



**T.C.
ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**AKUT KORONER SENDROMLU BİREYLERDE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞININ DİYET VE İLAÇ UYUMUNA
ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Betül YALÇIN

Çankırı 2024

AKUT KORONER SENDROMLU BİREYLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ DİYET VE İLAÇ UYUMUNA ETKİSİ

Betül YALÇIN

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Özlem BULANTEKİN DÜZALAN
İkinci Danışman: Doç.Dr. Filiz ÖZEL ÇAKIR

Çankırı 2024

KABUL VE ONAY

ÇAKÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 228210002 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi Betül YALÇIN, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı “Akut Koroner Sendromlu Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının İlaç ve Diyet Uyumuna Etkisi ” başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Savunma Tarihi: 22.07.2024

Tez Danışmanı:

**Dr. Öğr. Üyesi Özlem
BULANTEKİN
DÜZALAN
Çankırı Karatekin
Üniversitesi**

.....

İmza

Jüri Üyesi:

**Doç. Dr.Filiz ÖZEL
ÇAKIR
Kastamonu Üniversitesi**

.....

İmza

Jüri Üyesi:

**Dr. Öğr. Üyesi Seher
GÖNEN ŞENTÜRK
Çankırı Karatekin
Üniversitesi**

.....

İmza

Jüri Üyesi:

**Dr. Öğr. Üyesi
Arife ALBAYRAK
COŞAR
Alanya Alaaddin
Keykubat Üniversitesi**

.....

İmza

**Yukarıdaki sonucu
onaylarım
İmza
Enstitü Müdür**

ETİK BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Akut Koroner Sendromlu Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Diyet ve İlaç Uyumuna Etkisi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

İmza
Tarih
Betül YALÇIN

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim ve tez dönemim boyunca ihtiyaç duyduğum her an kıymetli bilgi, birikim ve tecrübesi ile bana yol gösteren ve her daim destek olan değerli danışmanım Dr.Öğr.Üyesi Özlem BULANTEKİN DÜZALAN'a, desteklerini benden esirgemeyen kıymetli danışmanım Doç.Dr. Filiz ÖZEL ÇAKIR'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgilerinden istifade ettiğim sevgili hocalarım Dr.Öğr.Üyesi Müjgan ONARICI, Dr.Öğr.Üyesi Seher GÖNEN ŞENTÜRK ve Dr.Öğr.Üyesi Aslı TOK ÖZEN'e,

Eğitim sürecim boyunca benden anlayışını ve desteklerini esirgemeyen kıymetli çalışma arkadaşlarım Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Kadir BARAK'a ve Sağlık Bakım Hizmetleri Birim Sorumlusu Ayfer DEMİR'e,

Verilerimi toplama sürecimde yardımlarını hep yanımda hissettiğim Çankırı Devlet Hastanesi kardiyoloji servis sorumlusu Zeynep DAŞKARA'ya, kardiyoloji servisi ve koroner yoğun bakımda çalışan hemşire arkadaşlarıma, çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalarım,

Bana inanmaktan ve yoruldum dediğim her an yanımda olmaktan vazgeçmeyen, hayatımda oldukları için kendimi hep şanslı hissedeceğim, arkadaştan öte kardeş olan Elif BOYACI ve Dr. Figen KOCAKAYA'ya,

Tüm hayatım boyunca olduğu gibi bu süreçte de yanımda olan, kızları olmaktan gurur duyduğum, beni ben yapan tüm değerlerin farkındalığını kazanmamın en büyük mimarı sevgili annem Nazime ÖZYILMAZ ve sevgili babam İsmail ÖZYILMAZ'a, onun gibi bir kardeşe sahip olduğum için her zaman gurur duyacağım kardeşim Burak ÖZYILMAZ'a,

Süreç boyunca maddi ve manevi desteğini, anlayışını benden hiç esirgemeyen sevgili yol arkadaşım, eşim Oğuzhan YALÇIN'a,

Ve geçte olsa kurduğu hayalleri gerçekleştiren içimdeki o küçük çocuğa....

Teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY	iii
ETİK BEYANNAMESİ.....	iv
ÖNSÖZ.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	viii
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
ÖZET.....	xi
SUMMARY	xii
1. GİRİŞ	1
1.1 Çalışmanın Amacı	4
1.2 Problemler	4
1.3 Sınırlılıklar	5
1.4 Sayıtlar	5
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1 Akut Koroner Sendromlar	6
2.1.1 Fiziopatolojisi.....	6
2.1.2 Epidemiyoloji.....	8
2.1.3 Risk faktörleri.....	9
2.1.4 Farmakolojik tedavi yöntemleri	9
2.1.5 Akut koroner sendromlarda hemşirelik bakımı	13
2.1.6 Akut koroner sendromlarda ilaç ve diyet uyumu.....	14
2.2 Sağlık Okuryazarlığı	15
2.2.1 Tarihçesi ve tanımı.....	15
2.2.3 Sağlık Okuryazarlığı için yeterlilikler.....	16
2.2.4 Sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörler	16
2.2.5 Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	17
2.3 Akut Koroner Sendromlarda Sağlık Okuryazarlığı, Diyet ve İlaç Uyumu.....	18
3. MATERYAL VE YÖNTEM.....	19
3.1 Araştırmanın Tipi	19
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Özellikleri.....	19
3.3 Araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....	19
3.4 Araştırmanın Evreni	19
3.5 Araştırmanın Örneklemi.....	19
3.6 Veri Toplama Araçları	20
3.7 Araştırmanın Uygulanması	22
3.8 Araştırmanın Değişkenleri	22
3.9 Araştırmanın İstatistiksel Analizi.....	22
3.10 Araştırmanın Etik Yönü	23
4. BULGULAR.....	24
4.1 Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri.....	24
4.2 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Sosyodemografik Veriler ile Karşılaştırılması.....	27
4.3 İlaç Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği ve Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği Alt Boyutu Puanlarının Sosyodemografik Veriler ile Karşılaştırılması.....	40

4.4 İlaça Uyum İnançlar Ölçeği ve Diyetle Uyum İnançlar Ölçeği Alt Boyutları İle Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının İlişkilerinin İncelenmesi	46
5. TARTIŞMA	47
5.1 Sağlık Okuryazarlığı, İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği ve Diyetle Uyum Hakkındaki İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışması	47
5.2 Sosyodemografik Özellikler ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Bulgularının Tartışması	48
5.3 Sosyodemografik Özellikler, İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği ve Diyetle Uyum Hakkındaki İnanç Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Bulgularının Tartışması.....	50
5.4 Sağlık Okuryazarlığı, İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği ve Diyetle Uyum Hakkındaki İnanç Ölçeği Korelasyon Analizi Bulgularının Tartışması	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	55
KAYNAKLAR	58
EKLER.....	66
ÖZGEÇMİŞ.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

KISALTMALAR

ACC	: American College of Cardiology (Amerikan kardiyoloji koleji)
ADP	: Adenozin difosfat
AHA	: American heart association (Amerikan kalp derneği)
AKS	: Akut koroner sendrom
AMA	: American Medical Association
AMI	: Akut miyokard infarktüsü
ASA	: Asetil salisilik asit
DM	: Diyabetüs mellitüs
DUHIÖ	: Diyetle uyum hakkındaki inançlar ölçeği
EKG	: Elektrokardiyogram
İUHIÖ	: İlaça uyum hakkındaki inançlar ölçeği
KKH	: Koroner kalp hastalığı
KVH	: Kardiyovasküler hastalık
KY	: Kalp yetmezliği
LDL	: Low-density lipoprotein (Düşük yoğunluklu lipoprotein)
NHLBI	: National heart lung and blood insitute (Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Kalp Akciğer ve Kan Enstitüsü)
NSTEMI	: ST yükselmesiz miyokard infarktüsü
NTG	: Nitrogliserin
SOY	: Sağlık okuryazarlığı
STEMI	: ST yükselmeli miyokard infarkütüsü
PCI	: Perkütan koroner girişim
TÜİK	: Türkiye istatistik kurumu
UAP	: Kararsız anjina pektoris
UFH	: Unfraksiyone heparin

ÇİZELGELER LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Çizelge 6.1: Araştırmaya ilişkin tanıtıcı özelliklerin dağılımı	24
Çizelge 6.2: Sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyutu ve toplam puanlarının karşılaştırılması.....	26
Çizelge 6.3: İlaça uyum hakkındaki inançlar ölçeği ve diyetle uyum hakkındaki inançlar ölçeği alt boyutu puanlarının karşılaştırılması.....	39
Çizelge 6.4: İlaça uyum inançlar ölçeği ve diyetle uyum inançlar ölçeği alt boyutları ile sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyutu ve toplam puanlarının ilişkilerinin incelenmesi.....	45



ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 2.1.1:Aterosklerotik süreç.....	7
Şekil 3.2.1:Sağlık okuryazarlığı yeterlilikleri.....	16
Şekil 3.3.1:Sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörler	17



AKUT KORONER SENDROMLU BİREYLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ DİYET VE İLAÇ UYUMUNA ETKİSİ

ÖZET

YALÇIN, Betül. Akut Koroner Sendromlu Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Diyet ve İlaç Uyumuna Etkisi, (Yüksek Lisans Tezi), Çankırı, 2024.

Bu çalışmanın amacı Akut Koroner Sendrom tanısı olan bireylerde sağlık okuryazarlığının diyet ve ilaç uyumuna olan etkisini belirlemektir. Tanımlayıcı tipte olan çalışmanın örneklemini Çankırı Devlet Hastanesi Kardiyoloji servisine başvuran hastalar oluşturdu. Veriler Aralık 2023-Mayıs 2024 tarihleri arasında toplandı. Veriler, sosyo-demografik özellikleri içeren bilgi formu, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOY), İlaç Uyum Hakkında İnançlar Ölçeği (İUHİÖ) ve Diyetle Uyum Hakkında İnançlar Ölçeği (DUHİÖ) kullanılarak toplandı. Örneklemi 200 hasta oluşturdu.

Araştırmamızda SOY toplam puanı $89,80 \pm 23,14$ bulundu. İUHİÖ yarar alt boyut $18,08 \pm 3,73$, engel alt boyut $20,56 \pm 4,7$; DUHİÖ yarar alt boyut $24,07 \pm 5,09$, engel alt boyut puanları $12,26 \pm 4,23$ bulundu. Yaş arttıkça SOY alt boyut ve toplam puan ortalamasının azaldığı, İUHİÖ engel alt boyut puanlarının arttığı görüldü. Eğitim düzeyi arttıkça SOY toplam puanlarının arttığı, İUHİÖ ve DUHİÖ engel alt boyut puanlarının azaldığı bulundu. SOY arttıkça İUHİÖ ve DUHİÖ engel alt boyut puanlarının azaldığı, DUHİÖ yarar alt boyut puanlarının arttığı bulundu.

Bu çalışma sonuçları Akut Koroner Sendrom tanılı hastalarda İUHİÖ engel alt boyut puanının yüksek olduğunu, SOY arttıkça ilaca ve diyetle uyum engel algısının azaldığını, diyetle olan uyum yarar algısının arttığını ortaya koymuştur. Ayrıca sosyo-demografik faktörlerin sağlık okuryazarlığı, ilaca ve diyetle uyumda etkili olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Akut Koroner Sendrom, Hemşirelik, İlaç Ve Diyet Uyum, Sağlık Okuryazarlığı

THE EFFECT OF HEALTH LITERACY ON DIET AND MEDICATION COMPLIANCE IN INDIVIDUALS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

SUMMARY

YALÇIN, Betül. The Effect of Health Literacy on Diet and Drug Compliance in Acute Coronary Syndrome Individuals, (Master's Thesis), Çankırı, 2024.

The aim of this study is to investigate Health literacy in diet and medication in individuals diagnosed with coronary syndrome the effect of the study on adaptation. The sample of the descriptive study Patients admitted to the Cardiology service of Çankırı State Hospital. Data were collected between December 2023 and May 2024 collected between the two months of the study. Data were collected using an information form including socio-demographic characteristics, Health Literacy Scale (HLS), Beliefs about Medication Compliance Scale (BMCS) and It was collected using the Beliefs about Dietary Compliance Scale (BDCS). The sample consisted of 200 patients.

In our study, HLS total score was 89.80 ± 23.14 . BMCS benefit sub-dimension $18,08 \pm 3,73$, obstacle sub-dimension $20,56 \pm 4,7$; BDCS benefit sub-dimension $24,07 \pm 5,09$, obstacle sub-dimension scores were $12,26 \pm 4,23$. Age as the mean HLS sub-dimension and total score increased, the mean score of the BMCS disability sub-dimension and total score decreased, and the mean score of the BMCS disability sub-dimension decreased. Dimension scores increased. As the level of education increased, the HLS total scores increased, while BMCS and BDCS obstacle sub-dimension scores decreased. Was found. As the HLS increased, the disability sub-dimension scores of BMCS and BDCS decreased, It was found that the utility subscale scores of the BDCS increased.

The results of this study revealed that in patients diagnosed with Acute Coronary Syndrome, the barrier sub-dimension score of the BMCS was high, the perception of barrier to medication and dietary adherence decreased as the HLS increased, and the perception of benefit of dietary adherence increased. In addition, socio-demographic factors were found to be effective in health literacy, medication and dietary compliance.

KeyWords: Acute Coronary Syndrome, Nursing, Medication And Diet Compliance, Health Literacy

1. GİRİŞ

Dünya Kalp Federasyonu'nun 2023 de İsviçre'nin Cenevre kentinde yayınladığı rapora göre kardiyovasküler hastalıklar (KVH) dünya çapında önde gelen ölüm nedenlerindendir. 2021 yılında kardiyovasküler bir rahatsızlıktan dolayı 20,5 milyon insanın hayatını kaybettiği belirtilmiştir. Bu ölümler tüm küresel ölümlerin üçte birini oluşturmaktadır. KVH sebepli ölümlerde beş ölümden dördü düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmiştir. Ülkemizde 2023 yılı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine bakıldığında tüm ölümlerin %33,4 sinin dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklandığı, bu hastalıkların ise %42,4 iskemik kalp hastalıklarının oluşturduğu görülmektedir. (Word Heart Federation, 2023; TÜİK, 2023).

Koroner arter hastalıkları dört şekilde ortaya çıkabilir. Bunlar ani ölüm, koroner kalp hastalığı, akut koroner sendromlar ve kalp yetersizliği olarak sınıflandırılabilir (Türkmen, 2020). Akut koroner sendromlar (AKS) miyokard iskemisinin neden olduğu akut göğüs ağrısı gibi semptomlar ve çoğunlukla elektrokardiyografik değişikliklerinde eşlik ettiği klinik tablolardır. Akut koroner sendromları ST yükselmeli miyokart infarktüsü (STEMI), ST yükselmesiz miyokart infarktüsü (NSTEMI) ve kararsız anjina pectoris (UAP) olarak sınıflayabiliriz (Aladağ ve diğerleri, 2019). STEMI tanısı hasta öyküsü ve elektrokardiyogram (EKG) değişiklikleri ile tespit edilebilir. STEMI her ne kadar sessiz ve ani ölüm ile kendini gösterse de hastaların çoğunluğu tipik iskemik göğüs ağrısı ve 12 derivasyonlu EKG de ST segment yükselmesi ve diğer derivasyonlarda karşılıklı ST segment depresyonu ile başvurur (Choudhury ve diğerleri; 2016). NSTEMI plakların rüptüre olması ve trombüs oluşumuyla koroner arter kan akımının bozulması sonucunda kardiyak iskemi ve miyokartta hasar meydana gelmektedir. Daralmanın neden olduğu iskemi EKG değişikliklerine neden olsada ST segmentinde yükselmeye neden olmaz (Gül ve diğerleri, 2021). Kardiyak hasar belirteçlerinde ve enzimlerde yükselme izlenmektedir (Duygu ve diğerleri, 2021). Kararsız anjina pectoris plak rüptürü, akut tromboz ve vazokonstriksiyon nedeni ile meydana gelen

koroner arter darlıkları nedeni ile oluşur. National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI) 1994 yılında yayınladığı kılavuzda kararsız anjina pectoris (UAP)'i 3 şekilde tanımlamıştır. Hasta istirahatte iken başlayan ve 20 dakikadan fazla devam eden anjina pectoris, 2 aydan daha kısa sürede başlamış olan ve şiddeti Kanada Kalp Damar Hastalıkları Derneği (CSS) derece skalasına göre III. derece olan anjina pectoris ve son iki ay içerisinde karakter olarak değişiklik göstererek şiddeti artan ve CSS derece sklasında III. derece olan anjina pectoris olarak tanımlamıştır (Türk Kardiyoloji Derneği, 1999). Akut koroner sendromlarda miyokardın nekroze olması ve ani ölüm riski oldukça yüksektir. Bu risklerin önüne geçebilmek için AKS oluşumunda ki risk faktörlerini iyi tanımlamak ve önüne geçmek oldukça önemlidir (Kaynar Şimşek ve Ecevit Alpar, 2020).

Ceylan ve diğerleri (2011)'nin yaptığı bir çalışmada akut koroner sendromlar (AKS) için risk faktörlerinin en başında genç hastalarda sigara içiciliği ve aile öyküsü, yaşlı yaş grubundaki hastalarda hipertansiyon ve sigara içiciliği gelmektedir. Bu risk faktörlerini diyabetüs mellitüs, düşük yoğunluklu lipoprotein (low density lipoprotein (LDL)) primer lipid yüksekliği ve yaş takip etmektedir (Ceylan ve diğerleri, 2011).

Kardiyovasküler hastalıkların kontrolünde ve bu hastalıkların önlenmesinde yaşam boyu ilaç kullanımı gereklidir. Yetersiz ilaç uyumunun sağlık sonuçlarını olumsuz etkilediği, tekrarlı hastane yatışlarının ve sağlık maliyetlerinin artmasına neden olduğu, ilaç kullanımına uyumun artmasıyla hastaneye tekrarlı yatışların ve sağlık maliyetinin azaldığı belirtilmektedir (Avcı ve diğerleri, 2020). İlaç uyumu insidansına bakıldığında geriatric hasta grubunda daha yaygın olduğu görülmektedir. İlaç tedavisine uyumsuzluk üç şekilde karşımıza çıkmaktadır. İlk neden yerine getirmeme uyumsuzluğudur. Hastaya reçete yazılmasına rağmen ilacın hiç başlanmamasıdır. İkinci neden ise sürdürememe olarak karşımıza çıkar. Tavsiye edilen tedaviye başlandıktan sonra hekime danışmadan ilacın bırakılması sürdürememe olarak tanımlanabilir. Üçüncü neden uygun olmamadır. İlacın reçete edildiği şekilde değil başka bir dozda yada zaman diliminde alınmasıdır. Hastalarda ilaç uyumsuzlukları kasıtlı ve kasıtsız ilaç uyumsuzluğu olarak da sınıflanabilir. Kasıtlı ilaç uyumsuzluğu hastanın tedaviye başlama ve tedaviyi sürdürebilme motivasyonunu etkileyen inanç tutum ve beklentilerden kaynaklanır. Kasıtsız uyumsuzluk hastaların tedavi önerilerini takip etme kararlarını engelleyen kapasite

ve kaynakların kısıtlılığından kaynaklanır. Yazılan reçeteye erişim sorunu, ilaç maliyetleri, başka kişilerin önerileri, dozları hatırlamama gibi durumlar kasıtsız ilaç uyumuna örnek verilebilir (Aydos, 2021). Literatür çalışmaları incelendiğinde kronik hastalıklara sahip hastalarda tedaviye uyumun ortalama %46,2-%55 arasında olduğu tespit edilmiştir (Aydos, 2021; Demirbaş ve Kutlu, 2020; Fernandez-Lazaro ve diğeleri, 2019).

Kardiyovasküler hastalıklarda ilaç tedavisine uyumun azalmasıyla hastalıkların neden olduğu semptomlarda ve kardiyak fonksiyonların kötüleşmesinde, kan basıncında artma, hastaneye tekrar yatış oranlarında artışlar tespit edilmiştir (Avcı ve diğeleri, 2020).

Koroner kalp hastalarında diyet davranışı değişiklikleri, kardiyovasküler hastalık (KVH) olaylarının riskini ve kalp yetmezliği (KY), felç ve KVH ile ilişkili ölümlerle ilgili sonuçları azaltmak için önemlidir. Koroner kalp hastaları arasında, sağlıklı beslenme seçimlerinin KVH risk faktörlerinin yönetimini iyileştirdiği ve akut KVH olaylarına katkıda bulunan patofizyolojik mekanizmaları hedeflediği iyice ortaya konmuştur. Çeşitli popülasyonlar üzerinde yapılan çalışmalar, daha fazla tam tahıl ve lif alımı ile daha az doymuş tahıl alımının sağlık açısından faydalarını desteklemektedir. KVH olay riskini azaltmak için sebzeler, meyveler, baklagiller, sert kabuklu yemişler, tam tahıllar ve yağsız protein, doymuş yağdan gelen kalori yüzdesinin azaltılması bunun yerine diyetteki tekli doymamış ve çoklu doymamış yağ, kompleks karbonhidratlar ve diyet lifi konulması, sodyumun en aza indirilmesi (<2300 mg/gün optimal olarak 1500 mg/gün), rafine karbonhidratların ve şekerle tatlandırılmış içeceklerin sınırlandırılması, trans yağdan kaçınılması önerilmiştir (Virani ve diğeleri, 2023). Kronik hastalıkların yönetiminde hastaların tedaviye uyumu önem arz etmektedir. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili becerilerini geliştiren hastalar tedavi planlarını takip edebilecek ve hastalık yönetiminde başarıya ulaşacaktır (Rahdi ve Balat, 2024).

Sağlık okuryazarlığı kavramı ‘Sosyal Politika Olarak Sağlık Okuryazarlığı’ adlı çalışmada 1974 yılında ortaya çıkmıştır. Genel olarak tanımlarına bakıldığında Türkiye Cumhuriyeti Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü’nde (2011) “bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri

temsil eder” şeklinde tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlık okuryazarlığı “sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bir bireyin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma becerisi” olarak tanımlanır. Amerikan Tıp Derneği’nin sağlık okuryazarlığı tanımı ise ”Bireylerin sağlıkla ilgili mesajları okuyabilmesi, ilaç kutularının üzerini okuyup anlaması, sağlık çalışanları tarafından söylenenleri anlayıp yapabilmesi’ şeklinde karşımıza çıkmaktadır (Erman, 2023).

Koroner arter hastalıklarında hastalığa tanı koyulması ve tedavi sürecinde yoğun hasta işbirliği gerekmektedir. Hastalığın tedavisinde bireyleri karmaşık bir ilaç tedavisi ve diyet rejimlerine uyum beklemektedir. Ayrıca bireyler oluşabilecek semptomları ve semptom takibinde neyi, ne zaman ve nasıl izleyeceklerini anlayıp doğru şekilde yorumlamalıdır. Koroner arter hastalıkları bu karmaşık süreçleri anlayabilmek için sağlık okuryazarlığı becerisi gerektiren hastalıklardır (Pala, 2023).

