yaşlı hastaların, tümü artan mortalite ile ilişkili olan kalp yetmezliği, atriyal fibrilasyon, kalp rüptürü ve şok yaşama olasılığı genç hastalardan daha fazladır. Yaşlı bireylerde akut Mİ sonrası kötü prognoza katkıda bulunan diğer faktörler arasında yaşlılarda kardiyovasküler rezervde belirgin bir düşüş, artan komorbid durum prevalansı, kanıta dayalı tedavilerin yetersiz kullanımı ve artan iyatrojenik komplikasyon riski yer almaktadır (Rich, 2006).

Pedersen ve ark. (2016), yaptığı çalışmada, kadınların Mİ, erkeklerden 6-10 yıl sonra yaşadıkları saptanmıştır (Pedersen ve ark., 2016). Kadınlarda menopoz öncesi doğal östrojenin koruyucu bir etkisi olduğu bildirilmektedir. Kadın cinsiyet hormonları daha az aterojenik lipid profili ve daha sağlıklı yağ dağılımı ile ilişkilendirilmiştir. Yaşam tarzı ile ilgili olarak, sigara içme prevalansı erkeklerde yüksektir. Ancak kadın sigara içenlerin, erkek sigara içenlere göre nispeten daha yüksek kardiyovasküler riskleri olduğu belirtilmiştir. Kadınların erkeklere oranla psikososyal sıkıntıya daha yatkın oldukları için hastalık yükleri daha fazladır (Pedersen ve ark., 2016). Son on yılda, kadınlarda kardiyovasküler hastalık mortalitesinde belirgin azalmalar olmuştur. Kadınlar için ölüm oranlarındaki düşüş, kısmen farkındalıktaki artışa, kadınlara ve kardiyovasküler hastalık riskine daha fazla odaklanmaya ve yerleşik koroner kalp hastalığı için kanıta dayalı tedavilerin uygulanmasındaki artışa bağlanmaktadır (AHA, 2016).

2.1.4. Miyokard İnfarktüsünün Tanısı

Mİ terimi, bir reperfüzyon dengesizliği sonucu olan iskeminin neden olduğu kardiyak miyosit hücre ölümünü yansıtmaktadır. Mİ’nde iskemik belirtiler göğüs ağrısı ve yanma ile epigastrik huzursuzluğu kapsar. Mİ göğüs ağrısı genelde 20 dakika sürmektedir. Huzursuzluk yaygındır; pozisyonel değildir ve terleme, dispne, baş dönmesi ve mide bulantısı eşlik edebilir (Antman ve ark., 2008; ESC, 2018; Griffin, 2014; Ignatavicius ve Workman 2006).

Akut Miyokard İnfarktüsü terimi, akut miyokart iskemisinin klinik kanıtlarıyla birlikte akut miyokart hasarı olduğunda ve en az bir değer 99. persantil üst referans sınırı (ÜRS) üzerinde olmak koşuluyla, kardiyak troponin (kTn) değerlerinde yükselme veya düşme ve en az biri saptandığında kullanılmalıdır (ESC, 2018; ESC, 2021).

a-Miyokard iskemisi belirti ve bulguları

b-Yeni oluşan iskemik EKG değişiklikleri

c-Patolojik O dalgalarının gelişmesi

d-Görüntüleme teknikleriyle, bir iskemik etyolojiyle uyumlu biçimde canlı miyokard dokusunda yeni kayıp ya da bölgesel duvar hareketi bozukluğunu gösteren kanıtlar

e-Anjiyografi ya da otopside bir koroner trombüs saptanması (ESC, 2018).

Önceden geçirilmiş ya da sessiz/saptanmamış miyokard infarktüsü için kriterler

a-İskemik olmayan nedenlerin yokluğunda, belirtiler olsun olmasın anormal Q dalgaları

b-Görüntüleme teknikleriyle, iskemik etyolojiyle uyumlu biçimde canlı miyokard dokusu kaybı gösteren kanıtlar

c-Önceden geçirilmiş bir Mİ’ne dair patolojik/anatomik bulgular (ESC, 2018; ESC, 2021)

Mİ; biyokimyasal, elektrokardiyografik, görüntüleme ve patolojik bulgularla tanımlanabilir (ESC, 2018). Mİ tanı kriterleri Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) ve

Amerikan Kardiyoloji Koleji'nin (ACC) konsensüsü ile revize edilmiştir. Hastaya Mİ tanı konulabilmesi için; “tipik belirti ve bulgular; bir kardiyak markörün ya da tercihen serum troponinlerinin (TnT veya TnI) karakteristik yükselme-düşme olması veya Q dalgalarının gelişimini gösteren tipik bir elektrokardiyogram örneği” niteliklerinden en az iki tanesinin bulunması gerekir (Antman ve ark., 2000; ESC, 2021). Koroner kan akışın azalması ile oluşan iskemi, ventrikül fonksiyonunda bozulmalara ve miyokard nekrozuna neden olur. Alanin aminotransferaz (ALT), aspartat aminotransferaz (AST), kreatin kinaz (CK), Laktat dehidrojenaz (LDH), troponin (Tn) gibi enzimler yıllardan beridir Mİ tanısında kullanılmaktadır (Miyahara ve ark., 2006). MI saptamada; Troponin-T (TnT) çok duyarlı bir göstergedir (ESC, 2018). Sağlıklı bireylerde troponin düzeyleri düşüktür. Ancak miyositlerin zarar görmesiyle yükselir. İskemik olmayan bir EKG örneğine eşlik eden kardiyak Troponin T düzeyi (0,005 µg/L'den düşük), göğüs ağrısı ile acil servise başvuran hastalarda AMİ ihtimalini ekarte etmede büyük önem taşımaktadır (ESC, 2018; Pickering ve ark., 2017).

AMİ'nün elektrokardiyografisi (EKG)'nde değişiklikler miyokard iskemisinin ve nekrozunun işaretlerini gösterebilir. Ekgdeki ST segment elevasyonu, T dalgasının tersine dönmesi ve patolojik Q dalgası miyokard iskemisinin ilk göstergeleridir. ST segmentinde izoelektrik çizgiden >1mm çökme veya yükselme olması anlamlı olarak kabul edilmektedir (Antman ve ark., 2008; Christian ve ark., 2008; Thygesen ve ark., 2018). Myoglobin ve Kardiyak Troponin biyomarkerleri, miyokard dokusuna spesifik olduğu için miyokardiyal hasar için tercih edilen belirteçlerdir. Bu belirteçler üçüncü saat itibari ile yükselmeye başlar, 24 saatte pik noktasına varır ve 10. Günde kaybolur (Thygesen ve ark, 2018).

Reenfarktüs

Reenfarktüs, ilk ya da tekrarlayan Mİ'den sonraki ilk 28 gün içinde meydana gelen akut Mİ için tanımlanmaktadır. Özellikle iskemik bulgularla birlikte, EKG'de en az iki ilişkili **derivasyonda ≥ 1 mm** ST yükselmesi tekrarladığında ya da yeni **patognomonik Q dalgaları** ortaya çıktığında düşünülmektedir (ESC, 2018).

Tekrarlayan Miyokard İnfarktüsü

Mİ belirti ve bulguları, ilk Mİ'nü izleyen 28 günden sonra ortaya çıkarsa, bu durum tekrarlayan Mİ olarak kabul edilmektedir (ESC, 2018).

2.1.5. Miyokard İnfarktüsünün Sınıflandırması

Spontan miyokard infarktüsü (Mİ tip 1)

Bir veya daha fazla koroner arterin kan akımının azalması ya da emboliye neden olacak şekilde miyosit hücre nekrozuna yol açmasıyla devam eden aterosklerotik plak rüptürü, diseksiyonu, ülserasyonu veya erozyonu ile ilişkili bir olaydır. Hastanın ciddi KAH öyküsü olabilir (ESC, 2018).

İskemik bir dengesizliğe bağlı miyokard infarktüsü (Mİ tip 2)

KAH dışında oluşan miyokard oksijen sunumu veya ihtiyaç dengesizliğine yol açması ile nekrozlu miyokard hasarı oluşması durumuna bağlı oluşur. Kritik derecede hasta olan kişilerde ve majör cerrahi uygulanan hastalarda dolaşımdaki yüksek endojen veya ekzojen katekolamin seviyelerinin, toksik etkilerine bağlı kardiyak biyomarker değerlerinde yükselme görüldüğünde, koroner vazospazm ile endotel işlev bozukluğunun da yol açma ihtimali vardır (ESC,2014; TKD, 2013).

Miyokard infarktüsüne bağlı kardiyak ölüm (Mİ tip 3)

Yeni olduğu tahmin edilen iskemik EKG değişiklikleri ve yeni eşlik ettiği miyokard iskemisini düşündüren belirtilerle devam eden fakat kardiyak biyo-belirteçlerin değerleri yükselmediği ve kardiyak nedenli gerçekleşen ölümlerdir (ESC, 2018).

PKG ile miyokard infarktüsünün tanı kriterleri (Mİ tip 4)

PKG anında balon şişirilmesi, göğüs ağrısına veya ST-T değişiklikleri eşlik etsin etmesin, genellikle geçici iskemiye sebep olmaktadır. Anjiyografide ana koroner de veya

yan dallarında kısmi açıklık vardır veya kan akımı sağlanamamaktadır. Görüntüleme tekniklerinde nekrozlu miyokart iskemisi, yavaş akım olması ve yeni oluşmuş miyokart ölümü mevcuttur (ESC, 2018).

CABG ile miyokard infarktüsünün tanı kriterleri (Mİ tip 5)

CABG nedenli miyokard infarktüsüne bağlı ölümler rasgele olarak biyobelirteç değerlerin bazal değerinin üzerine çıktığı durumlarda anlaşılmaktadır. Yeni oluşan

q dalgası, kalbin miyokart travması, koroner diseksiyon, bölgesel iske mi, reperfüzyonla ilişkili mikrovasküler olaylar, miyokart hasarı infarktüse yol açabilmektedir (ESC, 2018).

2.1.6. Miyokard İnfarktüsü Semptom ve Bulgular

Miyokard iskemisinin başlaması, oksijen sunumu ile oksijen ihtiyacı arasındaki dengesizlikten kaynaklanmaktadır. Miyokard iskemisi genellikle EKG ve hastanın öyküsü ile tanınabilir. Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda en sık görülen belirti, göğüs ağrısıdır (Coşkun ve ark., 2017; ESC, 2018; Haring ve ark., 2021). Miyokard infarktüsünde göğüs ağrısı, en önemli belirti olup hem istirahatle hem de eforla oluşan bir ağrıdır (Arora ve Bittner, 2015; Bezold, 2021; Haring ve ark., 2021). Ağrı, uzun süreli olup, istirahatle geçmemekte ve nitrogliserine yanıt vermemektedir. Ağrının şiddeti pozisyonel veya palpasyonla değişmez (Badır ve Korkmaz, 2011; Ünal, 2011). Retrosternal alanda ciddi ezici, şiddetli, sıkıştırıcı, baskılayıcı, yanıcı, boğucu, göğüste ağırlık hissi olarak tarif edilebilmekte; sıklıkla boyun, kollar veya sırta baskı hissi şeklinde yayılım gösterebilmektedir Griffin 2014; Sevinç, 2016; Zipes ve ark., 2019). Mİ geçiren hastaların büyük çoğunluğu prekordiyal-sol göğüs bölgesinde, 8-10 şiddetinde yanma veya bıçak saplanır tarzında ağrı ifade etmektedir (Dobson ve Barnett, 2018). Akut Mİ ile ilişkili rahatsızlık genellikle 20 dakikadan daha fazla sürer. Göğüs ağrısına bağlı olarak terleme, mide bulantısı, nefes almada zorlanma, solukluk, çarpıntı hissi, senkop ve stroke gibi belirtiler görülebilir. Hasta huzursuzluk hissi, sersemlik, hazımsızlık ve halsizlik ifade edebilir (Alsen ve ark., 2013; Doğru ve Karadakovan, 2016; Ibanez ve ark., 2017). Nabız hızı normal olabileceği gibi ST segment ve T dalgası değişikliklerinin eklenmesiyle bradikardik, taşikardik ya da düzensiz ritim de olabilir (Ekşi ve Çertuğ,

2011; ESC, 2018). Ayrıca Mİ' ne bağlı hastada ölüm korkusu, anksiyete, bilinç bulanıklığı veya kardiyak arrest eşlik edebilir (Badır ve Korkmaz, 2011; Griffin, 2014).

2.1.7. Miyokard İnfarktüsünün Risk Faktörleri

Miyokard infarktüsü oluşumunda birçok faktör rol oynamaktadır. Risk faktörlerinin anlaşılması bu hastalığın korunmasında büyük önem taşımaktadır. Hastalığın risk faktörleri değiştirilemez ve değiştirilebilir faktörler olarak iki grupta incelenmektedir (Griffin, 2014).

- Değiştirilemez risk faktörleri; bireyin yaşı, cinsiyeti, ailede erken yaşta KAH görülmesi ve ırktır (Christian ve ark., 2008; Ignatavicius ve Workman, 2006; Murphy ve ark. 2008).

- Değiştirilebilir risk faktörleri; ise sigara kullanımı, hipertansiyon, Diabetes Mellitus (DM), hiperlipidemi (yüksek kan kolesterol düzeyi), fiziksel inaktivite, sağlıklı beslenme, alkol kullanımı ve strestir (Kumar ve Cannon, 2009; Turk ve Cahalin, 2011).

<https://accessphysiotherapy.mhmedical.com/book.aspx?bookID=456> (Erişim tarihi: 02.02.2022).

1. Değiştirilemez Risk Faktörleri

Yaş: Yaş, kardiyovasküler hastalık (KVH) ile ilişkili en önemli risk faktörlerinden biridir (Costantino ve ark., 2016). Mİ gençlikten yaşlılığa kadar her yaşta görülebilir. Mİ insidans hızı yaşla birlikte artmaktadır. Erkeklerde 45, kadınlarda 55 yaşın üstünde olmak ve erken menopoz döneminde olmak riski artırmaktadır (Griffin, 2014). Yaşlı nüfus sayısı artmasıyla kardiyovasküler hastalıklar ve inme gibi kronik hastalıkların görülme oranı giderek artacaktır (Kerry, 2015).

Cinsiyet: Kardiyovasküler hastalıklar premenapozal dönemde kadınlarda erkeklere oranla %20 daha az sıklıkta görülmektedir (Dülek, Vural ve Gönenç, 2019). Kadınlarda daha az sıklıkta görülme nedeni; östrojenin vazodilatasyonu düzenleyip pıhtı oluşma eğilimini azaltması ve yağ birikimini düzenlemesidir (Christian ve ark., 2008; Murphy ve ark., 2008). Kadınlarda 55 yaş üstünde KAH insidansı erkeklerle eşit

olabilmektedir (<https://tkd.org.tr/kilavuz/k11/4e423.htm?wbnum=1604>, Erişim tarihi: 24.10.2022).

Aile Öyküsü: Ailede KAH öyküsü veya ateroskleroz oluşumu mevcutsa aile bireylerinin bu durumdan erken yaşta etkilendikleri görülmektedir. Birinci derece olan erkek akrabalarda 55 yaş, kadın akrabalarda ise 65 yaşından önce infarktüs veya ani kardiyak ölüm var ise görülme sıklığı artmaktadır (Badır ve Korkmaz, 2011; Hindistan ve Nural, 2010). Aile bireylerinde aterosklerotik kalp hastalığı öyküsü bulunan kişilerde erken ateroskleroz riski yaklaşık 2 kat artmaktadır (Badır ve Korkmaz, 2011). Ailesel yatkınlığa; genetik özellikler, KAH öyküsü ve aterosklerozda rol oynayan lipo-protein mekanizması etki ettiği için önemlidir (Griffin, 2014).

İrk: Kardiyovasküler risk faktörleri incelendiğinde siyah ırkın beyaz ırka göre daha yüksek risk faktörü içerdiği belirtilmektedir. Amerikan Indian toplumlarında KKH beyaz ırka göre bir buçuk kat daha fazladır (Zulqarnain ve ark., 2022). Siyah ırkın, maddi destek, istihdam fırsatları ve sağlık hizmetlerine ulaşım sorunlarından dolayı, sosyal desteğin siyah ırkta daha az olduğu belirtilmiş olup mortalite ve KAH riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Freeborne ve ark., 2019).

2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Sigara: KAH' nın ilerlemesinde ve hastalığın gelişim sürecinde değiştirilebilir en önemli risk faktörlerinden biridir. Sigara; sempatik sinir sistemi üzerinde uyarıcı bir mekanizmaya sahiptir ve kan basıncını yükselterek miyokardın oksijenlenmesini azaltır (Kurçer ve Özbay, 2011). Sigara kullanımı lipid metabolizmasını değiştirerek, koroner vasomotor tonusu artırarak, kan içerisinde düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) seviyesini arttırıp HDL kolesterolünü azaltarak, endojen fibrinolizini engelleyip kan pıhtılaşmasının artmasına ve koroner arterlerin endotel tabakasında hasara neden olmaktadır. Endotel hücre disfonksiyonuna neden olur ve antihipertansif ajanlara yanıtı azaltarak aterosklerozun tüm evreleri üzerinde progresyonu hızlandırır (Zipes ve ark., 2019). Sigara dumanına maruz kalan bireylerde de kalp hastalığının risk faktörü olduğu ve görülme sıklığını %40'a yakın arttırdığı görülmüştür (Iversen ve ark., 2013). Mİ geçirmiş hastalarda, sigara içmek akut inflamasyonda artış, infarktüs oluşması, uzun vadeli olumsuz kardiyak sonuçlara neden olmaktadır (Haig ve ark., 2019).

Hipertansiyon: Hipertansiyon, 2010 yılındaki tüm ölümlerin yıllık 9,4 milyonundan sorumludur. Yetişkinlerde hipertansiyon prevalansı %22 olarak saptanmıştır (WHO, 2014). Artan obezite oranları ve nüfusun yaşlanması nedeniyle, 2025 yılında dünyada yaklaşık olarak 1,5 milyar kişinin hipertansiyon hastası olacağı ön görülmektedir (Kılıç ve Üstü, 2012). Yüksek kan basıncının koroner kalp hastalığı ile anlamlı ilişkisi bulunmaktadır. Aynı yaş grubunda 115/75 mmHg'dan itibaren kan basıncındaki 20/10 mmHg'lık artış kardiyovasküler hastalıkları riskini iki katına çıkarmaktadır. Türk Hipertansiyon Prevalansı Çalışması 2 (2012) araştırmasına göre ülkemizde hipertansiyon görülme oranı %30,3 olarak bulunmuştur. Hipertansiyon görülme sıklığı kadınlarda (%32,3) erkeklerden (%28,4) daha yüksektir (Sengul ve ark., 2016). Hipertansiyon, diğer risk faktörleri olan sigara içilmesi, kolesterol ve diyabetten daha yaygındır. Ateroskleroza bağlı kardiyovasküler hastalıkların yaklaşık %35-40'inden sorumlu tutulmaktadır. Kan basıncının yükselmesi endotelin işlevinde bozulmaya neden olmakta aterosklerozun ilerlemesinde önemli rol oynamaktadır (Hamm ve ark., 2009). Yüksek seyreden kan basıncı damar duvarlarının sertleşmesine neden olur. Damar zedelenmesi meydana gelir ve damarlarda hipertrofi gelişir. Bu durum aterosklerozun hızlanmasıyla ve agregasyonu ile sonuçlanır (Smeltzer ve ark., 2010).

Diabetes Mellitus (DM): Tip 2 DM'li olan kişiler, diyabetik olmayanlarla karşılaştırıldığında, kardiyovasküler hastalık (KVH) ölüm riski taşıyıp birincil ölüm nedenidir (Viigimaa ve ark., 2020). Diyabeti kontrol edilemeyen hastalarda kandaki tromboembolik düzeyinde artış olmakta ve bu doğrultuda KAH riski de artmaktadır. DM'li hastalarda en yaygın kardiyovasküler belirtiler arasında kalp yetmezliği, KKH, periferik arter hastalığı bulunur (Glovaci ve ark., 2019). Diyabet, KAH riskini erkeklerde iki kat, kadınlarda üç kat arttırmaktadır. Diyabet hastalarında gelişen ölümlerin %75-80'ine kardiyovasküler hastalıklar neden olmaktadır (Hindistan ve Nural, 2010; Irmak ve Fesci, 2005).

Obezite: Obezite, KAH için önemli bir risk faktörüdür. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde obezite giderek büyüyen bir sağlık sorunu olmaktadır. Obezite her yıl yaklaşık 3,4 milyon ölümden sorumludur (WHO, 2014). Yapılan ileriye dönük çalışmalarda obezitenin kalp ve damar hastalıkları ve mortalite ile arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (WHO, 2011). TKD tarafından yapılan ve 3681 kişiyi kapsayan Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında 30 yaşının üstü

Türk erkeklerinin dörtte birinde (yüzde 25,2), kadınların da yaklaşık yarısında (yüzde 44,2) obezite tespit edilmiştir (THSK, 2013). Türkiye’de obezite 2019 yılında diğer yıllara göre artış göstermiş ve %21,1 olarak hesaplanmış, 2016 yılında 19,6 iken 2008 yılında bu oran %15,2 olmuştur. Cinsiyet ayrımında bakıldığında; 2019 yılında erkeklerin %17,3’ünün, kadınların ise %24,8’inin obez olduğu görüldü (TÜİK, 2020). Obeziteyi değerlendirmede kullanılan beden kitle indeksi (BKİ) ölçütü DSÖ tarafından yapılan sınıflamada 18.8-24.9 normal, 25-29.9 kilo fazlalığı, >30 obezite, >40 ileri derecede obezite olarak tanımlanmaktadır. Fazla olan kilolu hastalarda ve özellikle obezlerde yeni bir infarktüs riski ve koroner ateroskleroz riskini arttırmaktadır (Samson ve ark., 2022).

Hiperlipidemi (yüksek kan kolesterol düzeyi): Total ve LDL kolesterolün yüksekliği, düşük HDL düzeyi ateroskleroz için risk faktörü olup kalp krizi ve inme riskini artırır (Catapano ve ark., 2017) Genellikle iskemik kalp hastalıklarının üçte biri yüksek kolesterolle ilişkilidir (WHO, 2011). Hiperlipidemi ateroskleroz için major bir risk faktörüdür. Yüksek kolesterol düzeyi damar duvarının iç yüzeyini daraltır ve kan akımını zorlaştıran aterosklerotik plakların oluşmasına neden olur (ESC, 2018). Orta yaş erişkin hastaların total kan kolesterol düzeyleri 200mg/dl’nin altındayken KAH riski daha az olmaktadır. Total kan kolesterol düzeyi 240mg/dl’nin üzerine çıktığında ise KAH riski daha fazla artmaktadır (Smeltzer ve ark., 2010; Badır ve Korkmaz, 2011).

Fiziksel İnaktivite: Önemli yaşam tarzı değişikliklerinden birisi de koroner kalp hastalığı olan bireylerin fiziksel olarak aktif olmasıdır (Smeltzer ve ark., 2010). Düzenli egzersiz yapan bireyler ile egzersiz yapmayan bireyler kıyaslandığında; yapmayanlarda koroner kalp hastalığından dolayı mortalitenin iki kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Irmak ve Fesci, 2005). Düzenli fiziksel aktivite yapan bireylerde LDL ve trigliserid düzeyleri düşer, HDL düzeyleri yükselir, kan basıncı düşer, kilo kontrolü sağlanır, insüline duyarlılık artar, endotele bağlı fibrinolitik aktivite ve vazodilatasyon artar (Badır ve Korkmaz, 2011; Smeltzer ve ark., 2010). Sedanter yaşam tarzı; obezite, hiperlipidemi ve hipertansiyona neden olan önemli risk faktörü olup aterojenik risk faktörlerinin ilerlemesini tüm yaş gruplarında hızlandırır (Piepoli ve ark; 2016). Aktivite düzeyi arttıkça, kan basıncı, lipoprotein düzeyi ve insulin duyarlılığının iyileşmesiyle, kardiyovasküler hastalık nedenli mortalitede azalma izlenmiştir (Ekblom-Bok ve ark., 2010).

Sağlıksız Beslenme: Yüksek kalori ve tuz tüketimini önlenmesi, hayvansal yağların yerine bitkisel yağların seçilmesi, belirli diyet düzeninin kalp hastalıkları riskinde azalma ile ilişkili olduğu görülmüş olup; meyve, sebze, balık, tahıl, bakliyat, beyaz et, az yağlı ya da yağsız süt ürünleri ile bitkisel sıvı yağı tercih ederek beslenmenin kalp hastalıkları riskini azalttığı belirtilmektedir (İrmak ve Fesci, 2005). Yüksek enerjili yiyecekler, doymuş yağ içeren kırmızı et ürünleri, tam yağlı süt ürünleri, katı margarinler, aşırı tuz tüketimi kolesterolü yükseltmekte ve koroner arter hastalığı riskini arttırmaktadır (THSK, 2013).

Alkol Kullanımı: Alkol kullanımının fazla olmasıyla kalp atımı artar ve damarlarda kan akımı hızlanır. Bu durum ani kardiyovasküler ölümlere ve aritmiye yol açmaktadır (İrmak ve Fesci, 2005).

Stres: Yeni başlayan stresin geçici miyokard iskemisine yol açtığı ve uzun süreli stresin tekrarlayan kardiyovasküler olayları artırabileceği belirtilmiştir (Steptoe ve Kivimaki, 2012).

2.1.8. Miyokard İnfarktüsünde Tedavi

Miyokard infarktüsünde erken dönemde asıl amaç, ölümün önlenmesi olmakla birlikte, hastanın semptomlarının iyileştirilmesi, hızlı teşhis ve erken risklerin saptanması, ağrıyı giderme, hemodinamik durumunu düzeltme ve iskemiden sorumlu lezyonun uygun şekilde tedavi edilmesidir (Griffin, 2014; Van de Werf ve ark., 2003). Erken müdahale tedavisindeki amaç; doku hasarının yayılmasını ve büyümesini engellemek için mümkün olan en kısa sürede reperfüzyon tedavisine başlamaktır. Böylece kalp yetersizliği, kardiyojenik şok ve hayatı tehdit edici ritm bozuklukları gibi acil komplikasyonlar için önlem alınmaktadır (ESC, 2018; Van de Werf ve ark., 2003). Uzun dönemde tedavinin amacı ise hastalığın ilerlemesinin ve tekrarlayan infarktüslerin önlenmesidir (Sverre ve ark., 2020).

2.1.8.1. Miyokard İnfarktüsünde Acil Tedavi

Mİ tedavisinde hızlı tanının önemi kuşkusuz çok önemlidir. Hızlı tanı için hastanın öyküsü, vital bulguları sık sık takip edilmeli, kardiyojenik şok belirti ve bulgu

açısından değerlendirilmeli ve erken tedavisine başlanmalıdır (Keleş, 2007). Hasta da devamlı EKG monitorizasyonu başlatılmalı, ölümcül ritm bozuklukları ve arrest durumlarına karşı kardiyoversiyon ile kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) şartları hazır hale getirilmelidir (Griffin, 2014; ESC, 2017). Orta veya yüksek riskli grupta olan hastalar koroner yoğun bakım şartlarında monitörize şekilde izlenmeli ve erken revaskülarizasyon açısından değerlendirilmeye alınmalıdır (Zipes ve ark; 2019). MI olan her hastaya en kısa süre içerisinde aspirin verilmelidir. Doz bir adet 300 mg non-enterik tablettir. Perkütan Koroner Girişim (PCI) yapılan MI hastalarına ömür boyu aspirin verilmektedir (ESC, 2017). MI tedavisinde oksijen saturasyon değeri %90'nın altında olmadığı müddetçe rutin uygulanması önerilmemektedir. Morfin sülfat, MI' ne bağlı ağrı tedavisinde en çok tercih edilen analjeziktir. Morfin, sadece göğüs ağrısının azaltılıp hastanın konforunun artırılmasının yanında, sempatik aktivasyonun düşürülmesi ve vazokonstriksiyonun engellenmesi gibi önemli etkileri vardır. Antiplatelet ilaçların emilimini geciktirdiği nedeniyle endikasyonu Sınıf IIa'ya (Kanıt düzeyi C) indirilmiştir (ESC, 2017). Ciddi pulmoner ödem veya kardiyojenik şok gelişmiş hastalara yüz maskesi veya endotrakeal tüp oksijen tedavisi uygulaması yapılabilir (Griffin, 2014).

Nitrogliserinler, güçlü anti iskemik etkiye sahiptir. Vazodilatasyon etkisi sayesinde kalbin iş yükünü azaltarak, miyokardın oksijen ihtiyacını ve ventriküler duvar stresini azaltırlar (Sınıf I, Kanıt düzeyi: C) (ESC, 2008). Uygun doz uygulamasıyla sistolik kan basıncında azalma beklenir (ESC, 2021).

2.1.8.2. Miyokard İnfarktüsünde Farmakolojik Tedavi

Platelet P2Y₁₂ reseptör antagonistleri, PCI uygulanıp uygulanmamasından bağımsız olarak MI ile başvuran bütün hastalara rutin olarak verilmelidir. PCI planlanan hastalarda öncesinde veya PCI esnasında yükleme dozu verilmelidir (ESC, 2021). MI'de, betabloker ilaç tedavisi ile mortalitenin, infarktüs genişliğinin, ventriküler fibrilasyon meydana gelmesinin ve serbest duvar rüptürünün azaldığı gösterilmiştir. MI'de erken dönemde verilen iv betabloker ilaç tedavisi kan basıncını, kalp hızını, miyokard kasılmasını azaltarak kalbin oksijen ihtiyacını azaltmakta ve diastol süresini uzatarak tehdit altındaki miyokard dokusunun daha iyi beslenmesini sağlamakta, böylece infarktüs alanının küçük kalmasına yardımcı olmaktadır. Betabloker ilaç uygulamasının, trombolitik ilaç tedavisi alma şansı olmayan hastalarda büyük faydası olduğu gibi

trombolitik tedavi ile birlikte uygulandığında da re-infarktüs riskini ve tekrarlayan iskemileri azaltmada faydası vardır (tkd.org.tr/kilavuz/k07.htm. Erişim tarihi: 15.10.2022).

ACE inhibitörleri, Mİ'nün erken döneminde verildiğinde mortaliteyi azaltma üzerine olumlu etkileri vardır (ESC, 2021). Oral captopril tedavisinin anterior Mİ sonrasında ilk 24 saatte (özellikle ilk 8 saat) başlanmasının mortalite etkisini inceleyen ISIS-4 çalışmasında mortaliteyi %7 azalttığı görülmüştür. ACE inhibitörlerinin erken dönemde başlanmasını inceleyen bir meta-analizde toplam 100.000 hastanın verilerine bakıldığında 1000 hastadan 4.6 hastanın ölümünü engellediği sonucuna varılmıştır (tkd.org.tr/kilavuz/k07.htm. Erişim tarihi: 15.10.2022). ESC'nin 2008 kılavuzunda ACE-İ, hastanın kan basıncı düzeyi ve sol ventrikül fonksiyon gücü dikkate alınmaksızın, bütün hastalara önerilmektedir (Sınıf IIa, Kanıt düzeyi: A) (ESC, 2008). ACE-İ'ni tolere edemeyen hastalara anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB) önerilmektedir (Sınıf IIa, Kanıt düzeyi:C) (Antman ve ark., 2008).

