



**KALP YETMEZLİĞİ HASTALARINDA AKILCI İLAÇ
KULLANIMI SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE ÖZ BAKIM
DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

İhsan TAN
İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT

Yüksek Lisans Tezi-2025



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

**KALP YETMEZLİĞİ HASTALARINDA AKILCI İLAÇ
KULLANIMI SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE ÖZ BAKIM
DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

İhsan TAN

**İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT**

**ERZURUM
2025**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
ÖZET	IV
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VI
TABLOLAR DİZİNİ.....	VII
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Kalp Yetmezliği.....	5
2.2. Kalp Yetmezliği Epidemiyolojisi	5
2.3. Kalp Yetmezliği Patofizyolojisi.....	6
2.4. Kalp Yetmezliği Belirtileri	6
2.5. Kalp Yetmezliği Tipleri	7
2.6. Kalp Yetmezliği Tanısı.....	8
2.7. Kalp Yetmezliği Tedavisi	9
2.7.1. Farmakolojik Tedavi.....	9
2.7.2. Cihaz Tedavisi	11
2.7.3. Non Farmakolojik Tedavi	11
2.8. Kalp Yetmezliği Hastalarında Akılcı İlaç Kullanımı ve Hemşirelik Bakımı	12
2.9. Kalp Yetmezliği Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı ve Hemşirelik Bakımı	15
2.10. Kalp Yetmezliği Hastalarında Öz Bakım ve Sağlık Okuryazarlığı	16
2.11. Kalp Yetmezliğinde Öz Bakım ve Hemşirelerin Rollerini	17
3. MATERYAL VE METOT.....	21
3.1. Araştırmanın Türü.....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	21

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	22
3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları	22
3.5.1. Tanıtıcı Form (EK-4)	22
3.5.2. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ) (EK-5).....	22
3.5.3. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOYÖ-32) (EK-6).....	23
3.5.4. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranış Ölçeği-12 (AKHÖBDÖ-12) (EK-7)	23
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	24
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA.....	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
KAYNAKLAR	49
EKLER	69
EK-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu	69
EK-2. Etik Kurul Onay Formu	70
EK-3. Kurum İzinleri	71
EK-4. Tanıtıcı Form	73
EK-5. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği	74
EK-6. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32	75
EK-7. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranış Ölçeği-12	77
EK-8. Ölçek İzinleri.....	78

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmamın her aşamasında bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren, desteğini ve emeğini esirgemeyen tez danışmanım sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT hocama en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Eğitim hayatımdaki büyük emeklerinden dolayı aileme, yüksek lisans eğitimi süresi boyunca desteklerinden dolayı, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinin değerli öğretim üyeleri ve elemanlarına, içtenlikle teşekkürlerimi sunarım.

İhsan TAN



ÖZET

Kalp Yetmezliği Hastalarında Akılcı İlaç Kullanımı Sağlık Okuryazarlığı ve Öz Bakım Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Amaç: Araştırmanın amacı, kalp yetmezliği hastalarında akılcı ilaç kullanımı, sağlık okuryazarlığı ve öz bakım davranışları arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Materyal ve Metot: Araştırmada, tanımlayıcı araştırma deseni kullanılarak kesitsel olarak yapılmıştır. Veriler Tanıtıcı Form, Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği (AİKÖ), Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği -32 (TSOYÖ-32) ve Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranış Ölçeği-12 (AKHÖBDÖ-12) ile toplanmıştır. Araştırmanın evrenini 30 Mart 2023- 1 Ocak 2025 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi kardiyoloji kliniğine yatışı yapılan kalp yetmezliği tanısı alınan (N=486) bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, araştırmaya katılmayı kabul eden ve belirlenen dahil edilme kriterlerini karşılayan (n=215) bireyler oluşturmuştur. Veriler, ortalama, yüzde, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ile t-testi, varyans analizi, Cronbach Alpha, iç tutarlılık testleri, Pearson korelasyon ve regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan bireylerin toplam puan ortalamaları AİKÖ için 47.33 ± 5.36 , TSOYÖ-32 için 25.39 ± 11.29 , AKHÖBDÖ-12 için 28.16 ± 6.66 'dır. Bireylerin %48.4'ünün sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu, %91.2'sinin uygun öz bakım davranışlarına sahip olduğu belirlenmiştir. AİKÖ ile TSOYÖ-32 ölçeği ($r=0.345$, $p<0.001$) ve AKHÖBDÖ-12 ölçeği ($r=-0.179$, $p=0.009$) arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Yapılan regresyon analizinde TSOYÖ-32 puanları ile AKHÖBDÖ-12 puan ortalaması arasında anlamlı ilişki ($R=0.591$, $p<0.001$) olduğu belirlenmiştir. TSOYÖ-32 puanı, AKHÖBDÖ-12 puanındaki değişimin %34.3'ünü açıklamaktadır. AİKÖ puanı AKHÖBDÖ-12 puanını yordamamaktadır.