Sağlık okuryazarlığı bireylerin hastalıklarını tanıması, hastalıkları ile ilgili bilgilere doğru kaynaktan ulaşmaları açısından önem arz etmektedir. Ayrıca akut koroner sendromlu hastaların ilaç ve diyet uyumsuzluğunda semptomlarında alevlenmeler hastaneye tekrar yatışlar ve sağlık maliyetlerinde artışlar olacağı bilinmektedir (Avcı ve diğerleri, 2020). Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda bu çalışma sağlık okuryazarlığı düzeyinin ilaç ve diyet uyumuyla ilişkisini ortaya koyması bakımından önemlidir. Ayrıca ulusal ve uluslararası literatürde bu konuya ilişkin herhangi bir araştırma yapılmamış olması bu çalışmanın gelecekte yapılacak olan diğer çalışmalara ışık tutacağı ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.1 Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı akut koroner sendromlu bireylerde sağlık okuryazarlığının diyet ve ilaç uyumuna etkisini belirlemektir.

1.2 Problemler

Bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

- AKS tanısı almış katılımcıların sağlık okuryazarlığı (SOY) ne düzeydedir?

- AKS tanısı almış katılımcıların SOY düzeyinin ilaç uyum düzeylerine etkisi nedir?
- AKS tanısı almış katılımcıların SOY düzeyinin diyet uyum düzeylerine etkisi nedir?

1.3 Sınırlılıklar

Bu araştırma sadece Çankırı Devlet Hastanesi kardiyoloji servisinde yatan AKS tanılı hastaları kapsadığı için sonuçlar, tüm Türkiye'deki AKS tanılı hastalar için genellenemez.

1.4 Sayıtlar

Araştırma için kullanılan veri toplama yönteminin amacına uygun olduğu, araştırmaya katılan bireylerin anketleri samimi, özenli ve doğru olarak cevapladığı, araştırma da kullanılan ölçeklerin geçerli ve güvenilir olduğu, kullanılan sağlık okuryazarlığı ölçeğinin katılımcıların sağlık okuryazarlığını, İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (İUHİÖ)'nin katılımcıların ilaç uyum, Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHIÖ)'nin katılımcıların diyetlerine uyum düzeyini belirleyeceği sayıtları ile hareket edilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

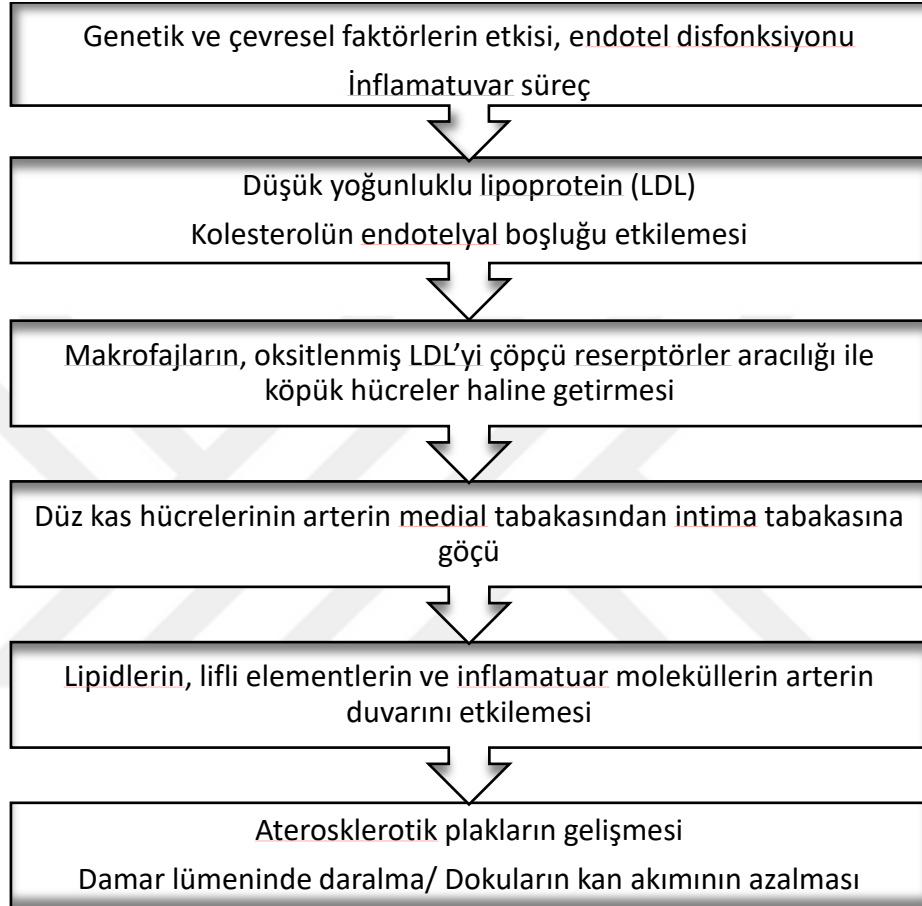
2.1 Akut Koroner Sendromlar

Akut koroner sendromlar (AKS) koroner arterlerin tam veya kısmi tıkanıklığı nedeni ile kan akımının yavaşlamasıyla meydana gelen miyokard iskemisi sonucunda ortaya çıkan semptom ve klinik bulgularla karakterize bir tablodur. Bu klinik tablo kararsız anjina pectoris (UAP), ST segment elevasyonlu miyokard infarktüsü ve ST segment elevasyonsuz miyokard infarktüsü olarak üç şekilde sınıflandırılabilir (Yel ve diğerleri, 2020; Gach ve diğerleri, 2018).

2.1.1 Fizyopatolojisi

Koroner arter hastalıklarından akut koroner sendromların meydana gelişinde ateroskleroz önemli bir role sahiptir. Risk faktörlerinin etkisi ile yağlı çizgilenmeler olarak başlayan ateroskleroz orta ve büyük damarların damar lümenlerinde daralmalara neden olur. Meydana gelen endotel disfonksiyonunun lipid materyallerinin (düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL)) subintimal boşluğa geçişine izin vermesi aterosklerotik sürecin başlamasında öncü kabul edilir. Bu sürecin ilerlemesi ile aterosklerotik plaklar meydana gelir ve damar lümenleri tamamen tıkanabilir. Bu tıkanma nedeni ile o damarların beslediği alanlarda iskemi ve iskemiye bağlı değişiklikler meydana gelir. Damar lümenlerinde ki stabil plaklar kollojen açısından zengin, kalın fibröz bir yapıya sahipken, hassas plaklar yırtılma ve kopmaya daha elverişlidir. Kopan trombüsler ani arter tıkanmaları ile akut koroner sendrom tablolarına sebebiyet verirler. Trombüs nedeni ile damar lümenin de meydana gelen tıkanma tam tıkanma ise büyük bir alanda nekroz gerçekleşir ve böylece STEMI meydana gelir. Tıkanmalar kısmi tıkanma ise ve koroner kan akımı sınırlı olsa devam ediyorsa miyokardiyal iskemi meydana gelir ve kardiyak belirtiçlerin yükselmesi ile NSTEMI, kardiyak belirtiçlerin yükselmemesi ile de UAP meydana gelir. Nadiren de olsa AKS ler arterit, travma, tromboemboli, diseksiyon, doğumsal anomaliler ve kokainin kötüye kullanımı gibi ateroskleroz dışı bir nedene bağlı olabilir (Enç, 2023; Canlı Özer ve Şenuzun Aykar, 2022).

Aterosklerotik süreç şekil 2.1.1’de şematik olarak gösterilmiştir (Şenuzun Aykar, 2022).



Şekil2.1.1:Aterosklerotik süreç.

2.1.2 Epidemiyoloji

Koroner arter hastalıkları gelişmiş ülkelerde önemli bir ölüm ve sakatlık nedenidir. Her ne kadar batı ülkelerinde bu duruma bağlı ölüm oranı son on yılda giderek azalmış olsa da, hâlâ 35 yaş üstü kişilerde tüm ölümlerin yaklaşık üçte birine neden olmaktadır (Sanchis-Gomar ve diğerleri, 2016).

Küresel çapta kardiyovasküler hastalıklar nedeni ile 1990 yılında 12,1 milyon kişi hayatını kaybederken bu rakam 2021 yılında 20,5 milyon olarak tespit edilmiştir (World Heart Federation, 2023). 2030 yılında kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölümlerin 22 milyondan fazla olacağı tahmin edilmektedir (Dülek ve diğerleri, 2018).

Ülkemizde her yıl 300.000 hastada kalp krizi meydana gelmekte ve bu hastaların 125.000'i hayatını kaybetmektedir (Türk Kardiyoloji Derneği). 2012 yılı Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması (TEKHARF) verilerine bakıldığında ülkemizde yıllık 420.000'e yakın hastada koroner hastalık görülmektedir. Bunların 120.000'i KAH tanısına sahip olduğu bilinen hastalarda akut olayın tekrarlanması, 180.000'i yeni koyulan AKS tanısı, 120.000'i ise sessiz seyreden yada yeni kronik AKS tanısı olarak tespit edilmiştir. AKS tanısı nedeni ile meydana gelen 95.000 ölüm, yıllık %32 mortalite oranını oluşturmaktadır ki bu veri Avrupa oranlarından fazladır (Arat Özkan, 2013).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2013 yılı mortalite verilerine göre günde 2200 den fazla hasta KAH tanısına bağlı hayatını kaybetmektedir. Bu ölümlerin %35'i 75 yaş öncesi hastalarda meydana gelmektedir (Mozaffarian ve diğerleri, 2016). 2009 yılı verilerinde Amerika'da yılda 1.200.000 hasta AKS tanısı ile taburcu edilmiş, prevelans olarak erkek cinsiyette daha fazla görülmüştür (Arat Özkan, 2013).

Avrupa ülkelerinde 45-74 yaş aralığında AKS oranı kadınlarda binde 0,6-3 erkeklerde binde 2-8 aralığındayken bu oranların ülkemizde kadınlarda binde 3,8 erkeklerde 7,6 oranında tespit edilmiştir (Onat ve diğerleri, 2017).

2.1.3 Risk faktörleri

Akut koroner sendromlarda miyokardda nekroz oluşumu ve aniden meydana gelen ölüm riski oldukça fazladır. Bu riskleri azaltmanın en önemli yolu ise AKS meydana gelmesinde etkili olan risk faktörlerini tanımak ve AKS meydana gelmeden önce kontrol altına almaktır (Kaynar Şimşek ve Ecevit Alpar, 2020). AKS de risk faktörlerini önlenabilir ve önlenemez risk faktörleri olarak sınıflandırabiliriz. Yaş, cinsiyet, etnik köken ve aile öyküsü düzeltilemez risk faktörleri, sigara kullanımı, hiperlipidemi, diyabetüs mellütüs (DM), alkol tüketimi, fiziksel aktivite yetersizliği, hipertansiyon, sağlıklı beslenme düzeltilebilir risk faktörlerindendir (Oğuz, 2023; Usta ve diğerleri, 2015). Bu risk faktörlerinin AKS ye neden olmalarının yanında hastalık meydana geldikten sonra devam etmesi halinde prognozuda olumsuz yönde etkileyeceği bilinmektedir. Akut koroner sendrom açısından risk altında olan bireylerin önceden tespit edilerek koruma altına alınması ayrıca mortalite ve morbitiditeyi azaltmak için AKS sonrası risk belirlemesi yaparak hastaların bilgilendirilmesi ve risk faktörleri açısından farkındalıklarının artırılması son derece önemlidir (Usta ve diğerleri, 2015). Tamosiunas ve arkadaşlarının 2014’ de Litvanya’da yaptığı bir çalışmada sigara kullanmayan, günlük fiziksel aktivite düzeyi yeterli, beden kitle indeksi normal aralıklarda, arteriyel kan basıncı, kolesterol ve kan glikoz seviyesi normal değerlerde olan normal veya orta düzeyde risk faktörü olan erkek ve kadınların tüm nedenlere bağlı KVH ve koroner kalp hastalığı (KKH) mortalite riski, yüksek düzeyde risk faktörü olan kişilere göre önemli ölçüde daha düşük bulunmuştur (Tamosiunas ve diğerleri, 2014).

2.1.4 Farmakolojik tedavi yöntemleri

Akut koroner sendromlarda tedavinin temel amacı miyokardın ihtiyaç duyduğu oksijen miktarını azaltmak, miyokardın oksijenasyonunu arttırmak, hastalığa bağlı semptomları, miyokard infarktüsü ve mortaliteyi azaltmaktır (Akdemir, 2021).

Hastalarla ilk tıbbi temasta semptomların ve bulguların hızlıca değerlendirilmesi önemlidir. Hem Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) hem de Amerikan kalp derneği/ Amerikan kalp koleji (AHA/ACC) klavuzlarında AKS’den şüphelenilen hastalarda ilk 10 dk EKG çekilmesi, monitörizasyon ve oksijen saturasyonu %90’nın altında ise oksijenasyona başlanması önerilmektedir (Aydoğdu, Özcan Çelebi, 2015).

ST elevasyonu olmayan hastalarda tedavi yaklaşımının temelini antiiskemik, antikuagulan, antiagregan ve lipid düşürücü ilaçlar oluşturmaktadır (Meriç, 2012; Roffi, 2016).

- **Antiiskemik tedavi**

Anti-iskemik tedavinin amacı, miyokardın oksijen ihtiyacını azaltmak (kalp hızı, kan basıncı, ön yük veya miyokard kontraktilitesindeki azalmaya sekonder olarak) veya miyokardiyal oksijen arzını arttırmaktır (oksijen vererek veya koroner vazodilatasyon yoluyla). Tedavinin ardından hastada iskemik belirti veya semptomlar hızla düzelmiyorsa, EKG bulgularından ve kardiyak troponin düzeylerinden bağımsız olarak acil koroner anjiyografi yapılması önerilir (Roffi ve diğerleri, 2016).

- ✓ *Beta blokörler*

Beta blokörler kontrendikasyonu olmayan NSTEMI da özellikle ejeksiyon fraksiyonu azalmış hastalarda önerilmektedir (Meriç, 2012; Çimci ve Karadağ, 2017). Beta blokerler dolaşımdaki katekolaminlerin miyokardiyal etkilerini inhibe eder ve kalp hızını, kan basıncını ve miyokardiyal kontraktiliteyi azaltarak miyokardiyal oksijen tüketimini azaltır (Roffi, 2016).

- ✓ *Nitratlar*

Gliserol trinitrat olarak da bilinen nitrogliserin (NTG), öncelikle göğüs ağrısı ve akut miyokard enfarktüsü (AMI) şüphesi ile başvuran hastalarda anjinal rahatlama için kullanılan bir vazodilatördür. NTG'nin vazodilatör etkileri, daha düşük dozajlarda venodilatasyon ve daha yüksek dozajlarda arteriodilasyon ile nitrik oksit (NO) salınımından kaynaklanır ve sırasıyla ön yük ve son yükün azalmasına neden olur (Twinner ve diğerleri, 2022).

- ✓ *Kalsiyum-kanal blokörleri*

Kalsiyum kanal blokerleri kalsiyum iyonlarının düz kas hücresi içine girmesini engelleyerek koroner arterlerin vazodilatasyonunu sağlarlar. Böylece miyokartın oksijen ihtiyacını azaltmış olurlar. Yapılan çalışmalarda kalsiyum kanal blokörlerinin iskemi ve anjina tedavisinde beta blokörler kadar etkili olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca kalsiyum kanal blokörleri anjina ataklarının sayısını azaltır ve eforla meydana gelen ST segment depresyonunuda hafifletir (Kandemir ve diğerleri 2020; Öz ve Özdemir, 2023).

- **Antitrombolitik tedavi**

ST yükselmesiz (NSTE) miyokard enfarktüsünde (MI) , trombositler toplanıp hasarlı damar çeperlerine yapışır ve prokoagülanlar salgılayarak pıhtı oluşumunu, tıkanıklığı veya pıhtı embolizasyonunu teşvik ederek miyokardiyal hasara neden olur (Pollack ve diğerleri, 2020). Trombositlerin etkinleşmesi ve daha sonra kümeleşmesi atardamarlar içindeki trombüslerin çoğalıp yayılmasının önüne geçilmesi AKS tedavisinin önemli hedeflerindendir. Hem akut iskemik komplikasyonlar hem de yinelenen aterotrombotik olayların gelişme riskini azaltmak amacıyla NSTEMI tanısı koyulduğunda mümkün olduğu kadar erken süreçte antitrombositer tedaviye başlanmalıdır. Trombositler her biri farklı etki mekanizması olan üç sınıf ilaç grubu aspirin, P2Y12 inhibitörleri ve glikoprotein IIb/IIIa ile inhibe edilebilmektedir (Hamm ve diğerleri, 2016).

- ✓ *Asetil salisilik asit (ASA- Aspirin)*

Aspirin yaklaşık 100 yıldır kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklarda primer ve sekonder profilaksi amaçlı kullanılmaktadır. Aspirin düşük dozlarda kullanıldığında antitrombositer etki, yüksek dozlarda kullanıldığında ise antienflamatuvar etki de gösterir (Aksoy ve diğerleri, 2019). Koroner arter hastalığının (KAH) sekonder korumasında antiagregan tedavilerin önemli bir yeri vardır. Düşük doz (75-150 mg/gün) ASA kullanımı, tanımlanmış tüm kardiyovasküler hastalıkların (KAH, periferik arter hastalığı, miyokart infarktüsü öyküsü, inme öyküsü) sekonder korumasında önemli rol oynamaktadır (Aktaş, 2022).

Gerald'ın 2002 yaptığı bir çalışmada 2 yıl varan kullanımlarda aspirin tedavisinin kardiyovasküler mortaliteyi %46 oranında azalttığı tespit edilmiştir (Gerald, 2002).

- ✓ *P2Y12 inhibitörleri*

İlk olarak onaylanmış olan P2Y12 inhibitörü Tiklopidin, 1991 yılında sekonder felcin önlenmesi için onaylandı ve daha sonra perkütan koroner girişim (PCI) sonrasında stent trombozunu önlemek için aspirin ile kombinasyon halinde kullanıldı. Klopidoğrel ikinci nesil P2Y12 inhibitörüdür ve aspirinle birlikte perkütan koroner girişim olsun olmasın akut koroner sendromlarda inme ve geçici iskemik

ataklarda kullanılır. Prasugrel ve tikagrelor üçüncü kuşak oral P2Y12 inhibitörleridir. Prasugrel bir ön ilaçtır ancak P2Y12 reseptörüne bağlanan aktif metaboliti oluşturmak için yalnızca tek adımlı hepatik aktivasyon gerektirir ve bu nedenle klopidoğrelle göre daha hızlı etki başlangıcına sahiptir. Tiklopidin, klopidoğrel ve prasugrel, P2Y12 reseptörünü geri dönüşümsüz şekilde bloke eder, böylece trombositleri aktive eden adenosin difosfatın (ADP) bağlanmasını önler. Ticagrelor, doğrudan etkili, tiyienopiridin olmayan bir maddedir ve reseptörü geri dönüşümlü olarak inhibe eden tek oral P2Y12 reseptör antagonistidir (Carlin ve Eikelboom, 2023).

✓ *Glikoprotein IIb/IIIa*

Glikoprotein IIb/IIIa (GP IIb/IIIa) inhibitörleri, trombositlerin plazma membranındaki glikoprotein IIb/IIIa reseptörlerini bloke eder ve fibrinojen bağlanmasını inhibe ederek trombosit agregasyonunu önler. Tirofiban ve eptifibatid mevcut GP IIb/IIIa inhibitörleri arasında yer alır. Bu ajanlar, aspirinle birlikte, kararsız anjina hastalarında 24 saat içinde PKG ile kullanılır (Tummala ve Rai, 2023).

• **Antikoagülan tedavi**

Akut koroner sendromlarda trombin oluşumunu ve aktivitesini inhibe etmek için antikoagülan tedavi önerilir. Antikoagülan tedavi yöntemi tercih edildiği zaman hastada kanama riskine karşı dikkatli olunmalıdır. Unfraksiyone heparin (UFH) standart antikoagülan tedaviyi oluşturur. Bir diğer antikoagülan ajan bilavirudin özel vakalarda UFH'ye alternatif olarak kullanılabilir. Düşük molekül ağırlıklı heparin gurubunda olan enoksaparin trombositopeni açısından UFH'ye göre daha güvenilir bir başka alternatiftir (Murat ve diğerleri, 2023).

• **Lipit düşürücü ilaçlar**

Dislipidemi tüm dünya genelinde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde koroner olayların dolayısıyla mortalitenin en önemli nedenlerinden biridir. Hayat tarzı değişiklikleri dislipidemi tedavisinde etkili olsada bu tür hastalarda ilaç tedavisi de gerekmektedir. Akut koroner sendromlu hastalarda olay meydana geldikten hemen sonra hastanın açlık durumuna bakılmaksızın lipid profili kontrol edilmelidir (Güngör, 2020).

2019 ESC lipidemi klavuzuna göre düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL)-kolesterolünün hedef değeri <55mg/dl olarak belirlenmiştir. Lipid düzeyinin istenen seviyeye gelmesindeki farmakolojik yöntemlerin başında statinler gelmektedir. Yoğun doz statin tedavisi ile hedef değere ulaşamadığı zaman tedaviye ezetimib (10 mg/gün) eklenmesi önerilmiştir. Kombinasyon şeklinde kullanılan statin ve ezetimib tedavisinin yeterli olmadığı durumlarda bir PCSK9 inhibitörünün tedaviye eklenmesi önerilmektedir (Kayıkçıoğlu, 2020).

2.1.5 Akut koroner sendromlarda hemşirelik bakımı

Akut koroner sendromlar acil bir değerlendirme ve tedavi isteyen hayati önemi olan durumlardır. Akut koroner sendromlar dünya genelinde önemli bir mortalite ve morbidite kaynağı olmaya devam etmektedir. Akut koroner sendromlu hastalarda tanıyı hızlı ve doğru bir şekilde koymak aynı zamanda uygun farmakolojik tedavi ve hemşirelik bakımını sağlamak bu nedenle oldukça önem arz etmektedir. Hemşireler ise uygun tedavi ve bakımı sağlamada önemli rol oynarlar (Mert, 2022).

Hemşirelik bakımında amaç hastalara kaliteli bir yaşam sunmak ve verilen sağlık bakımının bütüncül anlayışla verilmesini sağlamaktır. Bütüncül anlayış her bireyin farklı olduğunu kabul eder, bireyi çevresi ile birlikte değerlendirir ve bireyin sosyal, fiziksel, ruhsal, zihinsel yönden bir bütün olarak ele alınması inancına dayanır (Yel ve diğerleri, 2020).

Akut koroner sendromların hemşirelik yönetiminin amaçları; hastanın sık sık değerlendirilmesi, göğüs ağrısının kontrolü, miyokardın artan oksijen gereksiniminin karşılanması, kalp debisinin optimal düzeyde sağlanması, komplikasyonların erken belirlenip önlenmesi ve hasta/aile eğitimi olarak sıralanabilir. AKS’de sık görülebilecek hemşirelik tanıları olan akut ağrı, korku/ anksiyete, kalp debisinde azalma ve aktivite intoleransının yanında uyku biçiminde bozukluk, kanama riski, konstipasyon ve bilgi eksikliği tanıları da bu hastalarda sık rastlanmaktadır (Türen ve Efil, 2015).