2.1.8.3. Miyokard İnfarktüsünde Reperfüzyon Tedavisi

Mİ'ne bağlı ölümlerin yarısı hasta acil servise ulaşmadan ilk 1 saat içerisinde meydana gelmektedir. Reperfüzyon tedavisinin hızlı ve erken sağlanması sol ventrikül fonksiyonlarının korunmasına yardımcı olur. İlk saat içinde reperfüzyon tedavisi verilen hastalarda mortalite yararı en yüksektir (ESC, 2018). Reperfüzyon tedavisinde alternatif; trombolitik ilaç tedavi veya primer perkütan girişimdir. Trombolitik tedaviye ilk yarım saat içerisinde başlanmalıdır (ESC, 2018). Mİ tedavisinde antikoagülan ve antitrombotik ilaçlar, aterosklerotik plak üzerindeki lümeni tıkaçıcı trombüs oluşumu engellerler ve reinfarktüs oranını azaltırlar (Smeltzer ve ark., 2010; tkd.org.tr/kilavuz/k07.htm erişim tarihi: 15.10.2022). Mİ tanısının hasta acil servise ulaşmadan konulması gerektiğinin önemini vurgulayan kılavuzda 'kapı-balon zamanı' terimi kaldırılmış olup, onun yerine 'tanıdan PKG'ye (tel geçişine) kadar geçen zaman' terimi getirilmiştir. Primer PKG için öngörülen zaman dilimleri, primer girişim yapan merkeze başvuran hastalar için 60 dakikayı, transfer edilmesi gereken merkeze başvuran hastalar için ise maksimum 120 dakikayı geçmemelidir. Primer PKG yapılmayan merkezlere başvurup transfer süreci 120 dakikayı aşacak hastalar için ilk on dakika içerisinde fibrinolitik tedavi başlanması gerekmektedir (ESC, 2018).

2.1.9. Miyokard İnfarktüs Geçiren Hastalarda Tedaviye Uyum

DSÖ tedaviye uyumu, genel ya da tıbbi sağlık önerilerini kabullenme, ilaçları alma, beslenme ve diyetle uyum sağlama ve ilgili yaşam tarzı değişikliklerini sürdürme gibi davranışların kesişimi olarak tanımlar (WHO, 2003). Mİ geçiren hastalarında tedavisindeki amaç; hastaların eğitimi, egzersiz, diyet, stres yönetim teknikleri sigaranın bırakılması (Bosworth ve ark., 2011), semptomların kontrol edilmesi, iskemi şiddetinin azaltılması, Mİ ve mortaliteyi engelleyerek beklenen yaşam ömrünü artırmaktır (Bayülgen ve ark., 2017; Durusoy ve ark., 2010; Özen ve Çelik, 2010).

Mİ geçiren hastalarda tedaviye uyumun daha etkin olması ve tedavi ihtiyaçlarının iyileştirilebilmesi için sağlıklı yaşam aktivitelerinin artırılması önem taşımaktadır (İnangil ve Şendir, 2014). Mİ geçiren hastalarda, sigara ve alkol tüketimini azaltma, fiziksel aktivite, beslenme tarzı, bireysel hijyen ve stresi azaltma gibi davranış değişikliğinin sağlanması ve tedaviye uyumun sağlanması gerekmektedir (Petersen ve ark., 2015). Mİ geçiren hastalar, akut ağrı, depresyon, anksiyete, kardiyak outputta azalma, uyku şeklinde bozulma ve bilgi eksikliği yaşamakla beraber yaşam tarzı değişiklikleri ile baş edememektedir (Enç ve ark., 2007; Özer ve Demir, 2012). Hastaların taburculuk sonrası yaşam şekli konusunda bilgi sahibi olmaları, tedaviye uyumun kolaylaştırılmasında ve tekrarlı hastaneye yatışların azaltılmasına yardımcı olmaktadır (Erdoğan, 2019). Mİ geçirmiş hastalarda, hastanın bireysel gereksinimleri doğrultusunda eğitim verilmesi sağlanarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ve tedaviye uyumu artırılmalıdır (Demirkıran ve Uzun, 2012). Kardiyovasküler hastalığının tekrarı ve buna bağlı mortalitenin azaltılmasını sağlıklı yaşam şekli davranışları sağlamaktadır (Bayülgen ve Altıok, 2017; Griffin, 2014). DSÖ, yaşam tarzı değişiklikleriyle Mİ gelişiminin %70 oranında azaltılabileceğini belirtmektedir (WHO, 2007). 2001 yılında yapılan DSÖ uyum toplantısında tedaviye uyumun, “hastanın tıbbi talimatları ne dereceye kadar takip ettiği” olarak tanımlanmıştır (WHO, 2003). Tedaviye uyumun dört içeriği vardır. Verilen ilacı her gün alma, her gün doğru dozda doğru ilacı alma, doğru zamanda alma, doz atlamama (Ateş ve Algül, 2006; Riegel ve ark., 2012). Tedaviye uyumu kompleks ve dinamik bir süreç olarak görmek gerekir (Partridge, 2002; Vlasnik, 2005).

DSÖ, kronik hastalıklarda görülen ilaç uyumsuzluğun global bir sorun olduğunu ve %50 hastanın ilaçlarına uyum göstermediğini raporlamıştır (WHO, 2003). İlaçların

doğru kullanılmaması ve kan basıncının kontrol altında tutulamaması, kardiyak fonksiyonların bozulduğunu gösteren patolojik değişikliklerdir (Enç ve Öz-Alkan, 2012, Ruppap ve ark., 2015). Hastaların genellikle ilaç tedavisine yeterince uyum göstermedikleri ve bu nedenle ilaç uyumunun istenilen seviyede olmaması sağlık profesyonelleri ve sağlık bakım sistemi için bir sorundur (Osterberg ve ark., 2005; Lesnovska ve ark., 2016). Tedaviye iyi uyumun; mortalite ve hastane yatışlarını azalttığı, genel sağlık durumunu olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir (Aktoz, 2010; Riegel ve ark., 2009). Tedaviye uyum sağlamak, terapötik ilişki kurarken hastanın katılımına önem yükler (Ateş ve Algül, 2006). Sağlık çalışanları ile hastalar arasında kuvvetli bir bağ olmasının yanı sıra hastaların aktif bir sosyal ilişki bağından yeterli destek görmesinin de tedaviye uyumu arttırdığı belirtilmiştir (Dickstein ve ark., 2008; Sezgin ve Mert, 2015; Vatansever ve Ünsar, 2014). Neihsel ve ark. (2014) çalışmasında en yüksek tedavi uyumu kanser hastalıklarında bulurken, en düşük uyum kardiyovasküler hastalıklarda bulmuşlardır (Neihsel ve ark., 2014). ACE inhibitörlerine uyumun incelendiği bir çalışmada taburculuktan sonraki bir ay içindeki uyum %80 iken, bir yıl içinde uyum oranının %60'lara kadar düştüğü saptanmıştır (Butler ve ark., 2004; Morgan ve ark., 2006). Tedaviye uyumun boyutu hastanın çevresine, uygulanan ortamın şartlarına ve sağlık bakım sistemlerinin uygulamalarına dayanmaktadır (Vlasnik, 2005).

2.2. İlaç Uyumu

İlaç uyumu, hastaların kendilerine reçete edilen ilaçları ve verilen tıbbi tedaviyi uygun şekilde ve sürede kullanmaları olarak tanımlanmaktadır (Misdrahi ve ark., 2002; Osterberg, 2005). İlaç uyumu, hastanın tedavisinin ilerleme sağlanması açısından önem taşımaktadır (Beers ve Berkow, 2000). Hastanın söyledikleri, çevresinin söyledikleri, klinikteki izlenen gözlemler, ilaç sayımı ve kan değerlerinin tespiti ile ilaç uyumu belirlenmektedir (Misdrahi ve ark., 2002). Kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde yaşam tarzı değişiklikleri ile beraber ilaç uyumu da önem taşımaktadır. Kişilerin tedaviye uyumu hastalığı kontrol altında tutabilmek ve oluşabilecek komplikasyonları önlemek açısından önemlidir (Güngör, 2020). Bu nedenle, Mİ sonrası uzun süreli tedavi de ilaçların düzenli kullanılması gerekir (Demirtaş, 2002; Griffin, 2014). Hastalara ilacı neden kullandığı, nasıl kullanması gerektiği ve doğru dozu doğru zamanda alması gerektiği öğretilmelidir (WHO, 2007). İlaç uyum sorunları hastaneye yatışların artmasına, mortaliteye ve sağlık bakım maliyetlerin yükselmesine neden olmaktadır (Misdrahi ve

ark., 2002; Rolnick ve ark., 2013). İlaç uyumsuzluğu ile medikal ve biyopsikososyal komplikasyonların ortaya çıkması artmakta ve hastaların yaşam standardı düşmektedir (WHO, 2003). İlaç uyumsuzluğunun, yılda yaklaşık olarak 125.000 mortaliteye sebep olduğu tahmin edilmekte ve ilaç tedavisine uyumsuzluk, yılda yaklaşık 100 ila 300 milyar dolar arasında bir ekonomik yük getirmektedir (ACPM, 2011. http://www.acpm.org/?MedAdherTT_ClinRef#Statistics. Erişim tarihi: 09.10.2022). İlaç uyumsuzluğu, ilaçlardan fayda elde edilememenin en sık nedenidir. Hastanın yaşam standardını düşürmekte ve sağlık için ayrılan kaynakların gereksiz harcanmasına neden olmaktadır (Karadağ, 2021).

İlk hastaneye yatıştan bir yıl sonraki nükslerin %40'ı ilaca uyumsuzluğundan kaynaklanmaktadır (Misdrahi ve ark., 2002). Eagle ve ark. (2004)'nın yaptığı çalışmada 13.830 AKS hastasının taburcu olurken aspirin alanların %8'i, beta bloker alanların %12'si, ACE inhibitörleri alanların %20'si ve statin alanların %13'ü, toplamda ilk 6 ay içerisinde %8-20'sinin önerilen ilaç tedavisini bıraktıkları tespit edilmiştir (Eagle ve ark., 2004). Kronik hastalığı olanları %50'si ilaçlarına bağlılık göstermemektedirler (Özen ve ark., 2018).

Türkiye'de literatür taramasında ilaç uyumunu ölçmek için geliştirilmiş çeşitli ölçüm araçları vardır (Gökdoğan ve Kes, 2017; Hacıhasannoğlu-Aşilar ve ark., 2014; Oğuz ve ark., 2010; Şen ve ark., 2019). Literatürde ilaç uyumu ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır (Chen ve ark., 2021; Nafrodi ve ark., 2017; Kwan ve ark., 2020; Yap ve ark., 2016). İlaç uyumunun olmamasının; tıbbi ve psikososyal komplikasyonlara neden olduğu, hastaneye yatışları ve maliyeti arttırdığı birçok çalışmada belirtilmektedir (Dilokthornsakul ve ark., 2012; Riegel, 2012; Sokol ve ark., 2005; Touchette, 2008). Bu nedenle ilaç uyumunu engelleyen faktörlerin incelenmesi gereklidir.

2.2.1. İlaç Uyumunu Etkileyen Faktörler

Tedaviye uyum, kişilerin sağlık çalışanları tarafından verilen, ilaç alma, randevulara düzenli gitme, diyet, beslenme ve yaşam biçimi davranış değişikliklerine uyması gibi önerilere uyma derecesi olarak tanımlamaktadır (İçyeroğlu, 2012). Tedavinin önemli bir parçasını kişilerin ilaca uyum göstermesi oluşturmaktadır (Şen ve ark., 2019). Tedaviye uyumu birçok faktör etkilemektedir. İlaç tedavisine uyumsuzluğun nedenleri

arasında sosyodemografik özellikler, hastalık ilişkili faktörler, tedavi ile ilgili özellikler, ekonomik ve davranış ile ilgili faktörler yer almaktadır (Karadağ, 2021; Schneider ve ark., 2014; WHO, 2003).

Sosyodemografik özellikler, ileri yaş, ırk, cinsiyet, evlilik durumu, meslek ve eğitim durumudur.

Hastalıkla ilgili özellikler, hastalığın tipi, şiddeti ve komplikasyon varlığıdır.

Tedavi ile ilgili özellikler, ilacın dozu, maliyeti, tedavi rejiminin karmaşıklığı, ilacın yan etkisi ve tıbbi tedavi planına uymama sayılabilmektedir. (Maclaughlin ve ark., 2005; Toy ve ark., 2011).

Hastaya ait özellikler, düşük okuma düzeyi, tedavi gereksiniminin anlaşılamaması, psikolojik problemler, iletişim eksikliği, hastanın inancı, motivasyonun az olması gibi davranış özellikleri ve düşük sosyoekonomik durum yer almaktadır (Köse, 2017; Maclaughlin ve ark., 2005; Partridge, 2002; Vlasnik, 2005).

Kişilerin kaygı, stres ve depresyon düzeyinin yüksek olması Mİ geçirdikten sonra iyileşme dönemini olumsuz etkilemektedir. Tekrar Mİ geçirme endişesi, kişilerin iyileşme sürecinin gecikmesine neden olmaktadır (Dirik ve Şahin, 2008; Erşan ve ark., 2013). Bazı çalışmalarda ilaç uyumunu etkileyen en önemli faktörün depresyon olduğu belirtilmiştir (Butler ve ark., 2004, Morgan ve ark., 2006). Jin ve ark. (2008) çalışmalarında ilaç tedavisine uyumda; hastalığın akut veya kronik olması, hastanın maddi durumu, hasta ile sağlık çalışanı arasındaki ilişki, hastanın bilgi ve eğitim düzeyi, kültürel özellikler gibi faktörlerin etkili olduğu belirtilmektedir (Jin ve ark., 2008). İçyeroğlu (2012) 'nun, 220 hastayla yaptığı çalışmada ilaç uyumlarının cinsiyet, medeni durum, eğitim ile gelir düzeyi, sigara ve kahve gibi faktörlerden etkilendiği saptanmıştır (İçyeroğlu, 2012). Hastanın yalnız yaşaması, kullandığı ilaç sayısının fazla olmasını, ihmalkâr davranması ve gelir düzeyinin düşük olması ilaç uyumunu olumsuz etkilemektedir (Hacıhasanoğlu, 2009). Özellikle 65 yaş üstü bireylerde kullanılan ilaç sayısının artması ilaç etkileşimlerinin, yan etkilerinin görülme sıklığının artmasına, ilaç dozunu almayı unutmaya (%61,4) ya da kasıtlı olarak ilaç almamaya neden olmaktadır (Turhan ve ark., 2014). Hastaların tedaviye uyumlarının olmaması; tekrarlı hastane

yatışlarına, sağlık hizmetleri maliyeti artışına ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır (Demirkol ve Tamam, 2016). Tedavi uyumu birçok sorun taşımaktadır. Hastaların ilaca uyumunu artırmak ve toplum sağlığını korumak için, hastaların inançlarını, korkularını ve önyargılarını tanımalarını sağlamak gerekmektedir (Brown ve ark., 2016). Hemşireler, uygulayıcı, eğitimci ve bakım verici rolünü yerine getirerek ilaç kullanım sürecinde hastalarına bilgi ve destek vererek ilaç uyumsuzluğunu daha iyi yönetmeleri sağlanabilir (Günel, 2020).

2.3. Öz Bakım Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre öz bakım, ailelerin ve toplumların sağlığını geliştirme, hastalıklarını önleme ve, sakatlıkları ile başa çıkabilme yeteneğidir (DSÖ, 2009). Öz-bakım kuramı 1956 yılında ilk kez Dorethea Elizabeth Orem tarafından ele alınmıştır (İlhan, 2011). Orem'e göre öz bakım, kişinin genel sağlık ve iyilik halini korumak için benliğine uyguladığı bakım olarak tanımlanmıştır (Avdal ve Kızılcı, 2010). Amerikan Kalp Derneği Kardiyovasküler ve İnme Hemşireliği Konseyi'ne göre öz bakım; öz bakım sürdürülmesi, izlenmesi ve yönetiminin temel unsurlarıyla birlikte kronik hastalıkların önlenmesini ele alan doğal bir karar verme süreci olarak tanımlanmaktadır (Riegel ve ark., 2017). Öz bakım, insan, çevre, içinde bulunduğu kültürden ve günlük yaşam değerlerini içeren birçok faktörden etkilenmektedir (Bağ ve Mollaoğlu, 2010). Öz bakım; izleme, belirti ve semptomlardaki değişiklikler için kendini gözlemleme sürecini içerir (Kılıç, 2011; Riegel ve ark., 2017). Kendi kendine bakımı sürdüren kişiler, fiziksel ve duygusal istikrarı korumak için gereken davranışlara bağlı olarak sağlığını sürdürürler (Riegel ve ark., 2017). Bireyin kendine özel olan değerleri bireyin öz bakım ihtiyaçlarını belirlemektedir (Velioğlu, 2012).

AHA, 2017 yılında öz bakımı etkileyen nedenler içerisinde depresyon, bilişsel durum, zayıf öz yeterlik ve sosyal destek eksikliği olduğunu belirtmiştir (Riegel ve ark., 2017). Aile üyelerinin ve ev ziyaretlerinin bireyin öz bakımını geliştirmesinde önemli olduğu, ilaçlara, diyetle uyumu ve komplikasyonları azaltmaya yardımcı olduğu, öz bakımı olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (Montazami ve ark., 2021). Diyet, egzersiz, sigarayı bırakma gibi belirli davranışların öz bakımı iyileştirmedeki etkinliğine dair destekleyen kanıtlar vardır (Riegel ve ark., 2017). Shin ve ark. (2013) yaptığı çalışmada, perkütan koroner müdahale sonrası koroner kalp hastalığı olan

hastalar da öz bakım uyumunu etkileyen faktörlerin sosyal destek, vücut işlevi ve öz yeterlilik olduğu belirlendi (Shin ve ark., 2013). Kardiyovasküler hastalığı olan kişilerde öz bakımı iyileştirmeye yönelik girişimler, genellikle öz bakım uygulamaları hakkında bilgi ve anlayışı geliştirmeyi amaçlayan bir eğitim bileşeni içermektedir (Dickson ve ark., 2013). AKS, koroner revaskülarizasyon, peruktan koroner girişim sonrasında, nüks riskini azaltmayı amaçlayan girişimlere bağlılık ve bunlara psikolojik uyum için gerçekleştirilen sağlık profesyonellerinin katıldığı kardiyak rehabilitasyon programları düzenlenmelidir (Labrunée ve ark., 2012).

2.3.1. Öz Bakım Yönetimi

Bireyler hayatlarının belirli dönemlerinde, sağlıktan sapma durumlarında kısmen ya da tamamen kendi öz bakımlarını yerine getirememekte ve öz bakım öncelikli bir sorun olmaktadır (Fertelli ve Tel, 2007). Öz bakım yönetimi, hastalık belirti ve bulguları ortaya çıktığında yapılacak olan uygulamaların belirlenmesidir (Hançerlioğlu ve Aykar, 2016; Riegel ve ark., 2009). Öz bakım yönetimi kronik bir hastalığın gerektirdiği yönetim bağlamında sağlığı geliştirme uygulamalarıyla sağlığı koruma sürecini ele alan bir karar verme sürecidir. Öz bakım; bakımı, öz bakım izleme ve öz bakım yönetimini içerir. Deneyim, beceri, motivasyon, kültür, güven, alışkanlıklar, işlev, biliş, başkalarından destek ve bakıma erişim dahil olmak üzere öz bakım yönetimini etkileyen faktörler arasındadır (Riegel ve ark., 2012). Öz bakım yönetimi kronik hastalıkların belirtileri sıklaştığında görülen semptomları azaltmak için yapılan tedavi (girişim) uygulama ve uygulanan girişimi değerlendirmedir (Graven ve Grant, 2013; Riegel ve Dickson, 2008; Zavertrnik, 2014). Öz bakım yönetimi, hasta, hastanın ailesi ve sağlık bakım çalışanlarından oluşturmaktadır (Abaan ve Altıntoprak, 2005).

Etkin bir öz bakım yönetiminin, hastanın yaşam kalitesini yükselttiği ve memnuniyetini arttırdığı görülmüştür. Diğer yandan da mortalite ve morbiditeyi azalttığı, komplikasyonları önlediği, acil birimlere yapılan başvuruları, hastaneye yatışları ve hastanede yatış süresini azalttığı bildirilmektedir (Gohar ve ark, 2008; Sadeghi ve ark., 2013; Ryan ve Swan, 2009). Öz bakım ve öz bakım yönetimi birbirine benzeyen kavramlar gibi görünse de öz bakım, profesyonel olmayan kaynaklardan alınmış sağlık bakım davranışlarını ve günlük yaşam aktivitelerini kapsarken, öz bakım yönetimi kronik

hastalık hakkında sorumluluk alıp hastalığa uygun olan daha profesyonel yaklaşımları içermektedir (Fırat ve Öztunç, 2019). Kendi bakımını yapamayan hastalar başkalarına kısmen ya da tamamen bağımlı duruma gelmektedirler (Akyol ve Karadakovan, 2002). Öz bakım yönetimine dayalı müdahaleler, kronik hastalıkları olan kişilerde daha iyi sağlık sonuçlarına yol açabilir. Birden fazla hastalığı var ise, kendi kendini yönetme davranışlarının gelişimi, hastanın hastalıkla ilgili bilgisine, inancına ve öz yeterliliğine katkıda bulunacaktır. Düşük öz bakım yönetim davranışlarına sahip olan bireyler, sağlık hizmetlerinde maliyetlerin artmasına sebep olacaktır (Mackey ve ark., 2016). Hastalara bireyselleştirilmiş eğitim verilmesi hastaların bilgi ve becerisini geliştirip, kendi öz bakımına katılımını sağlamakta, tek başına kendi sağlığı üzerinde sorumluluk alabilmekte ve herhangi bir problem ile karşılaşırken nasıl çözebileceğini öğrenmektedir. Böylece, hastalar kendi sağlık durumunu takip edebilecek, ihtiyaç duyduğunda sağlık ekibinden danışmanlık hizmeti alarak hastalığın yönetimini sağlayabileceklerdir (Kara, 2001). Orem yetişkinlerin kendi öz bakım gereksinimlerinin ne olduğunu farkedebilme ve bu gereksinimlerini karşılayabilme kabiliyetlerinin olduğunu savunur. Bir yetenek eksildiğinde bu öz bakım yetersizliği olarak adlandırılır ve profesyonel bakıma ihtiyaç duyulmaktadır (Avdal ve Kızılcı, 2010).

Akut bir kardiyak olaydan sonra, yaşam biçimi alışkanlığını değiştirmek bazen hastalar için çok zorlu bir süreç olabilir. Yaşam biçimi alışkanlıklarını değiştirmeyi amaçlayan süreçte, hastalık yönetimine hastanın aktif katılımını sağlamak için hasta memnuniyeti önemli bir yer tutmaktadır. Hasta memnuniyetinde ise hastaların aktif dinlenmesi, problem çözümüne odaklı görüşmelerin yapılması, hastadan geri dönüş alınması etkilidir (Labrunée ve ark., 2012). KAH üretken yaş grubunda daha fazla görülmesi, mortalitenin yüksek olması, maliyetin yüksek olması ve gelecekte oluşabilecek komplikasyonlardan dolayı önemli bir sağlık sorunudur (Yıldız ve Kaşıkçı, 2019). Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda psikolojik, fiziksel ve sosyal faktörler hastalığa uyumu etkilemektedir. Bireyler, kişilik özellikleri ile birlikte, stres, anksiyete düzeyi, hastalığa yönelik bilgi ihtiyacı, hastalığı kontrol altında tutabilme ve sosyal destek gereksinimi gibi faktörlerden etkilenmektedir. Mİ sonrası hastaların tıbbi tedavi, öz bakım yönetimi, fiziksel aktivitede kısıtlanma, hastalık nedenli maddi harcamalarda artış olması yaşam tarzı değişiklikleri ile ilişkilidir (Nehir ve Çam, 2010). KAH kişilerin öz bakım sorumluluklarını yerine getirmesini zorlaştırmakta ve yaşam standartlarını düşürmektedir. KAH tanısı alan hastaların öz bakım süreçlerinin iyileştirilmesi,

fonksiyonel becerilerini artırması, tekrarlayan Mİ azaltması, yaşam kalitesini etkilemesi ve mortaliteyi azaltması açısından oldukça önemlidir (Clark ve ark., 2005; Lukkarinen ve Hentinen, 2006). Öz bakım yönetimi, AKS olan hastaların iyileşme sırasında ve sonrasında semptomları yönetme yeteneklerine olan güveninin gelişimini desteklediğini ve hızlandığını göstermektedir. Kişi merkezli bakım, hastalıkların yönetimini iyileştirmek için hastaları bakım ve tedavilerine ortak alarak dâhil etmeyi amaçlar (Fors ve ark., 2016). Orem'in öz bakımı , PCI sonrası AKS hastalarında postoperatif komplikasyonları azaltmaya yardımcı olmakta ve hastaların olumsuz duygularını ve rehabilitasyon etkinliğini, hastalık farkındalığını, öz bakım yönetimini, yeteneklerini, yaşam kalitesini ve hemşirelik memnuniyetini artırmaktadır (Zhu ve ark., 2021). Pirhonen ve ark. (2020)'nın yaptığı bir çalışmada, 65 yaş altı AKS hastalarında 2 yıllık ve 5 yıllık zaman perspektifinde öz bakım yönetimini normal bakım yönetimine göre daha düşük maliyetli ve daha etkili olduğu belirtilmiştir (Pirhonen ve ark., 2020).

AKS hastalarının hastaneden taburcu olduktan sonraki iyileşme döneminde öz bakım yönetimi ve rehabilitasyon konusunda ihtiyaç duydukları desteğin, sağlık profesyonelleri ve hemşireler tarafından sağlandığı vurgulanmıştır (Guo ve ark., 2016). Öz bakım yönetimi perkütan koroner girişimin perioperatif döneminde akut koroner sendromlu hastaların anksiyete ve depresyonunu hafifletebilir ve yaşam kalitesini iyileştirebilir (Liu ve ark., 2021). Yıldız ve Kaşıkçı (2018)'nin yaptığı çalışmada KAH tanısı alan bireylerin sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik yaşam şeklinde gerekli davranış değişiklikleri yapmasında Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Modeli'ne göre verilen bakımın etkili olduğu belirtilmiştir (Yıldız ve Kaşıkçı, 2018). Sağlık uzmanları, yaşam tarzı önerileri konusunda daha spesifik önerilere duyulan ihtiyacın farkına varmışlar ve öz bakım yönetimine teşvik etmektedirler (Lainscak ve ark., 2010). Öz bakım yönetimi bireylerin kendi hastalıklarının bakımında sorumluluk almaya başlamalarında ve öz bakımı hayatları için uygulamaya başladıklarında ortaya çıkmaktadır (Hançerlioğlu ve Aykar, 2018).

Öz bakım yönetiminin içerisinde; atılganlık, başa çıkma davranışları, öz yeterlilik, sosyal destek, öz bakım gücü, öz bakım aktiviteleridir (Jenerette ve Murdaugh, 2008). Hemşirelik uzmanları ve eğitimcileri, öz bakım iyileştirme süreçlerine ve öz bakım eylemlerine aşina olmalı, hasta merkezli bakımı ve bütüncül bir yaklaşımı öncü almaları gerekmektedir (Tzeng, 2020). Hemşireler, hastaların öz bakım yönetimi hakkında bilgi

edinmelerine, hastaların durumları ve yönetimi hakkında yardımcı olmada merkezi bir role sahiptir (Jobling, 2016). Kişilerin hayatları boyunca gerekli tedaviyi yapabilmeleri için öz bakım davranışlarını öğrenmeleri, ilaç uyumlarını kolaylaştırmaktadır. Ortaya çıkabilecek komplikasyonları önlemek ve ilaç uyumlarının artmasını sağlamak doğru öz bakım yönetimiyle mümkündür (İnkaya ve Karadağ, 2017). Kronik hastalık, ilaç uyumu ve bakım yönetiminin başarısı kişilerin öz bakımının yeterli olması ile ilişkilidir (Hançerlioğlu ve Aykar, 2018). Literatüre baktığımızda kronik hastalıklarda öz bakım ve ilaç uyumunu ele alınarak yapılan çalışmalara rastlanmaktadır (Galshahi ve ark., 2015; Güngör, 2020; Hernandez-Tejada ve ark., 2012; Kaya, 2019; Noyan, 2022; Jaarsma ve ark., 2012; Yıldırım, 2021; Walker ve ark., 2012).

2.4. Miyokard İnfarktüsü Sonrası Hemşirenin Rolü

Kardiyavasküler hastalıklar tüm Dünya’da olduğu gibi ülkemizde de en sık ölüm nedenidir (TÜİK, 2020). Mİ geçirmiş hastaların değerlendirilmesi sürecinde hemşireler, yapılan uygulamaları analiz ederek ve yorumlayarak karar verme sürecine katkı sağlayacaklardır (Watkins, 2020). Mİ hastalarında kardiyovasküler risk faktörü kontrolünü ve yeni kardiyovasküler olayların yüksek insidansı, sekonder koruma tedavisi ve kardiyak rehabilitasyonun kapsamı açısından MI sonrası taburculuk rutinleri ve poliklinik takibi açısından önemlidir (Peersen ve ark., 2021). Mİ hastalarının akut bakımının temel hedefleri; hastanın devamlı değerlendirilmesi, göğüs ağrısının kontrolü, miyokardın oksijen gereksiniminin azaltılması, istenmeyen durumların erken tanınıp önlenmesi ve taburculuk sonrası hasta ve aile eğitimleridir (Enç ve ark., 2007; Kurt ve ark., 2016). Mİ’nde etkili tedavi zamana bağlıdır. MI sonrasında gecikme arttıkça mortalite ve morbidite artar. Literatürde bu gecikmenin nedenleri olarak semptomların şiddeti, özgüllüğü, semptomların atipik sunumu, cinsiyet rollerine göre olay algısındaki farklılıklar ve semptomların yorumlanması yer almaktadır. Hemşireler, hastanın Mİ’ne karşı savunmasızlık algısını arttırmak ve kişinin atipik sunumlar konusunda farkındalığını geliştirmek, hastane öncesi gecikmelerin azaltılması ve kardiyak rehabilitasyon merkezlerine katılmasını sağlamaktadır (Lefler, 2005).

Mİ’nü takiben komplikasyonlar ortaya çıkabilir ve genellikle sıklıkla ortaya çıkar. Hastalara çeşitli testler ve tedaviler sunulabilir. Hemşireler tüm aşamalarda sağlığı geliştirmede hasta açısından önemli bir role sahiptir (Michelsen ve ark., 2018). MI sonrası

komplikasyon insidansının yüzde 14-95 arasında değiştiği ve bir aylık genel mortalite yüzde 30 olduğu tahmin edilmektedir. Ulusal Kalp Hastalığı Hizmet Çerçevesi tarafından savunulan erken tedavi, MI sonrası ilişkili morbidite ve mortalitede bir miktar azalma sağlamıştır. MI sonrası, kardiyojenik şok, perikardit ve kalp yetmezliği gibi yaygın komplikasyonları görülebilmektedir. Potansiyel komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olan hemşireler, erken belirti ve semptomları tespit edebilip, acil tedaviyi başlatabilme ve ciddi hemodinamik bozulmanın oluşmasını önleyebilme açısından aktif bir role sahiptir (Hubbard, 2003). Hemşire liderliğinde kişiye özel olarak hazırlanmış, bir kardiyak rehabilitasyon programı MI sonrası hastalarda risk faktörü yönetimini ve hastanın prognozunu iyileştirebilmektedir (Michelsen ve ark., 2018). MI nedeniyle hastaneden taburcu olduktan sonra hemşire tarafından başlatılan telefon takiplerinde, hasta ve eş stresini azaltmada ve hastaların öz bakım davranışları hakkında bilgilerini artırmada duygusal destek sağladıkları, belirsizlikle başa çıkmalarında ve yönlendirmelerde bulundukları belirtilmiştir (Keeling ve Dennison, 1995). Ülkemizde 2007 yılında yenilenen “Hemşirelik Kanunu” ile 2010 yılında yayınlanan “Hemşirelik Hizmetleri Yönetmeliği” ile hemşirelerin sağlığın korunması ve sürdürülmesi kapsamında eğitim, araştırma, danışmanlık, bakım verme, kalite geliştirme ve yönetim rolleri tanımlanmış ve hemşirenin görevleri belirtilmiştir ([www.tkhk.gov.tr/DB/10/1903_hemsirelik-
yonetmeliği](http://www.tkhk.gov.tr/DB/10/1903_hemsirelik-yonetmeliği)). Erişim tarihi: 06.10.2022).