Sonuç: Bireylerin orta düzeyde akılcı ilaç kullanımı olduğu, sağlık okur yazarlığının yetersiz, öz bakım davranışlarının uygun olduğu belirlendi. Akılcı ilaç kullanımının sağlık okuryazarlığı ile orta düzeyde bir ilişkiye sahip olduğu, ancak tek başına öz-bakım davranışlarını belirlemede sınırlı bir etkisi olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Akılcı ilaç, hemşire, kalp yetmezliği, öz bakım, sağlık okur yazarlığı

ABSTRACT

Investigation of the Relationship Between Rational Drug Use, Health Literacy and Self-Care Behaviours in Heart Failure Patients

Aim: The aim of the study was to examine the relationship between rational drug use, health literacy and self-care behaviours in heart failure patients.

Material and Method: The study was conducted cross-sectionally using a descriptive research design. The data were collected with the Introductory Form, Rational Drug Use Scale (RUDS), Turkey Health Literacy Scale-32 (THLS-32) and European Heart Disease Self-Care Behaviour Scale-12 (EHFScB-12). The population of the study consisted of individuals diagnosed with heart failure (N=486) who were admitted to the cardiology clinic of Atatürk University Research Hospital between 30 March 2023 and 1 January 2025. The sample of the study consisted of individuals who agreed to participate in the study and met the specified inclusion criteria (n=215). Data were analysed using mean, percentage, standard deviation, minimum and maximum values, t-test, analysis of variance, Cronbach Alpha, internal consistency tests, Pearson correlation and regression analysis.

Results: The mean total scores of the individuals who participated in the study were 47.33 ± 5.36 for RUDS, 25.39 ± 11.29 for THLS-32, and 28.16 ± 6.66 for EHFScB-12. It was determined that 48.4% of the individuals had inadequate health literacy and 91.2% had appropriate self-care behaviours. It was determined that there was a significant correlation between RUDS and THLS-32 scale ($r = 0.345$, $p < 0.001$) and EHFScB-12 scale ($r = -0.179$, $p = 0.009$). In the regression analysis, it was determined that there was a significant relationship ($R = 0.591$, $p < 0.001$) between the THLS-32 scores and the mean score of EHFScB-12. THLS-32 score explained 34.3% of the change in the ECHDS-12 score. The RUDS score did not predict the EHFScB-12 score.

Conclusion: It was determined that individuals had moderate level of rational drug use, inadequate health literacy and appropriate self-care behaviours. It was determined that rational drug use had a moderate relationship with health literacy, but had a limited effect in determining self-care behaviours alone.

Keywords: Rational drug, nurse, heart failure, self-care, health literacy

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACE	: Angiotensin converting enzyme/Anjiotensin dönüştürücü enzim
AİK	: Akılcı ilaç kullanımı
AİKÖ/RUDS	: Akılcı ilaç kullanım ölçeği/ Rational drug use scale
AKHÖBDÖ-12/ EHFSbB-12	: Avrupa kalp yetersizliği öz bakım davranış ölçeği-12/ European heart failure self-care behaviour scale-12
ARB	: Anjiyotensin reseptör blokeri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKG	: Elektrokardiyografi
KY	: Kalp yetmezliği
SGLT 2	: Sodyum-glukoz taşıyıcı 2
TSOYÖ-32/THLS-32	: Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği -32/ Turkey health literacy scale-32

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Bireylerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	26
Tablo 4.2. Bireylerin AİKÖ, TSOYÖ-32 ve AKHÖBDÖ-12 ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları.....	28
Tablo 4.3. Bireylerin sosyodemografik özellikler ile AİKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	29
Tablo 4.4. Bireylerin sosyodemografik özellikleri ile TSOYÖ-32 puan ortalamalarının karşılaştırılması	31
Tablo 4.5. Bireylerin Sosyodemografik özellikleri ile AKHÖBDÖ-12 puan ortalamaları karşılaştırılması	33
Tablo 4.6. Sürekli değişkenler ve AİKÖ, TSOYÖ-32, AKHÖBDÖ-12 ölçekleri arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=215)	34
Tablo 4.7. AİKÖ, TSOYÖ-32, AKHÖBDÖ-12 ölçekleri arasındaki ilişkinin incelenmesi	36
Tablo 4.8. AİKÖ, TSOYÖ-32 puanlarının AKHÖBDÖ-12 puanına etkisini gösterir regresyon analizi	36