Akut KAH olayı sırasında hemşirelerin danışman ve eğitimci olarak bakım rolünün, hastaların AKS tedavisinde yer alan karmaşık tedavileri anlamalarına yardımcı olmak ve ilaca uyumu teşvik eden bir plan geliştirmek için kritik olduğu bilinmektedir. Ayrıca, KAH hastalarının taburcu edilmesinde hemşirenin hedeflerinin arasında hastanın günlük yaşam aktivitelerine dönmesi için hazırlanması yer alır. Bu hazırlıklar, yaşam tarzının ve risk faktörü değişikliğinin

öneminin anlaşılmasının yanı sıra kilo yönetimi, beslenme, sigarayı bırakma, diyet ve fiziksel aktivite gibi risk azaltmayı da içerir (Ramadhani ve diğerleri, 2019).

2.1.6 Akut koroner sendromlarda ilaç ve diyet uyumu

Tedaviye düşük uyum, optimal tedavi hedeflerine ulaşmanın önünde önemli bir engeldir ve daha kötü sonuçlarla sebep olabilir. AMI sonrası gecikmiş ayaktan hasta takibi, kısa ve uzun vadeli ilaç uyumunda kötüleşmeye neden olur. 162 kişinin katıldığı bir meta-analizde hastaların kardiyovasküler ilaçlara uyumun ortalama 2 yıl sonra yaklaşık %57 olduğu tahmin edilmektedir (Ibanez ve diğerleri, 2018). Yapılan bir diğer çalışmada ise hastaların %25–30'unun AMİ'den bir ay sonra tedaviyi bıraktığı, yine aynı çalışmada 1 yıl sonra hastaların yalnızca %50'sinin statin, beta bloker ve tansiyon düşürücü ilaçları kullanmaya devam ettiği belirlenmiştir (Piepoli ve diğerleri, 2016).

Uyumun sosyoekonomik, ilaçla ilişkili, hastalıkla ilgili, sağlık sistemiyle ilişkili ve hastayla ilişkili faktörlerin karşılıklı etkileşimiyle belirlendiği kabul edilmektedir. İlaçlarda ki yüksek maliyet, fiziksel ve bilişsel bozukluklar, depresyon, sağlık okuryazarlığı, eş hastalıklar, sağlık çalışanlarının zaman ve teşvik eksikliği, bakımın sürekliliğinin zayıf olması, hizmet vericilere ulaşımın zorluğu, karmaşık ilaç ve doz rejimleri, polifarmasi ve yan etkiler ilaç uyumsuzluğunda ki başlıca etkenlerdir (Ibanez ve diğerleri, 2018; Piepoli ve diğerleri, 2016; Thakkar ve Chow, 2014). Her ne kadar düşük uyum her yerde görülen bir sorun olarak nitelendirilse de, sağlık profesyonelleri ve hastalar bu zorluğun farkında olmalı ve net bilgi sağlayarak, tedavi rejimlerini basitleştirerek, ortak karar almayı hedefleyerek ve tekrarlayan izleme ve tedavi uygulayarak iletişimi optimize etmelidir (Ibanez ve diğerleri, 2018). Zhao ve diğerlerinin meta-analiz çalışmasında, cep telefonu ile yapılan kısa mesaj hatırlatmalarının koroner kalp hastalarında (KKH) ilaç uyumunu teşvik ettiğini ve aynı zamanda sistolik kan basıncında, vücut kitle indeksinde ve kolesterolde azalmalarla ilişkili olduğunu göstermiştir (Zhao ve diğerleri, 2019). İlaç uyumunu etkileyen müdahale edilebilir faktörleri değiştirebilmek için örnek olarak unutkanlığın önüne geçmek için hatırlatıcılar, ilaçların rejim karmaşıklığının düzenlenmesi, yan etki profili düşük ilaçlar önerilmesi, hastaya sağlık okur yazarlığı

ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi gibi destekler sağlanabilir (Thakkar ve Chow, 2014).

Akut koroner sendromlar sonrasında mortalite ve tekrarlanacak kardiyovasküler olay riskinin azalması, hastanın sağlıklı beslenme değişiklikleri ile ilişkilidir. Hastalara meyve, sebze, balık, kabuklu kuruyemiş vb. öğelerden zengin Akdeniz tarzı diyet önerilirken rafine karbonhidratlardan, kırmızı etten, süt ürünlerinden ve doymuş yağdan kaçınılması veya sınırlandırılması önerilmektedir (Nacar ve Akçay, 2023).

2.2 Sağlık Okuryazarlığı

2.2.1 Tarihçesi ve tanımı

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk kez “Health Education as Social Policy” adlı makalede S.K. Simonds tarafından 1974 yılında kullanılmıştır. Ancak sağlık okuryazarlığı kavramı 2000’li yıllara kadar uluslar arası kuruluşların gündemine girememiştir. 2016 yılında Şangay’da gerçekleştirilen “9. Küresel Sağlık Geliştirilmesi Konferansı”nda “2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri Doğrultusunda Sağlık Geliştirilmesi Şangay Deklarasyonu”nda sağlık okuryazarlığı kapsamında bazı düzenlemeler önerilmiştir (Akbal ve Gökler, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2019) sağlık okuryazarlığı kavramını “bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek için bilgiye ulaşma, anlama, bu bilgiyi kullanma konusundaki bilişsel-sosyal beceriler ve motivasyon düzeyleri olarak tanımlamıştır”. Amerikan Tıp Derneği (The American Medical Association) (AMA) ise sağlık okuryazarlığını “bireylerin sağlıkla ilgili mesajları okuyabilmesi, ilaç kutularının üzerini okuyup anlaması, sağlık çalışanları tarafından söylenenleri anlayıp yapabilmesi” şeklinde tanımlamıştır (Akbal ve Gökler, 2020; Yılmaz ve Tiraki, 2016). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü’nde Sağlık okuryazarlığını, “bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder” şeklinde tanımlanmıştır (Erkoç ve diğerleri, 2011).

2.2.3 Sağlık Okuryazarlığı için yeterlilikler

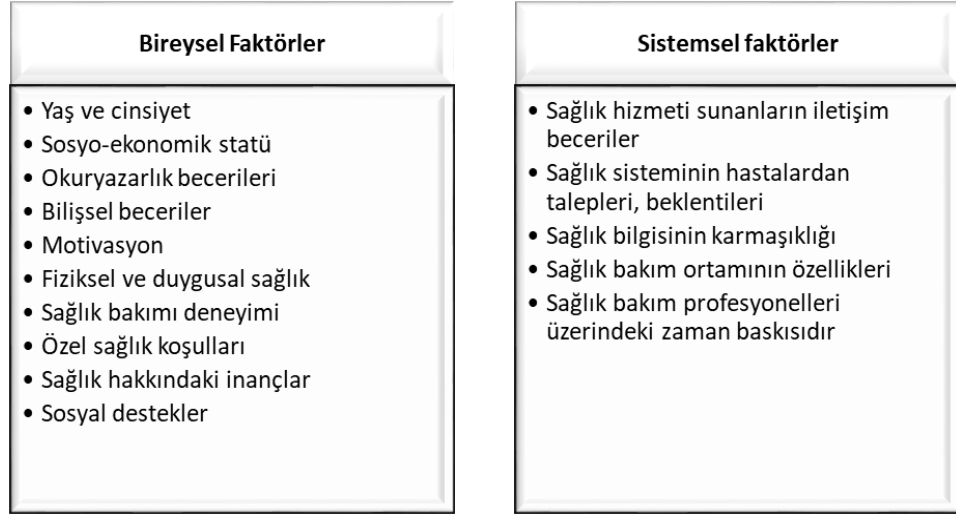
Sorensen ve ark. 2015 yılında sağlık okuryazarlığı tanımları ve modellerinin sistematik bir literatür taramasında, sağlık okuryazarlığı kavramının okuryazarlıkla ilişkisi olduğunu, insanların yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek, sağlığın teşvik edilmesi ve geliştirilmesi için günlük yaşamda yargılarda bulunmak ve kararlar almak için sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama bilgi, motivasyon ve yeterlilikleri şeklinde entegre bir tanım yapmıştır. Bu dört yeterlilik şekil 3.2.1 de şematize edilmiştir (Sorensen ve diğerleri, 2015).



Şekil3.2.1:Sağlık okuryazarlığı yeterlilikleri.

2.2.4 Sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörler

Bireyler sağlık okuryazarlığını alışkanlıklarını, yaşadıkları sosyal ortamlardaki alışkanlıklarına göre şekillendirirler. Yaşadıkları ortamda ki sağlık sistemi, kişilerin sağlık bilgilerini nasıl elde ettikleri ve bu bilgileri ne şekilde kullandıkları, iletişim becerileri ve kültür seviyeleri bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinde etkili olmaktadır. Sağlık okuryazarlığı bireysel ve sistemsel faktörlerden etkilenmektedir. Bu faktörler şekil 3.3.1 de şematize edilmiştir (Gözlü, 2020).



Şekil3.3.1:Sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörler.

2.2.5 Sağlık okuryazarlığı düzeyleri

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili en kapsamlı sınıflandırma 2000 yılında Nutbeam tarafından yapılmıştır. Nutbeam sağlık okuryazarlığını fonksiyonel (işlevsel), iletişimsel (interaktif) ve eleştirel (kritik) olmak üzere üç başlıkta sınıflandırmıştır (Aktaş ve Kızıltan, 2022).

➤ *Fonksiyonel (işlevsel) sağlık okuryazarlığı*

Geleneksel eğitim düzeyinin sonuçlarına dayanan, kişilerin temel okuma yazma becerileri ve eğitim materyallerini okuyup anlayarak sağlık hizmetlerinden faydalanabilme becerileridir (Aktaş ve Kızıltan, 2022; Gözlü, 2020).

➤ *İletişimsel (interaktif) sağlık okuryazarlığı*

Bireyin aktif olduğu, destek verici bir çevre ile gelişen kişisel ve bilişsel beceriler ile bilgiye ulaşma, bilgiyi kullanabilme ve yeni durumlara göre bilgiyi şekillendirme becerisidir (Aktaş ve Kızıltan, 2022; Gözlü, 2020).

➤ *Kritik (eleştirel) sağlık okuryazarlığı*

Kişilerin elde ettiği sağlık ile ilgili bilgileri analiz etmesi temeline dayanır. Bireysel faydadan çok toplumsal yarar ön plandadır. Kişi sağlığın ekonomik, sosyal

ve politik tanımlarını yapabilir ve bu bilgileri analiz edip yorumlayabilir (Aktaş ve Kızıltan, 2022; Gözlü, 2020).

2.3 Akut Koroner Sendromlarda Sağlık Okuryazarlığı, Diyet ve İlaç Uyumu

Sağlık okuryazarlığı, “bireylerin bilinçli sağlık kararları vermek için gereken sağlıkla ilgili bilgileri edinme, işleme, anlama ve iletişim kurma derecesi” olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı KAH hastalarının bakımında kritik bir bileşendir. Bir bireyin sağlık okuryazarlığına katkıda bulunan, kendi durumları hakkında bilgi sahibi olmak ve sağlık bilgilerinin erişilebilirliği ve karmaşıklığı gibi birçok kişisel ve sistemsal faktör vardır (de Melo Ghisi ve diğerleri, 2018).

Hastalar ilaçlarını doğru dozda, doğru zamanda ve düzenli kullandıklarında tedaviye uyum sağlamışlar olurlar. Tedavinin doktor bilgisi dışında ve zamanından önce kesilmesi, doz ve ilacın kullanım saatlerine uyulmaması tedavi uyumsuzluğuna neden olur (Bulut ve diğerleri, 2020).

Koroner hastalıkların nedenlerine bakıldığında zaman genetik ve çevresel faktörler etkilidir. Bu faktörlerin en başında ise beslenme gelmektedir. Besinlerin sağlıksız tüketimi, günümüzde içeriklerinin değişmiş olması koroner arter hastalıklarının meydana gelmesinde etkilidir. Koroner hastalıkların hem birincil hemde ikincil korunmasında beslenme alışkanlıkları önemli rol oynar (Güler ve diğerleri, 2021). Koroner arter tanımlı hastaların medikal tedaviye ve yaşam tarzı değişikliklerine uyumu hastalıktan kaynaklanan mortalite ve morbidite yüksekliği ile doğrudan ilişkilidir (Bulut ve diğerleri, 2020; Güler ve diğerleri, 2021).

Koroner hastalıklara sahip bireylerde sağlık okuryazarlığı önemli olmasına rağmen yapılan çalışmalarda hastaların düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmüştür (Lindahl ve diğerleri, 2020). Sağlık okuryazarlığı düşük olan kişiler, randevu fişlerini ve ilaç etiketlerini okumak, sağlık hizmeti sağlayıcılarından gelen sözlü bilgileri ve eğitim materyallerini anlamak gibi hastalık yönetimine ilişkin bilgileri işlemede zorluk yaşayabilirler. Araştırmalar aynı zamanda düşük sağlık okuryazarlığının daha zayıf sağlık bakımı bilgisi, azalan ilaç uyumu, azalan koruyucu hizmetlerin kullanımı, hastaneye yatışlarda artış, daha kötü fiziksel ve zihinsel sağlık ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Cajita ve diğerleri, 2016).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu çalışma; Çankırı Devlet Hastanesi'nde uygulanmış tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Özellikleri

Çankırı Devlet Hastanesi, Kardiyoloji servisinde yatan ve AKS tanısına sahip olan 200 hasta araştırmanın örneklemi oluşturdu. Çankırı Devlet Hastanesi, 1946 yılında hizmete başlayıp şu an 300 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Kardiyoloji servisi 20 yatak kapasitesi ile hizmet vermekte olup, servise yatan 6 aylık AKS tanılı hasta sayısı yaklaşık 448'dir.

3.3 Araştırmanın Yeri Ve Zamanı

Bu çalışmada 01.12.2023-31.05.2024 tarihleri arasında Çankırı Devlet Hastanesi Kardiyoloji servisinde yatan hastalar çalışmaya alındı.

3.4 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Çankırı Devlet Hastanesi Kardiyoloji servisinde yatan AKS tanısı alan bireyler oluşturdu.

3.5 Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklem grubunu; 01.12.2023-31.05.2024 tarihleri arasında Çankırı Devlet Hastanesi Kardiyoloji servisinde yatan AKS tanısına sahip ve örneklem kriterlerine uygun bireyler oluşturdu. Çalışmamız için G*Power 3.0.10 programı kullanılarak yapılan güç analizi sonucunda; 200 örnek sayısı, çalışmadan elde edilen verilerle yapılan değerlendirme ile çalışmamızın gücü %97,1 olarak belirlendi.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri hastanın;

- En az 6 ay önce AKS tasını alması,
- Hastalıklarına bağlı son 6 ay içerisinde ilaç kullanması,

- 18 yaş üzerinde olmak ve Türkçe konuşuyor olmak

Çalışmadan dışlanma kriterleri hastanın;

- İletişime engel olacak düzeyde nörolojik ya da psikiyatrik bozukluğa sahip olmak
- Sorulan soruları anlayıp, yanıt veremeyecek düzeyde işitme, konuşma ve anlama sorunu olmak.

3.6 Veri Toplama Araçları

Hasta Bilgi Formu: AKS tanısına sahip hastanın sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, gelir durumu algısı gibi) sağlık öyküsü (AKS dışında herhangi bir hastalığın varlığı, sağlık kontrollerine devam etme durumu, sağlık konuları ile başvurduğu kaynaklar, diyetine uyum durumu gibi), ilaç kullanım alışkanlıkları (kullanılan ilaç grupları, ilaç kullanırken herhangi bir zorluk yaşama durumu, kullandığı ilaçlar hakkındaki bilgi düzeyi, reçete dışı ilaç kullanımı gibi) ve sosyal destek durumuna (bireyin kiminle yaşadığı gibi) yönelik sorular yer almakta olup 20 maddeden oluşmaktadır (Avcı ve diğerleri, 2020; Gür ve Sunal, 2019; Kasar ve Karadakovan, 2017).

Sağlık okuryazarlığı ölçeği (SOY): Bu araştırmada Sorensen tarafından 2013 yılında geliştirilen 47 maddelik HLS-E.U (Health Literacy Survey In Europe) formun daha sonra yine 2013 yılında Toçi, Bruzari ve Sorenson'ın birlikte tekrar çalışarak sadeleştirdikleri Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği 2017 yılında Aras ve Bayık Temel tarafından yapılmıştır. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 25 madde ve 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Bilgiye Erişimi 5 madde (1.-5. maddeler) içermektedir, bu alt ölçekten alınacak minimum puan 5, maksimum puan 25'dir. Bilgileri Anlama 7 madde içermektedir (6.-12. maddeler) bu alt ölçekten alınacak minimum puan 7, maksimum puan 35'dir. Değer Bıçme/Değerlendirme alt ölçeği 8 madde içermektedir (13.-20. maddeler) bu alt ölçekten alınacak minimum puan 8, maksimum puan 40'dir. Uygulama/Kullanma alt ölçeği de 5 madde (21.-25. maddeler) içermektedir, bu alt ölçekten alınacak minimum puan 5, maksimum puan 25'dir. Tüm ölçek için minimum puan 25 ve maksimum puan 125'dir. Ölçek maddeleri katılımcılar tarafından "5: Hiç zorluk çekmiyorum, 4: Az zorluk çekiyorum, 3: Biraz zorluk çekiyorum, 2: Çok zorluk çekiyorum, 1: Yapamayacak durumdayım/ hiç yeteneğim yok/ olanaksız" şeklinde

likert yapıda yanıtlanır. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu yapıdadır, ters madde bulunmamaktadır (Aras ve Bayık Temel, 2017).

Özgün ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.95 ve alt ölçekleri için belirlenen iç tutarlılık katsayıları (Cronbach alfa) 0.90 ile 0.94 arasında değişmektedir. Aracın uygulanma süresi ortalama 5-10 dakikadır. Düşük puanlar sağlık okuryazarlığı durumunun yetersiz, sorunlu ve zayıf olduğunu, yüksek puanlar ise yeterli ve çok iyi olduğunu göstermektedir. Alınacak puan arttıkça bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır (Aras ve Bayık Temel, 2017).

İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (İUHİÖ):Bu araştırmada kullanılan İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği beşli Likert tipi bir ölçektir ve bireyin ilaca uyum hakkındaki inancını ölçer. Ölçek ABD’de Indiana Üniversitesi Hemşirelik Okulunda, 2000 yılında Bennett ve diğerleri tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliği 2009 yılında Oğuz, Enç ve Yiğit tarafından yapılmıştır. On iki maddeden oluşan ölçeğin yarar ve engel olmak üzere iki alt boyutu vardır; 1, 2, 7, 10, 11. maddeleri kişinin yararı algılamasını, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12. maddeleri ise engelleri algılamasını ölçmektedir. Yarar alt ölçeğinde toplam puan en düşük 6, en yüksek 30’dur; yüksek puan, yapılan davranışla yararın daha fazla algılandığını göstermektedir. Engeller alt ölçeğindeki yüksek puan ise, bir davranışı yaparken deneğin daha çok engelleri algılandığını göstermektedir. Ölçeğin 9. maddesi ters kodlamadır. Korelasyon hesaplamasında İUHİÖ için yarar ve engel alt boyutlarının cronbach alfa katsayıları 0.90 ve 0.91 olarak belirlenmiştir (Oğuz ve diğerleri, 2010).

Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHIÖ):Bu araştırmada kullanılan Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği beşli Likert tipi bir ölçektir ve 12 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçek ABD’de Indiana Üniversitesi Hemşirelik Okulunda, 2000 yılında Bennett ve diğerleri tarafından geliştirilmiş. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliği 2009 yılında Oğuz, Enç ve Yiğit tarafından yapılmıştır. Yarar ve engel olmak üzere iki alt boyutu vardır. Birinci alt boyutu kişinin yararı algılamasını (1-5, 11, 12. maddeler), ikinci alt boyutu engelleri algılamasını (6-10. maddeler) ölçmektedir. Yarar alt ölçeğinde yüksek puan yapılan davranışla yararların daha fazla algılandığını göstermektedir. Ölçeğin 2. maddesi ters kodlamadır. Korelasyon hesaplamasında DUHIÖ için yarar ve engel alt boyutlarının cronbach alfa katsayıları 0.86 ve 0.86 olarak belirlenmiştir (Oğuz ve diğerleri, 2010).

3.7 Araştırmanın Uygulanması

Araştırmaya katılım gönüllülük esasıyla yapılmış olup veri toplamadan önce hastalara araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmaya dahil olan AKS tanılı hasta bireylere, hazırlanan anket formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmış olup, sözel olarak sorulan sorulardan elde edilen veriler anket formuna kaydedilmiştir. Görüşmeler yaklaşık 25-30 dakika sürmüştür.

3.8 Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; AKS tanısı sahip kişilerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, gelir durumu algısı gibi), sağlık öyküsü (AKS dışında herhangi bir hastalığın varlığı, sağlık kontrollerine devam etme durumu, sağlık konuları ile başvurduğu kaynaklar, diyetine uyum durumu gibi), ilaç kullanım alışkanlıkları (kullanılan ilaç grupları, ilaç kullanırken herhangi bir zorluk yaşama durumu, kullandığı ilaçlar hakkındaki bilgi düzeyi, reçete dışı ilaç kullanımı gibi) ve sosyal destek durumudur (bireyin kiminle yaşadığı gibi).

Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise; SOY ölçek puanı, İUHİÖ ölçek puanı ve DUHİÖ ölçek puanıdır.

3.9 Araştırmanın İstatistiksel Analizi

Araştırmada istatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 27) adlı paket programı kullanılarak yapıldı.

Normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanıldı. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri) yöntemi kullanıldı. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için varyansların homojenliği dikkate alınarak Tukey testi uygulandı.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanıldı. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo

değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) yöntemi kullanıldı. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi uygulandı.

Normal dağılıma sahip olmayan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde “Spearman” korelasyon katsayısı kullanıldı.

3.10 Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma öncesi T.C. Çankırı Karatekin Üniversitesi etik kurulundan (16.10.2023 tarihli Karar No:9 sayılı) gerekli onay alındı. Çalışmanın gerçekleştirildiği T.C. Sağlık Bakanlığı Çankırı Devlet Hastanesi’nden (E-64943697-799-228346978) izin alındı. Veri toplama araçlarında kullanılan ölçeklerin izinleri alındı. Çalışmaya katılım da gönüllülük ilkesine dikkat edilerek hastalara çalışma öncesi çalışmanın yararı ve amacı hakkında sözlü olarak ve bilgilendirme formu ile bilgilendirilme yapıldı.

4. BULGULAR

4.1 Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

Aşağıdaki tablomuzda araştırmaya katılan katılımcıların yaş, ilaç kullanım süreleri, cinsiyet, beden kitle indeksi (BKİ), medeni durumu, eğitim düzeyi, nerede ve kiminle birlikte yaşadığı, ek hastalıkları, ilaçlarını düzenli kullanma ve düzenli kontrole gitme durumu, ilaç kullanırken yaşadığı zorluklar, günlük kullandığı ilaç grubu sayısı ve reçete dışı ilaç kullanım durumu, ekonomik düzeyi ve diyetine uyma durumu, hastalıklarını araştırma ve bilgi alma kaynakları gibi özelliklere bakılmıştır.

Çizelge 6.1: Araştırmaya ilişkin tanıtıcı özelliklerin dağılımı.