Hastaların yoğun bakım ünitesinden taburcu olduktan sonra sekonder koruyucu sağlık uygulamaları hakkında bilgilendirilmesi, bakımın planlanması, ev içi aktivitelerinin belirlenmesi, fiziksel kapasitenin artması, hastalığın yönetiminde sorumluluk alması, tekrarlı yatışların engellenmesi ve maliyetin azaltılması hemşire desteği ile sağlanmaktadır (Tülek, 2006). Hemşire liderliğindeki ve hemşire işbirliğine dayalı müdahaleler sonucunda, taburcu olan yaşlı hastaların ilaç uyumlarının iyileştiği belirtilmiştir (Verloo ve ark., 2017). Hemşireler, öz bakım tekniği etkinliğini artırarak, olumlu yönde hasta bakımı sonuçlarını etkileyerek potansiyel etkiye sahiptirler (Crane ve Ward, 2016). Hemşire doğrudan hasta bakımına katılarak egzersiz, doğru beslenme ve yaşam dengesi göstererek rol model olmalı ve öz bakımı uygulamalıdır (Ross ve ark., 2019). KAH risk faktörlerinden korunma amacıyla hemşire, eğitim, danışmanlık ve liderlik rollerini üstlenerek, sigaranın bırakılması, düzenli fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme ile etkili stres yönetimi ve düzenli sağlık kontrollerinin yapılmasına yönelik eğitim vermeli, bireyleri ve toplumları motive etmelidir (Berra ve ark., 2011; Lanuza ve

ark., 2011). Hemşireler olgu yönetimi modelleri ile rutin bakıma kıyasla risk faktörlerinde, egzersiz toleransında, kan basıncı kontrolünde, ilaçların düzenli kullanımında, kardiyak olaylarda ve mortalite oranlarında azalma, koroner ateroskleroz gelişme oranında azalma sağlamıştır (İnangil ve Şengil, 2014). Mİ sonrası hemşire, kardiyovasküler hastalığı olan bireyin semptomlarının azaltılması, yaşam kalitelerinin artırılması, yaşam şekli değişikliklerini destekleme, diğer ekip üyeleri ile iletişimi sağlama, bireyin bağımsız rollerini en üst düzeye çıkarma gibi birçok temel görevi bulunmaktadır (Akdemir ve Akkuş, 2006; Uysal, 2012).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, kesitsel, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesinde Nisan-Temmuz 2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Hastane 1962 yılında faaliyete geçmiş olup, 360 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanenin 34 adet koroner yoğun bakım yatağı mevcuttur.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini tekrarlı Miyokard İnfarktüsü geçirmiş hastaneye yatışı olan hastalar oluşturmaktadır. Örneklemi ise, 1 Nisan-30 Temmuz arasında tekrarlı Miyokard İnfarktüsü geçirmiş olup hastaneye yatışı yapılan toplam 250 hasta oluşturmuştur. Çalışmanın yapılması planlanan hastaneye ayda ortalama 80-100 arası tekrarlı Mİ geçiren hasta yatışı olmaktadır. Araştırmayı kabul eden tüm hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Dahil etme kriterleri

Tekrarlayan Mİ nedeniyle hastanede yatıyor olması

Dışlama kriterleri

18 yaş altı hastalar

İletişim engeli olan hastalar

Bilinci kapalı hastalar

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bu araştırmada Tekrarlı Miyokard İnfarktüsü geçirmiş hastaların Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puanları ve Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği puan ortalamaları bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; araştırmaya katılan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyoekonomik düzey, mevcut sağlık durumu, düzenli kontrollere gitme, ilaç kullanma durumu ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi gibi değişkenler oluşturmuştur.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında tekrarlı Miyokard İnfarktüsü geçirmiş olan hastalara taburcu olmadan önce Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek1), Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri (SC-CHDI) (Ek-2), Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği (TMMÖ) (Ek- 3) uygulandı.

Tanıtıcı Bilgi Formu Ek-1: Bu form, araştırmacı tarafından literatür (Hançerlioğlu, 2014; Günel, 2020; Kaya, 2019; Karagöz, 2019; Pehlivan, 2019; Karabulut, 2018; Gelik, 2019) doğrultusunda oluşturulmuş olup toplam 17 sorudan meydana gelmiştir.

Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri (SC-CHDI) EK-2: Dickson ve ark. (2017), tarafından geliştirilmiş olan envanter toplam 22 maddeden ve 3 bölümden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışmasını, Bayrak ve Oğuz (2020) yapmıştır. Kronik hastalıkların öz bakım teorisi kullanılarak geliştirilen envanter sürdürme, yönetim ve öz güven alt ölçekleri ile KKH olan bireylerin öz bakım davranışlarını ölçmektedir. Öz bakımı sürdürme ölçeği, danışma ve otonom davranışlarını iki boyutta ölçer. Danışma davranışları alt boyutu 6 maddeden (1,2,3,5,7,9), otonom davranışlar boyutu ise 4 maddeden (4,6,8,10) oluşmaktadır. Her bir madde 1 (hiçbir zaman veya nadiren) ile 4 (her zaman veya günlük) arasında puanlanır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 40, en düşük puan 10'dur. Öz bakımı sürdürme ölçeği yapısının **Cronbach's alfa değeri: 0,63** bulunmuştur. Öz bakımı yönetme ölçeğinin erken ve geç alt boyutları vardır. Erken alt boyutu, semptomlara karşı erken farkındalık tepkilerini ölçer. Geç alt boyutu, semptomlara karşı gecikmiş yanıtları ölçer.

Erken alt boyutu 3 maddeden (11,12,16) ve geç alt boyutu da 3 maddeden (13,14,15) oluşmaktadır. 11. madde 0 (fark etmedim) ve 4 (çok hızlı) arasında değişen bir puan alır. 16. madde ise 0 (hiçbir şey yapmadım) ile 4 (oldukça eminim) arasında puanlanır. Diğer maddeler 1 (muhtemel değil) ile 4 (oldukça muhtemel) arasında puanlanır. Bu alt ölçekten alınabilecek maksimum puan 24, minimum puan 4'tür. Öz bakımı yönetme ölçek yapısının **Cronbach's alfa değeri: 0,63** bulunmuştur. Öz bakım güven ölçeğinin 6 maddeden oluşan tek bir boyutu vardır (17,18,19,20,21,22). Her madde 1 (güvenilmez) ile 4 (oldukça emin) arasında puanlanır. Alt ölçekten alınabilecek maksimum puan 24, minimum puan 4'tür. Öz bakım öz güven ölçeği yapısının **Cronbach's alfa değeri: 0,95** bulunmuştur ($\alpha = .95$). Bu envanterden üç farklı puan elde edilir ve yüksek puanlar artan öz bakım ile ilişkilendirilir (Bayrak ve Oğuz, 2020). Bizim çalışmamızda öz bakımı **sürdürme** ölçeğinin **Cronbach alfa değeri: 0,81**; öz bakımı **yönetme** ölçeğinin **Cronbach alfa değeri: 0,60**; öz bakım **öz güven** ölçeğinin ise **Cronbach alfa değeri: 0,84** bulunmuştur.

Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği (TMMÖ) EK-3: Ölçek 1980 yılında Morisky ve arkadaşları tarafından ilaç tedavisine uyum değerlendirmede 4 soruluk bir anket olarak geliştirilmiş olup bu anketle ilgili pek çok geçerlilik çalışmaları yapılmış, iyi psikometrik özellikleri olduğu gösterilmiştir. Bağımsız araştırmacılar tarafından diğer kronik hastalıklar içinde uygulanan bu ankette daha sonrasında bazı eksiklikler saptanmış ve 2 yeni soru ilavesiyle Modifiye Morisky Ölçeği geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Vural ve ark. (2011) tarafından yapılmıştır. Ölçek kronik hastalıklarda uzun süreli ilaç tedavisine bağlılığı değerlendirmede kullanılan 6 sorudan oluşan kısa, kolay uygulanabilir, motivasyon ve bilgi düzeyini ayrı ayrı değerlendirebilen bir testtir. Ölçek soruları Evet/Hayır olarak yanıtlanmakta olup 2 ve 5. Sorulara verilen yanıtlarda evet 1 puan, hayır 0 puan; diğer sorularda ise evet 0 puan, hayır 1 puan olarak hesaplanmaktadır. 1,2 ve 6. sorulardan alınan toplam puan 0 veya 1 ise düşük motivasyon düzeyini, >1 ise yüksek motivasyon düzeyini göstermektedir. 3,4 ve 5. sorulardan hastanın aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük bilgi düzeyini, >1 ise yüksek bilgi düzeyini göstermektedir (Vural ve ark., 2011). Ölçeğin **Cronbach's alfa değeri: 0,67** bulunmuştur (Günel, 2020). Ölçekten alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan 3'tür. Ölçeğe verilen cevaplar değerlendirildiğinde; puan arttıkça ayrı ayrı bilgi ve motivasyon düzeyi de artmaktadır. (Case Management Adherence Guideline, 2006).

<https://www.miccsi.org/wp-content/uploads/2016/01/CMAG2.pdf> (Erişim tarihi: 04.01.2023). Bizim çalışmamızda ise Modifiye Morisky ilaç uyum ölçeğinin **Cronbach alfa değeri: 0,76** bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmayı uygulamadan önce hastalara, araştırmanın amacı açıklanarak çalışmaya katılmanın gönüllük esasına dayandığı, verdikleri bilgilerin araştırma dışında kullanılmayacağı ve başkalarıyla paylaşılmayacağı konusunda bilgi verildi. Hastalarla yüz yüze görüşme yoluyla anketlerin toplanması yapıldı ve görüşme süresi 15-20 dakika arasında değişiklik gösterdi.

3.7. Verilerin Analizi

Veriler, değerlendirilmesinde istatistiksel analizler için IBM–SPSS (Statistical Package for Social Science) (Version 26) programı kullanıldı. Tanımlayıcı özelliklere ilişkin bulguların frekans ve yüzdelik değerleri sunuldu. Hastaların Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri ve Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği puan ortalamaları, standart sapması, en küçük ve en büyük değerleri belirtildi. Bağımlı değişkenlerin normallik dağılımları Kolmogorov Smirnov testi ile test edildi ve verilerin normal dağılıma uymadığı görüldü ($p<0,05$). İki kategoriye sahip değişkenlerin nicel veriler ile karşılaştırılmasında Mann Whitney U, ikiden fazla kategoriye sahip değişkenlerin nicel veriler ile karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallies testi kullanıldı. Hastaların Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri ile Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği arasındaki ilişkiye spearman korelasyon analizi ile bakıldı. Verilerin iç tutarlılığı Chronbach Alpha sayısı ile bakıldı. Veriler %5 hata payı ile test edildi.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik kurulundan yazılı izin (61351342/NİSAN 2021-01 sayılı), çalışmanın yapılacağı S.B.Ü. Dr. Siyami Ersek G. K. D.C. E.A.H yazılı kurum izni (E-28001928-

604.01.01 sayılı), İl Sağlık Müdürlüğünden izin (E- 15916306-604.01.01 sayılı) ve çalışmaya katılan hastalardan yazılı onam formu alınmıştır.



4. BULGULAR

Tablo 1. Hastaların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n: 250)

		n	%
Yaş	36-50 yaş	48	19,2
	51-64 yaş	95	38,0
	65 yaş ve üzeri	107	42,8
Cinsiyet	Kadın	88	35,2
	Erkek	162	64,8
BKİ	Normal	55	22,0
	Fazla kilolu	111	44,4
	Obez	84	33,6
Medeni durum	Evli	215	86,0
	Bekar	35	14,0
Eğitim durumu	Okuryazar değil	40	16,0
	İlkokul mezunu	71	28,4
	Ortaokul mezunu	34	13,6
	Lise mezunu	60	24,0
	Lisans	39	15,6
	Lisansüstü	6	2,4
Bir işte çalışma	Evet	106	42,4
	Hayır	144	57,6
Meslek	Ev hanımı	69	27,6
	İşçi	38	15,2
	Memur	35	14,0
	Serbest meslek	30	12,0
	İşsiz	9	3,6
	Emekli	69	27,6
Kronik hastalık varlığı	Evet	196	79,4
	Hayır	51	20,6
Kontrollere gitme durumu	Evet	137	54,8
	Hayır	113	45,2
Ne sıklıkla kontrollere gittiği	1 Ay	5	2,0
	3 Ay	21	8,4
	6 Ay	39	15,6
	1 Yıl	68	27,2
	5 Yıl	17	6,8
	Hiçbir zaman	100	40,0
İlaç kullanmada zorluk yaşama durumu	Evet	130	52,0
	Hayır	120	48,0

Tablo 1. Hastaların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (Devamı)

İlaç kullanmada nasıl bir zorluk yaşadığı*	İlaç almayı hatırlama	101	51,8
	Rahatsızlık	53	27,2
	Yüksek maliyet	24	12,3
	Yan etkiler	17	8,7
Sigara kullanma durumu	Hayır, hiç içmedim	78	31,2
	Hayır, bıraktım	107	42,8
	Evet, halen içiyorum	65	26,0
Alkol kullanma durumu	Hayır, hiç içmedim	153	61,2
	Hayır, nadiren içerim	61	24,4
	Sürekli içerim	12	4,8
	Eskiden içerdim	24	9,6
Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi	Bağımlı	12	4,8
	Bağımsız	192	76,8
	Yarı bağımlı	46	18,4
Taburcu öncesi eğitim alma durumu (ilk kez geçirilen Mİ)	Evet	213	85,2
	Hayır	37	14,8
Mevcut kronik hastalık*	Diyabet	111	31,9
	HT	155	44,5
	KKY	41	11,8
	KOAH	36	10,3
	Kanser	5	1,4

*birden fazla cevap verilmiştir

Miyokard İnfarktüsü geçiren hastaların %42,8'i 65 yaş ve üzeri, %64,8'i erkek, %44,4'ü fazla kilolu, %86'sı evli, %28,4'ü ilkokul mezunu olduğu görüldü. Çalışmaya katılan hastaların %57,6'sı bir işte çalıştığını, %27,6'sı emekli olduğunu, %79,4'ü kronik hastalığının olduğunu, %27,2'si yılda bir sağlık kontrolüne gittiğini, %52'si ilaç kullanmada zorluk yaşadığını belirtti. Hastaların %42,8'i sigarayı bıraktığını, %24,4'ü nadiren alkol kullandığını, %76,8'i günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olduğunu, %85,2'si taburculuk öncesi eğitim aldığını, en sık hipertansiyon (%44,5) ve diyabet (%31,9) hastalığı olduğunu, %51,8'i ilacı almayı hatırlamada zorluk yaşadığını ifade etti.

Tablo 2. Hastaların Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri puan ortalamaları

	Madde Sayısı	Ort.	SS	Min-Max	Cronbach's α
Hastaların Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri					
Öz Bakımı Sürdürme Ölçeği	10	22,87	5,47	10-39 (10-40)*	0,817
Danışma	6	14,14	3,80	6-24 (6-24)*	0,772
Otonom	4	8,73	2,46	4-16 (4-16)*	0,729
Öz Bakımı Yönetme Ölçeği	6	13,33	3,59	5-21 (5-24)*	0,600
Erken	3	6,91	2,48	1-12 (1-12)*	0,609
Geç	3	6,37	1,80	3-12 (1-12)*	0,235
Öz Bakım Öz Güven Ölçeği	6	15,74	3,50	6-24 (6-24)*	0,844

*Ölçekten alınabilecek en küçük ve en büyük değerler

Hastaların Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri 3 ölçek ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Öz Bakımı Sürdürme Ölçeği puan ortalaması $22,87 \pm 5,47$, Danışma alt boyut puan ortalaması $14,14 \pm 3,80$, Otonom alt boyut puan ortalaması $8,73 \pm 2,46$ olarak belirlendi. Öz Bakımı Yönetme Ölçeği puan ortalaması $13,33 \pm 3,59$, Erken dönem alt boyut puan ortalaması $6,91 \pm 2,48$, Geç dönem alt boyut puan ortalaması $6,37 \pm 1,80$ olarak bulundu. Öz Bakım Öz Güven Ölçeği puan ortalaması ise $15,74 \pm 3,50$ olduğu görüldü.

Tablo 3. Hastaların Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği puan ortalamaları

	Madde Sayısı	Ort.	SS	Min-Max	Cronbach's α
Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği ($\alpha = 0,76$)					
Motivasyon	3	1,55	1,01	0-3 (0-3)*	0,600
Bilgi Düzeyi	3	1,72	1,13	0-3 (0-3)*	0,659

Antihipertansif ilaç tedavisine uyumu değerlendirmede kullanılan Modifiye Morisky Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde Motivasyon alt boyut puan ortalaması $1,55 \pm 1,01$, Bilgi Düzeyi alt boyut puan ortalaması $1,72 \pm 1,13$ olarak bulundu.

Tablo 4. Türkçe Modifiye Morisky Ölçeğine göre ilaç uyumunda motivasyonun ve bilgi düzeyinin incelenmesi

		n	%
Motivasyon	Düşük motivasyon	123	49,2
	Yüksek motivasyon	127	50,8
Bilgi düzeyi	Düşük bilgi düzeyi	108	43,2
	Yüksek bilgi düzeyi	142	56,8

Modifiye Morisky Ölçeğine göre düşük motivasyon düzeyi olanların oranı %49,2, düşük bilgi düzeyi olanların oranı ise %43,2 olarak bulundu.

Tablo 5. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanterinin karşılaştırılması

			Sürdürme	Danışma	Otonom	Yönetme	Erken	Geç	Öz Güven
		n	Med. (Q1-Q2)	Med. (Q1-Q2)	Med. (Q1-Q2)	Med. (Q1-Q2)	Med. (Q1-Q2)	Med. (Q1-Q2)	Med. (Q1-Q2)
Yaş	36-50 yaş ^a	48	24 (18-26,5)	14 (11-16)	10 (7,5-11)	15 (11-17)	8 (5-9)	7 (5-8)	17 (14-18,5)
	51-64 yaş ^b	95	22 (20-26)	14 (12-16)	9 (8-10)	14 (11-16)	7 (5-9)	7 (5-8)	16 (14-18)
	65 yaş ve üzeri ^c	107	22 (19-26)	14 (11-17)	8 (6-10)	13 (10-15)	6 (5-8)	6 (5-7)	15 (13-18)
	χ^2		0,319	1,097	7,907	4,714	5,211	4,456	1,824
	p		0,852	0,578	0,019 c<a	0,095	0,074	0,108	0,402
Cinsiyet	Kadın	88	22 (19,5-26)	14 (13-17)	8 (6-10)	13 (11-15)	7 (5-8)	6 (5-7)	16 (13-18)
	Erkek	162	22 (19-26)	13 (11-16)	9 (7-11)	13 (11-17)	7 (5-9)	7 (5-8)	16 (13-18)
	Z		-0,272	-2,13	-2,667	-0,819	-1,294	-0,602	-0,341
	p		0,786	0,033	0,008	0,413	0,196	0,547	0,733
BKİ	Normal ^a	55	23 (20-27)	14 (12-16)	9 (8-11)	14 (11-17)	7 (6-8,5)	7 (5-8)	17 (13-19)
	Fazla kilolu ^b	111	22 (20-26)	14 (12-17)	9 (7-10)	13 (11-17)	7 (5-9)	7 (5-8)	16 (13-18)
	Obez ^c	84	22 (18-26)	13 (11-16)	8 (6-10)	13 (10-15)	6 (5-9)	6 (5-7)	16 (13-17,5)
	χ^2		1,874	0,977	6,576	3,188	1,17	5,907	1,725
	p		0,392	0,614	0,037 c<a	0,203	0,557	0,052	0,422
Medeni durum	Evli	215	23 (20-26)	14 (12-16)	9 (7-10)	13 (11-17)	7 (5-9)	6 (5-8)	16 (13-18)
	Bekar	35	21 (18-26)	14 (11-17)	8 (6-9)	13 (10-15)	6 (5-7)	6 (5-8)	14 (12-17)
	Z		-1,272	-0,462	-1,91	-0,911	-1,846	-0,299	-2,105
	p		0,204	0,644	0,056	0,362	0,065	0,765	0,035

χ^2 : Kruskal Wallies, Z: Mann Whitney U

Tablo 5. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanterinin karşılaştırılması (Devamı)

			Sürdürme	Danışma	Otonom	Yönetme	Erken	Geç	Öz Güven
		n	Med. (Q1-Q2)	Med. (Q1-Q2)	Med. (Q1-Q2)	Med. (Q1-Q2)	Med. (Q1-Q2)	Med. (Q1-Q2)	Med. (Q1-Q2)
Eğitim durumu	Okuryazar değil ^a	40	21 (17-24)	13 (10,5-14,5)	7,5 (6-8)	12 (9-14)	6 (5-7)	5 (4-7)	14 (12-15,5)
	İlkokul mezunu ^b	71	22 (19-26)	14 (11-16)	8 (6-10)	12 (10-16)	6 (5-9)	6 (5-7)	14 (12-18)
	Ortaokul mezunu ^c	34	23 (19-26)	14 (12-17)	9 (7-10)	12 (11-17)	7 (5-9)	7 (5-8)	16 (14-18)
	Lise mezunu ^d	60	24,5 (21-27)	15 (12-16,5)	10 (8-11)	14 (12-16)	7 (6-9)	7 (5,5-8)	17 (14,5-19)
	Lisans ^e	39	23 (20-29)	13 (12-17)	10 (8-11)	15 (14-17)	8 (6-9)	7 (6-9)	17 (14-19)
	Lisansüstü ^f	6	26,5 (24-29)	16 (15-17)	10 (9-12)	17 (16-17)	8 (8-9)	8 (7-9)	17 (17-18)
	χ^2		15,960	6,842	33,327	19,136	13,865	20,926	27,576
	p		0,007 a<d,e,f	0,233	0,000 a<d,e,f	0,002 a<d,e,f	0,016 a<d,e,f	0,001 a<d,e,f	0,000 a<d,e,f
Bir işte çalışma durumu	Evet	106	22,5 (19-26)	13,5 (11-16)	9 (8-11)	15 (12-17)	8 (5-9)	7 (5-8)	16 (13-18)
	Hayır	144	22 (19,5-26)	14 (12-17)	8 (6-10)	12,5 (10-15)	6 (5-9)	6 (5-7)	16 (13-18)
	Z		-0,105	-1,762	-3,057	-2,652	-2,133	-2,572	-0,807
	p		0,917	0,078	0,002	0,008	0,033	0,010	0,420
Meslek	Ev hanımı ^a	69	22 (19-25)	14 (12-16)	8 (6-9)	12 (10-14)	6 (4-8)	6 (5-7)	15 (13-17)
	İşçi ^b	38	23 (18-25)	14 (11-15)	9 (8-10)	13 (10-16)	7 (5-9)	6,5 (5-8)	16 (13-18)
	Memur ^c	35	24 (21-29)	15 (12-17)	10 (8-11)	15,5 (13,5-17)	8 (7-9)	7 (6-8)	17 (15-19)
	Serbest meslek ^d	30	22 (19-27)	13,5 (11-16)	9 (8-11)	15 (11-17)	7 (6-9)	6 (5-8)	15,5 (13-19)
	İşsiz ^e	9	21 (20-23)	12 (12-14)	9 (8-10)	11 (11-13)	6 (5-8)	6 (5-7)	13 (13-15)
	Emekli ^f	69	24 (19-28)	14 (12-18)	8 (6-11)	13 (10-17)	6 (5-9)	6 (5-8)	17 (13-19)
	χ^2		5,243	6,319	16,680	13,178	10,149	11,393	12,379
	p		0,387	0,276	0,005 a<b,c,d	0,022 a<b,d	0,071	0,044 a<d	0,030 a<b,d

χ^2 : Kruskal Wallies, Z: Mann Whitney U

Tablo 5. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanterinin karşılaştırılması (Devamı)

			Sürdürme	Danışma	Otonom	Yönetme	Erken	Geç	Öz Güven
		n	Med. (Q1-Q2)	Med. (Q1-Q2)	Med. (Q1-Q2)	Med. (Q1-Q2)	Med. (Q1-Q2)	Med. (Q1-Q2)	Med. (Q1-Q2)
Kronik hastalık varlığı	Evet	196	22 (19-26)	14 (12-17)	8 (7-10)	13 (10-16)	7 (5-9)	6 (5-8)	16 (13-18)
	Hayır	51	24 (20-27)	14 (11-16)	10 (8-11)	15 (13-17)	8 (6-10)	7 (6-8)	18 (14-19)
	Z		-1,282	-0,532	-3,931	-2,721	-2,566	-2,174	-1,919
	p		0,200	0,595	0,000	0,007	0,010	0,030	0,055
Kontrollere gitme durumu	Evet	137	25 (22-28)	15 (13-17)	9 (8-11)	15 (12-17)	8 (5-9)	7 (6-8)	17 (15-19)
	Hayır	113	20 (17-23)	12 (10-14)	8 (6-10)	12 (10-14,5)	6 (5-8)	6 (4-7)	14 (12-17)
	Z		-7,093	-7,464	-4,577	-3,995	-2,637	-4,634	-6,019
	p		0,000	0,000	0,000	0,000	0,008	0,000	0,000
Ne sıklıkla kontrollere gittiği	1 Ay ^a	5	27 (26-28)	18 (17-21)	9 (9-10)	17,5 (12,5-20,5)	9 (5,5-10,5)	8 (6-8)	21 (17-24)
	3 Ay ^b	21	28 (23-32)	17 (15-21)	11 (8-13)	15 (11-17)	8 (6-9)	7 (6-8)	19 (16-21)
	6 Ay ^c	39	25 (22-28)	15 (14-17)	10 (8-11)	15 (12,5-17)	7,5 (5-9)	8 (6-8)	17 (15-19)
	1 Yıl ^d	68	24 (21-26)	14 (13-17)	9 (7,5-10)	14 (12-16)	8 (6-9)	7 (5-8)	16,5 (14,5-18)
	5 Yıl ^e	17	22 (21-27)	14 (12-17)	9 (8-11)	13 (10-17)	7 (5-9)	6 (5-6)	14 (12-17)
	Hiçbir zaman ^f	100	20 (17-23)	12 (10-14)	8 (6-9)	12 (10-15)	6 (5-8)	6 (4-7)	14 (12-17)
	χ^2		48,802	54,172	20,298	15,318	7,602	22,654	43,893
	p		0,000 f<a,b,c	0,000 f<a,b,c	0,001 f<a,b,c	0,009 f<a,b,c	0,180	0,000 f<a,b,c	0,000 f<a,b,c
İlaç kullanmada zorluk yaşama	Evet	130	21 (18-24)	12 (11-15)	8 (6-10)	12 (10-15)	6 (5-8)	6 (4-7)	14 (12-17)
	Hayır	120	25 (22-28,5)	15 (13-18)	10 (8-11)	15 (12-17)	8 (5-9,5)	7 (6-8)	17 (15-19)
	Z		-6,483	-6,497	-4,200	-4,111	-3,062	-4,656	-5,924
	p		0,000	0,000	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000

χ^2 : Kruskal Wallies, Z: Mann Whitney U

Tablo 5. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanterinin karşılaştırılması (Devamı)

		n	Sürdürme	Danışma	Otonom	Yönetme	Erken	Geç	Öz Güven
			Med. (Q1-Q2)	Med. (Q1-Q2)	Med. (Q1-Q2)	Med. (Q1-Q2)	Med. (Q1-Q2)	Med. (Q1-Q2)	Med. (Q1-Q2)
Sigara kullanma durumu	Hayır, hiç içmedim ^a	78	22 (20-25)	14 (12-16)	8 (7-10)	13 (10-15)	7 (5-9)	6 (5-7)	15 (13-17)
	Hayır, bıraktım ^b	107	25 (21-29)	15 (12-18)	9 (7-11)	14 (11-17)	7 (5-9)	7 (5-8)	17 (14-19)
	Evet, halen içiyorum ^c	65	21 (18-24)	12 (10-14)	8 (7-10)	13 (10,5-16)	7 (5-9)	6 (5-8)	15 (13-18)
	χ^2		19,284	27,552	5,974	1,674	0,844	2,715	12,427
	p		0,000 c<b	0,000 c<b	0,050	0,433	0,656	0,257	0,002 c<b
Alkol kullanma durumu	Hayır, hiç içmedim ^a	153	22 (19-26)	14 (12-16)	9 (7-10)	13 (11-16)	7 (5-9)	6 (5-7)	15 (13-18)
	Hayır, nadiren içerim ^b	61	24 (19-27)	14 (12-17)	10 (7-11)	15 (12-17)	7 (5-9)	7 (6-8)	16 (14-19)
	Sürekli içerim ^c	12	20,5 (16-23)	11 (9-13,5)	8 (6,5-11,5)	11 (9-16)	7 (4-8)	5,5 (4-7,5)	15 (12-17,5)
	Eskiden içerdim ^d	24	23,5 (20-29)	15,5 (12-17,5)	9 (7-11,5)	13,5 (10-16,5)	7 (5-9,5)	6 (5-7,5)	17 (13-18)
	χ^2		4,866	8,211	2,463	3,035	0,687	8,518	2,346
	p		0,182	0,042 c<a,b	0,482	0,386	0,876	0,036 c<a,b	0,504
Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi	Bağımlı	12	18,5 (15,5-23)	11,5 (9-16)	6,5 (5-7,5)	13 (6-17)	6 (2-10)	5,5 (4-7,5)	12 (11,5-17)
	Bağımsız	192	24 (20-27)	14 (12-17)	9 (8-11)	14 (11-17)	7 (5-9)	7 (5-8)	17 (14-18,5)
	Yarı bağımlı	46	21 (17-23)	13,5 (10-16)	7 (6-8)	11 (9-13)	5 (4-7)	5 (4-7)	14 (12-16)
	χ^2		16,664	4,232	38,312	13,921	16,205	7,906	19,555
	p		0,000	0,120	0,000	0,001	0,000	0,019	0,000
Taburcu öncesi eğitim alma durumu	Evet	213	23 (20-26)	14 (12-16)	9 (7-10)	14 (11-17)	7 (5-9)	7 (5-8)	16 (14-18)
	Hayır	37	21 (17-25)	13 (10-16)	8 (7-9)	11,5 (9,5-13,5)	5 (4,5-7)	6 (4-7)	14 (12-16)
	Z		-1,976	-1,651	-1,808	-2,48	-2,528	-1,331	-2,639
	p		0,048	0,099	0,071	0,013	0,011	0,183	0,008

χ^2 : Kruskal Wallies, Z: Mann Whitney U

Tablo 5'te miyokard infarktüsü geçiren hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre hastaların Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri puanları karşılaştırıldı. Buna göre 65 yaş ve üzeri hastaların Otonom alt boyut puan ortalaması 36-50 yaş grubuna göre anlamlı derecede düşük bulundu ($p=0,019$). Cinsiyete göre incelendiğinde kadınların Danışma alt boyut puan ortalaması anlamlı derecede yüksek iken ($p=0,033$) Otonom alt boyut puan ortalaması anlamlı derecede düşüktü ($p=0,008$). Beden kitle indeksine göre incelendiğinde obez olanların Otonom alt boyut puan ortalaması normal kilolulara göre anlamlı derecede düşüktü ($p=0,037$). Evlilerin Öz Bakım Öz Güven Ölçeği puan ortalaması anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0,035$). Okuryazar olmayanların Öz Bakımı Sürdürme Ölçeği, Öz Bakımı Yönetme Ölçeği, Öz Bakım Öz Güven Ölçeği, Otonom, Erken ve Geç dönem alt boyut puan ortalamaları lise, lisans ve lisansüstü mezunlarına göre anlamlı derecede düşük olduğu görüldü ($p<0,05$). Bir işte çalışanların Öz Bakımı Yönetme Ölçeği puan ortalaması, Otonom, Erken ve Geç dönem alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Ev hanımı olanların Otonom alt boyut puan ortalaması işçi, memur ve serbest meslek çalışanlarına göre anlamlı derecede düşüktü ($p=0,005$). Ev hanımı olanların Öz Bakımı Yönetme Ölçeği ve Öz Bakım Öz Güven Ölçeği puan ortalamaları işçi ve serbest meslek çalışanlarına göre anlamlı derecede düşük bulundu ($p<0,05$). Ev hanımı olanların Geç dönem alt boyut puan ortalaması serbest meslek çalışanlarına göre anlamlı derecede düşük olduğu tespit edildi ($p=0,044$). Kronik hastalığı olanların Öz Bakımı Yönetme Ölçeği puan ortalaması, Otonom, Erken ve Geç dönem alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede düşüktü ($p<0,05$). Sağlık kontrollerine gidenlerin Hastaların Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri ölçek ve alt boyut puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Sağlık kontrolüne 1, 3, 6 ay gidenlerin Erken dönem alt boyutu hariç Hastaların Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri puan ortalamaları hiçbir zaman gitmeyenlere göre anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$). İlaç kullanmada zorluk yaşayanların Hastaların Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri puan ortalamaları anlamlı derecede düşük olduğu belirlendi ($p<0,01$). Halen sigara içenlerin Öz Bakımı Sürdürme Ölçeği ve Öz Bakım Öz Güven Ölçeği puan ortalamaları ile Danışma alt boyut puan ortalaması sigarayı bırakanlara göre anlamlı derecede düşük bulundu ($p<0,01$). Sürekli alkol kullananların Danışma ve Geç dönem alt boyut puan ortalamaları nadiren kullanan ve hiç kullanmayanlara göre anlamlı derecede düşük olduğu görüldü ($p<0,05$). Günlük yaşam aktiviteleri bakımından bağımsız olanların Danışma alt boyutu dışında Hastaların Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım

Envanteri puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Taburcu olmadan önce eğitim alanların Öz Bakımı Sürdürme Ölçeği, Öz Bakımı Yönetme Ölçeği, Öz Bakım Öz Güven Ölçeği puan ortalamaları ve Erken dönem alt boyut puan ortalaması anlamlı derecede yüksekti ($p<0,05$).