1. GİRİŞ

Kalp yetmezliği (KY), dünya genelinde hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Kronik bir durum olan KY, yaşam süresi ve kalitesini ciddi şekilde etkileyen, ilerleyici ve maliyeti yüksek olan bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Bu hastalık global olarak artış göstermekte olup, özellikle yaşlanan nüfusla birlikte sıklığı daha da belirgin hale gelmektedir (Tsao ve ark., 2023)

Yapılan araştırmalara göre, 2021 yılında dünya genelinde 56.5 milyon KY hastası tespit edilmiştir. Kadınlarda 27.3 milyon, erkeklerde ise 29.2 milyon KY hastası tespit edilmiştir (Çöllüoğlu, 2023). Özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, yaşam süresinin uzamasıyla birlikte nüfusun yaşlanması, artan şehirleşme, sağlıksız beslenme ve hareketsizlik gibi faktörler nedeniyle kalp ve damar hastalıkları görülme sıklığı artmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024). Shi ve ark. (2024)'larına göre, bunun en önemli nedeni, artan yaşam beklentisi ve kalp-damar hastalıklarından sağ kalım oranlarının yükselmesidir. Buna karşın, düşük ve orta gelirli ülkelerde hastalığın yükü daha ağır hissedilmektedir. Bu bölgelerde sağlık hizmetlerine erişim kısıtlıdır, erken tanı konulma oranları düşüktür ve hastaların tedaviye uyumunu zorlaştıran ekonomik ve sosyo-kültürel faktörler ön plandadır (Shi ve ark., 2024). Çöllüoğlu (2023)'na göre bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin %82'si dört ana hastalığa (kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet) atfedilmektedir. Bu hastalıklar arasında en büyük pay %37 ile kardiyovasküler hastalıklara aittir.

KY, sadece bireylerin sağlığını değil, aynı zamanda küresel sağlık ekonomisini de önemli ölçüde etkilemektedir. Amerika Birleşik Devletleri gibi yüksek gelirli ülkelerde KY nedeniyle yapılan harcamalar yılda yaklaşık 30 milyar doları bulmaktadır.

Bu harcamalar, hastane yatışları, ilaç kullanımı, ayakta tedavi hizmetleri ve iş gücü kayıplarını kapsamaktadır (Groenewegen ve ark., 2020). Düşük gelirli ülkelerde ise, finansal kaynakların yetersizliği ve farkındalık eksikliği, KY yönetimini daha karmaşık bir hale getirmektedir (Shi ve ark., 2024).

Dünya genelinde KY'ye neden olan en yaygın risk faktörleri arasında hipertansiyon, koroner arter hastalığı, diyabet, obezite ve sağlıksız yaşam tarzı alışkanlıkları (tütün kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite ve dengesiz beslenme) yer almaktadır. Ayrıca, nüfusun yaşlanması, hastalığın görülme oranını artıran temel nedenlerden biri olarak kabul edilmektedir (Shi ve ark., 2024).

Tekin ve Polat (2018)' a göre, KY yönetimi, hastaların klinik durumlarının stabilize edilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik multidisipliner bir yaklaşımı gerektiren bir süreçtir. Bu süreçte, yalnızca uygun medikal tedavi planlarının uygulanması değil, hastaların tedaviye uyum göstermeleri, hastalık yönetimi konusunda bilinçlenmeleri ve öz bakım davranışlarını geliştirmeleri de önemli bir rol oynamaktadır. Bu noktada akılcı ilaç kullanımı (AİK), sağlık okuryazarlığı ve öz bakım davranışları arasında güçlü bir ilişki olduğu bilinmesine rağmen (Kan ve Sevim, 2023; Tosun ve Hoşgör, 2021; Yalman ve Tosun, 2021), bu üç unsurun bir arada ele alındığı çalışmalar oldukça sınırlıdır.

AİK, hastaların doğru ilacı, doğru dozda, doğru süre boyunca ve doğru bir şekilde kullanmasını ifade etmektedir (Elkin, 2020). Parlakpınar ve Sağır (2013)'a göre KY gibi kronik hastalıklarda bu kavram, tedavi başarısının temel taşlarından biri olarak görülmektedir. Yanlış dozda ya da düzensiz ilaç kullanımı, tedavi sürecini aksatmakta ve hastalarda istenmeyen komplikasyonlara yol açmaktadır. Örneğin, diüretiklerin yanlış kullanımı, elektrolit dengesizliğine ve semptomların kötüleşmesine

neden olabilmektedir (Parlakpınar ve Sağır, 2013). Dolayısıyla, KY hastalarında AİK'in teşvik edilmesinin, hastalığın yönetiminde kritik bir öneme sahip olduğu söylenebilir.