Değişken (n=200)	n	%
Yaş sınıfları [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 63,51 \pm 9,45$ (yıl)]		
<60	62	31,0
60-64	42	21,0
65-69	44	22,0
≥ 70	52	26,0
İlaç kullanma süresi		
<5 yıl	37	18,5
5-9 yıl	43	21,5
10-14 yıl	44	22,0
≥ 15 yıl	76	38,0
Cinsiyet		
Kadın	81	40,9
Erkek	119	59,5
BKİ [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 29,34 \pm 4,81$ (kg/m ²)]		
Normal	33	16,5
Fazla kilolu	86	43,0
Obez	81	40,5
Medeni durum		
Evli	161	80,5
Bekar	39	19,5
Eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	30	15,0
İlkokul	116	58,0
Ortaokul	24	12,0
Lise	17	8,5
Lisans ve üzeri	13	6,5
Yaşanan yer		
Şehir merkezi	89	44,5
İlçe	65	32,5
Köy	46	23,0
Birlikte yaşanan kişi/kişiler		
Yalnız	20	10,0

Çizelge 6.1 (Devam) : Araştırmaya ilişkin tanıtıcı özelliklerin dağılımı.

Sadece eşiyle	98	49,0
Sadece çocuklarıyla	19	9,5
Eşi ve çocuklarıyla	55	27,5
Akraba/diğer	8	4,0
Ek kronik hastalıklar*		
Astım	26	13,0
KOAH	23	11,5
Böbrek yetmezliği	15	7,5
DM	101	50,5
HT	102	51,0
Diğer	68	34,0
Düzenli kontrole gitme		
Evet	106	53,0
Hayır	94	47,0
İlaçları düzenli kullanma		
Evet	169	84,5
Hayır	21	10,5
Bazen	10	5,0
İlaçları kullanmada zorluk yaşama		
Evet	51	25,5
Hayır	149	74,5
İlaç kullanımında yaşanan zorluğun türü		
İlaç almayı hatırlama	37	72,6
Rahatsızlık	4	7,8
Yüksek maliyet	5	9,8
Yan etkiler	5	9,8
Günlük kullanılan ilaç sayısı grubu		
<5	149	74,5
5-9	41	20,5
≥10	10	5,0
İlaçların etkisini bilme		
Evet	154	77,0
Hayır	46	23,0
İlaçların yan etkilerini bilme		
Evet	60	30,0
Hayır	140	70,0
Reçete dışı ilaç kullanma		
Evet	27	13,5
Hayır	173	86,5
Diyetle uyma		
Evet	52	26,0
Hayır	89	44,5
Bazen	59	29,5
Ekonomik düzey		
Gelir < gider	102	51,0
Gelir = gider	81	40,5
Gelir > gider	17	8,5
Hastalık araştırması yapma		
Evet	66	33,0
Hayır	134	67,0
Hastalıkla ilgili bilgi kaynakları*		
Sağlık personeli	101	50,5
İnternet	32	16,0
Eş-dost	66	33,0
TV-radyo	4	2,0
Diğer	5	2,5

Çizelge 6,1’de araştırmaya katılanların yaş ortalaması 63,51±9,45 (yıl) olduğu tespit edilmiş ve 62 kişinin (%31,0) <60 yaş grubunda olduğu belirlendi. 76

kişinin (%38,0) ≥ 15 yıldır ilaç kullandığı, 119'unun (%59,5) erkek, 86'sının (%43,0) fazla kilolu olduğu, 161'inin (80,5) evli ve 116'sının (%58,0) ilkokul mezunu olduğu belirlendi. 89 kişinin (%44,5) şehir merkezinde yaşadığı, 98'inin (%49,0) sadece eşiyle birlikte yaşadığı, 102'sinin (%51,0) ek kronik hastalığının HT olduğu, 106'sının (%53,0) düzenli kontrole gittiği ve 169'unun (%84,5) ilaçları düzenli kullandığı belirlenmiştir. 149 kişinin (%74,5) ilaçları kullanmada zorluk yaşamadığı, 37'sinin (%72,6) ilaç almayı hatırlamada zorluk yaşadığı, 149'unun (%74,5) günlük kullandığı ilaç sayısı grubunun < 5 olduğu, 154'ünün (%77,0) ilaçların etkisini bildiği, 140'ının (%70,0) ilaçların yan etkilerini bildiği ve 173'ünün (%86,5) reçete dışı ilaç kullanmadığı belirlendi. 89 kişinin (%44,5) diyetle uymadığı, 102'sinin (%51,0) gelir $<$ gider olduğu, 134'ünün (%67,0) hastalık araştırması yapmadığı ve 101'inin (%50,5) hastalıkla ilgili bilgiyi sağlık personelinin aldığı belirlendi.

4.2 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Sosyodemografik Veriler ile Karşılaştırılması

Çizelge 6.2:Sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyutu ve toplam puanlarının sosyodemografik veriler ile karşılaştırılması.

Sağlık okuryazarlığı ölçeği (SOY)											
Değişken (n=200)	n	Bilgiye erişim		Bilgiyi anlama		Değer biçme		Uygulanma/kullanma		SOY	
		$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]
Yaş sınıfları											
<60 ⁽¹⁾	62	19,11±6,01	20,0[10,0]	25,53±7,97	28,0 [13,3]	32,55±8,01	35,0 [11,0]	21,06±4,58	22,0 [6,0]	98,25±21,22	102,0[27,2]
60-64 ⁽²⁾	42	16,16±7,60	16,5[15,0]	20,92±8,79	22,0 [17,0]	31,73±7,50	34,5 [11,5]	22,21±3,70	24,0 [6,0]	91,04±20,34	91,0 [26,8]
65-69 ⁽³⁾	44	13,20±6,66	13,0[10,8]	20,86±8,63	19,5 [17,5]	29,19±8,24	30,0 [12,5]	21,13±4,03	22,0 [6,0]	86,36±22,58	87,5 [33,5]
≥70 ⁽⁴⁾	52	12,94±7,40	10,0[15,0]	19,03±8,91	17,0 [15,0]	28,71±8,48	29,0 [13,8]	20,92±4,55	22,0 [6,8]	81,61±24,93	77,5 [40,8]
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=20,301$		$\chi^2=16,990$		$\chi^2=9,819$		$\chi^2=2,568$		F=5,664	
Olasılık		p<0,001		p<0,001		p=0,020		p=0,463		p<0,001	
Fark		[1-3,4]		[1-2,3,4]		[1-3,4]				[1-3,4]	
İlaç kullanma											
<5 yıl ⁽¹⁾	37	16,59±6,90	18,0 [12,0]	23,40±8,68	25,0 [16,0]	30,46±8,73	31,0 [11,5]	21,27±5,01	24,0 [6,5]	91,72±23,63	96,0 [33,5]
5-9 yıl ⁽²⁾	43	15,25±7,49	15,0 [13,0]	21,79±8,78	21,0 [16,0]	29,16±8,39	30,0 [12,0]	21,51±4,10	23,0 [6,0]	87,72±24,29	88,0 [36,0]
10-14 yıl ⁽³⁾	44	17,18±7,01	19,0 [13,5]	22,91±9,36	25,0 [18,0]	30,31±7,46	36,0 [11,0]	21,63±4,29	23,5 [5,8]	95,04±22,06	99,0 [37,5]
≥15 yıl ⁽⁴⁾	76	15,52±7,39	15,0 [12,0]	20,51±8,67	21,5 [16,5]	30,00±8,04	30,0 [11,8]	20,96±4,05	21,5 [7,0]	87,00±22,70	89,0 [33,3]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=2,055$		$\chi^2=3,705$		$\chi^2=9,264$		$\chi^2=2,308$		$\chi^2=3,739$	
Olasılık		p=0,561		p=0,295		p=0,141		p=0,511		p=0,291	
Fark						[3-2,4]					
Cinsiyet											
Kadın	81	14,30±7,04	14,0 [11,0]	19,95±9,01	19,0 [17,0]	29,73±8,08	31,0 [12,5]	21,98±3,35	23,0 [5,5]	85,98±22,48	86,0 [36,0]
Erkek	119	17,20±7,14	19,0 [15,0]	23,14±8,56	25,0 [15,0]	31,25±8,26	34,0 [12,0]	20,80±4,76	22,0 [6,0]	92,40±23,32	96,0 [33,0]

Çizelge 6.2 (Devam) :Sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyutu ve toplam puanlarının sosyodemografik veriler ile karşılaştırılması.

İstatistiksel analiz	Z=-2,872		Z=-2,426		Z=-1,516		Z=-1,400		Z=-2,154		
Olasılık	p=0,004		p=0,015		p=0,130		p=0,162		p=0,031		
BKI											
Normal ⁽¹⁾	33	15,81±7,43	15,0 [13,5]	22,12±9,45	24,0 [18,5]	29,82±8,37	31,0 [13,5]	22,09±4,38	25,0 [5,0]	89,85±24,86	89,0 [41,0]
Fazla kilolu ⁽²⁾	86	15,44±7,46	15,0 [12,3]	21,12±8,85	20,5 [17,0]	29,26±8,74	30,0 [14,0]	20,97±4,59	23,0 [7,3]	86,79±24,66	89,5 [39,3]
Obez ⁽³⁾	81	16,74±6,90	19,0 [13,0]	22,51±8,69	24,0 [17,0]	31,43±7,24	34,0 [9,5]	21,29±3,90	22,0 [6,0]	92,98±20,47	93,0 [28,0]
İstatistiksel analiz	χ ² =1,114		χ ² =0,946		χ ² =9,245		χ ² =3,193		F=1,497		
Olasılık	p=0,573		p=0,623		p=0,144		p=0,203		p=0,226		
Fark					[2-3]						
Medeni durum											
Evli	161	16,35±7,07	18,0 [13,0]	22,29±8,78	23,0 [18,0]	30,78±7,99	32,0 [13,0]	21,24±4,37	23,0 [6,0]	90,67±22,81	92,0 [34,0]
Bekar	39	14,71±7,79	13,0 [16,0]	20,00±9,08	18,0 [16,0]	30,05±9,09	32,0 [13,0]	21,43±3,94	22,0 [6,0]	86,20±24,42	84,0 [38,0]
İstatistiksel analiz*	Z=-1,001		Z=-1,394		Z=-0,159		Z=-0,156		t=1,082		
Olasılık	p=0,317		p=0,163		p=0,874		p=0,876		p=0,281		
Eğitim düzeyi											
Okuryazar değil ⁽¹⁾	30	8,26±4,23	7,0 [5,0]	11,46±3,21	11,0 [4,0]	22,70±7,69	23,5 [11,0]	19,93±4,46	20,0 [8,0]	62,37±14,41	63,5 [21,3]
İlkokul ⁽²⁾	116	15,83±6,81	16,5 [11,0]	21,65±8,18	22,0 [15,0]	30,56±7,85	32,0 [11,8]	21,61±4,08	23,0 [6,0]	89,67±20,97	90,0 [27,8]
Ortaokul ⁽³⁾	24	20,58±5,58	23,0 [9,0]	26,67±7,78	29,0 [12,3]	36,21±5,23	38,0 [5,8]	22,21±3,12	23,0 [5,5]	105,67±16,27	107,5 [27,3]
Lise ⁽⁴⁾	17	20,76±4,85	22,0 [9,5]	27,94±6,26	30,0 [10,0]	34,52±5,54	36,0 [8,5]	20,52±5,42	23,0 [8,5]	103,76±18,46	107,0 [22,0]
Lisans ve üzeri ⁽⁵⁾	13	21,08±5,88	24,0 [6,5]	30,69±3,83	32,0 [6,5]	34,23±5,76	36,0 [12,0]	20,76±5,49	23,0 [5,5]	106,77±15,16	108,0 [30,5]
İstatistiksel analiz	χ ² =57,001		χ ² =68,502		χ ² =46,043		χ ² =4,607		χ ² =65,554		
Olasılık	p<0,001		p<0,001		p<0,001		p=0,330		p<0,001		
Fark	[1-2,3,4,5] [2-3,4,5]		[1-2,3,4,5] [2-3,4,5]		[1-2,3,4,5] [2-3]				[1-2,3,4,5] [2-3,4,5]		
Yaşanan ver											
Şehir merkezi ⁽¹⁾	89	17,38±7,15	19,0 [15,0]	23,82±8,96	25,0 [16,5]	32,00±7,65	34,0 [12,5]	21,47±4,15	23,0 [5,5]	94,67±22,49	98,0 [37,5]
İlçe ⁽²⁾	65	15,91±7,12	15,0 [12,0]	21,24±8,90	22,0 [16,5]	30,40±8,45	32,0 [12,5]	21,15±4,47	23,0 [7,0]	88,71±23,98	90,0 [37,0]
Köy ⁽³⁾	46	13,58±6,99	14,0 [15,0]	18,89±7,79	18,5 [13,5]	28,32±8,77	31,0 [14,0]	21,11±4,33	22,0 [6,3]	81,91±21,34	83,0 [30,5]
İstatistiksel analiz	χ ² =8,736		χ ² =10,397		χ ² =6,162		χ ² =0,210		χ ² =9,675		

Çizelge 6.2 (Devam) :Sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyutu ve toplam puanlarının sosyodemografik veriler ile karşılaştırılması.

Olasılık Fark		p=0,013 [1-3]		p=0,006 [1-3]		p=0,046 [1-3]		p=0,900		p=0,008 [1-3]	
<u>Yaşanan kişi</u>											
Yalnız	20	15,65±7,99	16,0 [15,8]	21,75±9,29	21,0 [18,0]	31,85±7,37	34,0 [11,0]	21,50±3,69	21,5 [6,0]	90,75±22,05	87,5 [36,8]
Sadece eşiyle	98	15,97±7,21	16,5 [12,3]	21,54±8,99	22,0 [17,0]	30,42±7,90	31,0 [12,0]	21,43±3,93	23,0 [6,0]	89,38±22,73	90,5 [31,5]
Sadece çocuk	19	14,95±7,19	14,0 [12,0]	21,05±8,65	20,0 [16,0]	29,15±9,35	30,0 [17,0]	21,31±4,59	24,0 [7,0]	86,47±23,41	80,0 [37,0]
Eşi ve çocuklar	55	16,29±7,13	17,0 [13,0]	22,40±8,79	22,0 [17,0]	31,09±8,49	34,0 [13,0]	21,53±4,45	23,0 [5,0]	91,30±24,03	96,0 [35,0]
Akraba/diğer	8	18,38±7,28	20,5 [12,5]	24,00±8,97	27,0 [14,5]	30,50±10,25	34,0 [18,0]	17,13±6,45	18,0 [11,3]	90,00±28,89	97,5 [58,8]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=1,488$		$\chi^2=0,891$		$\chi^2=1,171$		$\chi^2=1,171$		F=0,170	
Olasılık		p=0,829		p=0,929		p=0,883		p=0,883		p=0,953	
<u>Düzenli kontrol</u>											
Evet	106	17,75±6,78	20,0 [12,3]	23,50±8,67	25,0 [15,3]	31,05±7,45	32,0 [13,0]	21,26±4,39	23,0 [7,0]	93,57±22,25	97,0 [32,4]
Hayır	94	14,09±7,24	14,0 [13,5]	19,98±8,75	19,0 [16,3]	30,15±8,99	32,0 [13,0]	21,30±4,17	23,0 [6,0]	85,54±23,50	87,0 [31,3]
İstatistiksel analiz*		Z=-3,474		Z=-2,869		Z=-0,303		Z=-0,236		Z=-2,457	
Olasılık		p<0,001		p=0,004		p=0,762		p=0,814		p=0,014	
<u>Düzenli ilaç</u>											
Evet ⁽¹⁾	169	16,31±7,23	18,0 [13,0]	22,29±8,79	23,0 [17,5]	30,97±7,97	33,0 [11,5]	21,67±4,04	23,0 [6,0]	91,24±22,64	92,0 [32,3]
Hayır ⁽²⁾	21	13,23±7,25	11,0 [15,0]	18,90±9,12	16,0 [15,5]	29,19±9,03	28,0 [15,5]	19,24±4,86	20,0 [9,5]	80,57±22,95	80,0 [38,0]
Bazen ⁽³⁾	10	17,10±6,29	18,5 [8,3]	20,50±9,17	22,5 [17,8]	28,00±10,28	30,5 [17,5]	19,10±5,50	19,5 [8,8]	84,70±29,02	89,0 [46,3]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=3,448$		$\chi^2=2,943$		$\chi^2=1,343$		$\chi^2=7,708$		F=2,272	
Olasılık		p=0,178		p=0,230		p=0,511		p=0,021		p=0,106	
Fark								[1-2,3]			
<u>İlaçta zorluk</u>											
Evet	51	13,65±7,22	13,0 [15,0]	19,84±8,85	20,0 [16,0]	28,02±9,58	31,0 [15,0]	20,45±4,71	22,0 [7,0]	81,96±24,86	82,0 [46,0]
Hayır	149	16,85±7,06	19,0 [14,0]	22,53±8,79	23,0 [17,0]	31,53±7,50	33,0 [12,0]	21,57±4,10	23,0 [6,0]	92,48±21,97	93,0 [33,0]
İstatistiksel analiz		Z=-2,720		Z=-1,944		Z=-2,228		Z=-1,450		t=-2,852	
Olasılık		p=0,007		p=0,052		p=0,026		p=0,147		p=0,005	
<u>Günlük ilaç</u>											
<5 adet	149	16,18±7,39	18,0 [13,5]	22,02±8,87	23,0 [17,5]	30,31±8,12	32,0 [12,0]	21,09±4,28	22,0 [7,0]	89,61±23,23	92,0 [36,0]

Çizelge 6.2 (Devam) :Sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyutu ve toplam puanlarının sosyodemografik veriler ile karşılaştırılması.

5-9 adet	41	15,51±6,89	15,0 [12,0]	21,46±9,34	20,0 [17,5]	31,51±9,12	36,0 [13,5]	21,61±4,65	23,0 [5,0]	90,09±24,96	92,0 [42,0]
≥10 adet	10	15,90±6,59	16,5 [8,0]	20,80±7,29	21,5 [11,5]	31,90±5,11	33,0 [8,3]	22,80±2,20	23,5 [4,3]	91,40±13,96	90,0 [18,5]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=0,322$		$\chi^2=0,250$		$\chi^2=1,856$		$\chi^2=1,703$		$\chi^2=0,021$	
Olasılık		p=0,851		p=0,883		p=0,395		p=0,427		p=0,990	
<u>İlaç etki bilme</u>											
Evet	154	17,19±6,93	19,0 [14,0]	23,23±8,55	24,5 [16,3]	32,21±7,21	34,0 [11,0]	21,73±4,03	23,0 [6,0]	94,38±21,11	96,0 [33,3]
Hayır	46	12,13±6,87	10,0 [13,0]	17,21±8,40	15,0 [11,5]	25,34±9,13	25,5 [14,3]	19,78±4,78	20,5 [7,5]	74,48±23,27	72,0 [35,5]
İstatistiksel analiz*		Z=-4,036		Z=-3,997		Z=-4,592		Z=-2,664		Z=-4,898	
Olasılık		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p=0,008		p<0,001	
<u>Yan etki bilme</u>											
Evet	60	20,07±5,85	22,0 [7,0]	26,12±7,78	27,5 [13,0]	32,27±6,49	36,0 [11,5]	21,27±4,26	22,0 [6,0]	100,72±19,35	99,0 [28,5]
Hayır	140	14,30±7,08	15,0 [11,0]	20,02±8,69	19,0 [16,0]	29,51±8,61	30,5 [13,0]	21,29±4,30	23,0 [6,0]	85,12±23,11	85,5 [33,5]
İstatistiksel analiz		Z=-5,230		Z=-4,558		Z=-2,835		Z=-0,102		Z=-4,433	
Olasılık		p<0,001		p<0,001		p=0,005		p=0,918		p<0,001	
<u>Recete dışı ilaç</u>											
Evet	27	16,22±6,58	18,0 [12,0]	21,92±7,93	22,0 [17,0]	29,63±6,05	29,0 [11,0]	20,29±4,99	22,0 [8,0]	88,07±17,74	88,0 [29,0]
Hayır	173	16,00±7,34	17,0 [13,0]	21,83±9,02	22,0 [17,0]	30,79±8,49	33,0 [13,0]	21,43±4,15	23,0 [6,0]	90,07±23,91	92,0 [35,5]
İstatistiksel analiz		Z=-0,074		Z=-0,038		Z=-1,396		Z=-1,167		Z=-0,706	
Olasılık		p=0,941		p=0,970		p=0,163		p=0,243		p=0,480	
<u>Diyete uyma</u>											
Evet ⁽¹⁾	52	18,67±5,76	20,0 [8,8]	24,17±8,09	25,0 [15,3]	31,56±7,66	32,5 [12,0]	21,80±3,67	23,0 [6,0]	96,21±20,99	99,0 [27,0]
Hayır ⁽²⁾	89	14,11±7,69	15,0 [16,5]	19,88±9,07	18,0 [17,0]	29,43±9,26	30,0 [14,0]	20,96±4,55	22,0 [6,0]	84,40±24,96	83,0 [37,5]
Bazen ⁽³⁾	59	16,59±6,93	19,0 [13,0]	22,76±8,79	23,0 [17,0]	31,63±6,71	34,0 [10,0]	21,30±4,39	23,0 [6,0]	92,29±20,41	92,0 [31,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=11,439$		$\chi^2=8,655$		$\chi^2=1,619$		$\chi^2=0,822$		F=4,943	
Olasılık		p=0,003		p=0,013		p=0,445		p=0,663		p=0,008	
Fark		[1-2]		[1-2]						[1-2]	
<u>Gelir düzeyi</u>											
Gelir < gider ⁽¹⁾	102	13,78±7,03	14,5 [15,0]	18,52±8,71	17,0 [14,0]	29,27±9,14	31,0 [14,3]	21,39±4,15	23,0 [6,0]	82,96±23,26	84,5 [34,5]
Gelir = gider ⁽²⁾	81	18,60±6,65	20,0 [11,0]	25,60±7,66	27,0 [12,0]	32,31±6,94	34,0 [11,0]	21,29±4,21	23,0 [6,0]	97,81±20,66	100,0 [33,0]

Çizelge 6.2 (Devam) :Sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyutu ve toplam puanlarının sosyodemografik veriler ile karşılaştırılması.