Tablo 6. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre Türkçe Modifiye Morisky Ölçeğinin karşılaştırılması

			Motivasyon	Bilgi Düzeyi
		n	Med. (Q1-Q2)	Med. (Q1-Q2)
Yaş	36-50 yaş	48	2 (0,5-3)	2 (1-3)
	51-64 yaş	95	2 (1-2)	2 (1-3)
	65 yaş ve üzeri	107	1 (1-2)	1 (1-3)
	χ^2		1,580	5,339
	p		0,454	0,069
Cinsiyet	Kadın	88	1 (1-2)	2 (1-3)
	Erkek	162	2 (1-2)	2 (1-3)
	Z		-0,745	-0,173
	p		0,457	0,863
BKİ	Normal	55	2 (1-3)	2 (1-3)
	Fazla kilolu	111	1 (1-2)	2 (1-3)
	Obez	84	1 (1-2)	2 (1-3)
	χ^2		3,296	2,194
	p		0,192	0,334
Medeni durum	Evli	215	2 (1-2)	2 (1-3)
	Bekar	35	1 (0-1)	1 (0-2)
	Z		-3,597	-1,966
	p		0,000	0,049
Eğitim durumu	Okuryazar değil ^a	40	1 (1-2)	2 (0-3)
	İlkokul mezunu ^b	71	1 (1-2)	1 (1-2)
	Ortaokul mezunu ^c	34	1 (0-3)	1 (0-3)
	Lise mezunu ^d	60	2 (1-3)	2 (1-3)
	Lisans ^e	39	2 (1-3)	3 (1-3)
	Lisansüstü ^f	6	2,5 (1-3)	3 (2-3)
	χ^2		11,380	17,798
	p		0,044 a<d,e,f	0,003 b<d,e,f
Bir işte çalışma	Evet	106	2 (1-2)	2 (1-3)
	Hayır	144	1 (1-2)	2 (1-3)
	Z		-0,657	-1,491
	p		0,511	0,136
Meslek	Ev hanımı ^a	69	1 (1-2)	2 (1-3)
	İşçi ^b	38	2 (1-2)	2 (1-3)
	Memur ^c	35	2 (1-3)	3 (2-3)
	Serbest meslek ^d	30	1,5 (0-2)	1,5 (1-3)
	İşsiz ^e	9	1 (1-2)	1 (1-2)
	Emekli ^f	69	2 (1-2)	1 (1-3)
	χ^2		9,019	11,145
	p		0,108	0,049 e,f<c

χ^2 : Kruskal Wallies, Z: Mann Whitney U

Tablo 6. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre Türkçe Modifiye Morisky Ölçeğinin karşılaştırılması (Devamı)

		n	Motivasyon Med. (Q1-Q2)	Bilgi Düzeyi Med. (Q1-Q2)
Kronik hastalık varlığı	Evet	196	1 (1-2)	2 (1-3)
	Hayır	51	2 (1-3)	3 (1-3)
	Z		-2,195	-2,898
	p		0,028	0,004
Kontrollere gitme durumu	Evet	137	2 (1-3)	2 (1-3)
	Hayır	113	1 (0-2)	1 (0-2)
	Z		-6,998	-6,773
	p		0,000	0,000
Ne sıklıkla kontrollere gittiği	1 Ay ^a	5	3 (1-3)	1 (1-3)
	3 Ay ^b	21	2 (1-3)	3 (2-3)
	6 Ay ^c	39	2 (1-3)	2 (1-3)
	1 Yıl ^d	68	2 (1-3)	2 (1-3)
	5 Yıl ^e	17	1 (1-2)	2 (1-3)
	Hiçbir zaman ^f	100	1 (0-2)	1 (0-2)
	χ^2		40,808	39,069
	p		0,000 f<a,b	0,000 f<b,c
İlaç kullanmada zorluk yaşama	Evet	130	1 (1-2)	1 (0-2)
	Hayır	120	2 (1-3)	2,5 (1-3)
	Z		-6,767	-5,978
	p		0,000	0,000
Sigara kullanma durumu	Hayır, hiç içmedim ^a	78	1 (1-2)	2 (1-3)
	Hayır, bıraktım ^b	107	2 (1-3)	2 (1-3)
	Evet, halen içiyorum ^c	65	1 (0-2)	1 (1-2)
	χ^2		18,671	8,063
	p		0,000 c<b	0,018 c<b
Alkol kullanma durumu	Hayır, hiç içmedim	153	2 (1-2)	2 (1-3)
	Hayır, nadiren içerim	61	2 (1-2)	2 (1-3)
	Sürekli içerim	12	1 (0-2)	2 (1-2,5)
	Eskiden içerdim	24	2 (1-2)	2 (1-3)
	χ^2		3,746	2,137
	p		0,290	0,544
Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi	Bağımlı ^a	12	1 (0,5-1)	1 (0,5-1,5)
	Bağımsız ^b	192	2 (1-2)	2 (1-3)
	Yarı bağımlı ^c	46	1 (1-2)	1 (0-3)
	χ^2		10,867	9,842
	p		0,004 a<b	0,007 a<b
Taburcu öncesi eğitim alma durumu	Evet	213	2 (1-2)	2 (1-3)
	Hayır	37	1 (0-2)	1 (0-2)
	Z		-2,583	-2,747
	p		0,010	0,006

χ^2 : Kruskal Wallies, Z: Mann Whitney U

Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre Türkçe Modifiye Morisky Ölçeğinin karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 6’te sunuldu. Buna göre evlilerin Motivasyon ve Bilgi Düzeyi alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Okuryazar olmayanların Motivasyon alt boyut puan ortalaması lise, lisans ve lisansüstü mezunlarına göre anlamlı derecede düşük olduğu görüldü (0,044). İlkokul mezunlarının Bilgi düzeyi alt boyut puan ortalaması lise, lisans ve lisansüstü mezunlarına göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlendi ($p=0,003$). Memurların Bilgi düzeyi alt boyut puan ortalaması işsiz ve emeklilere göre anlamlı derecede yüksekti ($p=0,049$). Kronik hastalığı bulunanların Motivasyon ve Bilgi düzeyi alt boyut puan ortalamalarının anlamlı derecede düşük olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Düzenli sağlık kontrollerine gidenlerin Motivasyon ve Bilgi düzeyi alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede yüksekti ($p<0,001$). Hiçbir zaman sağlık kontrolüne gitmeyenlerin Motivasyon alt boyut puan ortalaması 1-3 ay gidenlere göre anlamlı derecede düşük bulundu ($p<0,001$). Hiçbir zaman sağlık kontrolüne gitmeyenlerin Bilgi düzeyi alt boyut puan ortalaması 3-6 ay gidenlere göre anlamlı derecede düşük bulundu ($p<0,001$). İlaç kullanmada zorluk yaşayanların Motivasyon ve Bilgi Düzeyi alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede düşük olduğu belirlendi ($p<0,001$). Sigarayı bırakanların Motivasyon ve Bilgi Düzeyi alt boyut puan ortalamaları halen içenlere göre anlamlı derecede yüksekti ($p<0,05$). Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olanların Motivasyon ve Bilgi Düzeyi alt boyut puan ortalamaları bağımsız olanlara göre anlamlı derecede düşük olduğu görüldü ($p<0,01$). Taburcu olmadan önce eğitim alanların Motivasyon ve Bilgi Düzeyi alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Tablo 7. Hastaların Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri ile Türkçe Modifiye Morisky Ölçeğinin karşılaştırılması

		Motivasyon	Bilgi Düzeyi
Öz Bakımı Sürdürme Ölçeği	r	0,608	0,538
	p	0,000	0,000
Danışma	r	0,578	0,477
	p	0,000	0,000
Otonom	r	0,472	0,489
	p	0,000	0,000
Öz Bakımı Yönetme Ölçeği	r	0,414	0,375
	p	0,000	0,000
Erken	r	0,423	0,307
	p	0,000	0,000
Geç	r	0,259	0,323
	p	0,000	0,000
Öz Bakım Öz Güven Ölçeği	r	0,611	0,497
	p	0,000	0,000

r: Spearman Korelasyon Analizi

Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği Motivasyon ve Bilgi düzeyi alt boyutları ile Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri Öz Bakımı Sürdürme Ölçeği, Danışma alt boyutu, Otonom alt boyutu, Öz Bakımı Yönetme Ölçeği, Erken alt boyutu, Öz Bakım Öz Güven Ölçeği arasında pozitif yönde orta derecede anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,001$). Geç dönem alt boyutu ile Motivasyon alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf derecede, Bilgi Düzeyi alt boyutu ile pozitif yönde orta derecede anlamlı bir ilişkinin olduğu görüldü ($p<0,001$).

5.TARTIŞMA

Tekrarlı Miyokard İnfarktüsü geçiren bireylerin öz bakım yönetimi ve ilaç uyumunu incelemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları, literatür çerçevesinde tartışıldı.

Tartışma bulgular doğrultusunda 3 bölümde gerçekleştirildi. İlk bölümde tanıtıcı özellikler ile Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri (KKHÖBE) puanlarının tartışılması, ikinci bölümde tanıtıcı özellikler ile Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği (TMMÖ) puanlarının tartışılması, üçüncü bölümde Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri (KKHÖBE) ölçeği ile Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği (TMMÖ) arasındaki ilişkiyi gösterir bulguların tartışılmasına yer verildi.

5.1. Tanıtıcı Özellikler ile Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri (KKHÖBE) Puanlarının Tartışması

Miyokard İnfarktüsü (Mİ), tekrar etme eğilimi olan, acil müdahale gerektiren yaşamı tehdit eden bir hastalıktır (Özilhan, 2018). Bu çalışmada Tekrarlı miyokard infarktüsü geçiren Hastaların öz bakım sürdürme ölçeği ve öz bakım yönetme ölçeğinden aldıkları puan doğrultusunda öz bakım düzeyleri düşük düzeyde bulunmuştur. Öz bakım öz güven ölçeğinden aldıkları puan doğrultusunda ise öz güvenleri orta düzeyde bulunmuştur. Yapılan bir koroner kalp hastalarının öz bakımı incelendiği başka bir çalışmada kontrol grubundaki hastaların öz bakım sürdürme, yönetme ve öz güven ölçeklerinden aldıkları puanlar düşük bulunmuştur. Hastalara verilen eğitim sonrası 6. ayda girişim grubundaki hastaların öz bakım sürdürme, yönetme ve öz güven puanları anlamlı derece de yüksek bulunmuştur (Bayrak, 2020). Bu durum kardiyovasküler hastalığı olan bireylerin öz bakımlarının yetersiz olmasıyla yorumlanabilir. Çalışma kapsamına alınan tekrarlı miyokard infarktüsü hastalarının %64,8'i (162) erkek, %35,2'si (88) kadındır. Çalışma grubunun %42,8'i 65 yaş ve üzerinde, %44,4'ü fazla kiloludur (BKİ: 25-30). Literatürde kadın ve erkek arasında miyokard infarktüsü geçirme bakımından fark olduğu, hastalığın en sık erkek cinsiyetinde görüldüğü belirtilmiştir. Şimşek (2020), AKS hastalarında sağlığı geliştirme modeli eğitimin etkinliği çalışmasında hastaların %87,1'i erkek, Sarioğlu (2022), miyokard infarktüsü geçiren hastalarla yaptığı çalışmasında %82,1'i erkek, Savaşan ve ark. (2013) KAH olan bireylerle yaptıkları araştırmada hastaların %77'sinin erkek, Bayülgen ve Altıok (2017)

PKG işlemi uygulanan hastalarla yaptığı araştırmada hastaların %60'ının erkek, Katz ve ark. (2019) AKS geçiren hastaların %70'inin erkek, Bayrak (2020), koroner kalp hastalarında yaptığı çalışmada %73'ünün erkek olduğu saptanmıştır. Çalışma bulgularımız literatür ile uyumludur (Celap, 2020; Demirbaş, 2021; Dönmez 2022; Karabulut, 2018; Kars, 2004; Tavakoli ve ark., 2019; Wang ve ark., 2018). Miyokard infarktüsü geçirmiş bireylerde yaş da belirleyici bir faktördür. Çalışma grubundaki çoğunluğu 65 yaş ve üzeri (% 42,8) hasta grubu oluşturmaktadır. Bayrak (2020), koroner kalp hastalarında yaptığı çalışmada %48,6 'sının 65 yaşın üzerinde olduğu bulunmuştur. Bu çalışma ile benzerlik gösteren çalışmalar mevcuttur (Takematsu ve ark., 2015; Tavakoli ve ark., 2019; Wang ve ark., 2018). Literatürde 65 yaş ve üzeri bireylerin başta gelen mortalite nedenlerinin kardiyovasküler hastalıklardan olduğu tespit edilmiştir (Civek ve Akman, 2022). Bu çalışmanın bulguları literatür bilgisi ile paralellik göstermektedir.

Yaşa göre Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri (SC-CHDI) puanları karşılaştırıldığında; 65 yaş ve üzeri hastaların Otonom alt boyut puan ortalaması 36-50 yaş grubuna göre anlamlı derecede düşük bulundu. Literatüre göre kardiyavasküler sağlığın önemli belirleyicilerinden biri hastanın yaşıdır. Hastanın yaşı bireyin öz bakımını geliştirmesinde önemli bir etkidir. Otonom davranışlar, egzersiz yapmak, yağsız yemek yiyebilmek, sebze ve meyve tüketmek, kilo kontrolü yapmaktır. Bunlar yaşam biçimi davranış değişikliğini etkileyen yapılması gereken davranışlardır (Bayrak, 2020). Bu çalışmayla birebir uyumlu tasarımda olan araştırma olmadığı ve değerlendirme ölçeğimiz ülkemizde ve dünyada yeni uyarlanan bir envanter olduğu için araştırma bulguları farklı ölçeklerle yapılan çalışmalar doğrultusunda tartışıldı. Eski ve Fesci (2002), tarafından miyokard infarktüsü geçiren hastalarla yapılan çalışmada 70 yaş üstü hasta grubunun yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu görülmüştür. Aydemir ve ark. (2005)' nın hipertansiyonu olan hastalarla yaptığı çalışmada sağlıkla ilgili yaşam kalitesi puanı ileri yaşlarda daha düşük olarak belirlenmiştir. Candan (2021), kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım yönetimi çalışmasında 64 yaş altında olan hastaların öz koruma puan ortalaması, 65 yaş üzeri olan hastaların öz koruma puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalara bakıldığında yaş ilerledikçe hastaların öz bakımının olumsuz yönde etkilendiği görülmektedir. Çalışmamızda tekrarlı Mİ geçiren bireylerin yaş ilerledikçe öz bakım ölçeği otonom boyutu puanının düşük olduğu saptanmıştır. Bu

bilgilere göre KKH'nın özellikle yaşlanmayla birlikte arttığı ve yaşlanmayla birlikte öz bakım davranışlarının düştüğü sonucuna varılmaktadır.

Çalışmamızda cinsiyete göre Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri (KKHÖBE) puanları incelendiğinde kadınların öz bakım sürdürme ölçeğinin danışma alt boyutu puan ortalaması, anlamlı derece de yüksek bulunmuştur. Danışma davranışları, doktor randevularına düzenli gitmek, ilaçlarını (aspirin, betabloker veya kan sulandırıcıları) düzenli kullanmak, kan basıncı kontrolü yapmak, sigara ve alkol kullanılan ortamlardan uzak durmaktır (Bayrak, 2020). Aygöl (2019), miyokard infarktüsü geçiren bireylerde yaptığı çalışmada kadınların öz bakım gücü puanının erkeklerden daha fazla olduğu saptanmıştır. Kars (2004), miyokard infarktüsü sonrası bireylere verilen eğitimin öz bakım gücüne etkisini incelendiği çalışmada, bir ay sonraki kontrolde kadınların öz bakım gücünün erkeklerinkinden daha fazla olduğu saptanmıştır. Çalışma bulguları literatürle uyumludur.

Araştırmamızda miyokard infarktüsü geçiren hastaların, %44,4'ü (n:111) fazla kilolu olduğu, %33,6'sı (n:84) obez olduğu, %22 (n:55) normal kilolu olduğu ortaya çıkmıştır. Çalışmamızda beden kitle indeksine göre incelendiğinde KKHÖBE puanlarının obez olanların Otonom alt boyut puan ortalaması normal kilolulara göre anlamlı derecede düşük olduğu bulundu. Bayülgen ve Altıok (2017), Perkütan koroner anjiyoplasti yapılan hastalarda yaptığı çalışmada hastaların %75'inin normal kilonun üzerinde olması bulgularımız ile benzerlik göstermektedir. Bayrak ve ark. (2019)'nın kalp yetersizliği hastalarında öz bakım değerlendirilmesinde obezitenin varlığı öz bakımın sağlanmasının olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Özdelikara ve ark. (2020), kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi değerlendirilmesinde, diyetle uyuma konusunda güçlük yaşamadığını bildiren ve diyetine her zaman uyduğunu ifade eden hastalara öz bakım yönetimi puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Otonom davranışları düşük olan hastaların hem obeziteye yatkın olduğu hem de öz bakımlarının düşük olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda medeni durumlarına göre evli hastaların öz bakım öz güven ölçeği puan ortalaması anlamlı derece de yüksek bulundu. Duruk (2021), kalp yetersizliği hastalarında öz bakım gücünü incelenen çalışma da hastaların medeni durumlarına göre evli hastaların öz bakım gücü toplam puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Özdelikara ve ark. (2020), kronik hastalıklarda öz bakım yönetimini değerlendirdikleri çalışmalarında, evli olan hastaların öz bakım yönetiminin bekar olanlara göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Alemdar ve Pakyüz (2015), yaptıkları çalışmada bu araştırma sonuçlarına benzer şekilde evli hastaların öz bakım gücü yüksek bulunmuştur. Evli olmak bireye sosyal destek mekanizmalarını güçlendiren bazı sorumluluklar getirmektedir. Sosyal destek mekanizmaları evlilik sayesinde güçlenen bireyler, öz bakım sorumluluğunu daha çok önemsemektedir. Evli bireylerin eşinden ve ailesinden aldıkları destek sayesinde hastalığını kontrol altında tutarak öz bakım yönetimini güçlendirmiş olabileceği düşünülmektedir. Literatürde evli bireylerin bireysel ve sosyal destek faktörlerinin bekarlara göre daha yüksek olduğu ve öz bakım gücü puanlarını anlamlı derecede arttırdığı bildirilmektedir (Karakurt ve ark., 2013; Sayan ve Erci, 2001).

Çalışmamızda okuryazar olmayanların Öz Bakım Sürdürme Ölçeği, Öz Bakımı Yönetme Ölçeği, Öz Bakım Öz Güven Ölçeği, Otonom, Erken ve Geç dönem alt boyut puan ortalamaları lise, lisans ve lisansüstü mezunlarına göre anlamlı derecede düşük olduğu görüldü. Duruk (2021), çalışmasında öğrenim düzeylerine göre öz bakım gücü toplam puan bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, okuryazar olmayanların lisans mezunu olanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Tekin (2018) çalışmasında öz bakım davranış düzeylerine ait toplam puanlar ile bireylerin eğitim durumu arasında istatistik bakımından anlamlı farklılık görülmüştür. Eğitim düzeyi düşük olan bireylerde daha düşük puanlar görülmüştür (Tekin, 2018). Diğer bir çalışmada da düşük eğitim düzeyine sahip olan bireylerde daha düşük öz bakım görülmüştür (Wagenaar ve ark., 2017). Diyabet hastalarının öz bakım düzeyini inceleyen bir çalışmada katılımcıların öğrenim durumu ile öz bakım arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. İlkokul mezunu ve altı öğrenim durumu olanların öz bakım düzeyi diğer gruplardan düşük saptanmıştır (Yumuşak, 2022). Öğrenim düzeyi yükseldikçe, hastalığın algılanmasında ve öz bakım düzeylerinde artış olmaktadır (Tekin, 2018). Literatürde ortaokul ve üzeri mezunu hastaların, okul eğitimi almayan hastalara göre öz koruma düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Candan, 2021; Sü, 2015; Tuncay ve Avcı, 2020). Kurban ve Akten (2018), çalışmasında eğitim durumu seviyesi arttıkça öz bakım gücünün etkilendiği ve paralel şekilde arttığı bildirilmiştir. Alemdar ve Pakyüz (2015), hemodiyaliz hastaları ile yaptıkları çalışmada okuryazar olmayan hastaların öz bakım gücünün daha düşük olduğu belirtilmiştir. Çalışmamız bu bulgular ile paralellik göstermektedir. Eğitim seviyesinin artmasıyla farkındalığın yükseldiği ve bilgiye ulaşmada bireylerin daha avantajlı olduğu

söylenbilir. Sağlık alanında bilgiye ulaşmada fırsatların artması öz bakıma ilişkin inançların artmasına yol açabilmektedir. Okuryazar olmayan bireylerin okuduğunu anlama ve yorumlama bilgileri yetersiz olabileceğinden dolayı hastalığı belirti ve bulgularını anlama ve saptama açısından öz bakım yönetimi yeterli olmayabilir. Eğitim seviyesi daha yüksek olan bireylerin kendini daha iyi ifade edebilme, hastalığıyla alakalı araştırma yapabilme, hastalığın göğüs ağrısı, yanma, nefes darlığı gibi belirtilerini daha iyi anlayıp yönetebileceğinden dolayı öz bakım yönetim puanları daha yüksek düzeyde olabilir.

Çalışma grubundaki bir işte çalışanların Öz Bakımı Yönetme Ölçeği puan ortalaması bir işte çalışmayan bireylere göre, Otonom, Erken ve Geç dönem alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi. Ev hanımı olanların Otonom alt boyut puan ortalaması işçi, memur ve serbest meslek çalışanlarına göre anlamlı derecede düşüktü. Ev hanımı olanların Öz Bakımı Yönetme Ölçeği ve Öz Bakım Öz Güven Ölçeği puan ortalamaları işçi ve serbest meslek çalışanlarına göre anlamlı derecede düşük bulundu. Ev hanımı olanların Geç dönem alt boyut puan ortalaması serbest meslek çalışanlarına göre anlamlı derecede düşük olduğu tespit edildi. Çalışmamıza benzer olarak başka bir çalışmada da ev hanımı olan hastaların öz bakım gücünün diğer meslekler göre yetersiz olduğu bildirilmiştir (Tuncay, 2010). Duruk (2021), çalışmasında hastaların mesleklerine göre gerçekleştirilen değerlendirilmeler sonucunda memurların puanlarının ev hanımı olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada, hastaların çalışma durumuna göre öz bakım gücü ölçeği, ilaç kullanımı ve diyet alt boyut puanları bakımından anlamlı fark olduğu saptanmış ve çalışan hastaların puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Duruk, 2021). Literatürde kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım yönetimi incelendiği çalışmada hastaların çalışma durumuna göre çalışan hastaların çalışmayan hastalara göre öz koruma ve sosyal koruma puan ortancaları daha yüksek bulunmuştur (Candan, 2021). Sü (2015), yaptığı kemoterapi uygulanan hastalarda bilgi düzeyi ve öz bakım yönetimi incelendiği çalışmasında öz bakım gücünün çalışanlarda çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Sü, 2015). Bu durum çalışan kişilerin yeterli öz bakım davranışları geliştirdiğini düşündürebilir. Bizim çalışmamızda, çalışan bireylerin tekrarlı Mİ geçirmiş olması açısından hastalığı ile ilgili bilinçli ve kontrollü olması, hastalığın ölümcül sonuçlara neden olma ihtimalinin olması etkili olmuş olabilir. Çalışan bireylerin sosyoekonomik düzeyinin daha iyi olma ihtimali ve sosyal çevreleriyle etkileşim halinde

olması, sağlık kurumlarından yararlanabilme olasılığını artırabileceğinden, hastalığını daha iyi yönetebilme algısıyla öz bakım yönetme ve öz güven puan ortalaması çalışmayan bireylere göre yüksek çıkmış olabilir.

Çalışmamıza katılan hastaların en sık HT (%44,5) ve DM (%31,9) hastalığı olduğu saptanmıştır. Araştırmamız kapsamında, kronik hastalığı olanların (%79,4), Öz Bakımı Yönetme Ölçeği puan ortalaması, Otonom, Erken ve Geç dönem alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede düşük bulundu. Kalp yetersizliği ile ilgili yapılan çalışmalara bağlı olarak ikinci bir kronik hastalık varlığı açısından değerlendirildiğinde, ikinci bir kronik hastalığı olan bireylerin olmayan bireylere göre puanlarının öz bakım gücü açısından daha düşük olduğu saptanmıştır (Duruk, 2021; Uslu, 2013). Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi puan ortalamalarının kronik hastalık tanılarına göre karşılaştırıldığında (DM, KKY, KOAH), istatistiksel olarak anlamlı farkın KKY hastalarından kaynaklandığını (Hançerlioğlu, 2014) ve hastaların yaşam tarzı değişiklikleri konusunda spesifik tavsiyelerde bulunulması gerektiği belirtilmiştir (Lainscak ve ark., 2011). Kronik hastalık tedavisinin bakım yönetiminin başarısı bireyin öz bakımının yeterli olmasıyla sağlanabilir (Hançerli ve Aykar, 2018). Literatüre bakıldığında öz bakım yönetimi arttıkça kronik hastalıklara uyumun arttığı söylenebilir. Hançerlioğlu (2014), kronik hastalığı olan bireylerde öz bakım yönetimi incelendiği çalışmada öz koruma ve sosyal koruma alt boyutunun yüksek olması, hastaların tedaviye uyum sürecinde öz bakımın önemli bir parçası olduğu ifade edilmiştir. Çalışma bulgularımız literatürle uyumludur. Birden çok kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım davranışları etkilenebilir ve hastalığın yönetimi zorlaşmaktadır. Öz bakım davranışları iyi olan bireyin kronik hastalığa uyumu artmakta, hastalığın fiziksel ve psikolojik sonuçlarını daha iyi adapte olabildiği söylenebilmektedir.

Araştırmamızda sağlık kontrollerine giden hastaların gitmeyen hastalara göre Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri ölçek ve alt boyut puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi. Sağlık kontrolüne 1, 3, 6 ay giden hastaların Erken dönem alt boyutu hariç Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri puan ortalamaları hiçbir zaman gitmeyenlere göre anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü. Yapılan çalışmada doktor kontrolüne düzenli giden hastaların puanlarının öz bakım davranış puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Duruk, 2021). İnme geçiren hastaların öz bakım güçlerinin değerlendirildiği bir çalışma da hastaların hastalığı ile ilgili

takiplerini zamanında yaptırması, sağlık kuruluşlarından yeterli destek alması, öz bakım gücünün artmasına neden olabileceğini düşündürmüştür (Akyol ve ark., 2003). Düzenli kontrole gittiğini belirten hastaların öz bakım yönetimi puanları diğer gruplardan yüksek bulunmuştur (Özdelikara ve ark., 2020). Hastaların düzenli kontrole gitmesi öz bakım davranışları içerisinde istendik bir davranış değişikliği oluşturma süreci oluşturmaktadır (Hançerlioğlu ve Aykar). Bu durum hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik kendini geliştirmesi ve farkındalık kazanmasıyla ilişkilendirilebilir.

Araştırma kapsamında tekrarlı Mİ geçiren hastaların %52'sinin ilaç kullanmada zorluk yaşadığı tespit edilmiştir. İlaç kullanmada zorluk yaşayan Mİ geçirmiş hastaların Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri (sürdürme, yönetme, öz güven ölçeği ile danışma otonom, erken ve geç dönem alt boyutları) puan ortalamaları anlamlı derecede düşük olduğu belirlendi. Literatürde ilaçlarını almada zorluk yaşayan kronik hastaların %50 oranında ilaç almayı unuttuğu saptanmıştır (Hançerlioğlu, 2014). Köseoğlu ve Enç (2016) yaptığı çalışmada hastaların %60'ının ilaç kullanımına uyumsuz olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmada hastaların ilaç kullanımına yönelik yetersiz öz bakım davranışlarına sahip olduğu belirtilmiştir (Akbıyık ve ark., 2016). Düzenli tedavi programına uyum sağlayan hastaların geç dönem alt boyut davranışlarında öz bakım yönetimi arttığı belirtilmektedir (Jiang ve ark., 2020). Çalışma bulguları literatür ile uyumludur. Tekrarlı Mİ geçiren hastaların sağlığını ve iyilik halini devam ettirmesinde etkili olan ilaç uyumlarına ilişkin öz bakım davranışlarının yetersiz kaldığı söylenebilir.

Araştırma kapsamında tekrarlı Mİ geçiren hastaların %42,8'i (n:107) sigarayı önceden içtikleri ama bıraktıklarını, %31,2'sinin hiç içmediğini, %26' sının halen sigara içtiği olarak saptanmıştır. Araştırmamız kapsamında tekrarlı Mİ geçiren ve halen sigara içen hastaların Öz Bakımı Sürdürme Ölçeği ve Öz Bakım Öz Güven Ölçeği puan ortalamaları ile Danışma alt boyut puan ortalaması sigarayı bırakanlara göre anlamlı derecede düşük bulundu. Sigara kullanımı kardiyovasküler hastalıkların en önemli risk faktörlerinden biridir (Çalışkan, 2022). TÜİK 2019 verilerine göre, erkeklerin %66'sı, kadınların %25'i sigara kullanmakta ve tüm bireylerin %28'i ise her gün sigara tüketmektedir (TÜİK, 2020). Yapılan bir çalışmada koroner hastalarının kardiyovasküler hastalık riskini artıran mekanizmalar arasında büyük çoğunluğunun sigara kullandığı ve tekrarlayan kardiyovasküler riski azaltmak için sigaranın bırakılması önerilmektedir (Kotseva ve ark., 2019). Koroner kalp hastalığı kılavuzunda Mİ geçirdikten sonra sigara içmeye devam eden hastaların ani kardiyak ölüm açısından yüksek riskte olduğunu

belirtmişlerdir (tkd.org.tr Erişim tarihi: 29.11.2022). Mİ'yle ilgili yapılan bir çalışmada sigaranın birincil risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Hacıoğlu ve ark., 2011). Yapılan çalışmada kalp yetersizliği hastalarında sigara kullanmayan hastaların, sigara kullananlara göre öz bakım davranışlarının yeterli olduğu ve sigara kullanma durumu ile öz bakım davranışları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirtilmiştir (Bayrak ve ark., 2019). Dahili polikliniklere başvuran kronik hastalığı olan hastalarda sigara içme durumunun öz bakım yönetimini etkilediği, hastaların sigara içme durumuna göre öz bakım yönetimi ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve farklılık yaratan grubun daha önce sigara içen hastalardan kaynaklandığı belirtilmiştir (Kaya, 2019). Mİ nedeniyle hastaneye yatırılan hastalarda sigarayı bırakmanın en iyi koruma önlemi olduğu belirtilmektedir (Barth ve ark., 2015). Yapılan bir meta analiz çalışmasında KAH sigara içmeye devam eden hastalarda daha sık görülmüştür. Mİ sonrası sigarayı bırakmanın mortaliteyi azaltmada önemli bir yarar sağladığı belirtilmiştir (Wilson ve ark., 2000). Sigaranın içilmesi sağlığı yönetmede olumsuz etki oluşturduğu için bireylerin öz bakımlarını kötü yönde etkilemesine neden olabilmektedir. Sigara içen bireyler fiziki bir bağımlılık yaşadıkları için hayatının geri kalan kısımlarında öz bakımlarına gereken önemi verememektedirler. Bireylerin sigaranın zararlı etkilerinden korunmak için gerekli öz bakım davranışını geliştirmeye yönelik eylemlerde bulunmadığı söylenebilir. Bu yüzden Mİ geçiren hastalar, sigara kullanmaya devam ettiklerinden dolayı öz bakım davranışları düşük olmaktadır. Hemşireler toplum sağlığını korumada, sigarayı bırakmada ve öz bakım davranışlarını geliştirmede özel bir konuma sahiptir. Hastaların bu konuda eğitim alması ve bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Bu çalışmanın sonuçları literatür ile paralellik göstermektedir.