Sağlık okuryazarlığı ise, bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve doğru bir şekilde kullanma becerisi olarak tanımlanmaktadır (Liu ve ark., 2020). KY gibi karmaşık bir hastalığın yönetiminde, hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması, tedaviye uyum ve hastalık yönetimi açısından belirleyici bir etken olarak kabul edilmektedir (Cajita ve ark., 2016; Ekenler, 2024; Rezaei ve ark., 2022). Literatürdeki araştırmalar, düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylerin ilaç kullanım talimatlarını doğru bir şekilde anlamakta güçlük çektiğini, bu durumun da hem yanlış ilaç kullanımına hem de tedavi başarısızlıklarına yol açtığını göstermektedir (Miller, 2016; Rezaei ve ark., 2022). Sağlık okuryazarlığı, aynı zamanda öz bakım davranışlarını da etkileyen bir faktör olarak öne çıkmaktadır (Panahi ve ark., 2018).

KY yönetiminde öz bakım davranışları, bireylerin günlük yaşamda hastalık yönetimine yönelik sorumluluklarını yerine getirmesi anlamına gelmektedir (Aghajanloo ve ark., 2021). Diyet düzenlemeleri, fiziksel aktivite, semptomların izlenmesi, ilaç tedavisine uyum ve risk faktörlerinin kontrolü, öz bakımın temel bileşenlerini oluşturmaktadır. Öz bakım davranışlarının yetersiz olması, hastalığın ilerlemesine ve hastane yatışlarının artmasına neden olmaktadır. Ancak, bu davranışların benimsenmesinde sağlık okuryazarlığı ve AİK alışkanlıklarının etkili olduğu belirtilmektedir (Yılmaz ve Kıl, 2018).

Bu çalışmanın amacı, KY hastalarında AİK, sağlık okuryazarlığı ve öz bakım davranışları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu bağlamda çalışmanın önemi şu şekilde özetlenebilir; literatürde, bu üç değişkenin birbiriyle ilişkisini ele alan sınırlı sayıda

Çalışma bulunmakta olup bu araştırma, literatürdeki bu boşluğu doldurmayı hedeflemektedir.

Araştırma Soruları

1. AİK'in, KY hastalarının öz bakım davranışlarını etkileyen bir faktör müdür?
2. KY hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeyi ile AİK arasında bir ilişki var mıdır?
3. KY hastalarının Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile öz bakım davranışlarını arasında bir ilişki var mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalp Yetmezliği

Kalp Yetmezliği (KY), yapısal veya fonksiyonel bir bozukluk nedeniyle ventriküllerin kanı yeterince pompalayamaması sonucu ortaya çıkan bir durum olarak kabul edilmektedir. Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin kılavuzunda, KY, kalbin dokuların metabolik ihtiyaçlarını karşılayacak kadar oksijen sunamamasıyla tanımlanan klinik bir sendromdur (Bozkurt ve ark., 2021).

2.2. Kalp Yetmezliği Epidemiyolojisi

KY'nin insidansı ve prevalansı, yaşlanan nüfus ve artan kronik hastalık yükü nedeniyle giderek artmaktadır. Küresel tahminlere göre, dünya genelinde yaklaşık 64 milyon kişi kalp yetmezliği ile yaşamaktadır. Kalp yetmezliği insidansı, her yıl 1.000 kişi başına 5-10 yeni vaka olarak bildirilmektedir. Bu oran yaşlı popülasyonda belirgin şekilde artmaktadır. 65 yaş üstü bireylerde insidans, 10 katına kadar çıkabilmektedir. KY'nin prevalansı dünya genelinde %1-2 arasında değişmekte olup, 70 yaş üzeri bireylerde bu oran %10'a kadar çıkmaktadır (Tsao ve ark., 2023). Türkiye'de kalp yetmezliği prevalansı, dünyadaki genel oranlarla benzerlik göstermektedir, ancak bazı bölgelerde daha yüksek oranlar gözlemlenmektedir. Türkiye'de 35 yaş üstü bireylerde KY prevalansı yaklaşık %3 olarak saptanmıştır. Bu oran, yaş ilerledikçe anlamlı şekilde artmaktadır ve 70 yaş üstünde %10'a ulaşmaktadır. Türkiye'de kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatış oranları, tüm kardiyovasküler hastalıkların yaklaşık %20'sini oluşturmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2020).

Amerikan Kalp Birliği (American Heart Association)'nin raporlarına göre, her yıl yaklaşık 915.000 yeni KY vakası tespit edilmektedir. Bu sayı, özellikle yaşlanan nüfus ve artan kronik hastalıklar nedeniyle her geçen yıl yükselmektedir. Tahminler,

2030 yılına kadar bu sayının yaklaşık %46 oranında artış göstererek sekiz milyonu aşacağını öngörmektedir (Tsao ve ark., 2023).