Gelir > gider ⁽³⁾	17	17,23±7,03	19,0 [12,0]	23,94±7,67	25,0 [14,5]	30,88±6,46	30,0 [11,0]	20,59±5,51	23,0 [8,0]	92,64±21,86	98,0 [35,5]
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=20,921$		$\chi^2=29,702$		$\chi^2=4,481$		$\chi^2=0,308$		$\chi^2=18,144$	
Olasılık		p<0,001		p<0,001		p=0,106		p=0,857		p<0,001	
Fark		[1-2]		[1-2,3]						[1-2]	
Hastalığı araştırması											
Evet	66	20,30±5,31	22,0 [6,3]	26,89±6,52	29,0 [11,0]	33,43±6,07	35,0 [10,3]	20,74±4,42	21,0 [5,0]	101,38±16,32	102,5 [23,3]
Hayır	134	13,92±7,12	14,0 [13,5]	19,36±8,83	17,5 [16,0]	29,25±8,76	31,0 [13,3]	21,55±4,21	23,0 [6,0]	84,09±23,91	83,5 [35,3]
İstatistiksel analiz		Z=-5,856		Z=-5,615		Z=-3,175		Z=-1,743		Z=-5,013	
Olasılık		p<0,001		p<0,001		p=0,001		p=0,081		p<0,001	

Çizelge 6,2’de katılımcıların yaş sınıflarına göre bilgiye erişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=20,301$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; <60 yaş grubunda olanlar ile 65-69 ve ≥ 70 yaş grubunda olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. <60 yaş grubunda olanların bilgiye erişim puanları, 65-69 ve ≥ 70 yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Yaş sınıflarına göre bilgiyi anlama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=16,990$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; <60 yaş grubunda olanlar ile 60-64, 65-69 ve ≥ 70 yaş grubunda olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. <60 yaş grubunda olanların bilgiyi anlama puanları, 60-64, 65-69 ve ≥ 70 yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Yaş sınıflarına göre değer biçme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=9,819$; $p=0,020$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; <60 yaş grubunda olanlar ile 65-69 ve ≥ 70 yaş grubunda olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. <60 yaş grubunda olanların değer biçme puanları, 65-69 ve ≥ 70 yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Yaş sınıflarına göre SOY puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=5,664$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için varyansların homojenliği dikkate alınarak yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; <60 yaş grubunda olanlar ile 65-69 ve ≥ 70 yaş grubunda olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. <60 yaş grubunda olanların SOY puanları, 65-69 ve ≥ 70 yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

İlaç kullanma süresi sınıflarına göre değer biçme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=9,24$; $p=0,041$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 10-14 yıldır ilaç kullananlar ile 5-9 ve ≥ 15 yıldır ilaç kullananlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. 10-14 yıldır ilaç kullananların

değer biçme puanları, 5-9 ve ≥ 15 yıldır ilaç kullananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Cinsiyete göre bilgiye erişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-2,872$; $p=0,004$). Erkeklerin bilgiye erişim puanları, kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Cinsiyete göre bilgiyi anlama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-2,426$; $p=0,015$). Erkeklerin bilgiyi anlama puanları, kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Cinsiyete göre SOY puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-2,154$; $p=0,031$). Erkeklerin SOY puanları, kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

BKİ sınıflarına göre değer biçme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=9,245$; $p=0,144$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; fazla kilolu olanlar ile obez olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Obez olanların değer biçme puanları, fazla kilolu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Eğitim düzeyine göre bilgiye erişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=57,001$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; okuryazar olmayanlar ile ilkokul, ortaokul, lise, lisans ve üzeri mezun olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. İlkokul, ortaokul, lise, lisans ve üzeri mezun olanların bilgiye erişim puanları, okuryazar olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. Aynı şekilde, ilkokul mezunu olanlar ile ortaokul, lise, lisans ve üzeri mezun olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Ortaokul, lise, lisans ve üzeri mezun olanların bilgiye erişim puanları, ilkokul mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Eğitim düzeyine göre bilgiyi anlama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=68,502$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; okuryazar olmayanlar ile ilkokul, ortaokul, lise, lisans ve üzeri mezun olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. İlkokul, ortaokul, lise, lisans ve üzeri mezun olanların bilgiyi anlama puanları, okuryazar olmayanlara göre anlamlı

düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. Aynı şekilde, ilkokul mezunu olanlar ile ortaokul, lise, lisans ve üzeri mezun olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Ortaokul, lise, lisans ve üzeri mezun olanların bilgiyi anlama puanları, ilkokul mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Eğitim düzeyine göre değer biçme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=46,043$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; okuryazar olmayanlar ile ilkokul, ortaokul, lise, lisans ve üzeri mezun olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. İlkokul, ortaokul, lise, lisans ve üzeri mezun olanların değer biçme puanları, okuryazar olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. Aynı şekilde, ilkokul mezunu olanlar ile ortaokul mezunu olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ortaokul mezunu olanların değer biçme puanları, ilkokul mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Eğitim düzeyine göre SOY puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=65,554$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; okuryazar olmayanlar ile ilkokul, ortaokul, lise, lisans ve üzeri mezun olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. İlkokul, ortaokul, lise, lisans ve üzeri mezun olanların SOY puanları, okuryazar olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. Aynı şekilde, ilkokul mezunu olanlar ile ortaokul, lise, lisans ve üzeri mezun olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Ortaokul, lise, lisans ve üzeri mezun olanların SOY puanları, ilkokul mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Yaşanan yere göre bilgiye erişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=8,736$; $p=0,013$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; şehir merkezinde yaşayanlar ile köyde yaşayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Şehir merkezinde yaşayanların bilgiye erişim puanları, köyde yaşayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaşanan yere göre bilgiyi anlama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=10,397$; $p=0,006$). Anlamlı farkın hangi gruptan

kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; şehir merkezinde yaşayanlar ile köyde yaşayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Şehir merkezinde yaşayanların bilgiyi anlama puanları, köyde yaşayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Yaşanan yere göre değer biçme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=6,162$; $p=0,046$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; şehir merkezinde yaşayanlar ile köyde yaşayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Şehir merkezinde yaşayanların değer biçme puanları, köyde yaşayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Yaşanan yere göre SOY puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=9,675$; $p=0,008$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; şehir merkezinde yaşayanlar ile köyde yaşayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Şehir merkezinde yaşayanların SOY puanları, köyde yaşayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Düzenli kontrole gitme durumuna göre bilgiye erişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-3,474$; $p<0,001$). Düzenli kontrole gidenlerin bilgiye erişim puanları, düzenli kontrole gitmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Düzenli kontrole gitme durumuna göre bilgiyi anlama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-2,869$; $p=0,004$). Düzenli kontrole gidenlerin bilgiyi anlama puanları, düzenli kontrole gitmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Düzenli kontrole gitme durumuna göre SOY puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-2,457$; $p=0,014$). Düzenli kontrole gidenlerin SOY puanları, düzenli kontrole gitmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Düzenli ilaç kullanma durumuna göre uygulama/kullanma puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=7,708$; $p=0,021$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili

karşılaştırmalar sonucunda; düzenli ilaç kullananlar ile düzenli ilaç kullanmayan ve bazen düzenli ilaç kullananlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Düzenli ilaç kullananların uygulama/kullanma puanları, düzenli ilaç kullanmayan ve bazen düzenli ilaç kullananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

İlaç kullanmada zorluk yaşama durumuna göre bilgiye erişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-2,720$; $p=0,007$). İlaç kullanmada zorluk yaşamayanların bilgiye erişim puanları, ilaç kullanmada zorluk yaşayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

İlaç kullanmada zorluk yaşama durumuna göre değer biçme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-2,228$; $p=0,026$). İlaç kullanmada zorluk yaşamayanların değer biçme puanları, ilaç kullanmada zorluk yaşayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

İlaç kullanmada zorluk yaşama durumuna göre SOY puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($t=-2,852$; $p=0,005$). İlaç kullanmada zorluk yaşamayanların SOY puanları, ilaç kullanmada zorluk yaşayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

İlaçların etkilerini bilme durumuna göre bilgiye erişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-4,036$; $p<0,001$). İlaç etkilerini bilenlerin bilgiye erişim puanları, ilaç etkilerini bilmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

İlaçların etkilerini bilme durumuna göre bilgiyi anlama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-3,997$; $p<0,001$). İlaç etkilerini bilenlerin bilgiyi anlama puanları, ilaç etkilerini bilmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

İlaçların etkilerini bilme durumuna göre değer biçme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-4,592$; $p<0,001$). İlaç etkilerini bilenlerin değer biçme puanları, ilaç etkilerini bilmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

İlaçların etkilerini bilme durumuna göre uygulama/kullanma puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-2,664$; $p=0,008$). İlaç

etkilerini bilenlerin uygulama/kullanma puanları, ilaç etkilerini bilmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

İlaçların etkilerini bilme durumuna göre SOY puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-4,898$; $p<0,001$). İlaç etkilerini bilenlerin SOY puanları, ilaç etkilerini bilmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

İlaçların yan etkilerini bilme durumuna göre bilgiye erişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi. ($Z=-5,230$; $p<0,001$).

İlaç yan etkilerini bilenlerin bilgiye erişim puanları, ilaç yan etkilerini bilmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

İlaçların yan etkilerini bilme durumuna göre bilgiyi anlama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-4,558$; $p<0,001$). İlaç yan etkilerini bilenlerin bilgiyi anlama puanları, ilaç yan etkilerini bilmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

İlaçların yan etkilerini bilme durumuna göre değer biçme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-2,835$; $p=0,005$). İlaç yan etkilerini bilenlerin değer biçme puanları, ilaç yan etkilerini bilmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

İlaçların yan etkilerini bilme durumuna göre SOY puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-4,433$; $p<0,001$). İlaç yan etkilerini bilenlerin SOY puanları, ilaç yan etkilerini bilmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Diyete uyma durumuna göre bilgiye erişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=11,439$; $p=0,003$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; diyetle uyanlar ile diyetle uymayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Diyetle uyanların bilgiye erişim puanları, diyetle uymayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Diyete uyma durumuna göre bilgiyi anlama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=8,655$; $p=0,013$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili

karşılaştırmalar sonucunda; diyetle uyayanlar ile diyetle uymayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Diyetle uyayanların bilgiyi anlama puanları, diyetle uymayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Diyetle uyma durumuna göre SOY puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($F=4,943$; $p=0,008$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için varyansların homojenliği dikkate alınarak yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; diyetle uyayanlar ile diyetle uymayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Diyetle uyayanların SOY puanları, diyetle uymayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Gelir düzeyine göre bilgiye erişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=20,291$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; gelir giderden az olanlar ile gelir gidere eşit olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Gelir gidere eşit olanların bilgiye erişim puanları, gelir giderden az olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Gelir düzeyine göre bilgiyi anlama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=29,702$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; gelir giderden az olanlar ile gelir gidere eşit ve gelir giderden fazla olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Gelir gidere eşit ve gelir giderden fazla olanların bilgiyi anlama puanları, gelir giderden az olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Gelir düzeyine göre SOY puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=18,144$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; gelir giderden az olanlar ile gelir gidere eşit olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Gelir gidere eşit olanların SOY puanları, gelir giderden az olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Hastalığı araştırma durumuna göre bilgiye erişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-5,856$; $p<0,001$). Hastalığı

araştıranların bilgiye erişim puanları, hastalığı araştırmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Hastalığı araştırma durumuna göre bilgiyi anlama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-5,856$; $p<0,001$). Hastalığı araştıranların bilgiyi anlama puanları, hastalığı araştırmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Hastalığı araştırma durumuna göre değer biçme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-3,175$; $p=0,001$). Hastalığı araştıranların değer biçme puanları, hastalığı araştırmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Hastalığı araştırma durumuna göre SOY puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-5,013$; $p<0,001$). Hastalığı araştıranların SOY puanları, hastalığı araştırmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

4.3 İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği ve Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği Alt Boyutu Puanlarının Sosyodemografik Veriler ile Karşılaştırılması

Çizelge 6.3 : İlaça uyum hakkındaki inançlar ölçeği ve diyetle uyum hakkındaki inançlar ölçeği alt boyutu puanlarının sosyodemografik veriler ile karşılaştırılması.

Değişken (n=200)	n	İlaça uyum hakkındaki inançlar ölçeği				Diyete uyum hakkındaki inançlar ölçeği			
		Yarar – İU $\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	Engel - İU $\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	Yarar – DU $\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	Engel - DU $\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Yaş sınıfları									
<60	62	17,25±4,38	18,0 [5,0]	18,96±4,85	19,0 [7,0]	23,81±5,43	25,0 [7,5]	11,50±4,36	11,0 [6,0]
60-64	42	18,83±4,10	19,0 [5,0]	20,00±4,04	20,0 [4,0]	24,26±6,09	25,0 [11,0]	12,02±4,59	12,0 [6,0]
65-69	44	18,47±2,99	18,0 [3,0]	22,06±4,95	22,5 [8,0]	24,25±4,84	24,5 [5,5]	12,36±4,16	13,0 [3,8]
≥70	52	18,09±2,97	19,0 [4,0]	21,65±4,20	22,0 [5,8]	24,08±4,01	24,0 [5,5]	13,26±3,70	14,0 [3,8]
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=4,726$		$\chi^2=16,000$		$\chi^2=0,327$		$\chi^2=6,887$	
Olasılık		p=0,193		p<0,001		p=0,955		p=0,076	
Fark				[1-3,4]					
İlaç kullanma									
<5 yıl	37	17,16±3,46	18,0 [3,0]	20,14±4,38	19,0 [4,0]	22,92±4,89	23,0 [7,5]	13,16±4,09	14,0 [5,0]
5-9 yıl	43	17,69±3,64	18,0 [4,0]	20,65±4,16	21,0 [5,0]	24,16±5,11	25,0 [5,0]	11,53±3,90	11,0 [5,0]
10-14 yıl	44	18,14±4,28	18,0 [4,8]	20,47±5,23	20,5 [5,8]	23,11±5,36	24,0 [6,5]	11,11±3,94	12,0 [5,8]
≥15 yıl	76	18,69±3,52	19,0 [3,8]	20,78±4,89	20,5 [6,8]	25,14±4,88	25,0 [6,0]	12,89±4,48	13,0 [5,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=6,736$		$\chi^2=0,480$		$\chi^2=7,321$		$\chi^2=7,201$	
Olasılık		p=0,081		p=0,923		p=0,062		p=0,066	
Cinsiyet									
Kadın	81	18,45±3,81	19,0 [3,5]	21,19±4,42	21,0 [6,0]	25,02±4,47	25,0 [4,5]	12,43±4,21	13,0 [6,0]
Erkek	119	17,82±3,68	18,0 [4,0]	20,14±4,86	19,0 [6,0]	23,42±5,39	24,0 [9,0]	12,14±4,25	12,0 [5,0]
İstatistiksel analiz		Z=-1,248		Z=-1,669		Z=-2,212		Z=-0,551	
Olasılık		p=0,212		p=0,095		p=0,027		p=0,581	
BKİ									
Normal	33	17,88±3,86	19,0 [5,0]	20,76±4,75	21,0 [5,5]	24,97±4,61	25,0 [4,5]	13,27±5,19	13,0 [7,5]
Fazla kilolu	86	18,09±3,67	18,0 [3,3]	20,59±4,32	21,0 [6,0]	24,36±5,24	25,0 [7,0]	12,38±4,17	13,0 [6,0]
Obez	81	18,14±3,79	18,0 [3,0]	20,45±5,11	19,0 [6,0]	23,39±5,09	23,0 [7,5]	11,71±3,80	12,0 [5,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=0,231$		$\chi^2=0,477$		$\chi^2=3,229$		$\chi^2=2,393$	
Olasılık		p=0,891		p=0,788		p=0,199		p=0,302	
Medeni durum									

Çizelge 6.3 (Devam) : İlaça uyum hakkındaki inançlar ölçeği ve diyetle uyum hakkındaki inançlar ölçeği alt boyutu puanlarının sosyodemografik veriler ile karşılaştırılması.

Evli	161	17,93±3,69	18,0 [4,0]	20,39±4,66	20,0 [5,0]	24,10±5,04	25,0 [7,0]	12,49±4,28	13,0 [6,0]
Bekar	39	18,67±3,68	19,0 [5,0]	21,25±4,86	21,0 [6,0]	23,92±5,39	24,0 [7,0]	11,28±3,90	12,0 [6,0]
İstatistiksel analiz*		Z=-1,145		Z=-0,846		Z=-0,204		Z=-1,433	
Olasılık		p=0,252		p=0,398		p=0,838		p=0,152	
Eğitim düzeyi									
Okuryazar değil ⁽¹⁾	30	18,77±3,64	19,0 [4,5]	21,77±4,49	21,5 [6,5]	24,40±4,93	25,0 [6,0]	14,23±4,55	14,0 [4,3]
İlkokul ⁽²⁾	116	18,22±3,59	18,0 [3,0]	20,94±4,79	21,0 [6,0]	24,05±4,88	24,0 [6,8]	12,24±4,04	12,5 [5,0]
Ortaokul ⁽³⁾	24	18,96±3,31	19,0 [3,8]	20,16±4,09	19,5 [4,8]	24,88±5,07	25,0 [8,9]	12,38±4,36	13,0 [6,0]
Lise ⁽⁴⁾	17	16,35±3,69	17,0 [5,0]	18,76±5,31	19,0 [8,5]	22,65±6,49	25,0 [10,0]	10,71±3,80	9,0 [4,0]
Lisans ve üzeri ⁽⁵⁾	13	15,77±4,79	15,0 [8,0]	17,46±2,84	18,0 [4,0]	23,84±5,71	24,0 [6,5]	9,69±3,68	9,0 [6,5]
İstatistiksel analiz		χ ² =9,328		F=2,867		F=0,515		χ ² =13,969	
Olasılık		p=0,053		p=0,024		p=0,725		p=0,007	
Fark				[1-5]				[1-4,5]	
Yaşanan yer									
Şehir merkezi	89	18,02±3,91	18,0 [3,5]	21,14±4,90	20,0 [6,0]	24,37±5,61	25,0 [8,0]	11,51±4,14	12,0 [5,5]
İlçe	65	18,03±3,67	18,0 [4,0]	19,89±4,41	19,0 [6,0]	23,92±4,53	24,0 [4,0]	13,05±4,50	13,0 [5,0]
Köy	46	18,23±3,53	18,5 [3,0]	20,39±4,66	21,0 [5,3]	23,69±4,85	24,0 [5,5]	12,58±3,81	13,0 [5,0]
İstatistiksel analiz		χ ² =0,244		χ ² =1,615		χ ² =1,244		χ ² =4,337	
Olasılık		p=0,885		p=0,446		p=0,537		p=0,114	
Yaşanan kişi									
Yalnız	20	19,05±4,05	20,0 [5,5]	19,20±4,47	19,0 [7,0]	24,40±5,16	23,5 [9,3]	11,30±4,09	11,0 [5,0]
Sadece eşiyle	98	17,76±3,71	18,0 [4,0]	21,05±4,72	20,5 [6,0]	23,78±5,40	24,5 [8,0]	12,68±3,93	13,0 [5,0]
Sadece çocuk	19	19,00±3,41	19,0 [5,0]	22,36±4,21	23,0 [8,0]	26,05±3,89	26,0 [6,0]	12,52±3,37	13,0 [3,0]
Eşi ve çocuklar	55	18,03±3,91	18,0 [4,0]	20,01±4,54	20,0 [6,0]	23,94±4,64	24,0 [4,0]	12,07±5,04	12,0 [6,0]
Akraba/diğer	8	17,62±2,50	18,5 [2,0]	17,50±5,50	17,0 [7,5]	22,88±6,40	24,5 [10,3]	10,25±3,53	9,5 [5,0]
İstatistiksel analiz		χ ² =3,583		χ ² =7,130		χ ² =2,989		χ ² =4,651	
Olasılık		p=0,465		p=0,129		p=0,560		p=0,325	
Düzenli kontrol									
Evet	106	18,27±3,87	19,0 [3,3]	20,44±4,39	21,0 [5,0]	24,69±4,96	25,0 [5,0]	12,51±4,30	13,0 [6,0]
Hayır	94	17,85±3,58	18,0 [3,3]	20,70±5,04	20,0 [6,0]	23,36±5,44	23,0 [8,3]	11,96±4,14	12,0 [5,0]
İstatistiksel analiz*		Z=-1,042		Z=-0,075		Z=-1,975		Z=-1,243	
Olasılık		p=0,297		p=0,940		p=0,048		p=0,214	
Düzenli ilaç									
Evet ⁽¹⁾	169	18,16±3,63	18,0 [3,0]	19,83±4,33	19,0 [5,5]	24,22±4,84	25,0 [5,0]	12,24±4,29	13,0 [5,5]
Hayır ⁽²⁾	21	17,00±4,69	17,0 [8,5]	23,81±4,99	24,0 [9,5]	22,19±6,78	21,0 [10,5]	11,95±4,12	12,0 [6,0]
Bazen ⁽³⁾	10	18,90±2,96	19,0 [4,5]	26,20±3,67	26,0 [7,5]	25,40±4,67	24,5 [9,0]	13,20±3,61	12,5 [6,0]
İstatistiksel analiz		χ ² =2,065		χ ² =25,020		χ ² =2,673		χ ² =0,435	

Çizelge 6.3 (Devam): İlaça uyum hakkındaki inançlar ölçeği ve diyetle uyum hakkındaki inançlar ölçeği alt boyutu puanlarının sosyodemografik veriler ile karşılaştırılması.

Olasılık Fark	p=0,356			p<0,001 [1-2,3]		p=0,263		p=0,804	
İlaçta zorluk									
Evet	51	17,43±3,69	17,0 [5,0]	23,35±4,93	24,0 [8,0]	22,54±6,1	24,0 [9,0]	12,27±4,17	13,0 [6,0]
Hayır	149	18,29±3,73	18,0 [3,0]	19,61±4,23	19,0 [5,0]	24,59±4,57	25,0 [6,0]	12,25±4,26	13,0 [5,0]
İstatistiksel analiz	Z=-1,534			Z=-4,643		Z=-1,915		Z=-0,231	
Olasılık Fark	p=0,125			p<0,001		p=0,055		p=0,817	
Günlük ilaç <5 adet ⁽¹⁾	149	17,93±3,86	18,0 [4,0]	20,07±4,49	19,0 [5,0]	23,94±5,09	24,0 [6,5]	12,26±4,29	13,0 [6,0]
5-9 adet ⁽²⁾	41	18,65±3,37	19,0 [4,0]	21,24±4,73	21,0 [7,0]	24,46±5,15	25,0 [7,5]	11,73±3,73	12,0 [5,5]
≥10 adet ⁽³⁾	10	17,90±3,18	18,5 [3,8]	22,00±6,34	24,0 [8,0]	24,30±5,18	24,0 [7,0]	14,40±4,94	15,0 [9,8]
İstatistiksel analiz	χ ² =1,593			χ ² =6,402		χ ² =0,478		χ ² =1,950	
Olasılık Fark	p=0,451			p=0,041 [1-3]		p=0,788		p=0,377	
İlaç etki bilme									
Evet	154	18,01±3,78	18,0 [3,0]	20,05±4,61	19,0 [6,0]	24,20±5,19	25,0 [7,0]	12,03±4,45	12,0 [5,0]
Hayır	46	18,29±3,62	19,0 [4,0]	22,30±4,66	22,0 [7,3]	23,61±4,75	24,0 [6,3]	13,02±3,32	13,0 [4,3]
İstatistiksel analiz*	Z=-0,181			Z=-2,723		Z=-1,036		Z=-1,794	
Olasılık Fark	p=0,856			p=0,006		p=0,300		p=0,073	
Yan etki bilme									
Evet	60	17,30±3,88	18,0 [4,0]	19,52±4,48	19,0 [7,0]	24,06±4,89	25,0 [3,0]	12,20±4,14	13,0 [5,0]
Hayır	140	18,41±3,63	19,0 [3,0]	21,01±4,73	20,5 [6,0]	24,07±5,19	24,0 [8,0]	12,28±4,28	12,0 [6,0]
İstatistiksel analiz	Z=-1,321			Z=-1,771		Z=-0,335		Z=-0,042	
Olasılık Fark	p=0,186			p=0,077		p=0,738		p=0,967	
Reçete dışı ilaç									
Evet	27	18,26±2,96	18,0 [3,0]	21,07±3,94	20,0 [4,0]	24,82±4,42	25,0 [7,0]	13,37±3,92	13,0 [5,0]
Hayır	173	18,05±3,84	18,0 [3,5]	20,49±4,81	20,0 [6,0]	23,95±5,19	24,0 [6,5]	12,08±4,26	12,0 [6,0]
İstatistiksel analiz	Z=-0,257			Z=-0,429		Z=-0,465		Z=-1,681	
Olasılık Fark	p=0,797			p=0,668		p=0,642		p=0,093	
Diyete uyma									
Evet ⁽¹⁾	52	18,38±4,06	18,5 [3,0]	20,08±4,52	21,0 [5,0]	25,44±4,01	25,5 [5,0]	12,01±4,98	12,0 [6,8]
Hayır ⁽²⁾	89	17,69±3,59	17,0 [4,0]	20,66±5,32	20,0 [7,0]	22,51±5,43	23,0 [7,0]	12,28±3,79	12,0 [6,0]
Bazen ⁽³⁾	59	18,39±3,64	19,0 [3,0]	20,84±3,91	20,0 [5,0]	25,22±4,83	25,0 [7,0]	12,44±4,19	13,0 [6,0]
İstatistiksel analiz	χ ² =2,894			χ ² =0,136		χ ² =14,292		χ ² =0,337	
Olasılık Fark	p=0,235			p=0,934		p<0,001 [2-1,3]		p=0,845	

Çizelge 6.3 (Devam): İlaça uyum hakkındaki inançlar ölçeği ve diyetle uyum hakkındaki inançlar ölçeği alt boyutu puanlarının sosyodemografik veriler ile karşılaştırılması.