Araştırma kapsamında tekrarlı Mİ geçiren hastaların %24,4'ü alkolü hala nadiren içmekte olarak görülmüştür. Hastaların sürekli alkol kullananların Danışma ve Geç dönem alt boyut puan ortalamaları nadiren kullanan ve hiç kullanmayanlara göre anlamlı derecede düşük olduğu görüldü. Araştırmamız kapsamında alkol kullanma durumunun %9,6 ile eskiden içtikleri saptanmıştır. Kalp yetmezliği olan hastalarla yapılan çalışmada alkol tüketimi hastaların öz bakımının engelleri arasında sayılmıştır (Riegel ve Carlson, 2002). Yapılan bir çalışmada Mİ geçiren hastaların(n:76) son bir saat içerisinde alkol kullandıkları tespit edilmiştir (Mostofsky ve ark., 2016). Tekrarlı Mİ geçiren hastaların, Mİ sonrası sağlığın korunmasında hastalık belirti ve bulguların ilerlemesinin önlenmesinde, öz bakım davranışları arasında alkol tüketiminin

azaltılması sağlanmalıdır. Araştırma sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda MI geçirmiş hastaların %76,8'inin (n:192) aktivitelerinde bağımsız olduğu saptanmıştır. Günlük yaşam aktiviteleri bakımından bağımsız olan hastaların Danışma alt boyutu dışında Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi. Huzurevinde yapılan bir çalışmada yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yaptıkça öz bakım gücünün ve yaşam doyumunun arttığı bulunmuştur (Sabancıoğulları ve Tel, 2007). Tip 2 diyabetli bireylerin GYA'nin öz bakım gücüne etkisini incelendiği çalışmada, hastaların aktivitelerinde bağımsızlık düzeyi arttıkça öz bakım gücü davranışlarının da arttığı bulunmuştur (İstek, 2016). Bu doğrultuda hastaların GYA'ni bağımsız olarak yapmaları konusunda destek verilmelidir. GYA'nde bağımsız olan hastalar, sağlıklarının geliştirilmesine özgü davranışlar sergilemektedirler. Öz bakımında temel amaç bireylerin sağlığına ilişkin tüm sorumlulukları yerine getirmesi olduğundan dolayı, GYA'nde bağımsız olan bireylerin öz bakımlarının yüksek olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların %85,2'sinin (n:213) önceki yatışlarında taburculuk öncesi eğitim aldığını, %14,8'inin (n:37) taburcu olmadan önce eğitim almadığını saptanmıştır. Taburcu olmadan önce eğitim alan hastaların Öz Bakımı Sürdürme Ölçeği, Öz Bakımı Yönetme Ölçeği, Öz Bakım Öz Güven Ölçeği puan ortalamaları ve Erken dönem alt boyut puan ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Harzand ve ark. (2018), kardiyak rehabilitasyon eğitiminin düzenli egzersiz yapma ve tedaviye uyum da ile tüm öz bakım davranışlarını geliştirmede etkili olduğunu bulmuşlardır. Koroner kalp hastalarında verilen eğitimin öz bakıma etkisini inceleyen bir çalışmada eğitim verilen girişim grubunda öz bakımı sürdürme alt ölçeğinin her iki alt boyutu olan otonom ve danışma davranışlarında da 3. ve 6. ayda artış olduğu görüldüğü belirtilmiştir (Bayrak, 2020). Bu sonuçlara göre hastalara verilen eğitim öz bakım davranışlarında değişiklik sağlayabilir. Mİ geçirmiş olan bireyler eğitim aldıkları zaman kendi tedavi ihtiyaçlarını daha iyi anlamaktadırlar. Sağlık çalışanına veya eğitimciye güvenin artmasından dolayı, kendi öz bakım puanlarının arttığı söylenebilir. Hastalıkla ilgili uyumsuzluğa neden olabilecek durumların belirlenmesi hastalığın yönetimini kolaylaştırmaktadır. Bireylere verilen eğitim doğrultusunda psikolojik olarak davranış değişikliklerine uyum sağlanması, öz bakım yönetimini yükseltmede etkili olabilmektedir. Hastalıkların yönetimi konusunda, bireyin öz yönetim becerisi kazanması için bireylere eğitim verilerek planlı ve güvenli bir süreç oluşturulmalıdır

(Haskett, 2006). Hastalara tedavi süreci boyunca, taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonra düzenli aralıklarla eğitim verilmesi gerekmektedir. Çalışmamız literatür ile paralellik göstermektedir.

5.2. Tanıtıcı Özellikler ile Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği (TMMÖ) Puanlarının Tartışması

Tekrarlı Mİ geçiren hastalarda ilaç uyumu hastalığın seyri açısından ve mortaliteyi etkilemesi yönünden önem taşımaktadır. Mİ geçiren hastaların hastalıklarının tekrar etmesinde ve kontrolünde ilaçların yaşam boyu kullanımından dolayı ilaç uyumu önemli bir yere sahiptir. Araştırmamızda Modifiye Morisky Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde Motivasyon alt boyut puan ortalaması $1,55 \pm 1,01$, Bilgi Düzeyi alt boyut puan ortalaması $1,72 \pm 1,13$ olarak belirlenmiştir. İlaç kullanmada zorluk yaşayan bireylerin Motivasyon ve Bilgi Düzeyi alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde kardiyovasküler hastalık tanısıyla yatarak tedavi gören hastaların ilaç uyumu incelendiği çalışmada hastaların %49'4'ünün ilaç uyumunun düşük olduğu belirlenmiştir (Avcı ve ark., 2020) KAH olan bireylerle yapılan çalışmada hastaların ilaç uyumları %32 olarak belirlenmiştir (Santra, 2015). Koroner arter hastalığı olan hastalarda yapılan çalışmada ilaç uyumsuzluğu %48,61 olarak bulunmuştur (Bulut ve ark., 2020). Köseoğlu ve Enç (2016)'ın kalp yetersizliği olan bireylerde yaptığı çalışmada %40'ının ilaç uyumunun iyi olduğu belirtilmiştir. Perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda ilaç uyumunun incelendiği çalışmada hastaların ilaç tedavi uyumları orta düzeyde saptanmıştır (Demirbaş ve Kutlu, 2020; Karabulut, 2018; Naderi ve ark., 2012) Araştırmamızda hastaların en çok ilaç almayı hatırlamada zorluk yaşadığı, ikinci olarak rahatsızlık nedeniyle ilaç kullanımında zorluk yaşadığı bulunmuştur. Literatürde yapılan çalışmalarda tedaviye uyumun azalmasına neden olan en önemli faktörün ilaç almayı unutma ve hastaların kendilerini iyi hissettiklerinde ilacı bırakması olarak görülmüştür (Şendir ve ark., 2015; Turhan ve ark., 2014). Literatürde Kasar ve Karadakovan (2017)'in yaptığı çalışmada 65 yaş üstü bireylerin antihipertansif ilaçları karıştırma oranı %15,4, aynı çalışmada ilaç kullanım hatası %57,7; Dedeli ve Karadakovan (2011) tarafından yapılan çalışmada hastaların %37,6'sının, Demirbağ ve Timur (2012)'un yaptığı çalışmada ise %24,0'ünün ilaçlarını almayı unuttuğu bildirilmektedir. İlaç tedavisine uyumun değerlendirildiği başka bir çalışmada hastaların %49,7'sinde ilaç kullanmama nedeni ilaç almayı unutma olarak

belirlenmiştir (Çakır, 2016). Hastaya günlük hatırlatıcı mesaj gönderilerek hatırlatma yapılması tedavi kontrolünde ve ilaç uyumunda etkili olduğu ve ilaç uyumunu arttırdığı saptanmıştır (Ekinci ve ark., 2017). Chowdhury ve ark. (2013) ilaç uyumunu olumsuz etkileyen faktörler arasında ilaç sayısının fazla olması, başka bir kronik hastalığın eşlik etmesi ve bilgi eksikliğinin olduğunu belirtmektedirler. Bu durum hastaların mevcut olan kronik hastalığı kabullenmede zorlandıklarını ve düzenli ilaç kullanımının önemini farkına varamamalarından kaynaklandığını düşündürebilir. Hastaların hastalıklarına olan inancının tam olmaması ve ilaçları neden kullandığına dair bilgilerinin yetersiz olması, ilaç uyumsuzluğuna sebep olabilir. Mİ kontrolünde antiplatelet, antikoagülan, betabloker ilaçların düzenli kullanımı primer önleme sahip olmakta, koroner olayın tekrarlama riskini ve mortaliteyi önemli ölçüde azalttığı belirtilmektedir (Karabulut, 2018; Kronish ve Ye, 2013; Naderi ve ark., 2012). Bu durum tekrarlı Mİ geçiren hastaların ilaç uyumlarını artırmak için, ilaç uyumu artırıcı kişiye özgü stratejiler geliştirilmesine ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Mİ geçiren hastalara düzenli ilaç kullanımının önemi anlatılmalı, ilaç uyumsuzluklarının kardiyak fonksiyonlarda kötüleşmeye ve tekrarlı Mİ geçirmesine neden olabileceği sağlık profesyonelleri tarafından belirtilmelidir. Hastalara ilaçlarını ne amaçla kullandıkları ve ilaçların yan etkileri konusunda bilgi verilmesi sağlanmalı ve hemşireler tarafından eğitim planlaması yapılması gerekmektedir. Sonuçlarımız literatür ile paralellik göstermektedir.

Hastalarda yaş grupları arasında ilaç uyumu motivasyon ve bilgi düzeyi açısından anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde Demirbağ ve Timur (2012)'nin yaşlı ve kronik hastalığı olan kişilerle yaptıkları çalışmada, yaşlı hastalarda ilaç uyumunun düşük olduğu belirlenmiştir. Demirbağ ve Kutlu (2020)'nin çoklu ilaç kullanan yetişkin bireylerde yaptığı çalışmada yaşlıların ilaçlara uyumunun düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda hipertansif tedavi gören 65 yaşın altındaki hastalarda ilaç uyumu daha iyi düzeyde bulunmuştur (Mekonnen ve ark., 2017; Vatansever ve Ünsar, 2014). Yapılan bir çalışmada yaşlılarda, ilaç uyumsuzluğunun ilaç takibini yetersiz olması, kendisini iyi hissettiğinde ilaç almayı bırakması ve bilinçli olarak ilaç almaması nedeniyle olabilmektedir (Özdemir ve ark., 2016). Bizim çalışma grubumuzu tekrarlı Mİ geçiren hastalar oluşturmaktadır ve dolayısıyla hastalar daha önceki yatışları sırasında eğitim almıştır. Bu nedenle yaş grupları arasında fark bulunmadığı düşünülmektedir.

Hastaların medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında evli olan bireylerin Motivasyon ve Bilgi Düzeyi alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunduğu tespit edilmiştir. Modifiye morisky ölçeği kullanılan başka bir çalışma da evli olan bireylerin ilaç kullanma motivasyon ve bilgi düzeyi alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Demirbas ve Kutlu, 2020). Yılmaz ve Çolak (2018), 270 hastayla ve Kankaya ve ark. (2017), 202 hastayla yaptıkları çalışmada evli olan bireylerin ilaç uyumlarının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Evli olan bireylerin eşinden ve ailesinden destek görmesi ile düzenli bir yaşam tarzına sahip olmaları nedeniyle ilaç uyumlarının yüksek olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada okuryazar olmayanların Motivasyon alt boyut puan ortalaması lise, lisans ve lisansüstü mezunlarına göre anlamlı derecede düşük olduğu görüldü. İlkokul mezunlarının bilgi düzeyi alt boyut puan ortalaması lise, lisans ve lisansüstü mezunlarına göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlendi. Literatürde ilaç kullanımının eğitim seviyesinden etkilendiği belirlenmiştir (Ekenler ve Koçoğlu, 2016; Günel, 2020). Kronik hastalığa sahip genç ve yaşlı hastaların ilaç uyumu ve akılcı ilaç kullanım bilgi düzeyleri incelenen çalışmada, genç ve yaşlı hastalarda eğitim düzeyi yüksek olan hastaların akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerinin ve ilaç uyumlarının yüksek olduğu görülmüştür (Günel, 2020). Bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili uyumlarına bakılan bir çalışmada eğitim seviyesi ilkökul ve altı olan bireylerin ilaç uyum oranlarının düşük olduğu görülmektedir (Ekenler ve Koçoğlu, 2016). Kasar ve Kızılcı'nın (2017) oral anti-diyabetik ilaç kullanan, 65 yaş üstü bireylerde yaptıkları çalışmada, büyük çoğunluğu okuryazar olmayan hastaların %64,7'sinin ilaçlarını zamanında almama ve kendi kararı ile ilaç kullanmayı bırakma gibi ilaç uyumsuzluk yaptıkları ortaya çıkmıştır. Çin'de akılcı ilaç kullanım davranışı üzerine; bilgi, motivasyon davranış becerilerini inceleyen bir çalışmada yüksek eğitim seviyesinin bilgi ve motivasyonu olumlu yönde etkileyerek, akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyini arttırdığı belirlenmiştir (Bian ve ark., 2015). Kahkönen ve ark. (2017), Pehlivan (2019) çalışmalarında eğitim seviyesi yüksek olan hastaların ilaç uyumlarının daha yüksek olduğunu belirtilmektedir. Kankaya ve ark. (2017) yaşlı hipertansif hastalarda yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan hastaların ilaç uyum puanları daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Kankaya ve ark., 2017). Aflakseir (2013) yapmış olduğu çalışmada eğitim seviyesinin düşük olmasının ilaç uyumunu olumsuz etkilediğini

belirtmektedir. Bu çalışma ve literatür doğrultusunda eğitim seviyesinin artması ile kişilerin ilaç uyumlarının da arttığı söylenebilir.

Çalışmamızda kronik hastalığı bulunanların Motivasyon ve Bilgi düzeyi alt boyut puan ortalamalarının anlamlı derecede düşük olduğu tespit edildi. Yaşlı ve kronik hastalığı olan kişilerle yapılan çalışmada, hastaların %85.5'inin ilaçlarını düzenli kullanmadığı belirlenmiştir (Demirbağ ve Timur, 2012). Kaya (2019) kronik hastalıklarla (DM, KKY, KOAH, Kanser) yaptığı çalışmada %31,3'ünün kullandıkları ilaçlardan herhangi birini almada zorluk yaşadığı belirtilmiştir (Kaya, 2019). Kronik hastalıkların ilaç tedavisine uyumu araştırdıkları çalışmada hastaların %27,4'ünün ilaçlarını düzenli ve önerildiği gibi kullanmadığı tespit edilmiştir (Kul, 2018). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde ilaç ve tedaviye uyumun değerlendirildiği bir çalışmada bireylerin %72,6'sının ilaç tedavisine uyum sağlamadığı belirlenmiştir (Yılmaz ve Çolak, 2018). En az 2 haftadır düzenli ilaç kullandığını ifade eden hastalarla yapılan çalışmada, % 58'inin ilaçlarını farklı dozda ve sıklıkta kullandığı, %89'unun içmesi gereken bir ilacı içmediği saptanmıştır (Çakır, 2016). Kardiyavasküler hastalık tanısıyla yatarak tedavi gören hastaların ilaç uyumları değerlendirildiği çalışmada, %49.4'ünün ilaç tedavisine düşük uyum gösterdiği ve Morisky İlaç Tedavisine Uyum puan ortalamalarının düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (Avcı ve ark., 2020). Bireyin hastalığı kabullenememiş olması, yetersiz bilgiye sahip olması ve kronik hastalık ile yeni tanışması ilaç uyumunu düşüren faktörler arasında sayılabilir (Eindhoven ve ark., 2018). Tekrarlı hastane yatışlarının olmaması açısından kronik hastalığa sahip bireylerin ilaç uyumlarının yüksek olması önem taşımaktadır (Partidge ve ark., 2002). Kronik hastalığı olan bireylerin ilaç uyumlarının önemi hakkında bireylere eğitim verilmeli, eğitimin görsel ve yazılı materyallerle desteklenmesi sağlanmalıdır.

Bu çalışmada düzenli sağlık kontrollerine gidenlerin Motivasyon ve Bilgi düzeyi alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Hiçbir zaman sağlık kontrolüne gitmeyenlerin Motivasyon alt boyut puan ortalaması 1-3 ay gidenlere göre anlamlı derecede düşük bulundu. Hiçbir zaman sağlık kontrolüne gitmeyenlerin Bilgi düzeyi alt boyut puan ortalaması 3-6 ay gidenlere göre anlamlı derecede düşük bulundu. Karagöz (2019), kalp yetersizliği olan hastalarda ilaç uyumu incelendiği çalışmasında, düzenli sağlık kontrolüne giden hastaların ilaç uyumuna inançları, gitmeyenlerden yüksek bulunmuştur. Sürekli kullandığı ilaç ile ilgili bilgi alan hastaların bilgi düzeyi puanları, bilgi almayan hastaların bilgi düzeyi puanlarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirtilmiştir (Günel, 2020). Perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda hastalık

algısının ilaç uyumuna etkisi araştırılan çalışmada düzenli olarak sağlık kontrollerine giden hastaların gitmeyen hastalara göre puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Karabulut, 2018). Köseoğlu ve Enç (2016), kronik kalp yetersizliği olan hastaların ilaç uyumuna engel olan faktörleri incelemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada, düzenli sağlık kontrole gitmemesi, eğitim seviyesinin düşük olması, ilacın etkisinin bilmemesinin uyumsuzluğu etkilediğini belirtmişlerdir. Dahili polikliniklere başvuran ve kronik hastalığı olan hastaların incelendiği çalışmada düzenli kontrollere giden hastaların ilaç uyum düzeyi yüksek bulunmuştur (Kaya, 2019). Yeni HT tanısı almış hastalarda yapılan çalışmada düzenli sağlık kontrollerine giden ve tedavilerine uyum sağlayan hastaların ilaç uyumlarının yüksek olduğu saptanmıştır (Özbyram, 2008). Hastalara düzenli kontrollerine gittiği zaman hastalıkları ve ilaç kullanımları hakkında eğitim verilmesi ilaç uyum düzeylerinin artmasında etkili olabilir. Bunun dışında düzenli kontrollere gidememenin nedenlerinin belirlenmesi, uyumsuzluğa yol açan nedenlerin ortadan kaldırılması ilaç uyumunu artırmaya yardımcı olabilir. Sonuçlarımız literatür ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda tekrarlı Mİ geçirmiş hastalarda sigarayı bırakanların Motivasyon ve Bilgi Düzeyi alt boyut puan ortalamaları sigara içenlere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda sigarayı daha önce içip bırakanların ilaç uyumu puanları hiç içmeyen ve halen içenlere göre yüksek olarak belirlenmiştir. Kaya (2019), kronik hastalığı olan hastaların ilaç uyumu incelendiği çalışmada, hiç sigara içmeyenlerin sigara içenlere göre ilaç uyumu ve reçete yazdırma puanlarının yüksek olduğu görülmüştür (Kaya, 2019). Tümer ve ark., (2016) yaptığı çalışmada sigara kullanmayan bireylerin ilaca uyum puanları yüksek olarak belirlenmiştir. Amerika’da kronik hastalıklarda ilaç uyumu ve sigara bağımlılığı arasında yapılan bir çalışmada halen sigara kullanan kişilerin ciddi oranda düşük ilaç uyumu gösterdikleri kanıtlanmıştır (Sherman ve Lynch, 2014). Yapılan bir çalışmada sigara bağımlısı olan bireylerin maddi ve manevi yetersizliklerinden dolayı düzenli ilaç kullanımında ciddi ölçüde zorluk yaşadıkları görülmüştür (Jonathan ve ark., 2018). Sigara kullanmak riskli sağlık davranışları arasındadır. Bununla birlikte sigara içen hastaların ilaç uyularınında yeterli olmadığını söyleyebiliriz. Sigara gibi güçlü bir risk faktörünü ortadan kaldırmak ve hastaların ilaç uyumlarının artmasını sağlamak amacıyla Mİ sonrası taburcu olan hastalara rehabilitasyon programları düzenlenmesi ve takibi yapılması gerekmektedir.

Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan bireylerin Motivasyon ve Bilgi Düzeyi alt boyut puan ortalamaları bağımsız olanlara göre anlamlı derecede düşük olduğu görüldü. Bu çalışmada günlük yaşam aktivitelerine bağımsız olan bireylerin ilaç uyumlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Ertürk (2005), huzurevinde yapılan çalışmasında bağımsız olan bireylerin ilaca uyumlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Kaya (2019), dahili polikliniklere başvuran kronik hastalığı olan hastalarda yaptığı çalışmada ise yarı bağımlı olan bireylerin ilaç uyumlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Evde yaşayan yaşlılarda ilaç kullanımı hakkında yapılan çalışmada, ilaçları hakkında bilgi sahibi olamama, fiziksel ve bilişsel yönden yetersizlik nedeniyle ilaç kullanımında yetersizlik tespit edilmiştir (Solmaz ve Akın, 2009). Yaşlı bireylerin hem fiziksel hem de sosyal yönden yetersizlik yaşaması bakım gereksinimini artırmakta ve çevresinde bilgi alabileceği kişilerin olmaması ilaç uyumunu zorlaştırmaktadır. İleriki yaştaki bireylerin özellikle yalnız yaşayanların ilaç uyumsuzluğu yakından takip edilmeli, sorumluluk duygusu artırılmalı ve Mİ geçirmiş hastaların kan sulandırıcı, betabloker gibi özellikli ilaçların kullanımı ve ilaç uyumunun önemi hakkında bireylere ve ailelerine bilgilendirme yapılması sağlanmalıdır.

Araştırmamızda miyokard infarktüsü geçirmiş hastalarda, taburcu olmadan önce eğitim alanların Motivasyon ve Bilgi Düzeyi alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi. Yapılan bir çalışmada hipertansiyonu olan hastalarda, hastalara 6 aylık verilen eğitim sonunda ilaç tedavisine uyumlarında artış görüldüğü belirlenmiştir (Irmak ve ark., 2007). Hipertansif ilaç tedavisinde hastalara verilen eğitim girişimlerinin hastaların ilaç tedavisine uyumlarının arttığı belirtilmiştir (Şahin ve Biçer, 2015). Yapılan bazı çalışmalarda verilen eğitimin hastaların ilaç uyumlarını olumlu etkilediği saptanmıştır (Farazian ve ark., 2019; Sevinen, 2019). Noyan (2022)' in çalışmasında hipertansiyon hastalarının ilaç uyumlarına bakıldığında eğitim alan hastaların ilaç uyum puanlarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Sevinen (2019), çalışmasında HT olan hastalara verilen eğitimin tedaviye uyumlarını arttırdığı saptanmıştır. HT tanılı hastaların öz bakım eğitimi verilerek yapılan çalışmada hastaların ilaç tedavisine uyum puanlarının arttığı bildirilmiştir (Farazian ve ark., 2019). Yapılan başka bir çalışmada, web tabanlı verilen eğitimin girişim grubunda, ilaç uyumlarını arttırdığı ve tekrarlı hastaneye yatışlarını azalttığı ifade edilmiştir (İlaslan, 2020). Bir meta analiz çalışmasında sağlık eğitimlerinin ilaç tedavisine uyumda istatistiksel olarak orta derecede etkisi olduğu belirtilmiştir (Kavradım

ve Özer, 2019). Yetişkin bireylerin tedaviye uyumu incelenen bir çalışmada hastalığı hakkında bir sağlık çalışanı tarafından eğitim almış hastaların tedaviye uyum puanları yüksek bulunmuştur (Demirbas ve Kutlu, 2020). Kanada da yapılan bir çalışmada kardiyak hastalıklarını kontrol altına almaya yardımcı olmak amacıyla web site ve hasta rehberiyle eğitim verilmiş ve hastaların bilgi düzeyinde artış olduğu görülmüştür (Ghisi, 2020).

Kardiyovasküler hastalıkların tekrar etmesini önlemek için etkili yollardan biri ilaç tedavisine uyum sağlayarak gerçekleştirilen sekonder koruyucu önlemdir. Kalp merkezine başvuran hastalara reçetelenen ilaçları ve hastaların Mİ'nü tekrardan geçirme riskleri düzenli programlar ile ayrıntılı olarak anlatılmalı, kılavuzlarda Mİ için önemli ilaç grubu olan ASA, antiplatelet ilaçları ve beta-bloker kullanımı değerlendirilmesi yapılarak hastaların bilinçlendirilmesi sağlanmalıdır. Mİ geçiren hastalarda tekrardan miyokard iskemisi oluşmaması, kan basıncı kontrolü ve sağlık yaşam biçimi davranışları geliştirilmesi için bireyselleştirilmiş eğitimler verilmesi gerekmektedir. Hemşire önderliğinde multidisipliner danışmanlık ile Mİ geçiren hastalara eğitim verilerek ilaç uyumu sağlanmalıdır. İlaçların doğru ve düzenli kullanımı konusunda hastalara verilen eğitim hemşirelik bakımının önemli bir alanıdır.

5.3. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri (KKHÖBE) ölçeği ile Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği (TMMÖ) Puanlarının Tartışması

Araştırmamızda **Modifiye Morisky Ölçeği** Motivasyon ve Bilgi düzeyi alt boyutları ile **Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri Öz Bakımı Sürdürme Ölçeği**, Danışma alt boyutu, Otonom alt boyutu, Öz Bakımı Yönetme Ölçeği, Erken Öz Bakım Öz Güven Ölçeği arasında pozitif yönde orta derecede anlamlı bir ilişki bulundu. Geç dönem alt boyutu ile Motivasyon alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf derecede, Bilgi Düzeyi alt boyutu ile pozitif yönde orta derecede anlamlı bir ilişkinin olduğu görüldü.

Bu çalışmada tekrarlı miyokard infarktüsü geçiren hastaların öz bakım yönetimi ve ilaç uyumu etkileşimini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada bireylerin öz bakım yönetimi ve ilaç uyumu pozitif yönde orta derecede anlamlı bir ilişkinin olduğu

bulunmuştur. Tavakoli ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada tedaviye bağlılığın öz bakımı anlamlı olarak artırdığı belirtilmiştir. Literatürde bizim çalışmamızla paralellik gösteren ilaç uyumu ve öz etkililik arasında ilişkisi olan çalışmalar bulunmaktadır (Morgan ve ark., 2018; Schneider ve ark., 2014). Yapılan bir çalışmada ilaç uyumsuzluğunun olumsuz sağlık sonuçlarına ve artan mali yüklerle yol açabileceği, öz bakımı olumsuz etkileyeceği belirtilmiştir (Fang ve ark., 2016). Böbrek nakli yapılan hastalarda öz bakım yönetimi ve ilaç uyumu arasında ilişki olduğu, öz bakım yeteneklerinin geliştirilmesi ve ilaç uyumunun sağlanması yaşam kaliteleri açısından büyük önem taşıdığı belirtilmiştir (Song ve ark., 2022). Mİ geçirmiş olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını güçlendirmek öz bakım yönetimlerini artırmak dolayısıyla ilaç uyumu düzeylerini yükseltmek hemşirelik bakımın temel amacı olmalıdır. Hemşireler, Mİ geçirmiş olan hastalarına ilaçları neden kullandıklarını ve yan etkilerini anlatması gerekmektedir. Hastalığın seyri, belirti ve bulgularını saptama açısından öz bakım ve yönetimi konusunda davranışlarını geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılması sağlanmalıdır.

Mİ geçiren hastaların tekrardan Mİ geçirmesinin nedenleri arasında ilaçlarına uyum göstermeme ve öz bakım yönetimlerinin eksikliği oluşturabilmektedir. Mİ geçiren hastaların ilaçlarına uyum sağlamaması, egzersiz, diyet, düzenli kontrollerine gitmemesi, öz bakım yönetimine yönelik iyileştirmelerin olmaması, hastaların tekrardan Mİ geçirme olasılığını artırmaktadır. Bu yüzden tekrardan Mİ geçiren hastaların öz bakımı yönetme de ve ilaç kullanmada zorluk yaşadıklarını görmekteyiz. Tekrarlı Mİ geçiren hastalarda yapılan çalışmada uzun dönem ilaç uyumu incelendiğinde ilaç uyumunun düşük bulunduğu tespit edilmiştir (Soeki ve ark., 2016). Yapılan çalışmada Mİ geçiren hastaların ilaç uyumsuzluğunun hastane sonrası, stent trombozu ve tekrarlı kardiyovasküler olayları geçirme açısından daha yüksek riskli olduğu belirtilmiştir (Doll ve ark., 2019). Literatürde Mİ geçiren hastaların subakut yönetimi incelendiği çalışmada taburculuk hazırlığının önemi, tekrarlayan Mİ önlemek için ilaçların erken kullanılması, egzersize dayalı aktivite önerileri ve kardiyak semptomlar açısından öz bakım davranışları taburcu edilmeden önce ele alınması gerektiği vurgulanmıştır (Mercado ve ark., 2013). Daha önce Mİ geçirmiş olmasına rağmen tekrar Mİ geçirmiş hastalar, yüksek risk grubundadırlar. Tekrarlı Mİ geçiren hastalar sağlık merkezlerine sık sık ve göğüs ağrısıyla başvurumaktadırlar. İlaç uyumu, Mİ geçiren hastalar tarafından bilinen bir yöntem olmakta fakat yetersiz uygulanmaktadır. Mİ geçiren bireylerin sayısı artmakta olup bireylerin tedavi ve bakımları taburcu olduktan sonra ev ortamında da devam

etmektedir. Bu yüzden bireylerin ilaç uyumu ve öz bakım yönetimleri arasında problemler ortaya çıkabilmektedir. Mİ geçiren hastaların düzenli kontrollerine gitmesinin ve ilaçlarını düzenli kullanmalarının öz bakım davranışları açısından çok önemli olduğu, tekrardan miyokard iskemisinin oluşmasını engellemek amacıyla hastalara düzenli aralıklarla eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesi, cesaretlendirilmesi ve bunun devamlılığın önemi vurgulanması gerekmektedir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Tekrarlı miyokard infarktüsü geçiren hastaların öz bakım yönetimi ve ilaç uyumu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edildi. Tekrarlı Mİ geçiren hastaların öz bakım yönetimi sürdürme düzeyi ve yönetme düzeyi düşük derecede, öz güven düzeyi orta derecede tespit edilmiştir. İlaç uyumları motivasyon düzeyi orta derecede, bilgi düzeyi yüksek derecede olduğu görülmüştür. Hastaların öz bakım yönetimi ve ilaç uyumları arasında pozitif yönde ve orta derecede anlamlı bir ilişkinin olduğu ve birbirlerini etkilediği tespit edilmiştir.