KY, dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olup yalnızca Amerika Birleşik Devletleri'nde değil, küresel düzeyde de büyük bir yük oluşturmaktadır. DSÖ ve diğer otoritelerin raporlarında da KY hem mortalite hem de morbidite açısından önde gelen nedenlerden biri olarak belirtilmektedir. Örneğin, dünya çapında en az 26 milyon kişinin bu hastalıkla yaşadığı tahmin edilmektedir ve bu rakamlar özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde hızla artış göstermektedir (DSÖ, 2021).

2.3. Kalp Yetmezliği Patofizyolojisi

KY birçok etyolojik faktör sonucunda ortaya çıkmakta ve temelde miyokardın yapısal değişiklikleri ile karakterizedir. Bu durum, sıklıkla kalp kasının kasılma yeteneğinde azalma sistolik disfonksiyon veya gevşeme kabiliyetinde bozulma diyastolik disfonksiyon ile ilişkilidir. Patofizyolojik süreçlerde, renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi ve sempatik sinir sisteminin aşırı aktivasyonu, kardiyomiyosit kaybı, miyokardiyal fibrozis ve hipertrofi gibi hücresel değişiklikler önemli bir rol oynar. Bu mekanizmalar, kalpteki basınç ve hacim yükünü artırarak sıvı birikimine, ödem ve venöz konjesyona yol açmaktadır (Schwinger, 2021).

2.4. Kalp Yetmezliği Belirtileri

KY'nin tipik belirtileri arasında nefes darlığı, yorgunluk, ayak bileğinde ödem ve gece uyandıran ani nefes darlığı atakları (paroksizmal nokturnal dispne) yer almaktadır (Türk Kardiyoloji Derneği, 2022). Diğer taraftan, özgül olmayan belirtiler olarak sınıflandırılan gece öksürüğü, hırıltılı solunum (wheezing), beklenmedik 2'nin üzerinde kilo artışı, ileri evre KY'nde görülen kilo kaybı, şişkinlik, iştah kaybı, zihinsel karışıklık, depresyon, kalp çarpıntısı ve bayılma hissi (senkop) gibi durumlar ayırıcı tanıda etkili olamamaktadır (Heo ve ark., 2023).

2.5. Kalp Yetmezliği Tipleri

KY, klinik açıdan farklı kategorilere ayrılabilir:

Akut ve Kronik Kalp Yetmezliği: Kronik KY, uzun süredir KY tanısı olan hastaları ifade ederken, stabil kronik KY, semptomları tedaviyle kontrol altına alınan durumu ifade etmektedir (Njoroge & Teerlink, 2021). Dekompansasyon, stabil durumdaki KY'nin kötüleşmesidir, yeni KY ise genellikle akut bir durumla tetiklenmektedir (ESC, 2021).

Düşük ve Korunmuş Ejeksiyon Fraksiyonlu: Düşük ejeksiyon fraksiyonlu KY'de kalbin pompalama gücü azalmış olup ejeksiyon fraksiyonu %40'ın altındadır. Korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu KY ise pompalama gücü korunmuş (%50 veya daha yüksek) ancak ventrikül dolumunda bozulma vardır. Ejeksiyon fraksiyonu %40-49 arasında olanlar ise orta düzey KY olarak sınıflandırılır (Albakri, 2020).

Sol Kalp Yetmezliği: Sol kalp yetmezliği, genellikle sol ventrikülün pompalama fonksiyonunun bozulması sonucu ortaya çıkar. Bu durum, kanın sol ventrikülde birikmesine ve geri akarak akciğerlerde konjesyona neden olmasına yol açmaktadır. Pulmoner ödem gelişimi, sol KY'nin en önemli sonuçlarından biridir. Pulmoner ödem, akciğer alveollerinde sıvı birikmesine yol açarak gaz değişimini zorlaştırır ve buna bağı olarak ciddi nefes darlığı meydana gelir. Sol KY'nin ana semptomları arasında nefes darlığı (dispne), ortopne (yatar pozisyonda nefes darlığı), paroksizmal noktürnal dispne (gece uykuda ani başlayan nefes darlığı), egzersiz intoleransı ve yorgunluk yer almaktadır. Bu belirtiler, düşük sistemik perfüzyon ve oksijenlenme yetersizliğinin göstergesidir (La Franca ve ark., 2021). Düşük sistemik perfüzyon, organ ve dokulara yeterli oksijen ve besin sağlanamamasına neden olarak çoklu organ fonksiyonlarını etkileyebilir. Uzun dönemde, sol ventrikülde hipertrofi ve remodelasyon gelişebilir. Sol KY'nin başlıca nedenleri arasında koroner arter hastalığı, hipertansiyon,

kardiyomiyopati, kalp kapak hastalıkları **ve** miyokard enfarktüsü yer almaktadır. Tedavi edilmediği takdirde, sol KY ilerleyerek sağ kalp yetmezliğine dönüşebilir (Rosenkranz ve ark., 2016).