Gelir düzeyi									
Gelir < gider ⁽¹⁾	102	18,53±3,73	19,0 [3,3]	20,79±4,85	19,5 [6,0]	23,73±5,51	24,0 [8,3]	11,96±4,54	12,0 [6,0]
Gelir = gider ⁽²⁾	81	17,28±3,81	18,0 [5,0]	20,34±4,65	21,0 [5,0]	23,90±4,56	25,0 [5,0]	12,24±3,67	13,0 [5,0]
Gelir > gider ⁽³⁾	17	19,12±2,61	19,0 [3,5]	20,76±4,09	21,0 [6,5]	26,88±4,15	27,0 [6,5]	14,12±4,49	14,0 [6,0]
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=5,743$		$\chi^2=0,181$		$\chi^2=7,210$		$\chi^2=2,998$	
Olasılık		p=0,057		p=0,914		p=0,027		p=0,223	
Fark						[1,2-3]			
Hastalığı araştırması									
Evet	66	17,53±4,13	18,0 [5,0]	20,23±4,60	20,5 [6,3]	23,96±5,34	25,0 [7,0]	12,71±4,53	13,0 [6,3]
Hayır	134	18,34±3,51	18,0 [3,0]	20,73±4,76	20,0 [5,0]	24,12±4,98	24,0 [6,3]	12,03±4,06	12,0 [6,0]
İstatistiksel analiz		Z=-1,017		Z=-0,477		Z=-0,143		Z=-0,813	
Olasılık		p=0,309		p=0,633		p=0,886		p=0,416	

Çizelge 6,3’de araştırmaya katılanların yaş sınıflarına göre engel - İU puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=16,000$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; <60 yaş grubunda olanlar ile 65-69 ve ≥ 70 yaş grubunda olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. 65-69 ve ≥ 70 yaş grubunda olanların engel - İU puanları, <60 yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Cinsiyete göre yarar - DU puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-2,212$; $p=0,027$). Kadınların yarar - DU puanları, erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Eğitim düzeyine göre engel - İU puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($F=2,867$; $p=0,024$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için varyansların homojenliği dikkate alınarak yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; okuryazar olmayanlar ile lisans ve üzeri mezun olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Okuryazar olmayanların engel - İU puanları, lisans ve üzeri mezun olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Eğitim düzeyine göre engel - DU puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=13,969$; $p=0,007$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; okuryazar olmayanlar ile lise, lisans ve üzeri mezun olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Okuryazar olmayanların engel - DU puanları, lise, lisans ve üzeri mezun olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Düzenli kontrole gitme durumuna göre yarar - DU puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-1,975$; $p=0,048$). Düzenli kontrole gidenlerin yarar - DU puanları, düzenli kontrole gitmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Düzenli ilaç kullanma durumuna göre engel - İU puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=25,020$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; düzenli ilaç kullananlar ile düzenli ilaç kullanmayan ve bazen düzenli ilaç kullananlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Düzenli ilaç

kullanmayanların ve bazen düzenli ilaç kullananların engel - İU puanları, düzenli ilaç kullananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

İlaç kullanmada zorluk yaşama durumuna göre engel - İU puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-4,643$; $p<0,001$). İlaç kullanmada zorluk yaşayanların engel - İU puanları, ilaç kullanmada zorluk yaşamayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Günlük tüketilen ilaç sayısı sınıflarına göre engel - İU puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=6,402$; $p=0,041$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; <5 adet ilaç kullananlar ile ≥ 10 adet ilaç kullananlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. ≥ 10 adet ilaç kullananların engel - İU puanları, <5 adet ilaç kullananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

İlaçların etkilerini bilme durumuna göre engel - İU puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-2,723$; $p=0,006$). İlaç etkilerini bilmeyenlerin engel - İU puanları, ilaç etkilerini bilenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Diyete uyma durumuna göre yarar - DU puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=14,292$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; diyeteye uyanlar ve bazen uyanlar ile diyeteye uymayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Diyeteye uyanlar ve bazen uyanların yarar - DU puanları, diyeteye uymayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

Gelir düzeyine göre yarar - DU puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=7,210$; $p=0,027$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; gelir giderden az ve gelir gidere eşit olanlar ile gelir giderden fazla olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Gelir giderden fazla olanların yarar - DU puanları, gelir giderden az ve gelir gidere eşit olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.

4.4 İlaça Uyum İnançlar Ölçeği ve Diyetle Uyum İnançlar Ölçeği Alt Boyutları İle Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının İlişkilerinin İncelenmesi

Çizelge 6.4:İlaça uyum inançlar ölçeği ve diyetle uyum inançlar ölçeği alt boyutları ile sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyutu ve toplam puanlarının ilişkilerinin incelenmesi

Korelasyon* (N=200)		İlaça uyum inançlar ölçeği		Diyete uyum inançlar ölçeği	
		Yarar - İÜ	Engel - İÜ	Yarar – DU	Engel - DU
Sağlık okuryazarlığı ölçeği					
Bilgiye erişim	r	0,061	-0,184	0,201	-0,046
	p	0,390	0,009	0,004	0,518
Bilgiyi anlama	r	-0,010	-0,195	0,144	-0,155
	p	0,883	0,006	0,042	0,028
Değer biçme	r	0,089	-0,271	0,152	-0,317
	p	0,212	<0,001	0,032	<0,001
Uygulama/kullanma	r	0,197	-0,205	0,167	-0,130
	p	0,005	0,004	0,018	0,066
SOY	r	0,078	-0,264	0,202	-0,201
	p	0,273	<0,001	0,004	0,004

Çizelge 6,4’de yarar – İU ile uygulama/kullanma arasında pozitif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,197$; $p=0,005$). Yarar – İU arttıkça, uygulama/kullanma arttı.

Engel – İU ile bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değer biçme, uygulama/kullanma ve SOY arasında negatif yönde, çok zayıf/zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,05$). Engel – İU arttıkça, bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değer biçme, uygulama/kullanma ve SOY azaldı.

Yarar – DU ile bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değer biçme, uygulama/kullanma ve SOY arasında pozitif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,05$). Yarar – DU arttıkça, bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değer biçme, uygulama/kullanma ve SOY arttı.

Engel – DU ile bilgiyi anlama, değer biçme ve SOY arasında negatif yönde, çok zayıf/zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,05$). Engel – DU arttıkça, bilgiyi anlama, değer biçme ve SOY azaldı.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde AKS'li hastaların sosyodemografik verilerle SOY, İUHIÖ ve DUHIÖ arasındaki bulgular tartışıldı.

5.1 Sağlık Okuryazarlığı, İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği ve Diyete Uyum Hakkındaki İnanç Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışması

Çalışmamızda SOY alt boyut puanları olan Bilgiye Erişim $16,03 \pm 7,22$, Bilgileri Anlama $21,85 \pm 8,87$, Değer Bıçme $30,64 \pm 8,20$, Uygulama $21,29 \pm 4,28$ ve toplam SOY puanı $89,80 \pm 23,14$ olarak bulundu. Aras ve Bayık Temel' in (2017), yaptıkları çalışmalarında Bilgiye Erişim, $19,56 \pm 3,1$, Bilgileri Anlama, $24,32 \pm 4,5$, Değer Bıçme, $30,08 \pm 4,7$, Uygulama ve SOY toplam puanını ise $18,64 \pm 3,2$ olarak belirtti. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 125'tir. Ekenler (2022)'in kalp yetersizliği (KY) hastalarında sağlık okuryazarlığı ve hastalık algısı ilişkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmasında SOY toplam puanı $87,67 \pm 18,59$ olarak bulundu. Bizim sonucumuzun literatürle uyumlu ve AKS'lu hastaların SOY düzeylerinin iyi durumda olduğu söylenebilir. Burada unutulmaması gereken bir noktada, sağlık okuryazarlığı kültürel etmenlerden, yaş, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum ve bilgi kaynaklarından etkilenebilen bir kavramdır. Bu nedenle de hasta gruplarının özelliklerine değişkenlik gösterebilir.

Çalışmamızda ilaca ve diyete uyum alt boyutları puanlarına bakıldığında ilaca uyum engel ve diyete uyum yarar alt boyut puanların yüksek olduğu görüldü. Literatürde AKS'lu hastaların diyet ve ilaç uyumunu inceleyen birebir çalışma bulunmamaktadır. Genellikle kalp yetersizliği ve hipertansiyon üzerine yoğunlaşmıştır. Taner (2023)'in KY'li hastalarda hastalık algısı, ilaca ve diyete uyumu incelediği çalışmasında da, Yıldız ve Dayapoğlu (2017)'nin KY'li hastalarda yaptığı çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde ilaca uyum engel diyete uyum yarar alt boyutlarının daha yüksek olduğu bulundu. Bulgumuzdan farklı sonuçlarda literatürde yer almaktadır. Hiçerimez (2019)'in KY'li hastalarda özbakımın diyet ve ilaca uyumunu belirlemek için yaptığı çalışmasında, Sarıtaş ve Dural (2020)'in KY'li

hastalarda yaptığı çalışmasında, Demirci ve Akten (2023)'in KY'li hastalarda yaptıkları çalışmasında ilaca ve diyetle uyum yarar alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu bulundu. Oğuz ve diğerleri (2019)'nin Hipertansiyonlu hastalarda diyet ve ilaç uyum düzeylerini değerlendirdikleri çalışmada da ilaca ve diyetle uyum yarar alt boyut puanlarının yüksek olduğu bulundu. Kronik hastalıkların önemli noktalarında biride tedavi rejimine uyumdur. Ancak kronik hastalıklar uzun süre bakım ve tedavi gerektirmesi nedeniyle bireylerin uyum göstermesi de zor olabilmektedir (Bilgiç ve Pehlivan, 2023). Çalışmamızdaki ilaç uyumu engel algısının yüksek olmasını bireylerin ilaç uyumunu tam yerine getiremedikleri kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz.

5.2 Sosyodemografik Özellikler ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Bulgularının Tartışması

Çalışmamızda yaş arttıkça SOY alt boyut ve toplam puanlarının azaldığı ve anlamlı olduğu bulundu. Tad (2021)'in, hipertansiyon tanısı alan hastalarda sağlık okuryazarlığı, ilaç uyumu ve yaşam kalitesi ilişkisini belirlemek amaçlı yaptığı çalışmasında ise 30-45 yaş grubunda SOY puanlarının daha yüksek ve anlamlı olduğu görüldü. Erdoğan Yüce ve Muz (2023)'un, kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığı ve hastalığa uyumu değerlendirme isimli çalışmalarında 20-40 yaş arası bireylerde SOY puanlarının daha yüksek ve anlamlı olduğu bulundu. Farklı bir sonuç olarak da Zakeri ve diğerleri (2023)'nin AKS'lu hastalarda sağlık okuryazarlığı, tedaviye uyum ve yaşam kalitesini incelediği çalışmasında ise yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttığını belirtti. Literatürde yaş arttıkça bilişsel fonksiyonların azalması nedeniyle sağlık okuryazarlığının azaldığı belirtilmektedir (Gözlü, 2020). Bulgumuz literatürü destekler niteliktedir.

Cinsiyetler açısından bakıldığında erkeklerde kadınlardan SOY alt boyut ve toplam puanlarının daha yüksek ve anlamlı olduğu bulundu. Karakuş Özen (2022)'in hipertansiyonlu hastalarda sağlık okuryazarlığı ve ilaç uyumunu inceleyen çalışmasında kadınların SOY puanlarının erkeklere göre düşük olduğu belirlendi. Ekenler (2022)'in Kalp Yetersizliği hastaları ile yaptığı sağlık okuryazarlığı ve hastalık algısı ilişkisini inceleyen çalışmasında SOY cinsiyete göre bir fark bulunmazken, bilgiye erişim boyutunda erkeklerin puan ortalaması kadınlara göre daha yüksek bulundu.

Öğrenim düzeyi arttıkça SOY alt boyut ve toplam puanlarının arttığı ve anlamlı olduğu bulundu. Ekenler (2022)'in Kalp Yetersizliği hastaları ile yaptığı sağlık okuryazarlığı ve hastalık algısı ilişkisini inceleyen çalışmasında ve Tad (2021)'in hipertansiyon tanısı alan hastalarda sağlık okuryazarlığı, ilaç uyumu ve yaşam kalitesi ilişkisini inceleyen çalışmasında, Liu ve diğerleri (2020)'nin kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığı belirlemek için yaptığı çalışmasında da eğitim düzeyi arttıkça SOY alt boyut ve puanlarının arttığı bulundu. Yıldırak (2023)'in kronik hastalığı olan yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı ve özetkililiğini incelediği çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça SOY alt boyut ve toplam puanlarının arttığı ve anlamlı olduğu bulundu.

Bireylerin yaşadığı yere göre sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalamalarında şehir merkezinde yaşayanların ilçe ve köylerde yaşayanlara göre SOY alt boyut ve toplam puanlarının daha yüksek ve anlamlı olduğu görüldü. Tad (2021)'in, hipertansiyon tanısı alan hastalarda sağlık okuryazarlığı, ilaç uyumu ve yaşam kalitesi ilişkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında, Doğrucan Katrancı (2019)'nın hipertansiyon tanılı hastalarda ilaç uyumu ve sağlık okuryazarlığı ilişkisini incelediği çalışmasında da şehir merkezinde yaşayanların SOY puanlarının daha yüksek ve anlamlı olduğu görüldü.

Çalışmamızda düzenli doktor kontrolüne gidenlerde bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama ve SOY toplam puanlarının gitmeyenlere göre yüksek ve anlamlı olduğu bulundu. Tad (2021)'in hipertansiyon tanısı alan hastalarda sağlık okuryazarlığı, ilaç uyumu ve yaşam kalitesi ilişkisini incelediği çalışmasında HT nedeniyle düzenli doktor kontrolüne gidenlerde gitmeyenlere göre SOY puanların da anlamlılık olmasa da yüksek olduğu bulundu.

Çalışmamızda ilaç kullanmakta zorluk çekenlerin çekmeyenlere göre bilgiye erişim, değer biçme ve SOY toplam puanlarının daha düşük ve anlamlı olduğu bulundu. Kullandığı ilaçların etki ve yan etkilerini bilenlerin bilmeyenlere göre tüm SOY alt boyut ve toplam puanları yüksek ve anlamlı bulundu. Karakuş Özen (2022)'in hipertansiyonlu hastalarda sağlık okuryazarlığı ve ilaç uyumunu inceleyen çalışmasında ilaçlarının yan etkilerini bilme, ilaç tedavisine uyma gibi özelliklerle SOY puanları arasında bir anlamlılık görülmedi. Ortaya çıkan sonucumuzun örneklem grubunun bireysel özelliklerinden kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz.

Diyete uyanlarda uymayanlara göre bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve SOY toplam puanlarının daha yüksek ve anlamlı olduğu bulundu. Tad (2021)'in hipertansiyon tanısı alan hastalarda sağlık okuryazarlığı, ilaç uyumu ve yaşam kalitesi çalışmasında diyetine uyanlarda uymayanlara göre SOY puanlarının daha yüksek ve anlamlı olduğu bulundu.

Ekonomik düzeyi gelir=gider olanlarda gelir<gider olanlara göre bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve SOY toplam puanlarının daha yüksek ve anlamlı olduğu bulundu. Tad (2021)'in hipertansiyonlu hastalarda sağlık okuryazarlığı, ilaç uyumu ve yaşam kalitesi çalışmasında gelir>gideri fazla olanların SOY alt boyut ve toplam puanlarının daha fazla olduğu bulundu. Ekenler (2022)'in Kalp Yetersizliği hastaları ile yaptığı sağlık okuryazarlığı ve hastalık algısı ilişkisini inceleyen çalışmasında ekonomik durumu iyi olanların SOY toplam puanlarının diğerlerine göre daha yüksek ve anlamlı olduğu bulundu. Yıldırak (2023)'in kronik hastalığı olan yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı ve özetkililiğini incelediği çalışmasında ekonomik durumun sağlık okuryazarlığına bir etkisi olmadığı bulundu. Bizim çalışmamızdaki farklılığın örneklem grubumuzun özelliklerinden kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz.

5.3 Sosyodemografik Özellikler, İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği ve Diyetle Uyum Hakkındaki İnanç Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Bulgularının Tartışması

Çalışmamızda yaş arttıkça ilaca uyum engel alt boyut puanlarının arttığı ve anlamlı olduğu bulundu. Literatürde medikal tedaviye uyumsuzluğun en önemli faktörlerinden birinin yaşın artması olarak belirtilmektedir (Polanska ve diğerleri, 2020). Farklı bir sonuç olarak da; Zakeri ve diğerleri (2023)'nin AKS'lu hastalarda sağlık okuryazarlığı, tedaviye uyum ve yaşam kalitesini incelediği çalışmasında ise yaşın medikal tedaviyle ilişkisi olmadığını belirtti. Amininasab ve diğerleri (2021)'nin kalp yetersizliği olan hastalarda tedaviye uyumu incelediği çalışmasında yaş gruplarına göre anlamlılık olmadığını belirtti.

Cinsiyete göre bakıldığında kadınlarda diyetle uyum yarar puanlarının erkeklere göre daha yüksek ve anlamlı olduğu bulundu. Ausili ve diğerleri (2016)'nin KY'li diyabetli hastalarda yaptığı çalışmasında cinsiyet faktörünün kişisel bakımı etkileyen önemli bir faktör olduğunu belirtmektedir. Yıldız ve Dayapoğlu

(2017)'nın, Demirci ve Akten (2023)'in KY'li hastalarla yaptıkları çalışmasında kadın hastaların erkek hastalara göre diyetle uyum inançlarının daha yüksek olduğu bulundu. Bulgumuzun aksine Hiçerimez (2019)'in çalışmasında cinsiyet faktörüne göre DUHIÖ ölçek alt boyut ve toplam puanları arasında herhangi bir anlamlılık bulunmadığı görüldü. Tülüce ve Kartal (2021)'in koroner arter hastalığının yönetimin de cinsiyet farklılığının etkisini inceledikleri çalışmalarında tuz kısıtlı beslenme, günlük meyve-sebze tüketim miktarı incelendiğinde kadın erkek cinsiyet arasında farklılık bulunmadığı belirtildi.

Eğitim seviyesi düştükçe diyetle ve ilaca uyum hakkındaki inançlar ölçeği engel alt boyut puanlarının arttığı ve anlamlı olduğu bulundu. Literatürde Sobhi ve diğerleri (2022)'nin akut koroner sendromlu hastalarda yaptığı kalitatif çalışmada katılım sağlayan hastalar özellikle eğitim düzeyleri düşük bireylerin ilaç uyumunu sağlayamadıklarını belirtti. Tuna (2019)'nin akut miyokard infarktüsü geçiren hastalarda planlı taburculuk eğitiminin sağlık bilgi ve inançlarına etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yaptığı çalışmasında ikinci görüşmede; kontrol grubuna göre girişim grubunda İUHİÖ yarar alt boyut puanlarının arttığı, engel alt boyut puanlarının ise azaldığı, DUHIÖ yarar alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu bulundu. Amininasab ve diğerleri (2018)'nin, KY'li hastaların ilaç uyumunu etkileyen faktörleri belirleyen çalışmasında eğitim seviyesi arttıkça ilaca uyumunun arttığını belirtti.

Hastalığı nedeniyle düzenli kontrole gidenlerde DUHIÖ yarar alt boyut puanlarının uymayanlara göre anlamlı ve yüksek olduğu bulundu. Demirci ve Akten (2023)'in KY'li hastalarda diyet ve ilaç uyumunu inceledikleri çalışmasında düzenli kontrole gidenlerde diyetle uyum yarar/engel puanlarında bir anlamlılık görülmeydi.

İlaçlarını düzenli kullanmayanlarda, ilaç kullanmakta zorluk çekenlerde ve kullandığı ilaç sayısı günlük 10 tane üzerinde olanlarda ve ilaçlarının etkilerini bilmeyenlerde ilaca uyum hakkında inançlar ölçeği engel alt boyut puanlarının diğerlerine göre daha yüksek ve anlamlı olduğu bulundu. Avcı ve diğerleri (2020)'nin ülkemizde kardiyovasküler hastalıklarda ilaç tedavisine uyum ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yaptıkları çalışmalarında ilaç uyumlarının düşük ve hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri açısından ilaç tedavisine uyumları arasında önemli fark bulunmadığını belirtti. Alomari ve diğerleri (2022)'nin kardiyovasküler hastalıklarda ilaç uyumunu incelediği dokuz meta analiz

çalışmasında ilaca uyumun ortalama %53,2 olduğunu belirtti. İlaç tedavisine uyumsuzluğun nedenleri arasında kişisel faktörler, tedavi rejimlerinin anlaşılması ve karmaşıklığı, ilaç bilgisi ve yapısal engellerin yer aldığını belirtti. Farklı bir görüş olarak da Aminisab ve diğerleri (2021)'nin çalışmasında yapılan lojistik regresyon analizi sonucuna göre demografik ve klinik özelliklerin hiçbirinin ilaç uyumu için anlamlı bir belirleyici olmadığı bulundu. Sobhi ve diğerleri (2022)'nin akut koroner sendromlu hastalarda yaptığı kalitatif çalışmada katılım sağlayan hastalar özellikle hemşirelerin ve sağlık personelinin ilaçlar hakkında yeterli bilgi vermedikleri zaman ilaçlarını kullanmakta zorluk yaşadıklarını belirtti. Morrison ve diğerleri (2015)'nin çok uluslu yaptıkları çalışmalarında Hollanda'da %75.9, Polonya'da %42.4 ve Macaristan'da ise %29.7 oranında ilaç tedavisine uyum belirtildi. Bu sonuçlar doğrultusunda ilaç uyumunu bu kadar farklı kılan birçok faktörün olduğu görülmektedir. Sonuç olarak ilaç uyumunun hala yetersiz olduğu, uyumu artırıcı stratejilerin kullanılmasının gerekli olduğu söylenebilir.