- ❖ Mİ geçiren hastaların %42,8'inin 65 yaş üzeri olduğu, %64,8'i erkek cinsiyeti oluşturduğu tespit edilmiştir. Bu durum Mİ'nün erkek cinsiyette ve ileri yaşta daha sık görüldüğünü göstermiştir.
- ❖ Mİ geçiren 65 yaş ve üzeri hastaların öz bakım otonom alt boyut puan ortalaması 36-50 yaş grubuna göre anlamlı derecede düşük bulundu. Öz bakım otonom alt boyut puan ortalamasının ileri yaşta düştüğü görülmüştür.
- ❖ Bireylerin cinsiyete göre incelendiğinde kadınların öz bakım danışma alt boyut puan ortalaması anlamlı derecede yüksek olduğu, öz bakım otonom alt boyut puan ortalaması anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür.
- ❖ Beden kitle indeksine göre incelendiğinde obez olanların öz bakım otonom alt boyut puan ortalaması normal kilolulara göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlendi. Obezitenin otonom alt boyut puan ortalamasını düşürdüğü tespit edilmiştir.
- ❖ Evli olan bireylerin öz bakım öz güven ölçeği puan ortalaması anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir.
- ❖ Okuryazar olmayan bireylerin öz bakımı sürdürme ölçeği, öz bakım yönetme ölçeği, öz bakım öz güven ölçeği, otonom, erken ve geç dönem alt boyut puan ortalamaları lise, lisans ve lisansüstü mezunlarına göre anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir. Eğitim seviyesinin yükselmesinin danışma alt boyutu kategorisi hariç diğer tüm kategorilerde anlamlı olduğu tespit edilmiştir.
- ❖ Bir işte çalışan bireylerin öz bakım yönetme ölçeği puan ortalaması, otonom, erken ve geç dönem alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bir işte çalışıyor olmanın yönetme alt boyut puanını etkilediği saptanmıştır.

- ❖ Ev hanımı olan bireylerin öz bakımı yönetme ölçeği ve öz bakım öz güven ölçeği puan ortalamaları işçi ve serbest meslek çalışanlarına göre anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir.
- ❖ Kronik hastalığı olan bireylerin öz bakımı yönetme ölçeği puan ortalaması, otonom, erken ve geç dönem alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir.
- ❖ Sağlık kontrollerine giden bireylerin koroner kalp hastalığı öz Bakım envanteri ölçek ve tüm alt boyut puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlık kontrollerine giden bireylerin öz bakım davranışlarında artış olduğu saptanmıştır.
- ❖ Mİ geçirmiş sağlık kontrolüne 1, 3, 6 ay giden bireylerin erken dönem alt boyutu hariç hastaların koroner kalp hastalığı öz bakım envanteri puan ortalamaları hiçbir zaman gitmeyenlere göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlık kontrollerini devam ettiren bireylerin öz bakım davranışlarında artış olabileceği saptanmıştır.
- ❖ Tekrarlı Mİ geçiren ilaç kullanmada zorluk yaşayan bireylerin koroner kalp hastalığı öz bakım envanteri puan ortalamaları anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir. İlaçlarını düzgün kullanmayan Mİ geçiren bireylerin öz bakım davranışlarının azaltılabileceği saptanmıştır.
- ❖ Sigara içen bireylerin öz bakımı sürdürme ölçeği ve öz bakım öz güven ölçeği puan ortalamaları ile danışma alt boyut puan ortalaması sigarayı bırakanlara göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir.
- ❖ Sürekli alkol kullanan bireylerin danışma ve geç dönem alt boyut puan ortalamaları nadiren kullanan ve hiç kullanmayanlara göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir.
- ❖ Günlük yaşam aktiviteleri bakımından bağımsız olan bireylerin danışma alt boyutu dışında hastaların koroner kalp hastalığı öz bakım envanteri puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Bağımsız olan bireylerin öz bakım davranışlarında artış olabileceği saptanmıştır.
- ❖ Taburcu olmadan önce eğitim alan bireylerin öz bakımı sürdürme ölçeği, öz bakımı yönetme ölçeği, öz bakım öz güven ölçeği puan ortalamaları ve erken dönem alt boyut puan ortalaması anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Taburcu olmadan önce eğitim alan bireylerin öz bakım davranışlarında artış olabileceği saptanmıştır.

- ❖ Evli bireylerin motivasyon ve bilgi düzeyi alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Evli olan bireylerin ilaç uyumlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- ❖ Okuryazar olmayan bireylerin motivasyon alt boyut puan ortalaması lise, lisans ve lisansüstü mezunlarına göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. İlkokul mezunlarının bilgi düzeyi alt boyut puan ortalaması lise, lisans ve lisansüstü mezunlarına göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir.
- ❖ Memurların bilgi düzeyi alt boyut puan ortalaması işsiz ve emeklilere göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir.
- ❖ Kronik hastalığı bulunanların Motivasyon ve Bilgi düzeyi alt boyut puan ortalamalarının anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir. Mİ geçiren ve kronik hastalığı olan bireylerin ilaç uyumlarının düşük olabileceği belirlenmiştir.
- ❖ Düzenli sağlık kontrollerine giden bireylerin motivasyon ve bilgi düzeyi alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek, hiçbir zaman sağlık kontrolüne gitmeyenlerin motivasyon alt boyut puan ortalaması 1-3 ay gidenlere göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Hiçbir zaman sağlık kontrolüne gitmeyenlerin bilgi düzeyi alt boyut puan ortalaması 3-6 ay gidenlere göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir.
- ❖ İlaç kullanmada zorluk yaşayan bireylerin motivasyon ve bilgi düzeyi alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir.
- ❖ Sigarayı bırakan bireylerin motivasyon ve bilgi düzeyi alt boyut puan ortalamaları halen içenlere göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir.
- ❖ Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan bireylerin motivasyon ve bilgi düzeyi alt boyut puan ortalamaları bağımsız olanlara göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir.
- ❖ Taburcu olmadan önce eğitim alan bireylerin motivasyon ve bilgi düzeyi alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Mİ geçirmiş bireylerin ilaç uyumlarını artırmada eğitimin etkinliğinin önemli olduğu tespit edilmiştir.
- ❖ Motivasyon ve bilgi düzeyi alt boyutları ile öz bakımı sürdürme ölçeği, danışma alt boyutu, otonom alt boyutu, öz bakımı yönetme ölçeği, erken öz bakım ve öz güven ölçeği arasında pozitif yönde orta derecede anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bireylerin tüm kategorilerdeki öz bakım ölçekleri ve ilaç uyumları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Tekrarlı Mİ geçiren hastalarda Koroner kalp hastalığı ölçeği ile

Morisky ilaç uyumu ölçeği arasında anlamlı olarak ilişki olduğu pozitif yönde ve orta derecede birbirlerini etkilediği tespit edilmiştir.

- ❖ Geç dönem alt boyutu ile motivasyon alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf derecede, geç dönem alt boyutu ile bilgi düzeyi alt boyutu ile pozitif yönde orta derecede anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Mİ geçiren hastaların geç dönem alt boyutunun bilgi düzeyleriyle arasında ilişki olduğu ve birbirlerini pozitif yönde etkilediği saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar ışığında;

- ❖ Mİ geçiren bireylerin öz bakım yönetimi ve ilaç uyumu konusunda bireysel farkındalıklarının kazandırılması için eğitim ve danışmanlık verilmesi,
- ❖ Bireylerin yaşam boyu öz bakım yönetimi ve ilaç uyumu sağlamaları için gerekli programların oluşturulması,
- ❖ Mİ sonrası hastalara verilen eğitim yaşam biçimi davranışları ve değiştirilebilir risk faktörleri üzerine etkili olabilmesi için eğitimlerin taburculuktan sonra da devam ettirilmesi,
- ❖ Mİ geçirmiş hastalara multidisipliner bir ekip (kardiyolog, kardiyoloji hemşiresi, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog) çalışması ile bir çok merkezde daha büyük örneklem grupları ile yeni hemşirelik çalışmalarının arttırılması önerilmektedir.

7.KAYNAKLAR

- Abaan, S., Altıntoprak, A., (2005). Hemşirelerde Problem Çözme Becerileri, Öz Değerlendirme Sonuçlarının Analizi, Hacettepe Üniversitesi, *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 62-76.
- Aflakseir, A. (2013). Predicting Medication Adherence Based on Illness Perceptions in a Sample of Iranian Older Adults, *Middle East Journal of Age and Ageing*, 10, 3-7.
- Aghabekyan, S., Thompson, M.E., Abrahamyan, L. (2012). Medication Non Compliance and Patient Satisfaction Following Percutaneous Coronary Intervention, *Journal Inter ven Cardiol*, 25, 469-475.
- AHA (2016). Cardiovascular Disease in Women and Special Populations Committee of the Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, and Council on Quality of Care and Outcomes Research. Acute Myocardial Infarction in Women: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation*, 1, 133(9),916-47. doi: 10.1161/CIR.0000000000000351. PMID: 26811316.
- Akbıyık, A., Koçak, G., Oksel, E. (2016). Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Öz bakım Davranışlarının İncelenmesi, *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(2), 1-8.
- Akdemir, N., Birol, L. (2020). İç Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı, Akademisyen Kitabevi, 5. baskı, 528-538.
- Akdemir, N., Akkuş, Y. (2006). Rehabilitasyon ve Hemşirelik, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 13(1), 82-91.
- Akyol, A.D., Özpoğaç, B., Boztürk, Y., Çakıcı, K. (2003). İnmeli Hastaların Öz Bakım Güçlerinin Değerlendirilmesi, *Ege Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 19 (1-3), 35-45.
- Akyol, D., Karadakovan, A. (2002). Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Gücü İle Bunlar Üzerine Etkili Değişkenlerin İncelenmesi, *Ege Tıp Dergisi*, 41, 97-101.
- Aktoz, M. (2010). Poliklinikte Kalp Yetersizliği Hastası Takibi ve Tedavisi, Trakya Üniversitesi, *Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1),57-62.
- Alemdar, H., Çınar Pakyüz S. (2015). Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücünün Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi, *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 10(2), 19-30.
- Alsén, P. (2009). Illness Perception and Fatigue after Myocardial Infarction, Göteborgs University, Institute of Health and Care Sciences, Doctoral Theses.
- American College of Preventive Medicine (2011). Medication Adherence Clinical Reference http://www.acpm.org/?MedAdherTT_ClinRef#Statistics.
- Antman, E., Bassand, J-P., Klein, W., et al. (2000). Myocardial infarction redefined a consensus document of The Joint European Society of Cardiology, committee for the redefinition of myocardial infarction: The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee A list of contributors to this ESC/ACC Consensus Document is provided in Appendix B, *Journal of the American College of Cardiology*, 36(3),959-969.
- Antman, E.M., Hand, M., Armstrong, P.W., et al. (2008). 2007 Focused Uptade of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients with ST-Elevation Myocardial Infarction, A report of the American College of Cardiology, Task Force on Practice Guidelines, *Journal of American College of Cardiology*, 51(2),210-47.

- Arslan, H., Aktar, H., Danaoğlu, Z. (2011). Miyokard İnfarktüsü Geçiren Kişilerde Mizaç ve Karakter Boyutları ve Öfke, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 14,143-149.
- Ateş, M.A., Algül, A. (2006). Bipolar bozukluklarda tedavi uyumsuzluğu, *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi* Psikiyatri, 2(29), 60-64.
- Avcı, A., Gün, M., Erdoğan, S. (2020). Kardiyovasküler Hastalık Tanısıyla Yatarak Tedavi Gören Hastaların İlaç Tedavisine Uyumluluğu ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, *Türk J Cardiovasc Nurs*, 11(26):132–139. DOI: 10.5543/khd.2020.09609.
- Avdal, E.Ü., Kızılcı, S. (2010). Diyabet ve Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi'nin Kavram Analizi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3(3), 164-168.
- Aydemir, O., Ozdemir, C., Koroglu, E. (2005). The impact of co-morbid conditions on the SF-36: a primary-care-based study among hypertensives, *Arch Med Res.*, Mar-Apr;36(2),136-41. doi: 10.1016/j.arcmed.2004.12.009. PMID: 15847946.
- Badır, A., Demir Korkmaz, F. (2011) Koroner Arter Hastalıkları. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F (editörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, 2. Baskı. Adana, Nobel Kitabevi, 473.
- Bağ, E., Mollaoğlu, M. (2010). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi, *J Nephrol Nurs*, 7, 31-8.
- Baigent, C., Blackwell, L., Collins, R., Emberson, J., Godwin, J., Peto, R., Buring, J., Hennekens, C., Kearney, P., Meade, T., Patrono, C., Roncagliani, MC., Zanchetti, A. (2019). Aspirin In The Primary and Secondary Prevention of Vascular Disease: Collaborative Meta-Analysis of Individual Participant Data From Randomised Trials, *Lancet*, 373:1849–1860.
- Barth, J., Jacob, T., Dahan, I., Critchley, JA. (2015). Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease, *Cochrane Database Syst Rev*, Jul 6;(7):CD006886. doi: 10.1002/14651858.CD006886.pub2. PMID: 26148115.
- Bayram, U.T., Akbuga, K., Karanfil, M., Duzenli, M.A. (2019). Medication Adherence After Myocardial Infarction: A Single Center Retrospective Cohort Study, *Türk J ClinLab*, 10,329-334.
- Bayrak, B. (2020). Koroner Kalp Hastalarına Verilen Eğitimin Öz Bakıma Etkisi Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bilimi Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi. (Danışman: Prof. Dr. Sıdika OĞUZ).
- Bayrak, B., Oğuz, S., Arslan, S., Candar, B., Keleş, S., Karagöz, B. (2019). Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Algılanan Stresin Belirlenmesi, *Türk J Card Nur*, 10(23), 129–137.
- Bayülgen, M.Y., Altıok, M. (2017). Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti uygulanan hastaların sağlıklı yaşam şekli davranışları ve etkileyen faktörler, *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 8(16), 45-54.
- Beers, M.H., Berkow, R.M. (2000). The Merck Manual of Geriatrics, 3rd ed., New Jersey, Merck and Co, 165-211.
- Becker, R.C., Meade, T.W., Berger, P.B., Ezekowitz, M., O'connor, C.M., Vorchheimer, D.A., Guyatt, G.H., Mark, D.B., Harrington, R.A. (2008). American College of Chest Physicians, The Primary and Secondary Prevention of Coronary Artery Disease: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition), Chest, 133,776S–814S. (Erişim Tarihi: 22.09.2022).
- Berra, K., Miller, NH., Jennings, C. (2011) Nurse-based models for cardiovascular disease prevention: from research to clinical practice, *J Cardiovasc Nurs.*, Jul-Aug;26 (4 Suppl), 46-55. doi: 10.1097/JCN.0b013e318213ef5c. PMID: 21659813.

- Bezold, M. (2021). Thoraxschmerzen [Chest pain]. *Internist (Berl)*, Jan;62(1):17-23. German. doi: 10.1007/s00108-020-00918-6. Epub 2020 Dec 17. PMID: 33331950.
- Bian, C., Xu, S., Wang, H., Li, N., Wu, J., Zhao, Y., et al. (2015). A study on the application of the information-motivation-behavioral skills (IMB) model on rational drug use behavior among second-level hospital outpatients in Anhui, China. *Plos one*. 10(8).
- Bitigen, A., Yaymacı, B. (2011). Angina Pektoris Tanımı, Sınıflandırması ve Ayırıcı Tanısı, İçinde: Temel Kardiyoloji, Kozan Ö. (Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 54-760.
- Bosworth, H.B., Granger, B.B., Mendys, P., Brindis, R., Burkholder, R., Czajkowski, S.M., Daniel, J.G., Ekman, I., Ito, M., Johnson, M., Kimmel, S., Liu, L.Z., Musaus, J., Shrank, W.H., Buono, E.W., Weiss, K., Granger, C.B. (2011). Medication adherence: A call for action, *American Heart Journal* 162(3), 412-424.
- Brown, M.T., Bussell, J., Dutta, S., Davis, K., Strong, S., Mathew, S. (2016). Medication Adherence: Truth and Consequences, *Am J Med Sci*, Apr;351(4):387-99. doi: 10.1016/j.amjms.2016.01.010. PMID: 27079345.
- Bulut, S., Kafadar, D., Yakupağlu, E., Okuyan, E. (2020). Koroner Arter Hastalığı Tanılı Hastalarda Tedaviye Uyumun Polifarmasi Ve Multimorbidite İle İlişkisinin Değerlendirilmesi, *Ankara Med J*, 4, 777-789. 10.5505/amj.2020.67044.
- Butler, J., Arbogast, P.G., Daugherty, J., Jain, M.K., Ray, W.A. ve Griffin, M.R. (2004). Outpatient Utilization of Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors Among Heart Failure Patients After Hospital Discharge, *Journal of the American College of Cardiology*, 43, 2036 –2043.
- Buja, L.M. (2020). Innovators in atherosclerosis research: A historical review, *Int J Cardiol*, 307, 8-14. doi: 10.1016/j.ijcard.2020.02.016. Epub 2020 Feb 7. PMID: 32070483.
- Buja, L.M. (2015). Coronary Artery Disease: Pathological Anatomy and Pathogenesis. In: Willerson J., Holmes, Jr. D. (Eds) *Coronary Artery Disease, Cardiovascular Medicine*, Springer, London. https://doi.org/10.1007/978-1-4471-2828-1_1.
- Candan, Ç. (2021). Kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım yönetimi ile bakım veren aile üyelerinin bakım yükü arasındaki ilişki, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı. (Danışman: DR. ÖĞR. ÜYESİ FADİME HATİCE İNCİ).
- Canlı Özer, Z., Demir, Ş. (2012). Akut koroner sendromlarda hemşirelik bakımı, *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 1, 19-32.
- Case Management Adherence Guideline (2006), Sayfa: 162.
<https://www.miccsi.org/wp-content/uploads/2016/01/CMAG2.pdf> (Erişim tarihi: 04.01.2023).
- Catapano, A.L., Graham, I., Backe, G.D., Wiklund, O., Chapman, M.J., Drexel, H., et al. (2016). Dislipidemilerin Tedavisine İlişkin 2016 ESC/EAS Kılavuzu, *European Heart Journal*, 37(39), 2999–3058.
- Catapano, A.L., Graham, L., Backer, G.D., Wiklund, O., Chapman, M.J., Drexel, H., Hoes, A.W., Jennings, C.S., Landmesser, U., Pedersen, T.R., Reiner, Z., Riccardi, G., Taskinen, M.R., Tokgözoğlu, L., Verschuren, W.M., Vlachopoulos, C., Wood, D.A., Zamorano, J.L. (2017). Dislipidemilerin Tedavisine İlişkin 2016/ESC/EAS Kılavuzu, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 6-55.
- Celap, A. (2020). Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Kişilerin Psikolojik Sıkıntı Ve Travma Sonrası Gelişim Düzeyleri Ve İlişkili Değişkenlerin Bilişsel Adaptasyon Kuramı Açısından İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Gülay Dirik).

- Chan, C.L., Wang, C.W., Ho, R.T., Ho, A.H., Ziea, E.T., Taam Wong, V.C. (2012). A Systematic Review of the Effectiveness of Qigong Exercise in Cardiac Rehabilitation, *Am J Chin Med*, 40(2), 255-67. <https://doi.org/10.1142/S0192415X12500206>.
- Chen, C., Li, X., Sun, L., Cao, S., Kang, Y., Hong, L., Liang, Y., You, G., Zhang, Q. (2019). Post discharge short message service improves shortterm clinical outcome and self-care behaviour in chronic heart failure, *ESC Heart Fail*, 6(1), 164-173.
- Chen, C.C., Hsieh, I.C., Liu, Y.C., Liu, C.Y., Chan, T., et al. (2011). The effect of calcium score on the diagnostic accuracy of coronary computed tomography angiography, *Int J Cardiovasc Imaging*, 1, 37-42.
- Christian, W.H., Diego, A., Eric, B., Andrzej, B., ve ark. (2008). ST Segment Yükselmesi Olmayan Akut Koroner Sendromların Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Avrupa Kardiyoloji Derneği ST Segment Yükselmesi Olmayan Akut Koroner Sendromlar Tanı ve Tedavi Görev Grubu.
- Chowdhury, R., Khan, H., Heydon, E., Shroufi, A., Fahimi, S., Moore, C., Stricker, B., Mendis, S., Hofman, A., Mant, J., Franco, O.H. (2013). Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences, *European Heart Journal*, 34(38), 2940-2948.
- Civek, S., Akman, M. (2022). Dünyada ve Türkiye’de kardiyovasküler hastalıkların sıklığı ve riskin değerlendirilmesi, *Jour Turk Fam Phy.*, 13 (1), 21-28. Doi: 10.15511/tjtfp.
- Clark, A.M., McAlister, F.A., Hartling, L., Vandermeer, B. (2005). Randomized Trials of Secondary Prevention Programs in Coronary Artery Disease: A Systematic Review [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality, Dec 5. PMID: 25879129.
- Crane, P.J., Ward, S.F. (2016). Self-Healing and Self-Care for Nurses, *AORN J.*, 104(5), 386-400. doi: 10.1016/j.aorn.2016.09.007. PMID: 27793249.
- Crowley, M.J., Zullig, L.L., Shah, B.R. Et al. (2015). Medication Non-Adherence After Myocardial Infarction: An Exploration of Modifying Factors, *J Gen Intern Med*, 30,83-90.
- Çakır, S. (2016). Hastalarda İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. (Tez Danışmanı Doç. Dr. Ayşe Palanduz).
- Çakmak, H.S. (2018). Oral Kemoterapi İlaç Kullanan Kanser Hastalarında Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlığın İlaç Uyumunu ve Öz Etkililiğe Etkisi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği, Ankara. (Danışman: Doç.Dr. Sevgisun KOPUCU).
- Çalışkan, G. (2022). Kırsalda Yaşayan Erişkinlerde On Yıllık Koroner Kalp Hastalığı Riski Ve Etkileyen Faktörler, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği, Yüksek Lisans Programı. (Danışman Dr. Öğr. Üyesi Nükhet Balliel).
- Çam, O., Nehir, S. (2011). Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların Psikososyal Uyumları İle Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27, 47-59.
- Dedeli, Ö., Karadakovan, A. (2011). Yaşlı Bireylerde İlaç Kullanımı, Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Uygulamalarının İncelenmesi, *Spatula DD*, 1(1), 23-32.
- Demirbağ, B.C., Timur, M. (2012). Bir Grup Yaşlının İlaç Kullanımı ile İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışları. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 11(1):1-8.
- Demirbaş, E. (2021). Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Anksiyete, Depresyon Düzeyleri Ve Stresle Baş Etme Yöntemleri İle Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, İstanbul Okan Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Tez Danışmanı Dr. Öğr. Üyesi Yunus KAYA).
- Demirbas, N., Kutlu, R. (2020). Çoklu İlaç Kullanan Yetişkin Bireylerin Tedaviye Uyumunu Ve Öz-Etkililik Düzeyleri, *Ankara Med J*, (2), 269-280.

- Demirkıran, G., Uzun, Ö. (2012). Koroner Arter Bypass Graft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Öğrenim Gereksinimleri, *Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28, 1, 1-12.
- Demirkol, M.E., Tamam, L. (2016). Psikiyatrik Bozukluklarda Tedavi Uyumu Treatment Adherence In Psychiatric Disorders, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, Current Approaches in Psychiatry*, 8(1), 85-93. doi:10.18863/pgy.49806.
- Demirtaş, E. (2002). Koroner Kalp Hastalığında Primer Ve Sekonder Koruma, *Türkiye Klinikleri Yayını*, 13, 75-82.
- De Lima, L.G., Soares, B., Saconato, H., Da Silva, EMK., Atallah AN. (2009). Beta Blockers for Preventing Stroke Recurrence, *Cochrane Database SystRev*, 3, CD007890. doi:10.1002/14651858. CD007890, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858>. CD007890/abstract (Erişim Tarihi: 15.10.2022).
- Dickson, V., Nocella, J., Yoon, H. W., Hammer, M., Melkus, G. D., Cyhun, D. (2013). Cardiovascular Disease Self-Care Interventions, *Hindawi Publishing Corporation Nursing Research and Practice Journal*, 1-16. <https://doi.org/10.1155/2013/407608>.
- Dickstein, K., Cohen-Solal, A., Filippatos, G., McMurray, J.J.V., Ponikowski, P., Poole-Wilson, P.A. ve ark. (2008). Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik, ESC Kılavuzu, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*; 36(3), 41-86.
- Dilokthornsakul, P., Chaikunapruk, N., Nimpitakpong, P., Jeanpoerapong, N., Sruamsiri, R. (2012). The Effects Of Medication Supply On Hospitalizations And Health-Care Costs In Patients With Chronic Heart Failure, *Value Health*, 15, 9-14.
- Dirik, G., Şahin, G. (2008). Kişilik Özellikleri, Hostilite ve Sosyal Desteğin Miyokardİnfarktüsü Geçiren Hastaların Kaygı Ve Depresyon Düzeyleri İle İlişkisi, *Uludağ Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Yıl:9, 15, 249-266.
- Doğu, K.Ö., Tiryaki, Ö. (2020). Kalp Yetmezliği Hastalarının Öz Bakım Davranışları ve Bakım Gereksinimlerini Karşılamada Bağımsızlık Durumlarının İncelenmesi, *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 364-374.
- Doll, J.A., Hellkamp, A.S., Thomas, L., Fonarow, G.C., Peterson, E., Wang, T.Y. (2019). The association of pre- and posthospital medication adherence in myocardial infarction patients, *Am Heart J.*, Feb,208,74-80. doi: 10.1016/j.ahj.2018.11.004. Epub 2018 Nov 15. PMID: 30580129.
- Dönmez, S. (2022). Koroner arter hastalarında web tabanlı eğitiminin hastalığa uyuma ve öz bakım yönetimine etkisi, *Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği, Ana Bilim Dalı*. (Danışman: Prof. Dr. Fisun Şenuzun Aykar).
- Duruk, H. (2021). Kalp yetersizliği hastalarında öz-bakım gücü ile yaşam kalitesinin incelenmesi, *Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*. (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Özlem Yazıcı).
- Durusoy, E., Yıldırım, T., Altun, A. (2010). Koroner arter hastalığı poliklinik takibi, *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1), 13-18.
- Dülek, H., Vural, Z. T., Gönenç, İ. (2019). Kardiyovasküler Hastalıklara Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi ve Kardiyovasküler Risk Skorlamalarının Karşılaştırılması, *Dicle Tıp Dergisi*, 46 (3), 449-459. DOI: 10.5798/dicletip.620443.
- DSÖ (2009). Kendi Kendine Bakım Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Bölgesel Denetim Raporu, Sultation, 7-9 Ocak 2009, Bangkok, Tayland, 17.

- Eagle, K.A., Lim, M.J., Dabbous, O.H., Pieper, K.S., Goldberg, R.J., Van de Werf, F., Goodman, S.G., Granger, C.B., Steg, P.G, Gore, J.M., Budaj, A., Avezum, A., Flather, M.D., Fox, K.A., GRACE Investigators. (2004). A validated prediction model for all forms of acute coronary syndrome: estimating the risk of 6-month postdischarge death in an international registry, *JAMA*, 91(22), 2727-33. doi: 10.1001/jama.291.22.2727. PMID: 15187054.
- Eindhoven, D.C., Hilt, A.D., Zwaan, T.C., Schali, M.J., Borleffs, C.J.B. (2018). Age and Gender Differences in Medical Adherence After Myocardial Infarction: Women Do Not Receive Optimal Treatment – The Netherlands Claims Database, *European Journal of Preventive Cardiology*, Cilt 25, Sayı 2, Sayfa 181–189.
- Ekblom-Bak, E., Hellénus, M-L., Ekblom, O., Engström, L-M., Ekblom, B. (2010). Independent Associations of Physical Activity and Cardiovascular Fitness with Cardiovascular Risk in Adults, *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil Off J Eur Soc Cardiol Work Groups Epidemiol Prev Card Rehabil Exerc Physiol*, 17(2), 175–80.
- Ekenler, Ş., Koçoğlu, D. (2016). Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımıyla İlgili Bilgi Ve Uygulamaları, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(3), 44- 55.
- Ekici, B. (2004). Hastanın Taburcu Edilmesi ve Çocuğun Taburculuğuna Yönelik Bakım Standardı Oluşturma, *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 7(1), 12-16.
- Ekinci, F., Tuncel, B., Coşkun, D.M., Akman, M., Uzuner, A. (2017). Günlük ilaç hatırlatıcı kısa mesaj (SMS) göndermenin hipertansif hastalarda kan basıncı kontrolü ve ilaç uyumu üzerine etkisi, *Konuralp Medical Journal/Konuralp Tıp Dergisi*, 9(2), 136-141.
- Enç, N., Umman, S., Ağırbaşı, M., Altıok, M., Şenuzun, F., ve Uysal, H. (2007). Perkütan Koroner Ve Valvüler Girişimlerde Hemşirelik Bakım Kılavuzu, *İstanbul, Türk Kardiyoloji Derneği*, 13.
- Enç, N., Öz-Alkan, H. (2012). Kronik Kalp Yetersizliğinde İlaçların Güvenli Kullanımı, *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 3(4), 101-109.
- Erdoğan, S. (2019). Kalp ve damar cerrahisi geçiren hastaların taburculuk öğrenim gereksinimleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 1-69.
- Erşan, E.E., Kelleci, M., Baysal, B. (2013). Kalp Hastalarında Psikososyal Uyum, Depresyon, Anksiyete Ve Stres Düzeylerine Bir Bakış., *Klinik Psikiyatri*, 16, 214-224.
- Ertürk, A. (2005). Huzurevindeki Yaşlıların İlaç Kullanım Hataları ve Etkileyen Faktörler Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Tezi, Sivas.
- ESC (2008). ST Segment Yükselmesi Olmayan Akut Koroner Sendromların Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Avrupa Kardiyoloji Derneği ST Segment Yükselmesi Olmayan Akut Koroner Sendromlar Tanı ve Tedavi Görev Grubu. European Society of Cardiology (ESC) Kılavuzları. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi European Society of Cardiology (ESC) Kılavuzları
- ESC Scientific Document Group. (2018). European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics, *Eur Heart J*, 39(7), 508-579. doi: 10.1093/eurheartj/ehx628. PMID: 29190377.
- Eski, S., Feşçi, H. (2002) Miyokard İnfarktüsü Geçiren Bireylerde Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi, *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4, 15-28.
- European Society of Cardiology (ESC) (2021). Guidelines on the Real-World Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease (ASCVD). *Med Sci Monit*. Oct 25;27: e935172. doi: 10.12659/MSM.935172. PMID: 34690345; PMCID: PMC8555443.
- Fang, K.Y., Maeder, A.J., Bjering, H. (2016). Current Trends in Electronic Medication Reminders for Self-Care, *Stud Health Technol Inform*, 231, 31-41.