Sağ Kalp Yetmezliği: Sağ kalp yetmezliği (Sağ KY), genellikle sağ ventrikülün kanı etkili bir şekilde pulmoner arterlere pompalayamaması sonucu ortaya çıkar. Bu durum, venöz dönüşte artışa ve venöz sistemde basınç birikmesine neden olur. Sağ KY genellikle sol KY'nin bir komplikasyonu olarak gelişir, ancak pulmoner hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) veya sağ ventrikül enfarktüsü gibi diğer nedenlerle de meydana gelebilir. Sağ KY'nin başlıca belirtileri arasında bacaklarda ödem, karında sıvı birikimi (asit), juguler venöz dolgunluk, kilo artışı, hepatomegali (karaciğer büyümesi) ve anoreksi yer almaktadır (Gorter ve ark., 2018). Sistemik venöz sistemdeki tıkanıklık, karaciğer ve gastrointestinal organlarda konjesyona yol açarak fonksiyon bozukluklarına neden olabilir. Sistemik ödem ve sıvı retansiyonu, hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler. Sağ KY genellikle sol KY'ye kıyasla daha belirgin periferik belirtilerle seyreder (La Franca ve ark., 2021). Sağ KY, özellikle pulmoner hipertansiyon gibi primer akciğer hastalıkları ile ilişkili olduğunda bağımsız bir klinik tablo olarak da görülebilir. Tedavi, altta yatan nedenin düzeltilmesine ve semptomların yönetimine odaklanır.

2.6. Kalp Yetmezliği Tanısı

KY'nin tanısında kullanılan başlıca yöntemler arasında elektrokardiyografi (EKG), ekokardiyografi ve çeşitli laboratuvar testleri yer almaktadır (Pieske ve ark., 2020).

KY teşhisinin koyulması, klinik semptomlar, hastanın detaylı tıbbi geçmişi ve çeşitli tanısal testler aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Hastalığın doğru bir şekilde

teşhis edilebilmesi için tıbbi öykü büyük önem taşımaktadır. Özellikle, geçmişte miyokard infarktüsü gibi kalp hasarına yol açabilecek olaylar, KY olasılığını artırmaktadır (Rastogi ve ark., 2022).

2.7. Kalp Yetmezliği Tedavisi

KY tedavisinde farmakolojik, cihaz ve non-farmakolojik tedavi yöntemleri kullanılmaktadır.

2.7.1. Farmakolojik Tedavi

KY tedavisi, hastanın klinik durumuna ve KY'nin türüne göre farklılık gösterebilmektedir. Farmakolojik tedavi, KY'nin yönetiminde temel bir bileşen olup, kalp fonksiyonlarını iyileştirmeyi ve semptomları hafifletmeyi amaçlamaktadır (Severino ve ark., 2023). Bu tedavi genellikle ilaçlar aracılığıyla yapılmakta ve hastaların yaşam kalitesini artırmayı, hastalık progresyonunu yavaşlatmayı ve hastaneye yatış oranlarını azaltmayı hedeflemektedir (Vaduganathan ve ark., 2020)

Farmakolojik tedavide kullanılan tedavi yöntemleri şunlardır:

Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri ve Anjiyotensin II Reseptör Blokörleri: Angiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACE inhibitörleri) ve anjiyotensin II reseptör blokörleri (ARB'ler), KY'nin tedavisinde ilk basamak tedavi ilaçları arasında yer almaktadır. Bu ilaçlar, kardiyovasküler sistem üzerinde belirgin etkiler yaparak, KYnin semptomlarını hafifletmek, hastalığın ilerlemesini durdurmak ve hasta sağkalımını iyileştirmek amacıyla kullanılmaktadır. ACE inhibitörleri, anjiyotensin I'in anjiyotensin II'ye dönüşümünü inhibe eden ilaçlardır (Helmer ve ark., 2018). KY tedavisinde ACE inhibitörleri, özellikle sol ventrikül disfonksiyonu ve sistolik KY olan hastalarda kullanılmaktadır (Bryniarski ve ark., 2022).

ARB'ler ise, anjiyotensin II'nin tip 1 reseptörlerine bağlanarak etkilerini inhibe eden ilaçlardır. ARB, ACE inhibitörlerine benzerdir. Anjiyotensin II'nin vazokonstriktör

etkilerini engeller, ancak ACE inhibitörlerinden farklı olarak, anjiyotensin I'in dönüşümünü engellemezler (Bryniarski ve ark., 2022). ARB'ler, kan damarlarını genişleterek ve periferik vasküler dirençleri düşürerek kan basıncını düzenler. Ayrıca, aldosteron salınımını azaltarak sıvı ve tuz birikimini engeller ve böylece ödemi önler (Helmer ve ark., 2018)

Beta Blokerler: Bu ilaçlar, özellikle kalbin aşırı hızlanan ve verimsiz çalışan ritmini düzenleyerek, kalbin oksijen ihtiyacını azaltır ve miyokardın (kalp kası) işlevini iyileştirmeye yardımcı olmaktadır (Bavishi ve ark., 2015). Beta blokerlerinin KY tedavisindeki temel etkisi, kalp hızını düşürmek, kalbin kontraktilesini iyileştirmek ve miyokardiyal oksijen tüketimini azaltmaktır (Martin ve ark., 2018).