Geliri giderinden yüksek olan grupta diğerlerine göre diyetle uyum hakkındaki inançlar yarar alt boyut puanının yüksek ve anlamlı olduğu bulundu. Hiçerimez (2019)'in KY'li hastalarda özbakımın diyet ve ilaca uyumunu belirlemek için yaptığı çalışmasında ekonomik durumu yüksek olanların diğerlerine göre diyetle uyum yarar alt boyut puanlarının yüksek ve anlamlı olduğu bulundu. Avcı ve diğerleri (2022)'nin çalışmasında, Demirci ve Akten (2023)'in KY'li hastalarda yaptıkları çalışmasında da ekonomik durumun diyetle uyum ile ilişkili olmadığı belirtildi.

5.4 Sağlık Okuryazarlığı, İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği ve Diyetle

Uyum Hakkındaki İnanç Ölçeği Korelasyon Analizi Bulgularının Tartışması

İUHIÖ'nin yarar alt boyutu SOY ölçeğinin uygulama/kullanma alt boyutu arasında pozitif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,197$; $p=0,005$). Yarar-İU arttıkça, uygulama/kullanma artacaktır. İUHIÖ'nin engel alt boyutu ile SOY ölçeğinin bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değer biçme, uygulama/kullanma ve SOY arasında negatif yönde, çok zayıf/zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,05$). Engel – İU arttıkça, bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değer biçme, uygulama/kullanma ve SOY azalacaktır.

Sobhi ve diğerleri (2022)'nin AKS'li hastalarda sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri belirlemek için yaptığı kalitatif çalışmalarında hastalar sağlık

okuryazarlığı düşük olanlarda verilen bilgilerin anlaşılamadığı için ilaç kullanımı ve tedaviye uyum sağlayamadıklarını belirttiler. Aynı çalışmada hastalar hemşirelerin eğitimleri el broşürlerinden verdiklerinde oradaki bilgileri anlayamadıklarını ve bu nedenle de zorlandıklarını belirttiler. 2019 yılında Uganda’da yapılan bir çalışmada hastaların ilaç tedavilerine uyumu sorgulanmış ve hastaların ilk reçetelerini kullandıktan sonra ilaç kullanmayı bıraktıkları, ilaçları nasıl kullanmaları gerektiğini bilmedikleri tespit edilmiştir. Hastaların hastalıklarını bilmedikleri ve tedavi gereksinimlerini kavrayamadıkları görülmüş, bu durumda sağlık okuryazarlığı düzeyinin bireylerde tedavi uyumuna etkisi olduğu düşünülmüştür (Lynch ve diğerleri, 2019). Liu ve diğerleri (2021)’nin akut koroner sendromlu hastalar üzerinde yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı düşük olan hastaların ilaç etiketlerini okumada, ilaç yan etkilerini ve reçeteleri anlama zorlukları yaşadığını bununda ilaç uyumunu olumsuz yönde etkilediğini belirlemiştir. Ülkemizde Akpınar ve diğerleri (2023)’nin kronik hastalığa sahip hastalar ile yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin tedavi ve ilaç uyumları da düşük bulunmuştur. Bakan ve İnci (2021)’nin yaptığı çalışmada SOY puanları arttıkça tedaviye uyumunda arttığı belirlenmiştir. Tuna (2019)’nin akut miyokard infarktüsü geçiren hastalarda planlı taburculuk eğitiminin sağlık bilgi ve inançlarına etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yaptığı çalışmasında ikinci görüşmede; kontrol grubuna göre girişim grubunda İUHİÖ yarar alt boyut puanlarının arttığı, engel alt boyut puanlarının ise azaldığı, DUHİÖ yarar alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu bulundu. Liu ve diğerleri (2019)’nin SOY ve koroner arter hastalıkları için yaptıkları bir çalışmada ise, SOY ve tedaviye uyum arasında anlamlılık bulunmadığı fakat SOY yeterliliği düşük olan grupta kalp ve genel sağlıklı yaşama uyumsuzluğunun arttığı belirlendi. Bu bilgilerin ışığında çalışmamızın literatür ile uyumlu olduğu düşünülmektedir.

DUHİÖ’nin yarar alt boyutu SOY ölçeğinin bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değer biçme, uygulama/kullanma alt boyutu ve SOY arasında pozitif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,05$). Yarar – DU arttıkça, bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değer biçme, uygulama/kullanma ve SOY puanının arttığı DUHİÖ’nin engel alt boyutu ile bilgiyi anlama, değer biçme ve SOY arasında negatif yönde, çok zayıf/zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Alvarez (2023) MI sonrası hastalara uyguladığı primer hemşirelik bakımı sonrasında müdahale grubunda diyet ve ilaca uyumun arttığını belirtti. Soylar ve Kadioğlu (2020)’nin 626 hasta üzerinde yaptığı çalışmada sağlık

okuryazarlığı düşük olan hastaların BKİ yüksek bulunmuş ve sağlık okuryazarlığı düşük olan hastalarda dzenli beslenme ve diyet uyumunun düşük olduğu dşölmüştür. Koroner arter hastalarının beslenme örüntülerinin tuzdan fakir, sebze-meyve, kurubaklagil ve tahıl ağırlıklı olması gerekmektedir. Taylor ve diğerleri (2019)'nin 386 hasta ile yaptığı çalışmada zayıf beslenme ve sağlık okuryazarlığı olanlar Batı diyetiyle ilişkili daha fazla yiyecek tüketirken (kızarmış yiyecekler, şekerle tatlandırılmış içecekler, kırmızı et, işlenmiş yiyecekler) iyi beslenme ve sağlık okuryazarlığı olanlar ihtiyatlı ve Akdeniz diyetleriyle ilişkili daha fazla yiyecek (sebzeler, zeytinyağı, kuruyemişler) görölmüştür Bu bilgilerle bizim çalışmamızın da literatüre uygun olduğu öngörülmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Çalışmamızda SOY alt boyut puanları olan Bilgiye Erişim $16,03 \pm 7,22$, Bilgileri Anlama, $21,85 \pm 8,87$, Değer Biçme, $30,64 \pm 8,20$, Uygulama, $21,29 \pm 4,28$ ve toplam SOY puanı $89,80 \pm 23,14$ olarak bulundu.
- Çalışmamızda İUHİÖ'nin yarar alt boyutu SOY ölçeğinin uygulama/kullanma alt boyutu arasında pozitif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r=0,197$; $p=0,005$). Yarar – İU arttıkça, uygulama/kullanma artacaktır. İUHİÖ'nin engel alt boyutu ile SOY ölçeğinin bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değer biçme, uygulama/kullanma ve SOY arasında negatif yönde, çok zayıf/zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Engel – İU arttıkça, bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değer biçme, uygulama/kullanma ve SOY azalacaktır.
- Çalışmamızda 60 yaşın altındaki katılımcıların bilgiye erişim ($p<0,001$), bilgiyi anlama ($p<0,001$), değer biçme ($p=0,020$) ve SOY ($p<0,001$) puanları 60 yaş üstü katılımcılara göre yüksek bulundu. 60 yaş üstü katılımcıların 60 yaş altı katılımcılara göre engel-İU ($p<0,001$) puanının, yüksek ve anlamlı olduğu görüldü.
- Erkek cinsiyetin bilgiye erişim ($p=0,004$), bilgiyi anlama ($p=0,015$) ve SOY ($p=0,031$) puanları, kadın cinsiyete göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Kadın cinsiyetteki katılımcıların yarar-DU ($p=0,027$) puanının, erkeklere göre yüksek ve anlamlı olduğu görüldü.
- İlkokul, ortaokul, lise, lisans ve üzeri mezun olanların bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değer biçme ve SOY puanı, okuryazar olmayanlara göre yüksek ve anlamlı görüldü ($p<0,001$). Aynı şekilde ortaokul, lise, lisans ve üzeri mezun olanların bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değer biçme ve SOY puanı, ilkokul mezunu olanlara göre yüksek ve anlamlı bulundu ($p<0,001$). Okuryazar olmayanların engel-İU ($p=0,024$) ve engel-DU ($0,007$) puanı lise, lisans ve üzeri mezun olanlara göre yüksek ve anlamlı bulundu.

- Şehir merkezinde yaşayan katılımcıların bilgiye erişim ($p=0,013$), bilgiyi anlama ($p=0,006$), değer biçme ($p=0,046$) ve SOY ($p=0,008$) puanı, köyde yaşayanlara göre yüksek ve anlamlı bulundu.
- Düzenli kontrole gidenlerin bilgiye erişim ($p<0,001$), bilgiyi anlama ($p=0,004$), SOY ($p=0,014$) puanı, düzenli kontrole gitmeyenlere göre yüksek ve anlamlı bulundu. Düzenli kontrole gidenlerin yarar-DU ($p=0,048$) puanı, düzenli kontrole gitmeyenlere göre yüksek ve anlamlı bulundu.
- Düzenli ilaç kullananların uygulama/kullanma ($p=0,021$) puanı düzenli ilaç kullanmayan ve bazen düzenli ilaç kullananlara göre yüksek ve anlamlı bulunurken, düzenli ilaç kullanmayanların ve bazen düzenli ilaç kullananların engel-İU ($p<0,001$) puanı, düzenli ilaç kullananlara göre yüksek ve anlamlı bulundu.
- İlaç kullanmada zorluk yaşamayanların bilgiye erişim ($p=0,007$), değer biçme ($p=0,026$), SOY ($p=0,005$) puanı, ilaç kullanmada zorluk yaşayanlara göre yüksek ve anlamlı bulundu. İlaç kullanmada zorluk yaşayanların engel-İU ($p<0,001$) puanı, ilaç kullanmada zorluk yaşamayanlara göre yüksek ve anlamlı bulundu.
- Günlük 5 adetten az ilaç kullananlara göre günde 10 yada 10'dan daha az ilaç kullananların engel-İU ($p=0,041$) puanı yüksek ve anlamlı bulundu.
- İlaç etkilerini bilenlerin bilgiye erişim ($p<0,001$), değer biçme ($p<0,001$), uygulama/kullanma ($p=0,008$) ve SOY ($p<0,001$) puanı ilaç etkilerini bilmeyenlere göre yüksek ve anlamlı bulundu. İlaç etkilerini bilmeyenlerin engel-İU ($p=0,006$) puanı, ilaç etkilerini bilenlere göre yüksek ve anlamlı bulundu.
- İlaç yan etkilerini bilenlerin bilgiye erişim ($p<0,001$), bilgiyi anlama ($p<0,001$), değer biçme ($p=0,005$) ve SOY ($p<0,001$) puanı, ilaç yan etkisi bilmeyenlere göre yüksek ve anlamlı bulundu.
- Diyetle uyumun bilgiye erişim ($p=0,003$), bilgiyi anlama ($p=0,013$) ve SOY ($p=0,008$) puanı, diyetle uymayanlara göre yüksek ve anlamlı bulundu. Diyetle uyumun ve bazen uyumun yarar-DU ($p<0,001$) puanı, diyetle uymayanlara göre yüksek ve anlamlı bulundu.
- Gelir gidere eşit olanların bilgiye erişim puanı, gelir giderden az olanlara göre yüksek ve anlamlı bulundu ($p<0,001$). Gelir gidere eşit ve gelir giderden fazla

olanların bilgiyi anlama puanı, gelir giderden az olanlara göre yüksek ve anlamlı bulundu ($p<0,001$). Gelir gidere eşit olanların SOY puanı, gelir giderden az olanlara göre yüksek ve anlamlı bulundu ($p<0,001$). Gelir giderden fazla olanların yarar-DU puanı, gelir giderden az ve gelir gidere eşit olanlara yüksek ve anlamlı bulundu ($p=0,027$).

- Hastalığı araştıranların bilgiye erişim ($p<0,001$), bilgiyi anlama ($p<0,001$), dğer biçme ($p=0,001$) ve SOY ($p<0,001$) puanı, hastalığı araştırmayanlara göre yüksek ve anlamlı bulundu.

ÖNERİLER

- Bu sonuçlar doğrultusunda akut koroner sendromlu bireylerde hem SOY hem de ilaca ve diyetle uyum düzeylerini arttırmak için sağlık eğitimlerinin planlanması ve bireylerin katılım konusunda desteklenmesi,
- Bireylerin SOY düzeylerinin ilaç ve diyet uyumunu etkilediği göz önünde bulundurularak bireylerin sağlık eğitimi konusunda desteklenmesi,
- Bireylerin SOY, ilaç ve diyet uyum düzeylerinin birçok faktörden etkilendiği düşünüldüğünde, yapılacak hemşirelik girişimlerinin ve eğitimlerin bu faktörler göz önünde bulundurularak hazırlanması,
- Akut koroner sendromlu hastalarda sağlık okuryazarlığının ilaç ve diyet uyumuna etkisinin daha geniş bir popülasyonda daha derinlemesine incelenmesi önerilir.

KAYNAKLAR

- Akbal, E., Gökler, M.E.(2020). COVID-19 Salgını sürecinde eksikliği ortaya çıkan bir gerçek: sağlık okuryazarlığı. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi* 5(COVID-19 Özel Sayısı):148-55.
- Akdemir, N.(2021).İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Ankara:Akademisyen kitabevi.
- Aksoy, F., Baş, H.A., Bağcı, A., Ercan Varol, E., Altınbaş A. (2019). Akut koroner sendrom ile başvuran hastalarda asetil salisilik asit direncinin araştırılması. *SdÜ Sağlık Bilimleri Dergisi* 102:167-171. doi: 10.22312/sdusbed.539426
- Aktaş, C., Kızıltan, G. (2022).Sağlık Okuryazarlığı. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 7(2), 79-92
- Aktaş, H. (2022). Akut koroner sendrom ile başvuran hastalarda daha önceden düzenli asetilsalisilik asit kullanımının tıbbi akımı ve miyokardiyal hasar üzerine etkileri. *MKÜ Tıp Dergisi* 13(45): 54-61. DOI: 10.17944/mkutfd.975838.
- Aladağ, N.,Özdemir, M., Yurtdaş, M., Gümrükçüoğlu, H.A. (2019). Akut Koroner Sendrom ile Başvuran Hastaların Klinik Özellikleri, Risk Faktörleri ve Tedavi Yöntemleri, *Van Tıp Derg* 26(4): 505-513, doi: 10.5505/vtd.2019.82542
- Alomari, A., Alananzeh, I., Lord, H.,Al-Lenjawi, B.A., Fernandez, R. (2022). Medication adherence rate in Arab patients with cardiovascular disease: A systematic review. *J of Transcultural Nursing*, 33;5 <https://doi.org/10.1177/104365962210958>
- Arat Özkan, A. (2013).Akut koroner sendromlar: Epidemiyoloji. *Türk Kardiyol Dern Arş – Arch Turk Soc Cardio* 141 Suppl 1:1-3
- Ausili, D., Rebora, P., Di Mauro, S., Riegel, B., Valsecchi, M.G., Paturzo, M., Alvaro, R., Vellone, E. (2016). Clinical and socio-demographic determinants of self-care behaviours in patients with heart failure and diabetes mellitus: A multicentre cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 63 , pp. 18-27
- Avcı, A., Gün, M., Erdoğan, S. (2020). Kardiyovasküler hastalık tanısıyla yatarak tedavi gören hastaların ilaç tedavisine uyumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, *Türk j kardiovascnurs* 11(26):132–139 doi: 10.5543/khd.2020.09609
- Aydoğdu, S., Özcan Çelebi, Ö. (2015). Teoriden günlük pratiğe: Akut koroner sendrom tedavisini nasıl şekillendiriyorum?.*Türk Kardiyol Dern Ars* 43 Suppl 4: 7-14
- Aydos, T.R. (2021). Yaşlı bireylerde ilaç uyumu ve teletıp uygulamaları. Teletıp yaşlılık ve teletıp uygulamaları. <https://geriatri.org.tr/pdf/teletip-k%c4%b0tabı%202021.pdf> 02.04.2024 tarihinde erişildi.
- Bakan, G., İnci, F.H. (2021). Hipertansiyonlu Hastalarda Tedavi Uyumu ve Sağlık Okuryazarlığı. *Türk J Cardiovasc Nurs* 12(28):81-87 / doi: 10.5543/khd.2021.21032

- Bayık Temel, A., Aras, Z. (2017). Evaluation of validity and reliability of the turkishversion of health literacy scale. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 25(2), 85-94. <https://doi.org/10.17672/fnhd.94626>
- Bilgiç, Ş., Pehlivan, E. (2023). Kronik hastalığa sahip bireylerin hastalığa uyumunun yaşam kalitesi ile ilişkisi. *J of Samsun Health Science*, 8(1):63-76. <https://doi.org/10.47115/jshs.1088222>
- Bulut, S., Kafadar, D., Yakupoğlu, E., Okuyan, E. (2020). Koroner arter hastalığı tanılı hastalarda tedaviye uyumun polifarmasi ve multimorbidite ile ilişkisinin değerlendirilmesi. *Ankara Med J* (4):777-789 // doi: 10.5505/amj.2020.67044
- Cajita, M.I., Cajita, T.R., Han, H.R. (2016). Health literacy and heart failure: A systematic review. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(1), 121–130.
- Canlı Özer, Z., Şenuzun Aykar, F. (Ed). (2022). Kardiyovasküler hemşirelik. Ankara: Akademisyen kitabevi.
- Carlin, S., Eikelboom, J. (2023). Are P2Y12 inhibitors superior to aspirin for long-term secondary prevention of cardiovascular disease. *Expert Review Of Cardiovascular Therapy* 5:305–309 <https://doi.org/10.1080/14779072.2023.2199155>
- Ceylan, Y., Kaya, Y., Tuncer, M. (2011). Akut koroner sendrom kliniği ile başvuran hastalarda koroner arter hastalığı risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi*: 18 (3):147-154
- Choudhury, T., West, N., El-Omar, M. (2016). ST elevation myocardial infarction. *Clinical Medicine* 16;3: 277–82
- Çimci, M., Karadağ, B. (2017). Yaşlılarda akut koroner sendrom. *Türk Kardiyol Dern Ars* 45 5:35–38 doi: 10.5543/tkda.2017.78910
- Dayapoğlu, N., Yıldız, E. (2017). Kronik kalp yetersizliği olan hastaların ilaca uyum, diyetle uyum ve bireysel izlem hakkındaki inançlarının incelenmesi. *MN Kardiyol.* 24(2):78-83.
- De Melo Ghisi, G.L., Da Silva Chaves, G.S., Britto, R.R., Oh, P. (2018). Health literacy and coronary artery disease: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 101(2), 177-184.
- Demirbaş, N., Kutlu, R. (2020). Çoklu ilaç kullanan yetişkin bireylerin tedaviye uyumu ve öz-etkililik düzeyleri. *Ankara Med J* (2):269-280 doi: 10.5505/amj.2020.16362
- Demirci, T., Metin Akten, İ. (2023). Kronik kalp yetersizliği hastalarının ilaca, diyetle uyumları ve yaşam kaliteleri. *Türk J Cardiovasc Nurs* 14(33):41-50. doi: 10.5543/khd.2022.15010
- Doğrucan Katrancı, N. (2019). *Hipertansiyon hastalarında tedaviye uyum ve sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Yozgat Bozok Üniversitesi - Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yozgat-Kırıkkale.
- Duygu, A., Küçük, U., Arslan, M. (2021). Akut miyokard infarktüsü ile başvuran bir Covid-19 hastasına yaklaşım. *Troia Med J* 2(1):40-43.
- Dülek, H., Tuzcular Vural, Z., Gönenç, I. (2018). Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri. *Jour Turk Fam Phy* 09 (2): 53-58. doi: 10.15511/tjtfp.18.00253.

- Ekenler, G.** (2022). *Kalp yetmezliği olan hastalarda sağlık okuryazarlığının hastalık algısı ve ilaç uyumu ile ilişkisi.* (Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Konya.
- Enç, N.(Ed).** (2019). Kardiyovasküler hemşirelik. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- Erdoğan Yüce, G., Muz, G.** (2023). Kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin kronik hastalığa uyum ile ilişkisinin incelenmesi: kesitsel bir çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 12(3),1115-1123. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1271039>
- Erkoç, Y., Çom, S., Keskinliç, B., Karakaya, K.** (2011). Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri GenelMüdürlüğü. Basım no:1. Ankara: Anıl Matbaacılık.
- Erman, P.** (2023). *Hipertansiyon tanılı geriatrik bireylerde sağlık okuryazarlığı ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi.* (Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Eskişehir.
- Fernandez-Lazaro, C.I., García-González, J.M., Adams, D.P., Fernandez-Lazaro, D., Ayuso, J.M., Garcia, A.G., Racionero, F.M., Córdova, A., Miron-Canelo, J.A.** (2019). Adherence to treatment and related factor among patients with chronic conditions in primary care: a cross-sectional study. *BMC Family Practice* 20:132 <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1019-3>
- Gach, O., El Hussein, Z., Lancellotti, P.** (2018). Syndrome coronari enaigu, *Revmedliege* 73 : 5-6:243-250
- Gerald, F.** (2002). Antithrombotic trialists' collaboration. collaborative meta analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction and stroke in high risk patients. *BMJ* 324:71–86
- Gözlü, K.** (2020). Sağlığın sosyal bir belirleyicisi: sağlık okuryazarlığı. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 27(1), 137–144. [doi:10.17343/sdutfd.569301](https://doi.org/10.17343/sdutfd.569301)
- Gül, S., Erdoğan, G., Yontar, O.C., Arslan, U.** (2021). ST segment yükselmesiz myokard infarktüsünde gensini skoru ile elektrokardiyografik frontal qrs-t açısı arasındaki ilişki, *Kafkas J Med Sci*, 11(2),268-274
- Güler, M.S, Fedai, H., Demirbağ, R.** (2021). Kardiyovasküler hastalıklarda sağlıklı beslenme önerileri. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Journal of Harran University Medical Faculty* 18(2):342-348. DOI: 10.35440/hutfd.947849
- Güngör, B.** (2020). Özel hasta gruplarında lipid düşürücü tedavi. *Updates Cardiol* 3(1):10-15 [doi: 10.5543/ucard.2019.09797](https://doi.org/10.5543/ucard.2019.09797)
- Gür, G., Sunal, N.** (2019). Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Journal of Health Sciences and Professions* 6(2): 210-9. <https://doi.org/10.17681/hsp.420313>
- Liu, H., Shen, J., Li, S., Song, Y., Ju, M.** (2021). Research on the health literacy status and compliance behavior of patients with acute coronary syndrome. *Computational and Mathematical Methods in Medicine* 8. <https://doi.org/10.1155/2022/9816394>
- Hickey, K.T., Masterson Creber, R.M., Reading, M., Sciacca R.R., Riga, T.C., Frulla, A.P., Casida, J.M.** (2018). Low health literacy: Implications for managing cardiac patients in practice. *The Nurse practitioner*, 43(8),49–55. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000541468.54290.49>

- Hiçerimez, A.** (2019).*Kalp yetersizliği hastalarının hastalık yönetimine ilişkin inanç ve uyumları ile öz bakım davranışları arasındaki ilişki.* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M.J., Bucciarelli Ducci, C., Bueno, H., Caforio, A.L.P., Crea, F., Goudevenos, J.A., Halvorsen, S., Hindricks, G., Kastrati, A., Lenzen, M.J., Prescott, E., Roffi, M., Valgimigli, M., Varenhorst, C., Vranckx, P., Widimsky, P.** (2018). 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 of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* 39(2): 119-177.
- Kandemir, H., Çelik, Y., Şabanoğlu, C., Güzel, M., Cihan, G., Ağralı, Ö.** (2020). Aterosklerotik koroner arter hastalığı ile karışan koroner vazospazm olgusu. *J Health Sci Med* 3(1): 89-91.
- Karakuş Özgen, İ.** (2022). *Hipertansiyon tanısı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ve ilaca uyum öz etkililik durumlarının incelenmesi.*(Yüksek Lisans Tezi). Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Şanlıurfa.
- Kasar, K., Karadakovan, A.** (2017). Yaşlı bireylerde antihipertansif ilaç kullanım hatalarının incelenmesi. *Journal of Cardiovascular Nursing* 8 (15), 20-27
- Kayıkçıoğlu, M.** (2020). 2019 Avrupa Kardiyoloji Derneği Dislipidemi Kılavuzu'nda ikincil korunma hastasına yaklaşım. *Updates Cardiol* 3(1):7-9 doi: 10.5543/ucard.2019.98608
- Kaynar Şimşek, A., Ecevit Alpar, Ş.** (2020). Akut koroner sendrom geçiren hastalarda risk faktörlerinin belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs* 11(25):82–89. doi: 10.5543/khd.2020.08769
- Lindahl, B., Norberg, M., Johansson, H., Lindval, K., Ng, N., Nordin, M., Nordin, S., Naslund, U., Persson, A., Vanoli, D., Schulz, P.J.** (2020). Health literacy is independently and inversely associated with carotid artery plaques and cardiovascular risk. *European Journal of Preventive Cardiology*, 27(1), 209–215.
- Liu, L., Qian, X., Chen, Z. ve He, T.** (2020). Health literacy and its effect on chronic disease prevention: evidence from China's data. *BMC Public Health*, 20(1), 1–14.
- Lizcano-Álvarez, A., Carretero-Julián, L., Talavera-Saez, A., Cristóbal-Zárate, B., Cid-Expósito, M.** (2023). Intensive nurse-led follow-up in primary care to improve self-management and compliance behaviour after myocardial infarction. *Nursing Open* 10:5211–5224. doi: 10.1002/nop2.1758
- Lu, M., Ma, J., Lin, Y., Zhang, X., Shen, Y., Xia, H.** (2019). Relationship between patient's health literacy and adherence to coronary heart disease secondary prevention measures. *J Clin Nurs*. 28:2833–2843. doi: 10.1111/jocn.14865
- Lynch, H.M., Green, A.S., Nanyonga, R.C., Gadikota-Klumpers, D.D., Squires, A., Schwartz, J.I., Heller, D.J.** (2019). Exploring patient experiences with and attitudes towards hypertension at a private hospital in Uganda: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health* 18:206 <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1109-9>
- Mert, H.** (2022). Akut koroner sendromlar ve kanıta dayalı bakım. *Kardiyovasküler Hastalıklar ve Güncel Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları Türkiye Klinikleri*. 9-16.