- Farazian, F., Emami Moghadam, Z., Heshmati Nabavi, F., Behnam Vashani, H. (2019). Bandura'nın Özyeterlik Modeline Dayalı Olarak Tasarlanan Öz Bakım Eğitiminin Hipertansiyonlu Hastalara Etkisi: Randomize Bir Klinik Çalışma, Kanıta Dayalı Bakım, 9(2), 44-52. doi: 10.22038/ebcj.2019.36466.1944
- Fertelli, T.K., TEL, H. (2007). Miyokard İnfarktüsü Sonrası Bireylere Verilen Planlı Eğitimin Öz Bakım Gücüne Etkisi, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 11(2), 57-61.
- Fırat S., Öztunç G. (2019). "Total larenjektomili hastalara verilen eğitimin öz bakım gücüne etkisi". *Çukurova Medical Journal*, 44, 911-921.
- Fors, A., Taft, C., Ulin, K., Ekman, I. (2016). Person-Centred Care Improves Self-Efficacy to Control Symptoms After Acute Coronary Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *Eur J Cardiovasc Nurs.*, 15(2), 186-94. doi: 10.1177/1474515115623437. Epub 2015 Dec 23. PMID: 26701344.
- Freeborne, N., Simmens, S., Manson, JoAnn, E., Howard, B., Cené, C., Allison, M., Corbie-Smith, G., Bell, C., Denburg, N., Martin, L. (2020). Perceived social support and the risk of cardiovascular disease and all-cause mortality in the Women's Health Initiative Observational Study. *Menopause* 26(7), sayfa: 698-707. DOI: 10.1097/GME.0000000000001297.
- Gelik, M.G. (2019). Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Umutsuzluk Düzeyleri ve Öz Bakım Davranışları, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. (Danışman: Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR).
- Gellad, W.F., Grenard, J.L., Marcum, Z.A. (2011). A Systematic Review of Barriers to Medication Adherence in The Elderly: Looking Beyond Cost and Regimen Complexity, *Am J Geriatr Pharmacother*, 9(1), 11-23. doi: 10.1016/j.amjopharm.2011.02.004. PMID: 21459305; PMCID: PMC3084587.
- Ghisi, G.L.M., Rouleau, F., Ross, MK., Dufour-Doiron, M., Belliveau, SL., Brideau, JR., Aultman, C., Thomas, S., Colella, T., Oh, P. (2020). Effectiveness of an Education Intervention Among Cardiac Rehabilitation Patients in Canada, A Multi-Site Study, *CJC Open*, 2(4), 214-221. doi: 10.1016/j.cjco.2020.02.008. PMID: 32695971; PMCID: PMC7365818.
- Gohar, F., Greenfield, S.M., Beevers, D.G., Lip, G.Y.H., Jolly, K. (2008). Self-Care And Adherence To Medication: A Survey In The Hypertension Outpatient Clinic, *BMC Complement Altern Med*, 8(4), 1-9.
- Golshahi, J., Ahmadzadeh, H., Sadeghi, M., Mohammadifard, N., Pourmoghaddas, A. (2015). Effect of Self-Care Education On Lifestyle Modification, Medication Adherence and Blood Pressure in Hypertensive Adults: Randomized Controlled Clinical Trial. *Adv Biomed Res*, 4, 204. doi: 10.4103/2277-9175.166140. PMID: 26601092; PMCID: PMC4620611.
- Gökdoğan, F., Kes, D. (2017). Validity and reliability of the Turkish Adherence to Refills and Medications Scale, *International Journal of Nursing Practice*, e12566. <https://doi.org/10.1111/ijn.12566>.
- Graven, L.J. Grant, J.S. (2013). Coping and Health-Related Quality of Life in Individuals with Heart Failure: An Integrative Review. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 42(3), 183-194.
- Griffin, B.P. (2014). Cardiovascular Disease, Çeviren: Erol H, Atalar E, Kardiyovasküler Hastalıklar El Kitabı. Dördüncü Baskı. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri. 1-36.
- Guo, P., Harris, R. (2016). The Effectiveness and Experience of Self-Management Following Acute Coronary Syndrome: A Review of the Literature. *Int J Nurs Stud*, 61, 29-51. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.05.008. Epub 2016 May 24. PMID: 27267181.
- Guo, C., Zhang, S., Zhang, J., Liu, H., Li, P., Liu, H., et al. (2014). Correlation Between the Severity of Coronary Artery Lesions and Levels of Estrogen, hs-CRP and MMP-9. *Exp Ther Med*, 7(5), 1177-80.

- Günel, M. (2020). Kronik Hastalığa Sahip Genç ve Yaşlı Hastaların İlaç Uyumu ve Akılcı İlaç Kullanım Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara. (Danışman: Dr. Öğretim Üyesi: Ayla DEMİRTAŞ).
- Güngör, A. (2020). Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Kardiyovasküler Hastalığı Olan Hastaların Kardiyovasküler Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin İlaç Uyumuna Etkisinin Değerlendirilmesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği. (Tez Danışmanı: Uzm. Dr. İsmail ARSLAN).
- Hacıhasanoğlu Aşilar, R., Gözümlü, S., Çapık, C., Morisky, DE. (2014). Reliability and Validity of the Turkish Form of the Eight-Item Morisky Medication Adherence Scale in Hypertensive Patients, *Anadolu Kardiyol Derg*, 14(8), 692–700.
- Hacıhasanoğlu, R. (2009). Hipertansiyonda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(2), 167-172.
- Hacıosmanoğlu, R., Gözümlü, S., Çapık, C. (2012). Validity Of The Turkish Version Of The Medication Adherence Self-Efficacy Scale-Short Form In Hypertensive Patients, *Anadolu Kardiyoloji Derg*, 12, 241-248.
- Haig, C., Carrick, D., Carberry, J., Mangion, K., Maznyczka, A., Wetherall, K., McEntegart, M., Petrie, M.C., Eteiba, H, Lindsay M, Hood S, Watkins S, Davie A, Mahrous A, Mordi I, Ahmed N, Teng Yue May V, Ford I, Radjenovic A, Welsh P, Sattar N, Oldroyd KG, Berry C. (2019). Current Smoking and Prognosis After Acute ST-Segment Elevation Myocardial Infarction: New Pathophysiological Insights. *JACC Cardiovasc Imaging*, 12(6):993-1003. doi: 10.1016/j.jcmg.2018.05.022. Epub 2018 Jul 18. PMID: 30031700; PMCID: PMC6547246.
- Hançerlioğlu, S. (2014). Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği ve Uyum Soru Formu'nun Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir. (Danışman: Prof. Dr. Fisun ŞENUZUN AYKAR).
- Hançerlioğlu, S., Aykar, FŞ. (2018). Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği, Gümüşhane Üniversitesi, *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 175-183.
- Haskett, T. (2006). Chronic Illness Management: Changing The System. *Home Health Care Management Practice*, 18(6), 492- 496.
- Haring, B., Schmidt, A., Frantz, S. (2021). Der akute Thoraxschmerz – Schritt für Schritt [Acute Chest Pain: A Stepwise Approach to Management]. *Pneumologie*, 75(11), 901-909. German. doi: 10.1055/a-1238-5254. Nov 17. PMID: 34788891.
- Harzand, A., Witbrodt, B., Davis-Watts, ML., Alrohaibani, A., Goese, D., Wenger, NK., Shah, AJ., Zafari, AM. (2018). Feasibility of a Smartphone-enabled Cardiac Rehabilitation Program in Male Veterans with Previous Clinical Evidence of Coronary Heart Disease, *Am J Cardiol*, 122(9), 1471-1476. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2018.07.028>.
- Hernandez-Tejada, M.A., Campbell, J.A., Walker, R.J., Smalls, B.L., Davis, K.S., Egede, L.E. (2012). Diabetes Empowerment, Medication Adherence and Self-Care Behaviors in Adults with Type 2 Diabetes. *Diabetes Technol Ther*, 14(7):630-4. doi: 10.1089/dia.2011.0287. Apr 23. PMID: 22524548; PMCID: PMC3389377.
- Hindistan, S., Nural, N. (2010). Miyokard İnfarktüsünde Kadın Ve Erkek Arasındaki Farklılıklar, *Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt 3, Sayı 1.

- Hubbard, M. (2003). Nurse Practitioner Preferences for Distance Education Methods Related to Learning Style, Course Content, and Achievement, *Journal of Physical Therapy Education*, Volume 17, Issue 1.
- Hurlen, M., Abdelnoor, M., Smith, P., Erikssen, J., Arnesen, H., Warfarin, A. (2002). Aspirin, or Both After Myocardial Infarction, *N Engl J Med*, 347, 969–974.34.
- <https://tkd.org.tr/kilavuz/k06/94126.htm?wbnum=1309> Erişim Tarihi: 15.10.2022
- <https://tkd.org.tr/kilavuz/k07.htm> (Erişim Tarihi: 15.10.2022)
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, MJ., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., et al. (2017). ESC Guidelines for The Management Of Acute Myocardial Infarction In Patients Presenting With ST-Segment Elevation, The Task Force For The Management Of Acute Myocardial Infarction In Patients Presenting With ST-Segment Elevation *The European Society Of Cardiology*. doi: 10.1093/eurheartj/ehx393.
- Irmak, Z., Fesci, H. (2005). Akut Miyokard İnfarktüsünde Sekonder Koruma, Hacettepe Üniversitesi, *Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 12(1), 84-96.
- Irmak Z., Düzöz, G.T., Bozyer İ. (2007). Bir Eğitim Programının Hipertansiyonlu Hastaların Yaşam Tarzı ve İlaç Tedavisi Uyumuna Etkisi, Volume 14, Issue 2, 39–47.
- Ignatavicius, D.D., Workman, M.L. (2006). Medical-Surgical Nursing Critical Thinking for Collaborative Care. Fifth Edition, Elsevier Saunders, St. Louise, 841-865.
- Iversen, B., Jacobsen, B.K., Løchen, M.L. (2013). Active and passive smoking and the risk of myocardial infarction in 24,968 men and women during 11 year of follow-up: the Tromsø Study. *Eur J Epidemiol*, 28(8):659-67. doi: 10.1007/s10654-013-9785-z. Epub 2013 Feb 27. PMID: 23443581; PMCID: PMC3779067.
- İçyeroğlu, G. (2012). Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyum ve Yaşam Kalitesi, Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Elanur Yılmaz Karabulutlu).
- İlaslan, E. (2020). Web Tabanlı Eğitimin ve Telefonla İzlemin Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Semptom Yönetimine ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi (Danışman: Prof. Dr. Zeynep ÖZER).
- İlhan, F. (2011). Hemodiyaliz Hastalarının Öz Bakım Gücünü Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- İnangil, D., Şendir, M. (2014). Koroner Arter Hastalarının Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü, *ACU Sağlık Bil Der*, 2, 96-101.
- İnkaya, V. B., Karadağ, E. (2017). Diyabetli Bireyler Ve Onlara Bakım Veren Hemşirelerin Hastalık Özyönetim Stratejilerine Bakışı: Kalitatif Bir Çalışma, *HEAD*, 14(1), 31-37.
- İstek, N. (2016). Tip 2 Diyabetli Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Öz-Bakım Gücüne Etkisi, Erzincan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. (Danışman: Doç. Dr. Papatya Karakurt).
- Jackevicius, C.A., Leon, N.K., Lu, L., Chang, D.S., Warner, A.L. ve Mody, F.V. (2015). Impact of a Multidisciplinary Heart Failure Post-Hospitalization Program on Heart Failure Readmission Rates, *The Annals of Pharmacotherapy*.
- Jaarsma, T., Halfens, R., Tan, F., Abu-Saad, H.H., Dracup, K. & Diederiks, J. (2000). Self-Care and Quality of Life in Patients with Advanced Heart Failure: The Effect of a Supportive Educational Intervention, *Heart Lung*, 29, 319-30.

- Jaarsma, T., Nikolova-Simons, M., van der Wal, MH. (2012) Nurses' strategies to address self-care aspects related to medication adherence and symptom recognition in heart failure patients: an in-depth look, *Heart Lung*, Dec;41(6):583-93. doi: 10.1016/j.hrtlng.2012.03.003. Epub 2012 Apr 27. PMID: 22541515.
- Jenerette, CM., Murdaugh, C. (2008). Testing The Theory of Self-Care Management for Sick Cell Disease, *Research in Nursing & Health*, 31, 355-69.
- Jiang, W., Zhang, Y., Yan, F., Liu, H., Gao, R. (2020). Effectiveness of A Nurse-Led Multidisciplinary Self-Management Program for Patients with Coronary Heart Disease in Communities: A Randomized Controlled Trial, *Patient Educ Couns*, 103(4), 854-863. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.11.001>.
- Jin, J., Sklar, G. E., Oh, V. M., Li, S. C. (2008). Factors Affecting Therapeutic Compliance: A Review from The Patient's Perspective, *Therapeutic and Clinical Risk Management*, 4(1), 269-286.
- Jobling, J.M. (2016). Self-management, *Nurs Stand*, 15;30(42):64-5. doi: 10.7748/ns.30.42.64. s48. PMID: 27305260.
- Kahkönen, O., Saaranen, T., Kankkunen, P., Lamidi, M. L., Kyngas, H., Miettinen, H. (2017). Predictors of Adherence To Treatment By Patients With Coronary Heart Disease After Percutaneous Coronary Intervention, *Journal Of Clinical Nursing*, 19, 1-15.
- Kankaya, H., Özer, S., Korkmaz, M., Karabulut, Ö., Kurt, E. (2017). Yaşlı Hipertansif Hastalarda İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililiği, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 1-10. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/eghehemsire/issue/33737/357047>.
- Kara, B. (2001). Özbakım Tanımı Ve Kavramsal Yönü, *Sendrom Dergisi*, 13, 25- 28.
- Karabulut, İ. (2018). Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Hastalık Algısının İlaç Uyumuna Etkisi, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin. (Danışman: Doç. Dr. Meral ALTIOK).
- Karadağ, H. (2011). Aile Sağlığı Merkezimize Başvuran Kronik Hastalığı Olan 65 Yaş Üstü Hastaların İlaç Uyumunun Değerlendirilmesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi / Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi / Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı (Danışman: Prof. Dr. Okcan Basat)
- Karagöz, E. (2019). Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Sosyal Desteğin İlaç Uyumuna Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul. (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi: Nuray ŞAHİN ORAK).
- Karakurt, P., Aşlar, R.H., Yıldırım, A. (2013). Diyabetli Hastaların Öz Bakım Gücü Ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(1), 1-9.
- Karakurt, P. (2008). Tip 2 Diyabetli Hastalara Verilen Eğitimin Öz Bakım Üzerine Etkisi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Erzurum. (Danışman: Doç.Dr. Mağrifet KAŞIKCI).
- Kars, T. (2004). Miyokard Enfarktüsü Sonrası Bireylere Verilen Planlı Eğitimin Öz Bakım Gücüne Etkisi Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. (Danışman: Y.Doç.Dr. Havva Tel).
- Kasar, K.S., Karadakovan, A. (2017). Yaşlı Bireylerde Antihipertansif İlaç Kullanım Hatalarının İncelenmesi, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(15):20-27.
- Kasar, K.S., Kızılcı, S. (2017). Oral Anti Diyabetik İlaç Kullanım Hataları Ve Etkileyen Faktörler, Gümüşhane Üniversitesi, *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3):128- 137.
- Kavradım, S.T., Özer, Z.C. (2019). The Effect of Education and Telephone Follow-Up Intervention Based On the Roy Adaptation Model After Myocardial Infarction: Randomised Controlled Trial,

- Kaya, N. (2019). Dahili Polikliniklere Başvuran Kronik Hastalığı Olan Hastalarda Öz Bakım Yönetimi ve İlaç Uyumu, Yozgat Bozok Üniversitesi - Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bölümleri Enstitüsü, Ortak Yüksek Lisans Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Esasları, Yozgat. (Danışman: Doç. Dr. Hüsna ÖZVEREN).
- Katz, D., Buchanan, D., Weg, MV., Faseru, B., Horwitz, PA., Jones, P., Spertus, JA. (2019). Does Outpatient Cardiac Rehabilitation Help Patients with Acute Myocardial Infarction Quit Smoking Prev Med, 118, 51–58.
- Keeling, A.W., Dennison, PD. (1995). Nurse-Initiated Telephone Follow-Up After Acute Myocardial Infarction: A Pilot Study. Heart Lung, 24(1), 45-9. doi: 10.1016/s0147-9563(05)80094-9. PMID: 7706099.
- Keleş, İ. (2007). Pratik Kardiyoloji - Genel Kardiyovasküler Hastalıkların Değerlendirilmesi ve Tedavisi, Birinci Baskı, İstanbul Tıp Kitabevleri.
- Kerry, Z. (2015). Yaşlılarda Doğru İlaç Kullanımı, *Ege Tıp Dergisi*, 54.
- Kılıç, M. (2011). Kronik Hastalıkların Önlenmesinde Davranışsal Risk Faktörlerinin Önemi, TAF Prev Med Bull, 10, 733-740.
- Kılıç, T., Üstü, T. (2012). Hipertansiyon İçin Birinci Basamak Kullanımına Yönelik Kanıta Dayalı Bir Rehber Çalışması, *Ankara Medical Journal*, 12,4,205-213.
- Koplay, M., Erol, C. (2013). Koroner Arter Hastalığı, Türk Radyoloji Seminerleri, Türk Radyoloji Derneği, 1,57-69.
- Korkmaz, E. (2019). Hipertansiyon Hastalarında Yaşam Tarzı Değişikliği ve İlaç Uyumunun Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Sağlık ve Araştırma Merkezi, Uzmanlık Tezi, İstanbul. (Danışman: Prof. Dr. Seçil GÜNHAR ARICA).
- Kotseva, K., De Backer, G., De Bacquer, D., Rydén L. etc. (2019). EUROASPIRE Investigators, Lifestyle and Impact on Cardiovascular Risk Factor Control in Coronary Patients Across 27 Countries: Results from The European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry, Eur J Prev Cardiol, 26(8),824-835. <https://doi.org/10.1177/2047487318825350>.
- Köseoğlu, N., Enç, N. (2016). Kronik Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde İlaç Uyumuna Engel Olan Faktörlerin İncelenmesi, *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 7, (14), 162-168.
- Köseoğlu, N.G. (2016). Kronik Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin İlaç Uyumuna Engel Olan Faktörlerin İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.
- Köse, S.Ş. (2017). Astım Tedavisinde Uyumu Etkileyen Faktörler ve Çözüm Önerileri, Klinik Tıp Pediatri Dergisi, 9(1), 11-15.
- Kul, Ö.E. (2018). Kronik Hastalıklarda İlaç Tedavisi Uyumu Ve Etkili Faktörler, Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, (Danışman: Prof. Dr. Mehmet Ergun Öksüz).
- Kumar, A., Cannon, C.P. (2009). Acute Coronary Syndromes: Diagnosis and Management, part I. Mayo Clin Proc, Oct,84(10), 917–38.
- Kurbun, H., Akten, İ. (2018). Hemodiyaliz Hastalarında Öz-Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. doi: 10.5262/tnet.2018.3229. Turk Neph Dial Transpl; 27 (3), 277-287.
- Kurçer, M.A., Özbay, A. (2011). Koroner Arter Hastalarında Uygulanan Yaşam Tarzı Eğitim ve Danışmanlığının Yaşam Kalitesine Etkisi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 11, 107-113.

- Kurt, Y., Özkan, Ç. G., Demirbağ, B. C. (2016). Bir Olgu: Akut Miyokard İnfarktüsünde NANDA Tanıları Ve NIC Girişimleri İle Hemşirelik Bakımı. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 138-146.
- Kronish, I.M., Ye, S. (2013). Adherence to Cardiovascular Medications: Lessons Learned and Future Directions. *Prog Cardiovasc Dis*, 55(6), 590–600.
- Kwan, Y.H., Weng, S.D., Loh, D.H.F., Phang, J.K., Oo, L.J.Y., Blalock, D.V., Chew, E.H., Yap, K.Z., Tan, C.Y.K., Yoon, S., Fong, W., Østbye, T., Low, L.L., Bosworth, H.B., Thumboo, J. (2020). Measurement Properties of Existing Patient-Reported Outcome Measures on Medication Adherence: Systematic Review, *J Med Internet Res*, 22(10), e19179. doi: 10.2196/19179. PMID: 33034566; PMCID: PMC7584986.
- Labrunée, M., Pathak, A., Loscos, M., Coudeyre, E., Casillas, JM., Gremeaux, V. (2012). Therapeutic Education in Cardiovascular Diseases: State of The Art and Perspectives. *Ann Phys Rehabil Med*, 55(5),322-41. (<https://doi.org/10.1016/j.rehab.2012.04.003>).
- Lainscak, M., Blue, L., Clark, AL., Dahlström, U., Dickstein, K., Ekman, İ., ve ark. (2011). Self-Care Management of Heart Failure: Practical Recommendations from The Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, *European Journal of Heart Failure*, 13, 115–126.
- Lanuza, D.M., Davidson, P.M., Dunbar, S.B., Hughes, S., De Geest, S. (2011). Preparing Nurses for Leadership Roles in Cardiovascular Disease Prevention, *J Cardiovasc Nurs*, 26(4 Suppl), S56-63. doi: 10.1097/JCN.0b013e31821485be. PMID: 21659815.
- Lefler, L. (2005). The Advanced Practice Nurse's Role Regarding Women's Delay in Seeking Treatment with Myocardial Infarction Wiley Online Library Journal of the American Academy of Nurse Practitioners volume: 14, Issue: 10. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2002.tb00075.x>
- Lesnovska, K. P., Frisman, G. H., Hjortswang, H., Börjeson, S. (2016). Critical Situations in Daily Life as Experienced by Patients with Inflammatory Bowel Disease, 39 (3), 195-203.
- Libby, P., Ridker, P.M. (2011). Hansson GK. Progress and Challenges in Translating the Biology of Atherosclerosis. *Nature*, 473:317–25. <https://doi.org/10.1038/nature10146>.
- Liu, J., Zhong, Z., Ou, S., Peng, K. (2021). Application Effect of Evidence-Based Nursing in Perioperative Period of Acute Coronary Syndrome. *Am J Transl Res*, 15;13(4), 2653-2661. PMID: 34017425; PMCID: PMC8129314.
- Lloyd-Jones, D., Adams, RJ., Brown, TM., Carnethon, M., Dai, S., De Simone, G ve ark. (2010). Heart Disease and Stroke Statistics--2010 Update: A Report from The American Heart Association, *Circulation*,121(7), 46-215.
- Lukkarinen, H., Hentinen, M. (2006). Treatments of Coronary Artery Disease Improve Quality of Life in The Long Term, *Nurs Res*, Jan-Feb;55(1), 26-33. doi: 10.1097/00006199-200601000-00004. PMID: 16439926.
- Mackey, LM., Doody, C., Werner, EL., Fullen, B. (2016). Self-Management Skills in Chronic Disease Management: What Role Does Health Literacy Have Med Decis Making, Aug;36(6), 741-59. doi: 10.1177/0272989X16638330. Epub 2016 Apr 6. PMID: 27053527.
- MacLaughlin, E.J., Raehl, C.L., Treadway, A.K., Sterling, T.L., Zoller, D.P. & Bond, C.A. (2005). Assessing Medication Adherence in The Elderly, *Drugs & Aging*, 22(3), 231-255.
- Mekonnen, H.S., Gebrie, M.H., Eyasu, K.H., Gelagay, A.A. (2017). Drug Adherence for Antihypertensive Medications and Its Determinants Among Adult Hypertensive Patients Attending in Chronic Clinics of Referral Hospitals in Northwest Ethiopia, *BMC Pharmacology and Toxicology*, 18(1), 27.
- Mercado, M.G., Smith, D.K., McConnon, M.L. (2013). Myocardial infarction: management of the subacute period, *Am Fam Physician*, Nov 1,88(9),581-588. PMID: 24364634.

- Michelsen, H., Nilsson, M., Scherstén, F., Sjölin, I., Schiopu, A., Leosdottir, M. (2018). Tailored Nurse-Led Cardiac Rehabilitation After Myocardial Infarction Results in Better Risk Factor Control at One Year Compared to Traditional Care: A Retrospective Observational Study, *BMC Cardiovasc Disord*, 18(1), 167.
- Misdrabi, D., Llorca, P.M., Lançon, C., Bayle, F.J. (2002). L'observance Dans La Schizophrénie: Facteurs Prédictifs, Voies De Recherches, Implications Thérapeutiques [Compliance in Schizophrenia: Predictive Factors, Therapeutical Considerations and Research Implications], *Encephale*, May-Jun, 28(3 Pt 1), 266-72. French. PMID: 12091789.
- Miyahara, Y., Nagaya, N., Kataoka, M., et al. (2006). Monolayered Mesenchymal Stem Cells Repair Scarred Myocardium After Myocardial Infarction, *Nature Medicine*, 12(4), 459- 465.
- Montalescot, G., Sechtem, U., Achenbach, S., Andreotti, F., Arden, C., Budaj, A., Bugiardini, R., Crea, F., Cuisset, T., Mario, C., Ferreira, J., Gersh, B., Gitt, A., Hulot, J., Marx, N., Opie, L., Pfisterer, M., Prescott, E., Ruschitzka, F., Sabate, M., Senior, R., Taggart, D., Wall, E., Vrints, C. (2014). Avrupa Kardiyoloji Derneği Kararlı Koroner Arter Hastalığı Yönetimi Kılavuzu, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, (4), 79-120.
- Montalescot, G., Zeymer, U., Silvain, J., Boulanger, B., Cohen, M., Goldstein, P., et al. (2011). Intravenous Enoxaparin or Unfractionated Heparin in Primary Percutaneous Coronary Intervention for ST-Elevation Myocardial Infarction: The International Randomised Open-Label ATOLL trial, *Lancet*, 378, 693–703.
- Montazami, M., Khalifehzadeh-Esfahani, A., Keshvari, M. (2021). Investigating the Effect of Family-Centered Self-Care Program based on Home Visits Regarding Dietary and Medication Regimen Adherence of Discharged Patients with Acute Coronary Syndrome. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 5, 26(2), 113-119. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_105_19. PMID: 34036057; PMCID: PMC8132869.
- Mostofsky, E., Chahal, HS., Mukamal, KJ., Rimm, EB., Mittleman, MA. (2016). Alcohol and Immediate Risk of Cardiovascular Events: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis. *Circulation*, Mar 8, 133(10), 979-87. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.019743. PMID: 26936862; PMCID: PMC4783255.
- Morgan, K.P., Muluneh, B., Deal, A.M., Amerine, L.B. (2018). Impact of an Integrated Oral Chemotherapy Program On Patient Adherence. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, 24(5), 332-336.
- Morgan, A.L., Masoudi, F.A., Havranek, E.P., Jones, P.G., Peterson, P.N., Krumholz, H.M. ve ark. (2006). For The Cardiovascular Outcomes Research Consortium (CORC), Difficulty Taking Medications, Depression, And Health Status İn Heart Failure Patients, *American Heart Journal*;12: 54–60
- Murphy, M.C., George, M.V., Driscoll, A.L. (2007). Concordance with Phase-One Cardiac Rehabilitation Guidelines İn The Inpatient Setting, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(1).
- Naderi, S.H., Jonathan, P., Bestwick, S., Wald, D. S. (2012). Adherence to Drugs That Prevent Cardiovascular Disease: Meta-Analysis On 376,162 Patients, *The American Journal of Medicine*, 125, 882-887
- Nakatani, D., Sakatay Suna, S., Usami, M., Matsumoto, S., Shimizu, M., Sumitsuji, S., Kawano, S., Ueda, Y., Hamasaki, T., Sato, H., Nanto, S., Hori, M., Komuro, I. (2013). Incidence, Predictors, and Subsequent Mortality Risk of Recurrent Myocardial Infarction in Patients Following Discharge for Acute Myocardial Infarction, *Circulation Journal*, 77(12), 439-446. <https://doi.org/10.1253/circj.CJ-11-1059>.
- Nehir, S., Çam, O. (2010). Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Psikososyal Sağlık ve Hastalık Uyumu, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 26(3), 73-84.
- Neiheisel, M.B., Wheeler, K.J. ve Robert, M.E. (2014). Medication Adherence Part One: Understanding and Assessing the Problem, *Journal of American Association of Nurse Practitioners*, 26:49-55.

- Noyan, E.N. (2022). Öz Yeterlilik Desteğinin Hipertansiyon Hastalarının İlaç Uyumu Ve Öz Yeterlilik Düzeylerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Bahar Çiftçi).
- Oğuz, S., Enç, N., Yiğit, Z. (2010). Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastalar İçin İnanç Ve Uyum Ölçeklerinin Türkçeye Uyarlanması, *Türk Kardiyol Dern Arş*, 38(7), 480-485.
- Oğuz, S., Yanmış, S., Yılmaz, B., Atman, R. (2019). Hipertansiyon Hastalarının İlaç Ve Diyet Tedavisine Uyum Düzeyleri, *Türk J Cardiovasc Nurs*,10(21):1-7
- Olgun, S., Kaptan, G., Büyükcinal, SK. (2016). Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, *Sağlık Bilimleri ve Yaşam Dergisi*, 1,6-15.
- Onat, A., Can, G., Yüksel, H., Ademoğlu, E., Ünaltuna, N., Kaya, A., et al. TEKHARF 2017, Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük, İstanbul, Logos Tıp Yayıncılık, p,1–244.
- Organization, W.H. (2007). Prevention of CardiovascularDisease: Guidelines for Assessmentand Management of Total Cardiovascular Risk. W Press.
([https://scholar.google.com/scholar?hl=tr&as_sdt=0%2C5&q=organization+who+cardiovascular+2007&btnG=\(10.01.2021\)](https://scholar.google.com/scholar?hl=tr&as_sdt=0%2C5&q=organization+who+cardiovascular+2007&btnG=(10.01.2021))).
- Osterberg, L., Blaschke, T. (2005). Adherence to medication, *The New England Journal of Medicine*, 353, 487-97.
- Özbayram, A. (2018). Yeni Hipertansiyon Tanısı Almış Hastalarda Tedavi Uyumu ve Etkileyen Faktörler. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. (Danışman: Doç. Dr. N Bakırcı).
- Özçakar, N., Kartal, M., Kuruoğlu, E. (2009). Diyabet Hastalarının Öz Bakım Bilinci, *Türk Aile Hek Derg.*, 13,17-22.
- Özdemir, L. (2004). Hemşirelerin Miyokard İnfarktüsü Geçiren Bireylerde Cinsel Yaşam Değişikliğine İlişkin Bilgileri, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara. (Danışman: Prof. Dr. Nuran AKDEMİR).
- Özdemir, Ö., Akyüz, A., Doruk, H. (2016). Geriatrik hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 12(4), 195-201.
- Özdelikara, A., Taştan, A., Atasayar B.Ş. (2020). Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ve Uyumun Değerlendirilmesi, *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1),42-49.
- Özen, A. T. ve Çelik, S. Ş. (2010). Koroner Anjiyoplasti Ve İntra Koroner Stent Uygulanan Hastaların Bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 60-67.
- Özen, B., Kaya, Erten, Z., Bülbül, T. (2018). Kuşaklar Arası Akılcı İlaç Kullanımı, *Journal of Health Sciences*, 27(3):199-204.
- Özer, Z.C, Demir, Ş. (2012). Akut Koroner Sendromlarda Hemşirelik Bakımı, *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 3(3), 19-32.
- Özer, Z.C., Şenuzun, F., Tokem, Y. (2009). Miyokart Enfarktüsü Hastalarda Anksiyete ve Depresyonun İncelenmesi, *Türk Kardiyoloji Dern Arş – Arch, TurkSocCardiol*, 37,557-62.
- Özgül, U. (2015). Koroner Arter Hastalığı Yaygınlığı'nın RDW İle İlişkisi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, (Danışman: Prof.Dr. Ahmet Yılmaz).
- Özilhan, M.O. (2018). Miyokard İnfarktüsü Tanısı Almış Hastalarda Tıkalı Olmayan Koroner Arter Hastalığı Sıklığı ve Ölüm Oranı, Gaziantep Üniversitesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, (Danışman: Dr. Murat Oğuz ÖZİLHAN).