Diüretikler: Diüretikler, KY tedavisinde temel ilaçlardan biri olup, özellikle hastaların ödem kontrolünü sağlamada kritik bir rol oynamaktadır. KY olan hastalarda, kalbin etkili bir şekilde kan pompalama kapasitesinin azalması, sıvı birikimine yol açmaktadır. Diüretikler, böbreklerdeki sıvı atılımını artırarak fazla sıvıyı vücuttan atmaya yardımcı olmaktadır (Vaduganathan ve ark., 2017).

Aldosteron Antagonistleri: Aldosteron, böbreklerde sodyum ve suyun geri emilimini artıran ve potasyumun atılmasını teşvik eden bir hormondur. KY olan hastalarda, aldosteron seviyeleri genellikle yükselir ve bu da vücutta aşırı sıvı birikimine, kan basıncının yükselmesine ve elektrolit dengesizliklerine yol açmaktadır. Aldosteron antagonistleri, bu hormonu bloke ederek sıvı dengesini düzenler, potasyum kaybını engeller ve kalp üzerindeki yükü azaltarak kalp fonksiyonlarını iyileştirir (Bryniarski ve ark., 2022).

Sodyum-glukoz taşıyıcı 2 (SGLT2) inhibitörleri: Bu ilaçlar, son yıllarda KY tedavisinde önemli bir tedavi seçeneği olarak öne çıkmıştır. Başlangıçta, SGLT2 inhibitörleri tip 2 diyabetin tedavisinde kullanılan ilaçlar olarak geliştirilmiş olsa da,

yapılan klinik çalışmalar bu ilaçların KY hastalarında da faydalı etkiler gösterdiğini ortaya koymuştur (Fernandes ve ark., 2021).

Ivabradin: Kalp hızını spesifik olarak düşüren ve kalbin iş yükünü azaltarak KY hastalarının tedavisinde önemli bir ilaç olarak kullanılmaktadır. Ivabradin, bir interferansiyel kanal inhibitörü olarak sınıflandırılmakta ve kalp atım hızını doğrudan etkileyerek kalbin oksijen tüketimini azaltmaktadır (Benstoem ve ark., 2020).

2.7.2. Cihaz Tedavisi

Ventriküler aritmilerden kaynaklanan ani ölümleri önlemek amacıyla KY hastalarında yaygın olarak İmplant edilebilen kardiyoverter defibrilatörler (Implantable Cardioverter Defibrillator) kullanılmaktadır. Bu cihazlar, özellikle sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %30 veya altında olan, EKG’de görülen QRS kompleks dalga formu süresi 150 milisaniye veya daha fazla olan ve sol dal bloğu morfolojisi gösteren hastalarda etkilidir. Bu şartları taşıyan hastalara kardiyak resenkronizasyon tedavisi uygulanmakta ve bu tedavinin mortaliteyi ve tekrar hastaneye yatış oranlarını azalttığı gösterilmiştir (Spartalis ve ark., 2021).

Sol ventrikül için mekanik dolaşım destek cihazları, kalp nakli bekleyen veya akut veya kronik KY gelişen hastalar için hayati bir seçenek olarak sunulmaktadır. Bu cihazlar, kalp nakli yapılamayacak hastalar için sonlanım tedavisi olarak değerlendirilmekte ve hastalığın prognozunu iyileştirmekte, yaşam kalitesine olumlu katkılarda bulunmaktadır (Polat ve Karadağ, 2023)

2.7.3. Non Farmakolojik Tedavi

Hemşirelik bakımının temel hedefleri arasında, KY hastalarının semptomlarını hafifletmek, ödemleri azaltmak, fiziksel aktivite kapasitelerini artırmak, sodyum kısıtlaması, diyet ve tedaviye uyumlarını güçlendirmek, olası komplikasyonların

önlenmesi ve genel yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi yer almaktadır (Alnomasy ve Still, 2023; Bayazit, 2023; Fu ve ark., 2022; Konal ve Ardahan, 2017).