- Morrison, V.L., Holmes, E.A., Parveen, S., Plumpton, C.O., Clyne, W., De Geest, S., Dobbels, F., Vrijens, B., Kardas, P., Hughes, D.A.** (2015). Predictors of self-reported adherence to antihypertensive medicines: a multinational, cross-sectional survey. *Value Health* 18(2):206–16.
- Mozaffarian, D., Benjamin, E.J., Go, A.S., Arnett, D.K., Blaha, M.J., Cushman, M., Das, S.R., de Ferranti, S., Després, J-P., Fullerton, H.J., Howard, V.J., Huffman, M.D., Isasi, C.R., Jiménez, M.C., Judd, S.E., Kissela, B.M., Lichtman, J.H., Lisabeth, L.D.,..., Turner, M.B.** (2016). Executive summary: heart disease and stroke statistics—2016 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 133:447-454, doi: 10.1161/CIR.0000000000000366.
- Murat, B., Murat, S., Görennek, B.** (2023). Akut koroner sendromda farmakolojik tedavi. Akut Koroner Sendromlarda Güncel Yaklaşımlar. 1. Baskı. Ankara: *Türkiye Klinikleri*;22-30.
- Nacar H, Akçay A.** (2023). Akut koroner sendromda uzun süreli takip. Gençbay M, editör. Akut Koroner Sendromlarda Güncel Yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri*;56- 62.
- Naderi, S.H., Bestwick, J.P., Wald, D.S.** (2012). Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. *Am j med* 125(9):882–7.
- Oğuz, S., Yanmış, S., Yılmaz, B.,** (2019). Hipertansiyon hastalarının ilaç ve diyet tedavisine uyum düzeyleri. *Türk J Cardiovasc Nurs*;10(21):1–7. doi: 10.5543/khd.2019.63644
- Oğuz S** (2023). Koroner arter hastalıklarında fonksiyonel tıp ve hemşirelik. Oğuz S, editör. Kronik Hastalıklarda Fonksiyonel Tıp ve Hemşirelik. 1. Baskı. Ankara: *Türkiye Klinikleri*;1-6.
- Onat A, Can G, Yüksel, H, Ademoğlu, E, Erginel-Ünaltuna, N, Kaya, A, Altay, S.** (2017). TEKHARF Tıp dünyasının kronik hastalıklara yaklaşımına öncülük
- Öz M, Özdemir G M** (2023). Kronik koroner sendromda güncel antianginal ve antiiskemik tedavi. *KV Bülten Akademi Anjina Pectoris Haftası Özel Sayı*. https://www.kvakademi.org/kvakademi/uploads/files/yk_kvad488_kvad_anjina_pektori%cc%87s_bu%cc%88lten_280223.pdf. 03.04.2024 tarihinde erişildi.
- Pala, B.** (2023). *Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki*. (Yüksek Lisans Tezi). Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ordu.
- Piepoli, M.F., Hoes, A.W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A.L., Coone, M.T., Corrà, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hall, M.S., Hobbs, F.D.R., Løchen, M.L., Löllgen, H., Marques-Vidal, P., Perk, J., Prescott, E., Redon, J., Richter, D.J., Sattar, N., Smulders, Y., Tiberi, M., van der Worp, H.B., vanDis, I., Verschuren, W.M.M., Binno, S.; ESC Scientific Document Group** (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: the sixth joint task force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Heart Journal* 37(29): 2315-2381.
- Pollack, C.V., Peacock, W.F., Bhandary, D.D., Silber S.H, Bhalla, N., Rao, S.V., Diercks, D.B., Frost, A., Heitner, J.F., Johnson, C., Khan, N.D.** (2020). Oral antiplatelet therapy administered up stream to patients with NSTEMI.

- Radhi, M.M., Balat, K.Z.** (2024). Health literacy and its association with medication adherence in patients with hypertension: a mediating role of social support. *Iranian Rehabilitation Journal*. 22(1):117-128. <http://dx.doi.org/10.32598/irj.22.1.1989.1>
- Ramadhani, F.B., Liu, Y., Jing, X., Qing, Y., Rathnayake, A.K., Kara, W.S.K., Wu, W.** (2019). Investigating the relevance of nursing caring interventions delivered to patients with coronary artery disease at a teaching hospital in china: a retrospective study. *Cureus* 11 (5): 46-72. doi: 10.7759/cureus.4672
- Roffi, M., Patrono, C., Collett, J.P., Mueller, C., Valgimigli, M., Andreotti, F., Bax, J.J., Borger, M.A., Brotons, C., Chew, D.P., Gencer, B., Hasenfuss, G., Kjeldsen, K., Lancellotti, P., Landmesser, U., Mehilli, J., Mukherjee, D., Storey, R.F., Windecker, S.** (2016). 2015 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting with out persistent st-segment elevation. *European Heart Journal* 37:267–315. doi:10.1093/eurheartj/ehv320.
- Sanchis-Gomar, F., Perez-Quilis, C., Leischik, R., Lucia, A.** (2016). Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome. *Ann transl med*. 4(13):256–256. doi: 10.21037/atm.2016.06.33
- Sobhi, E., Moghaddam, H.R., Soola, A.H.** (2022). Challenges and facilitators of health literacy in patients with acute coronary syndrome: a qualitative study. *Ann Ig* 34(4): 326-343 doi: 10.7416/ai.2022.2505.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... HLS-EU Consortium.** (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Soylar, P., Kadioğlu, B.** (2020). Yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı ve obezite ile ilişkili bazı davranışlarının incelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi* 10(2):270-276
- Tad, S. İ.** (2021). *Hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığının ilaç tedavisine uyum ve yaşam kalitesine etkisi* (Yüksek lisans tezi). Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü. Nevşehir.
- Tamosiunas, A., Luksiene, D., Baceviciene, M., Bernotiene, G., Radisauskas, R., Malinauskiene, V., Kranciukaite-Butylkiniene, D., Virviciute, D., Peasey, A., Bobak, M.** (2014). Health factors and risk of all-cause, cardiovascular, and coronary heart disease mortality: findings from the MONICA and HAPIEE studies in Lithuania. *PLoS ONE* 9(12). doi:10.1371/journal.pone.0114283
- Taner, N.** (2023). *Kalp yetersizliği olan bireylerin hastalık algılarının diyet ve ilaç uyumuna etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Çankırı.
- Taylor, M.K., Sullivan, D.K., Ellerbeck, E.F., Gajewski, B.J., Gibbs, H.D.** (2019). Nutrition literacy predicts adherence to healthy/unhealthy diet patterns in adults with a nutrition-related chronic condition. *Public Health Nutrition* 22(12), 2157-2169.
- Thakkar, J.B., Chow, C.K.** (2014). Adherence to secondary prevention therapies in acute coronary syndrome. *The Medical Journal of Australia* 201(10): 106-109.
- Tummala, R., Rai, M.P.** (2023). Glycoprotein IIb/IIIa Inhibitors. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books> 04.04.2023 tarihinde erişildi.

- Tuna, S., Çınar Pakyüz, S.** (2022). The effectiveness of planned discharge education on health knowledge and beliefs in patients with acute myocardial infarction: a randomized controlled trial. *Ir J Med Sci.* 191(2):691-698.doi: 10.1007/s11845-021-02601-7.
- Tülüce, D., Kartal, M.** (2021). Koroner arter hastalığının yönetimi: cinsiyet farklılığı. *Türk J Cardiovasc Nurs* 12(29):183-189
- Türen, S., Efil, S.** (2015). Akut koroner sendromlar ve hemşirelik yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 18(2).
- Türk Kardiyoloji Derneği.** Türk Kardiyoloji Derneği Basın Bülteni: 29 Eylül Dünya Kalp Günü.<https://tkd.org.tr/menu/167/tkd-basin-bulteni-29-eylul-dunya-kalp-gunu> 25.06.2024 tarihinde erişildi.
- Türk Kardiyoloji Derneği.** Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Arter Hastalığına Yaklaşım ve Tedavi Kılavuzu, <https://tkd.org.tr/kilavuz/k06/7a852.htm?wbnum=1307> 22.11.2023 tarihinde erişildi.
- Türkiye İstatistik Kurumu** (2023). Ölüm ve ölüm nedenleri istatistikleri, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709&dil=1#:~:text=%C3%96l%C3%BCmler%20nedenlerine%20g%C3%B6re%20incelendi%C4%9Finde%2C%202023,ile%20solunum%20sistemi%20hastal%C4%B1klar%C4%B1%20izledi.> 24.06.2024 tarihinde erişildi.
- Türkmen, E.** (2000). Akut koroner sendromların tanımı, risk faktörleri ve fizyopatolojisi. *Yoğun bakım hemşireleri dergisi* 2000;4(1):15-21
- Twiner, M. J., Hennessy, J., Wein, R., Levy, P. D.** (2022). Nitroglycerin use in the emergency department: current perspectives. *Open Access Emerg Med.*9:14:327-333.doi: 10.2147/OAEM.S340513.
- Usta, M., Sakin, A., Sakin, A., Çelik, K., Öztürk, Ş., Aylin Ayer, F., Gürkan, Y., Ulusoy, M., Yiğit, N., Feyizoğlu, H.** (2015). Akut koroner sendromlu hastalarda majör risk faktörlerinin ve laboratuvar parametrelerinin değerlendirilmesi. *Smyrna Tıp Dergisi* 5-10
- Varer Akpınar, C., Mandıracıoğlu, A., Ozvurmaz, S., Kurt, F., Koç, N.** (2023). Kırsal bir bölgede kronik hastalığı olan bireylerin tedaviye uyumu ve sağlık okuryazarlığı. *Ege Journal of Medicine* 62 (3): 406-417
- Virani, S.S., Newby, L.K., Arnold, S.V., Bittner, V., Brewer, L.C., Demeter, S.H., Dixon, D.L., Fearon, W.F., Hess, B., Johnson, H.M., Kazi, D.S., Kolte, D., Kumbhani, D.J., LoFaso, J., Mahtta, D., Mark, D.B., Minissian, M., Navar, A.M., Patel, A.R., Piano, M.R., Rodriguez, F., Talbot, A.W., Taqueti, V.R., Thomas, R.J., van Diepen, S., Wiggins, B., Williams, M.S.** (2023). AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA guideline for the management of patients with chronic coronary disease: a report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* 148:e9–e119. doi: 10.1161/CIR.0000000000001168
- World Heart Federation.** (2023). <https://world-heart-federation.org/wp-content/uploads/World-Heart-Report-2023.pdf> 25.06.2024 tarihinde erişildi.
- Yel, P., Yıldırım, Y., Şenuzun Aykar, F., Fadiloğlu, Ç.** (2020). Akut koroner sendrom tanısı olan hastaya sistemler modeline göre uygulanan hemşirelik yaklaşımı, *Türk J Cardiovasc Nurs* 11(24):43–49DOI: 10.5543/khd.2020.59244

- Yıldırak, B.** (2023). *Kronik hastalığı olan yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı ve öz etkililik düzeylerinin incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.
- Yılmaz, M. ve Tiraki, Z.** (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4), 142-147.
- Zakeri, M.A., Tavan, A., Nadimi, A.E., Bazmandegan, G., Zakeri, M., Sedri, N.** (2023). Relation ship between health literacy, quality of life, and treatment adherence in patients with acute coronary syndrome. *Health Literacy Research and Practice* 7(2):e71–e79.
- Zhao, Y., Dang, F., Zhai, T., Li, H., Wang, R., Ren, J.** (2019). The effect of text messagere minders on medication adherence among patients with coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 98(52). <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000018353>



EKLER

EK 1: Etik Kurul Onayı



T.C.
ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
DEĞERLENDİRME FORMU



Toplantı No:	9
Araştırmanın Yürütücüsü:	betül yalçın
Araştırmanın Başlığı:	Akut Koroner Sendromlu Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Diyet ve İlaç Uyumuna Etkisi
Karar Tarihi:	16-10-2023
Kurul Görüşü:	Kabul Edilmiştir. Araştırmanın/Projenin uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

SONUÇ: Kabul Edilmiştir. Araştırmanın/Projenin uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

Başkan Profesör Dr İbrahim Çiftçi	İMZA
Başkan Yardımcısı Doçent Dr İlknur Göl	İMZA
Üye Doçent Dr Ercüment Neşet Dizdar	İMZA
Üye Doçent Dr Sinan Bulut	İMZA
Üye Doçent Dr Satı Dil	İMZA
Üye Profesör Dr Azize Serap Tunçer	İMZA
Üye Doçent Dr Serhat Sirekbasan	İMZA
Üye Doktor Öğretim Üyesi Özlem Bulantekin Düzalan	İMZA
Üye Doktor Öğretim Üyesi Songül Şahin	İMZA
Üye Doktor Öğretim Üyesi Başak Karasu	İMZA
Üye Doktor Öğretim Üyesi Nihan Feyman Gök	İMZA
Üye Doçent Dr Meltem Yazıcı Gülay	İMZA

Belge Doğrulama Adresi:
<https://etikkurul.karatekin.edu.tr/dogrulama/300ebe7a5d294fe3>



EK 1: Sosyodemografik Veri Formu

Sayın katılımcı

Bu araştırma Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans Programı öğrencisi olan Betül YALÇIN tarafından yüksek lisans tez çalışması olarak yürütülecektir. Çalışma “Akut Koroner Sendromlu Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Diyet ve İlaç Uyumuna Etkisi” ni tespit etmek amacı ile yapılacaktır.

Bu araştırmaya davet edilmektesiniz. Araştırma gönüllük esasına dayalı olup istediğiniz zaman çekilme hakkına sahipsiniz. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde veri toplama formundakive anketlerdeki soruları cevaplamanız istenecektir. Soruları cevaplamanız çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz şeklinde anlaşılabacaktır. Çalışma esnasında elde edilen bilgiler gizli tutulacak ve yalnızca yüksek lisans tez çalışması için kullanılacaktır.

Teşekkür ederim.

Betül YALÇIN

1.Yaşınız:

2. Ne kadar zamandır ilaç kullanıyorsunuz?.....

3.Cinsiyetiniz: Kadın (1) Erkek (2)

4.Boy: Kilo: BKİ:

5.Medeni Durumunuz: Evli() Bekar ()

6.Eğitim durumunuz

() Okuryazar değil () İlkokul mezunu () ortaokul () Lise mezunu
() Lisans ve Lisansüstü

7. Yaşadığınız yer:

Şehir merkezi() İlçe () Kasaba () Köy ()

8. Kiminle yaşıyorsunuz?

Yalnız () Yalnızca Eş ile () Yalnızca çocuklar ile () Eş ve çocuklar ile ()
Akraba ile () Diğer.....

9.AKS dışında ek hastalık () Astım () KOAH () Böbrek yetmezliği () DM
()Diğer

10.Hastalığınıza yönelik olarak düzenli olarak doktor kontrollerine gidiyor musunuz?

Evet () Hayır ()

11.İlaçlarınızı düzenli alır mısınız? Evet () Hayır () Bazen ()

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

Evet () Hayır ()

Evet ise nasıl bir zorluk yaşadınız ?

() İlaç almayı hatırlama () Rahatsızlık () Yüksek maliyet () Yan etkiler

13.Günlük kullandığınız ilaç grubu sayısı kaçtır ?

() 1-5 arası () 5-10 arası () 10 ve üzeri

14. İlaçlarının etkisini bilme durumu Evet () Hayır ()

15.İlaçlarının yan etkisini bilme durumu Evet () Hayır ()

16. Reçete dışı ilaç kullanır mısınız Evet () Hayır ()

17. Diyetinize uyar mısınız Evet() Hayır () Bazen()

18.Ekonomik durum Gelir<Gider () Gelir=Gider () Gelir>Gider ()

19.Günlük işlerini yapmakta zorlanma Evet() () Hayır () Bazen

20.Hastalığınızla ilgili araştırma yapar mısınız Evet() Hayır()

21.Hastalığınızla ilgili bilgileri hangi kaynaklardan alırsınız?

() Sağlık personeli (hemşire, hekim...) () İnternet ()Eş,dost, akraba... ()Tv, radyo.Diğer....

EK 3: İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (İUHİÖ)

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.İlaçlarımı aldığımda, kalp hastalığım hakkında çok fazla endişelenmiyorum.					
2.Eğer ilaçlarımı içersem, hastaneye yatma olasılığım azalır.					
3.İlaçları içmeyi hatırlamak zor geliyor					
4.İlaç içmekten hoşlanmıyorum.					
5.Her gün bir sürü ilaç içmek zorunda kalıyorum.					
6.Her gün ilaç içmek, evden dışarı çıkmamı zorlaştırıyor.					
7.İlaçlarımı içmek ödemimi (şişliğimi) azaltıyor.					
8.İlaçlarımı içmeyi unutuyorum.					
9. Her gün ilaç içmek, kalp hastalığım hakkında endişelenmeme neden oluyor.					
10.İlaç içmek nefes almamı kolaylaştırıyor.					
11.İlaçlarımı içmek dahakaliteli (rahat)yaşamamı sağlıyor.					
12.İçtiğim ilaçlar geceleyin,tuvalete gitmek için uyanmama neden oluyor.					

EK 4: Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHIÖ)

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.Az tuzlu diyetle beslenmek sağlıklı olmamı sağlayacaktır.					
2.Tuzlu yiyecekler benim için iyi değildir.					
3.Az tuzlu diyetle beslenme kalp sağlığımı koruyacaktır.					
4. Az tuzlu diyetle beslenme bacaklarımdaki şişmeyi azaltıyor.					
5. Az tuzlu diyetle beslenme vücudumda sıvı birikmesini önleyecektir.					
6. Az tuzlu diyetle beslenmem lokantaya gitmemi zorlaştırmaktadır.					
7.Tuzu az olan yiyecekler lezzetsiz geliyor.					
8.Az tuzlu diyet oldukça pahalıdır.					
9. Az tuzlu diyetle beslenme çok zamanımı alır					
10.Az tuzlu diyetin nasıl uygulanacağını anlamak çok zor.					
11.Az tuzlu diyetle beslendiğimde kendimi daha iyi hissediyorum.					
12.Az tuzlu diyetle beslenmek daha kolay nefes almamı sağlayacaktır.					

EK 5:İlaça Uyum Hakkındakiİnançlar Ölçeği Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği Ölçek İzni

EK 6: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLS-EU)

	5.Hiç zorluk çekmiyorum	4.az zorlukçekiyorum	3.biraz zorluk çekiyorum	2.Çokzorluk çekiyorum	1.Yapamayacak durumdayım/Hiç yeteneğim yok/olanaksız
BİLGİYE ERİŞİM					
1.Hastalıklar hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
2. Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?					
3. Sigara içme şişmanlık gibi sağlık riskleri hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
4. Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
5.Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgileri elde edebiliyor musunuz ?					
BİLGİYİ ANLAMA					
6.İlaç kutusunda bulunan açıklayıcı bilgilerini anlayabiliyor musunuz?					
7.Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?					
8. Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenahanelerinde bulunan sağlığa zararlı davranışlar hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz?					
9. Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
10. Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyormusunuz?					

11. Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?					
12. Ev, okul, işyeri ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?					
DEĞER BİÇME/ DEĞERLENDİRME					
13. Doktorunuzla ya da eczacınızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?					
14. Tedavi seçeneklerinin yan etkilerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
15. Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?					
16. Sağlığınıza zararlı davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?					
17. Diğer insanların yaptığı sağlığa zararlı davranışlardan ders alabiliyor musunuz?					
18. Sağlık personeli, arkadaşlarınız, aileniz ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz sağlığa zararlı davranışlarla ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?					
19. Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?					
20. Sağlıklı beslenme ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin etkilerini yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
UYGULAMA/ KULLANMA					
21. Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyormusunuz?					
22. Aşı yaptıрма, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personellerinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
23. Eğer isterseniz sağlığa zararlı alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?					
24. Sağlıklı ürünlere (doğal besinler, zararsız kimyasallar gibi) ulaşabiliyor musunuz?					
25. Sağlıkla ilgili bilgileri sizin yararınıza olacak şekilde kullanabiliyor musunuz?					