- Partridge, A.H., Avorn, J., Wang, P.S., Winer, E.P. (2002). Adherence to Therapy With Oral Antineoplastic Agents, *Journal of the National Cancer Institute*, 94(9),652-661.
- Pedersen, L.R., Frestad, D., Michelsen, M.M., Mygind, N.D., Rasmussen, H., Suhrs, H.E., Prescott, E. (2016). Risk Factors for Myocardial Infarction in Women and Men: A Review of the Current Literature. *Curr Pharm Des*, 22(25), 3835-52. doi: 10.2174/1381612822666160309115318. PMID: 26956230.
- Petersen, K.E.N., Johnsen, N.F., Olsen, A., Albieri, V., Olsen, L.K.H., Dragsted, L.O., Overvad, K., Tjønnelund, A., Egeberg, R. (2015). The Combined Impact of Adherence to Five Lifestyle Factors on all-Cause, Cancer and Cardiovascular Mortality: a Prospective Cohort Study Among Danish Men and Women, *British Journal of Nutrition*, 113, S,849-858.
- Pehlivan, İ. (2019). Hipertansiyon Hastalarında İlaç Uyumu ve Kadercilik Eğilimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sanko Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi: Betül AKTAŞ).
- Perk, J., Backer, G.D., Gohlke, H., Graham, L., Reiner, A., Verschuren, M. et al. (2012). Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu, *Türk Kardiyol Dern Arş*, 3, 1–62
- Pirhonen, L., Gyllenstein, H., Fors, A., Bolin, K. (2020). Modelling the cost-effectiveness of person-centred care for patients with acute coronary syndrome, *Eur J Health Econ*, 21(9),1317-1327. doi: 10.1007/s10198-020-01230-8.
- Rathish, R., Gunalani, G., Sumathi, P. (2013). Current Biomarkers for Myocardial Infarction. *Int J Pharm Biol Sci*, 4(1), 434-442.
- Reed, G.W., Rossi, J.E., Cannon, C.P. (2017). Acute myocardial infarction, *Lancet*, 14;389(10065), 197-210. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30677-8.
- Reed-Poysden, C., Gupta, K.J. (2015). Acute coronary syndromes, *BJA Education*,15(6), 86–93.
- Rich, M.W. (2006). Epidemiology, clinical features, and prognosis of acute myocardial infarction in the elderly, *Am J Geriatr Cardiol*, Jan-Feb,15(1), 7-11, quiz 12. doi: 10.1111/j.1076-7460.2006.05273.x. PMID: 16415640.
- Ruppar, T. M., Dobbels, F., Lewek, P., Matyjaszczyk, M., Siebens, K., De Geest, S. M. (2015). Systematic Review Of Clinical Practice Guidelines For The Improvement Of Medication Adherence. *International Journal Of Behavioral Medicine*, 22(6), 699-708.
- Riegel, B., Lee, C., Ratcliffe, S. J., Geest, S., Potashnik, S., Patey, M., Sayers, S.L., Goldberg, L.R., Weintraub, S.W. (2012). Predictors of Objectively Measured Medication Nonadherence in Adults with Heart Failure, *Circulation Heart Failure AHA Journals*, 5: 430-436.http://dx.doi.org/10.1161/2FCIRCHEARTFAILURE.111.96515.
- Riegel, B., Lee, C.S., Dickson, V.V., Carlson, B. (2009). An Update On The Self-Care Of Heart Failure Index, *The Journal Of Cardiovascular Nursing*, 24(6), 485.
- Riegel, B., Driscoll, A., Suwanjo, J., Moser, D.K., Lennie, T.A., Chung, M.L., Mu, J., Dickson, V.V., Carlson, B., Cameron, J. (2009). Heart Failure Self-Care in Developed and Developing Countries, *Journal of Cardiac Failure*, 15(6), 508-516.
- Riegel, B., Dickson, V.V. (2008). A Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3), 190-196.
- Riegel, B., Carlson, B., Moser, D.K., Sebern, M., Hicks, F.D., Roland, V. (2004). Psychometric Testing of the Self-Care of Heart Failure Index, *Journal of Cardiac Failure*, 10(4), 350-360.

- Riegel, B., Moser, D.K., Buck, H.G., Dickson, V.V., Dunbar, S.B., Lee, C.S., Lennie, T.A., Lindenfel, J., Mitchell, J.E., Treat-Jacobson, D.J., Webber, D.E. (2017). Self-Care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke. *J Am Heart Assoc*, 6(9), 69-97.
- Riegel, B., Carlson, B. (2002). Facilitators and Barriers to Heart Failure Self-Care. *Patient Educ Couns*, 46(4), 287-95. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(01\)00165-3](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(01)00165-3).
- Roger, V.L. (2007). Epidemiology of Myocardial Infarction. *Med Clin North Am*, 91(4), 537-52; ix. doi: 10.1016/j.mcna.2007.03.007. PMID: 17640535; PMCID: PMC2537993.
- Roger, V.L., Go, A.S., Lloyd-Jones, D.M., Benjamin, E.J., Berry, J.D., Borden, W.B., et al. (2012). Heart Disease and Stroke Statistics, Update: A Report from The American Heart Association, *Circulation*, 125, 2-220.
- Rolnick, S.J., Pawloski, P.A., Hedblom, B.D., Asche, S.E., Bruzek, R.J. (2013). Patient Characteristics Associated With Medication Adherence, *Clin Med Res*, 11(2), 54-65. doi: 10.3121/cmr.2013.1113. PMID: 23580788; PMCID: PMC3692389.
- Ross, A., Yang, L., Wehrle, L., Perez, A., Farmer, N., Bevans, M. (2019). Nurses and Health-Promoting Self-Care: Do We Practice What We Reach? *J Nurs Manag*, 27(3), 599-608. doi: 10.1111/jonm.12718. Epub 2018 Oct 31. PMID: 30223297; PMCID: PMC6421110.
- Ruppar, T.M., Delgado, J.M. ve Temple, J. (2015). Medication Adherence Interventions for Heart Failure Patients: A meta-analysis, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14:5-395-404.
- Ryan, P., Sawin, K.J. (2009). The Individual and Family Self-Management Theory: Background and Perspectives On Context, Process, And Outcomes. *Nurs Outlook*, 57(4), 217-25.
- Sabancıoğulları, S., Tel, H. ve Tel, H. (2007). Evde Ve Kurumda Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme Ve Depresyon Yaşama Durumu. *Sağlık Ve Toplum*, 17, 85-94.
- Sadeghi, M., Shiri, M., Roohafza, H., Rakhshani, F., Sepanlou, S., Sarrafzadegan, N. (2013). Developing An Appropriate Model For Self-Care Of Hypertensive Patients: First Experience From EMRO, *ARYA Atheroscler*, 9(4), 232-40.
- Sağlık Bakanlığı (2011). Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Ve Risk Faktörleri İle Mücadele Politikaları. Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Samancıoğlu, S., Özel, F., Esen, A. (2010). Orem’in Öz Bakım Teorisine Göre Sistemik Lupus Eritematozuslu Hastanın Bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(15), 85-101.
- Samson, R., Ennezat, P.V., Le Jemtel, T.H., Oparil, S. (2022). Cardiovascular Disease Risk Reduction and Body Mass Index, *Curr Hypertens Rep.*, 24(11),535-546. doi: 10.1007/s11906-022-01213-5, Jul 5. PMID: 35788967.
- Santra, G. (2015). Assessment of Adherence to Cardiovascular Medicines in Rural Population: An Observational Study in Patients Attending a Tertiary Care Hospital, *Indian J Pharmacol*, 47(6), 600–604.
- Sarıoğlu, T.M. (2022). Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastaların Taburculuk Öncesi Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Fadime Gök).
- Savaşan, A., Ayten, M., Ergene, O., (2013). Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - *Journal of Psychiatric Nursing*, 4(1),1-6 Doi: 10.5505/phd.2013.07279.
- Sayan, A., Erci, B. (2010). Çalışan Kadınların Sağlığı Geliştirici Tutum ve Davranışları İle Öz-Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2).

- Schneider, S.M., Adams, D.B., Gosselin, T. (2014). A Tailored Nurse Coaching Intervention for Oral Chemotherapy Adherence. *Journal of The Advanced Practitioner in Oncology*, 5(3), 163.
- Sengul, S., Akpolat, T., Erdem, Y., Derici, U., Arici, M., Sindel, S., Karatana, O., Turgan, C., Hasanoglu, E., Caglar, S., Erturk, S. (2012). Changes in Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment and Control Rates in Turkey from 2003 to 2012, *Journal of Hypertension* 2016, 34 (6), 1208-1217.
- Sevinç, S., Eşer, İ. (2011). Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların İkincil Korunma Davranışları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(3), 135-144.
- Sevinç, S. (2016). Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Bireylerde Yaşam Şekli Değişikliği: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 7(14), 147-152
- Sevinen, G.G. (2019). Hipertansiyonu Olan Hastalara Verilen Eğitimin Etkisinin Değerlendirilmesi, Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi: Havva Sert).
- Sezgin, D., Mert, H. (2015) Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hemşirelik Bakımında Kanıta Dayalı Yaklaşımlar, Dokuz Eylül Üniversitesi, *Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(2), 108-118.
- Singh, N., Rathore, V., Mahat, R.K., Rastogi, P. (2017). Glycogen Phosphorylase BB: A more Sensitive and Specific Marker than Other Cardiac Markers for Early Diagnosis of Acute Myocardial Infarction, *Indian Journal of Clinical Biochemistry*, 1-5.
- Sherman, BW., Lynch, WD. (2014). The Association of Smoking with Medical Treatment Adherence In The Workforce Of A Large Employer. *Patient Prefer Adherence*, 16,8, 477-86. doi: 10.2147/PPA.S60927. PMID: 24790415; PMCID: PMC3999273.
- Shin, S., Song, H., Oh, S.K., Choi, K.E., Kim, H., Jang, S. (2013). Effect of Antihypertensive Medication Adherence On Hospitalization for Cardiovascular Disease and Mortality in Hypertensive Patients *Hypertens Res*, 36(11), 1000–1005.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., Cheever, K.H. (2010). Brunner&Suddarth's Text Book of Medical Surgical Nursing, Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 756-777.
- Soeki, T., Matsuura, T., Bando, S., Tobiume, T., Uematsu, E., Ise, T., Kusunose, K., Yamaguchi, K., Yagi, S., Fukuda, D., Yamada, H., Wakatsuki, T., Shimabukuro, M., Sata, M. (2016). Relationship between local production of microRNA-328 and atrial substrate remodeling in atrial fibrillation, *J Cardiol*, Dec, 68(6),472-477. doi: 10.1016/j.jjcc.2015.12.007. Epub 2016 Mar 15. PMID: 26987792.
- Sokol, M.C., McGuigan K.A., Verbrugge, R.R. ve Epstein, R.S. (2005). Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Health Care Cost, *Medical Care*, 43(6), 521-530.
- Solmaz, T., Akın, B. (2009). Evde Yaşayan Yaşlılarda İlaç Kullanımı Ve Kendi Kendine İlaç Kullanım Yetisi *Turkish Journal Of Geriatrics* Vol 12, Issue 3
- Song, L., Jin, Q., Zhu, L., Liu, Z., & Cheng, W. (2022). Application of Rapid Rehabilitation Surgical Nursing Combined with Continuous Nursing in Self-Care Ability, Medication Compliance and Quality of Life of Renal Transplant Patients. *Frontiers in Surgery*, 9, 844533.
- Sousa-Uva, M., Neumann, F.J., Ahlsson, A., Alfonso, F., Banning, A.P., Benedetto, U., Byrne, R.A., Collet, J.P., Falk, V., Head, S.J., Jüni, P., Kastrati, A., Koller, A., Kristensen, S.D., Niebauer, J., Richter, D.J., Seferovic, P.M., Sibbing, D., Stefanini, G.G., Windecker, S., Yadav, R., Zembala MO; ESC Scientific Document Group (2018). ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *Eur J Cardiothorac Surg*, 1,55(1),4-90. doi: 10.1093/ejcts/ezy289. PMID: 30165632.
- Sü, S. (2015). Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Bilgi Düzeyi İle Öz Bakım Yönetimi İlişkisi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2015, s.157.

- Sverre E, Peersen K, Weedon-Fekjær H, Perk J, Gjertsen E, Husebye E, Gullestad L, Dammen T, Otterstad JE, Munkhaugen J. (2020). Preventable clinical and psychosocial factors predicted two out of three recurrent cardiovascular events in a coronary population. *BMC Cardiovasc Disord*, 5,20(1),61. doi: 10.1186/s12872-020-01368-6. PMID: 32024471; PMCID: PMC7003324.
- Stephoe, A., Kivimaki, M. (2012). Stress and cardiovascular disease, *Nature Reviews Cardiology*, s: 360-370.
- Şahin, Z.A., Biçer N. (2015). Hipertansiyon Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları MN Kardiyoloji, 22(4), 180-185.
- Şafak, M. (2019). Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Ölüm Kaygısı Düzeylerinin Belirlenmesi, İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr.Üyesi Mehtap KIZILKAYA).
- Şendir, M., Çelik, Z., Güzel, E., Büyükyılmaz, F. (2015). Determination of Rational Drug Use of Incoming Individuals to Family Health Care Centers. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14 (1), p. 15-22. doi: 10.5455/pmb.1-1391505019
- Şimşek, A.K. (2020). Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Sağlığı Geliştirme Modeli Temelli Eğitimin Etkinliği Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Doktora, (Tezi Danışman: Prof. Dr. Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar).
- Takematsu, Y., Hasebe, Y., Moriwaki, Y., Kotera, N., Yamada, C., Nakagami, T., Shinoda, K., Furubayashi, A., Kato, S., Sugimoto, I., Shibayama, K. (2015). Evaluation Of Quality of Life Among Patients with Ischemic Heart Disease Who Practiced Self-Care Activities at Home After Elective Percutaneous Coronary Intervention. *Cardiovasc Interv Ther*, 30(2), 115-20. <https://doi.org/10.1007/s12928-014-0294-0>.
- Tavakoli, F., Kazemi-Zahrani, H., Sadeghi, M. (2019). The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Adherence to Treatment and Self-Caring Behavior in Patients with Coronary Heart Disease, *ARYA Atheroscler*, 15(6), 281-287, <https://doi.org/10.22122/arya.v15i6.1733>.
- Tekin, Y. (2018). Kalp Yetersizliği Hastalarının Öz Bakım Becerilerini Gerçekleştirme Düzeylerinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisinin İncelenmesi İzmir Katip Çelebi Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. Yasemin Tokem)
- Temeloğlu-Şen, E., Sertel-Berk, Ö., Sindel, D. (2019). İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması, *J Ist Faculty Med*, 82(1), 52-61.
- Tenekeci, E.G., Kara, B. (2016). Miyokart İnfarktüsü Geçiren Bireylerde Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Arasındaki İlişki, *Gülhane Tıp Dergisi*, 58,366-372.
- Thygesen, K., Alpert, J.S., Jaffe, A.S., Chaitman, B.R., Bax, J.J., Morrow, D.A., White, H.D. (2018). ESC Scientific Document Group, Fourth universal definition of myocardial infarction, *Eur Heart J*, 14,40(3),237-269. doi: 10.1093/eurheartj/ehy462. PMID: 30165617.
- TKD (2013). https://jag.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_41_70_129_145.pdf Erişim Tarihi: 15.10.2022
- TKD (2018). Türk Kardiyoloji Derneği, Kalpten Destek, Kalp krizi ve perkütan koroner girişim sonrası hasta bilgilendirme kitapçığı. https://www.tkd.org.tr/kardiyobil/html/file/KalptenDestek_Kitap.pdf. (Erişim tarihi: 27.01.2023).
- TKDH (2015). Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (<https://tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf>)

- Touchette, D.R., Shapiro, N.L. (2008). Medication Compliance, Adherence and Persistence: Current Status of Behavioral and Educational Interventions to Improve Outcomes, *Journal of Managed Care Pharmacy*, Vol,14, No.6.
- Toy, E.L., Beaulieu, N.U., McHale, J.M., Welland, T.R., Plauschinat, C.A., Swensen, A., et al. (2011). Treatment of COPD: Relationships Between Daily Dosing Frequency, Adherence, Resource Use, And Costs. *Respiratory Medicine*, 105(3), 435-441.
- Tuncay, F.Ö., Avcı, D. (2020). Association Between Self-Care Management and Life Satisfaction in Patients with Diabetes Mellitus, *Eur J Integr Med*, 35, 101099.
- Tuncay, P. (2010). Koroner Kalp Hastalığı Olan Bireylerin Öz Bakım Gücü, Yakın Doğu Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Kıbrıs.
- Turan-Kavradım, S., Canlı-Özer, Z. (2013). Kalp Yetersizliği Tanısı Olan Bireylerde Semptom Yönetimi, *Türk Kardiyoloji Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 4(6), 1-14.
- Turhan, Ö., Kibar, E., Ekren, E., Engin, O., Ercan, D., Erdal, A.I., et al. (2014). Yaşlılarda İlaç Uyumu: Üniversite Hastanesi Tabanlı Tanımlayıcı Bir Çalışma, *Evaluation*, 33:38.
- TÜİK. (2018). Ölüm Nedeni İstatistikleri, Türkiye İstatistik Kurumu, Ankara, sayı:30626, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626>, (Erişim Tarihi: 11.10.2022).
- TÜİK. (2020). Türkiye Sağlık Araştırması 2019 verileri, Sayı:33661,06.2020. Erişim Tarihi:31.01.2023
- Tülek, Z. (2006). Düzenli Sağlık Kontrolüne Alınan Multiple Sklerozlu Hastalarda Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yayınlanmış Doktora Tezi, İstanbul.
- Tülüce, D. (2012). Kalp Yetersizliği Olan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün İncelenmesi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.
- Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Arter Hastalığına Yaklaşım ve Tedavi Kılavuzu, (<https://tkd.org.tr/kilavuz/k06/94126.htm?wbnum=1309>) Erişim tarihi: 15.10.2022).
- Türkiye İstatistik Kurumu, (2020). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>, Erişim Tarihi: 21.01.2023.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2013). Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması, http://www.thsk.saglik.gov.tr/Dosya/kronik_hastaliklar/tkh-final-raporu-tr.pdf, Erişim tarihi: 12.10.2022).
- Türkmen, E., Badır, A., Ergün, A. (2012). Koroner Arter Hastalıkları Risk Faktörleri: Primer ve Sekonder Korunmada Hemşirelerin Rolü, Acıbadem Üniversitesi, *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4), 223-231.
- Tümer, A., Subaşı Baybuğa, M., Dereli, Demir F. & Uysal, D. (2016). The compliance level of treatment of hypertensive patients. *Turk J Card Nur*, 7(13), 105- 113.
- Tzeng, H.M. (2020). Do Self-healing and Self-care Mean the Same Thing? *Holist Nurs Pract*, 34(3), 150-154. doi: 10.1097/HNP.0000000000000382. PMID: 32282490.
- Uslu, A. (2013). İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör Uygulanmış Hastalarda MADIT-ICD Skoru ile Uzun Dönem İstenmeyen Kardiyovasküler Olayların İlişkisi, Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, Erzurum, s.1.
- Uzun, M. (2007). Kardiyak Rehabilitasyonda Hasta Eğitimi ve Egzersiz, *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 7, 298-304.

- Ünsar, S., Durna, Z., Süt, N. (2004). Koroner arter hastalarında risk faktörlerini azaltmaya yönelik sağlık eğitiminde hemşirenin rolü, *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 7(2), 27-40.
- Van de Werf, F., Ardissino, D., Betriu, A.V. Cokkinos, D., Falk, E.A.A. Fox, K. (2003). ST-Segment Yükselmesi Olan Hastalarda Akut Miyokard Enfarktüsünün Tedavisi, *Türk Kardiyoloji Derneği, European Society Of Cardiology Çalışma Grubu*.
- Vatansever, Ö., Ünsar, S. (2014). Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların İlaç Tedavisine Uyum/Öz Etkililik Düzeylerinin Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, *Türk Kardiyol Dern, Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi- Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(8), 66-74.
- Velioğlu, P. (2012). Öz Bakım Yetersizliği Kuramı, *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 319-343.
- Verloo, H., Chioloro, A., Kiszio, B., Kampel, T., Santschi, V. (2017). Nurse interventions to improve medication adherence among discharged older adults: a systematic review, *Age Ageing*, 1,46(5), 747-754. doi: 10.1093/ageing/afx076. PMID: 28510645.
- Vicdan, N., Özer, Z.C. (2011). Miyokard İnfarktüsü ve Cinsel İşlev Bozukluğu, *Türk Kardiyol Dern, Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 1(2).
- Vural- Doğru, B., Karadakovan, A. (2016). Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Hastalarda Psikososyal Uyum Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(13), 88-104.
- Vlasnik, J.J., Aliotta, S.L., DeLor, B. (2005). Medication Adherence: Factors Influencing Compliance With Prescribed Medication Plans, Elsevier Inc, 47-51.
- Yağlı, N.V., İnce, D.İ., Sağlam, M., Küçükçü, E.Ç., Arıkan, H. (2015). Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Anksiyete ve Depresyonu Belirleyen Faktörler, *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 26(1), 40-4.
- Yap, A.F., Thirumoorthy, T, Kwan, YH. (2016). Systematic Review of the Barriers Affecting Medication Adherence in Older Adults, *Geriatr Gerontol Int*, 16(10), 1093-1101. doi: 10.1111/ggi.12616. Epub 2015 Oct 20. PMID: 26482548.
- Yayla, A. (2012). Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların Anksiyete, Depresyon, ve Umutsuzluk Düzeylerinin Baş Etme Tutumlarına Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Seher Ergüney).
- Yıldırım, Z. (2021). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı almış bireylere verilen eğitimin öz-bakım gücü ve akılcı ilaç kullanımına etkisi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mağrifet KAŞIKCI).
- Yılmaz, F., Çolak M.Y. (2018). Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde İlaç İnancının ve Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi, *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt: 3, Sayı: 2, S: 113 – 121.
- Yumuşak, B. (2022). Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezine Başvuran Diyabet Hastalarının Öz Bakım Düzeyinin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer).
- Yusuf, S., Sleight, P., Pogue, J., Bosch, J., Davies, R., Dagenais, G. (2000). Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators, Effects of an Angiotensin-Converting Enzyme İnhibitor, Ramipril, on Cardiovascular Events in High-Risk Patients Published Corrections Appear, in *N Engl J Med*, 342,1376.
- Zavertnik, J.E. (2014). Self-Care in Older Adults with Heart Failure: An Integrative Review, *Clinical Nurse Specialist*, 28(1), 19-32.

- Zhu, T., Liu, H., Han, A., Gu, H., Li, X. (2021). Orem's self-care to treat acute coronary syndrome after PCI helps improve rehabilitation efficacy and quality of life, *Am J Transl Res*, 13(4), 2752-2762. PMID: 34017438; PMCID: PMC8129252.
- Zipes, D.P., Libby, P., Bonow, R.O., Mann, D.L., Tomaselli, G.F., Braunwald, E. (2019). Editors. Braunwald's Heart Disease: A Textbook Of Cardiovascular Medicine. Eleventh Edition, International Edition. Philadelphia, 1944 p.
- Zulqarnain J., Muhammad M., Tamer Y., Zahir A., Isaac A., Javier E., Julia A., Prachi D., Ryane, K., Jackson, A., Daffin, M., Adnan H., Khurram N. (2022). Race, Racism, and Cardiovascular Health: Applying a Social Determinants of Health Framework to Racial/Ethnic Disparities in Cardiovascular Disease, *Circulation Cardiovascular Quality and Outcome* Vol:15, No:1.
- Wagenaar, K.P., Broekhuizen, B.D., Rutten, F.H., Strömberg, A., van Stel, H.F., Hoes, A.W., Jaarsma, T. (2017). Interpretability of the European Heart Failure Self-care Behaviour scale, Patient Preference Adherence, 11, 1841-1849. doi: 10.2147/PPA.S144915. PMID: 29138538; PMCID: PMC5667783.
- Walker, R.J., Smalls, B.L., Hernandez-Tejada, M.A., Campbell, J.A., Davis, K.S., Egede, L.E. (2012). Effect Of Diabetes Fatalism On Medication Adherence And Self-Care Behaviors In Adults With Diabetes. *Gen Hosp Psychiatry*, 34(6), 598-603. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2012.07.005. PMID: 22898447; PMCID: PMC3479321.
- Wang, K.Y., Sung, P.Y., Yang, S.T., Chiang, C.H., Perng, W.C. (2012). Influence Of Family Caregiver Caring Behavior On COPD Patient's Self-Care Behavior In Taiwan. *Respiratory Care*, 57(2), 263-272.
- Wang, W., Lim, J.Y., Lopez, V., Wu, V.X., Lee, C.H., He, H.G., Jiang, Y. (2018). The Effect of a Self-Help Psychoeducation Programme for People with Coronary Heart Disease: A Randomized Controlled Trial. *J Adv Nurs*, 74(10), 2416-2426. <https://doi.org/10.1111/jan.13793>.
- Watkins, S. (2020) Effective Decision-Making: Applying The Theories To Nursing Practice Mag Online Library, *British Journal Of Nursing* Vol. 29, No. 2. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.2.98>.
- Werf, F.V., Ardissino, C.D., Betriu, A., Cokkinos, D.V., Falk, E., Fox, K.A.A., Julian, D., Lengyel, M., Neumann, F.J., Ruzyl, W., Verheugt, F.W.A., Wijns, W. (2003). ESC Çalışma Grubu Raporu, ST-Segment Yükselmesi Olan Hastalarda Akut Miyokard Enfarktüsünün Tedavisi, Akut Miyokard Enfarktüsünün Yönetiminde (Tedavisinde) Avrupa Kalp Birliği 'Nin Geçici İşbirliği, The Task Force On the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. European Society of Cardiology. France. www.escardio.org.
- WHO (2003). Adherence to Long-Term Therapies, Evidence for action. (internette). Erişim 15.10.2022, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;%20jsessionid>.
- WHO (2011). Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control, World Health Organization, World Heart Federation and World Stroke Organization.
- WHO (2014). Global Status Report on Noncommunicable Diseases, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1.
- WHO (2020). The Top 10 Causes of Death, FactSheetUpdated, January. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>, (Erişim tarihi: 11.10.2022).
- Viigimaa, M., Sachinidis, A., Toumpourleka, M., Koutsampasopoulos, K., Alliksoo, S., Titma, T. (2020). Macrovascular Complications of Type 2 Diabetes Mellitus, *Curr Vasc Pharmacol*, 18(2), 110-116. doi: 10.2174/1570161117666190405165151. PMID: 30961498.

Wilson, K., Gibson, N., Willan, A., Cook, D. (2000). Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies, *Arch Intern Med*, 160(7), 939-44. doi: 10.1001/archinte.160.7.939. PMID: 10761958.



8.EKLER

Ek 1. Tanıtıcı Bilgi Formu

TEKRARLI MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARDA ÖZ BAKIM YÖNETİMİ VE İLAÇ UYUMU

Anket No:

Sayın Katılımcı,

Dolduracağınız anket, Tekrarlı Miyokard İnfarktüsü geçirmiş olan hastalarda öz bakım yönetimini ve ilaca uyumunu belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Sorulara içtenlikle yanıt vermeniz ve gönüllü katılımınız çalışmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Tanıtıcı Özellikler Formu

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz: Kadın (1) Erkek (2)

3.Boy: Kilo: BKİ:

4.Medeni Durumunuz: Evli (1) Bekar (2) Diğer (3)

5.Eğitim durumunuz: (1) Okuryazar değil (2) İlkokul mezunu (3) Ortaokul mezunu

(4) Lise mezunu (5) Lisans (6) Lisansüstü

6. Bir işte çalışıyor musunuz? Evet (1) Hayır (2)

7. Mesleğiniz: Ev hanımı (1) İşçi (2) Memur (3) Serbest (4) İşsiz (5)

Emekli(6)

8. Toplam geliriniz ne kadardır?.....

9. Mevcut Kronik Hastalık\Hastalıklarınız var mı? Var (1) Yok (2)

(1) Diyabet (2) HT (3) KKY (4) KOAH (4) KANSER (5) Diğer.....

10.Hastalığınıza yönelik olarak düzenli kontrollere gidiyor musunuz? : Evet (1)

Hayır (2) Hayır ise 12. Soruya geçiniz.

11. Ne sıklıkta gidiyorsunuz? (1) 1 ay (2) 3 ay (3) 6 ay (4) 1 yıl (5) 5 yıl (6)
hiçbir zaman gitmiyorum

12. Kullandığınız ilaçlardan herhangi birini almada bir zorluk yaşadınız mı?

Evet (1) Hayır (2)

Hayır ise 14. Soruya geçiniz.

13. Nasıl bir zorluk yaşadınız ?

(1) İlaç almayı hatırlama (2) Rahatsızlık (3) Yüksek maliyet (4) Yan etkiler

14. Sigara içiyor musunuz?

(1) Hayır, hiç içmedim (2) Hayır, daha önce içiyordum bıraktım

(3) Evet, halen içiyorum

15. Alkollü içecek içiyor musunuz? (1) Hayır, hiç içmedim (2) Hayır, nadiren
içerim

(3) Sürekli içerim (4) Eskiden içerdim, şimdi bıraktım

16. Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyiniz nasıldır?

(1) Bağımlı (2) Bağımsız (3) Yarı bağımlı

17. Taburcu olmadan önce eğitim aldınız mı?

(1) Evet (2) Hayır

Ek 2. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri (SC-CHDI)

EK-2 Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri

SC-CHDI V1.1

BÖLÜM A:

Aşağıda kronik göğüs ağrısı (kronik anjinası) olan kişilere verilen yaygın talimatların bir listesi bulunmaktadır. Bunları hangi sıklıkta yapmaktasınız?

	Hiçbir zaman veya nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman veya günlük
1. Hekim randevularını takip eder misiniz?	1	2	3	4
2. Aspirin ya da diğer kan sulandırıcılardan kullanıyor musunuz?	1	2	3	4
3. Kan basıncınızı kontrol eder misiniz?	1	2	3	4
4. Otuz dakika egzersiz yapıyor musunuz?	1	2	3	4
5. İlaçlarınızı reçetenizde yazıldığı gibi kullanıyor musunuz?	1	2	3	4
6. Dışarıda veya misafirlikteyken az yağlı/yagsız yemek ister misiniz?	1	2	3	4
7. İlaçlarınızı hatırlamanıza yardımcı olacak bir yöntem kullanıyor musunuz? Örneğin, bir ilaç kutusu veya hatırlatıcı.	1	2	3	4
8. Sebze ve meyve yiyor musunuz?	1	2	3	4
9. Sigara ve/veya sigara içenlerden uzak durur musunuz?	1	2	3	4

10. Kilo vermeye veya vücut ağırlığınızı kontrol altında tutmaya çalışır mısınız?	1	2	3	4	
---	---	---	---	---	--

BÖLÜM B

Kronik göğüs ağrısı (kronik anjina). göğüs ağrısı, göğüste sıkışma, yanma, ağırlık, nefes darlığı veya yorgunluk şeklinde ortaya çıkabilir. Son bir ay içerisinde anjinanın (göğüs ağrısı) bu belirtilerinden herhangi birisini yaşadınız mı? (Bir şıkkı işaretleyiniz)

0) Hayır

1) Evet

11. Eğer son bir ay içerisinde anjinanın (göğüs ağrısı) belirtilerinden herhangi birisini yaşadıysanız ... (bir rakamı işaretleyiniz)

	Bu belirtileri yaşamadım	Fark etmedim	Hızlı değil	Biraz Hızlı	Hızlı	Çok Hızlı
Bunun kalp rahatsızlığının bir belirtisi olduğunu ne kadar hızlı fark ettiniz?	N /A	0	1	2	3	4

Aşağıda kronik göğüs ağrısı (kronik anjinası) olan kişilerin yaptıkları eylemler listelenmiştir. Eğer göğüs ağrınız (anjinanız) olursa, bu eylemlerden birini yapmanız ne kadar muhtemeldir? (her tedavi için bir rakam işaretleyiniz)

	Mu htemel değil	Bir az muhtemel	Mu htemel	Olduk ça muhtemel
12. Aktivite düzeyinizi değiştirmek (yavaşlamak, dinlenmek)	1	2	3	4
13. Göğüs ağrısını azaltmak için dilaltı hapi veya spreyi (Nitrogliserin) almak (Eğer nitrogliserin reçete edilmemişse bu soruyu atlayınız)	1	2	3	4
14. Danışmak için hekimi aramak	1	2	3	4
15. Aspirin almak	1	2	3	4

16. En son göğüs ağrısı (anjina) belirtileri yaşadığınızda sizi neyin yorduğunu düşünün (bir rakamı işaretleyiniz)

	Hiçbir şey yapmadım	Emin değilim	Biraz eminim	Eminim	Oldukça eminim
Yaptığınız eylemin işe yarayıp yaramadığından ne kadar emindiniz?	0	1	2	3	4

BÖLÜM C

Genel olarak şunları yapabildiğiniz konusunda ne kadar kendinizden eminsiniz?

	Emin değilim	Biraz eminim	Eminim	Oldukça eminim
17. Göğüs ağrısı şikayetlerine neden olabilecek faaliyetlerden (hızlı yürüme, merdiven çıkma, koşma vb.) kaçınır mısınız?	1	2	3	4
18. Size verilen tedavi tavsiyelerine uyar mısınız?	1	2	3	4
19. Sağlığınızdaki değişiklikleri fark eder misiniz?	1	2	3	4
20. Belirtilerinizin önemini değerlendirir misiniz?	1	2	3	4

21. Şikayetlerinizden kurtulmak için bir şeyler yapar mısınız?	1	2	3	4
22. Bir ilacın size ne kadar yaradığını değerlendir misiniz?	1	2	3	4



Ek 3. Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği (TMMÖ)

Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği Anket Soruları

1. İlacınızı/ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu? ☐ Evet ☐ Hayır

2. İlacınızı/ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz? ☐ Evet ☐ Hayır

3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

4. Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır

5. İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

6. Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu?

☐ Evet ☐ Hayır