2.8. Kalp Yetmezliği Hastalarında Akılcı İlaç Kullanımı ve Hemşirelik Bakımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ilaçları, alıcının faydasına yönelik olarak fizyolojik sistemlerde veya patolojik durumlarda değişiklik veya analiz amacıyla kullanılabilen maddeler veya ürünler olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 2022). Alternatif bir tanımlamaya göre, ilaçlar; insanlarda hastalıkların önlenmesi, tanı konulması, tedavi edilmesi veya vücut fonksiyonlarının düzenlenmesi amacıyla kullanılan, genellikle bir veya daha fazla yardımcı madde ile birlikte formüle edilen etkin maddeleri içeren ürünlerin bitmiş dozaj formlarıdır (Akkaya, 2021).

İlaç kullanımında temel ilke, ihtiyaç duyulduğunda, gereken kalitede, uygun ölçüde ve doğru biçimde kullanılabilmesidir. İlaçlar, sağlık hizmetlerinde kritik bir rol oynamakla kalmaz, aynı zamanda sağlık sorunlarının ortaya çıkmasında da etkili olabilirler (Akkaya, 2021). Buna karşın, ilaçlar esasen toksik maddeler olduğundan, yanlış kullanıldıklarında ölümcül de dahil olmak üzere ciddi zararlara yol açabilirler. Doğru seçim, uygun dozaj ve yeterli sürede kullanıldığında ilaçlar, bireylerin ve toplumun sağlığını sürdürmek ve iyileştirmek için elzemdir. Bu bağlamda, Özkan ve Aca'ya göre ilaçların %50'den fazlası uygun olmayan bir şekilde reçete edilmekte, dağıtılmakta veya satılmaktadır. Ayrıca hastaların da %50'si bu ilaçları doğru kullanamamaktadır. Böylece ilaçlar gereksiz, yanlış ve etkisiz reçete edilmekte; etkili ilaçlar da doğru kullanılmamaktadır (Özkan ve Aca, 2020).

AİK ise bireylerin sağlık ihtiyaçlarına uygun, güvenli ve etkili tedavi stratejilerinin uygulanmasını sağlamaya yönelik bir yaklaşımdır (Akkaya, 2021). Bu kavram, sadece ilaçların doğru seçilmesini değil, aynı zamanda tedavi sürecinin her

aşamasını kapsamaktadır. AİK, ilk aşamada hastaya doğru teşhisin konulmasıyla başlar. Bu aşama, doğru tanı koymanın, tedavi sürecinin geri kalanını şekillendirmede ne kadar kritik olduğunu vurgular. Daha sonra hastanın özelliklerine uygun tedavi planı oluşturulur; bu, tedavi süresi ve kullanılacak ilaçların seçilmesi ile devam eder. Bu bağlamda, toplum sağlığı açısından akılcı olmayan ilaç kullanımı, bakım kalitesinin düşmesine, hastalık ve ölüm oranlarının artmasına, ilaçların yan etki riskinin yükselmesine, tedavi sürecinin uzamasına, ilaç etkileşimlerine, ilaç direncine ve ölümlere yol açmaktadır (Özkan ve Aca, 2020). Güner ve ark.'ları AİK'yı hastaların ilaçları, klinik gereksinimlerine uygun olarak, doğru süre ve kişisel ihtiyaçlarını karşılayacak dozlarda, kendileri ve toplum için en düşük maliyetle kullanmalarını sağlayan ilkeler bütünü" olarak tanımlanmıştır (Güner ve ark., 2020).

Türk Eczacılar Birliği'ne göre AİK prensipleri arasında hastaya doğru tedavi yönteminin ve ilaçların seçilmesi önemlidir. Burada ilaçların, sadece hastanın durumu için uygun olması değil, aynı zamanda hastanın yaşam tarzına, yaşına, alerji geçmişine ve diğer sağlık durumlarına göre de özelleştirilmesi gerekmektedir (Türk Eczacılar Birliği, 2020).

Tedavi süreci boyunca ilaçların etkilerinin izlenmesi, olası yan etkilerin fark edilmesi ve raporlanması da büyük bir öneme sahiptir. Bu, tedavi sürecinin daha güvenli ve etkili bir şekilde ilerlemesini sağlar (Akkaya, 2021). Bu bağlamda, ilaç tedavisi, sadece tıbbi olarak uygun olmakla kalmamalı, aynı zamanda ekonomik açıdan da sürdürülebilir olmalıdır (Öz, 2020).

AİK'de hemşireler önemli bir role sahiptir. İlacın ideal koşullarda üretilmesinden, kullanım kolaylığı sağlamasına; doğru şekilde kullanılmasından, atığının uygun biçimde imha edilmesine kadar ilaçla ilgili tüm süreçler, hemşirenin görev alanına giren AİK ilkeleri kapsamında değerlendirilir. Hemşire bu süreçlerin bir

kısmına doğrudan, bir kısmına ise dolaylı olarak müdahil olmaktadır. Bu bağlamda Cenger'e göre ilaçla ilgili bilginin desteklenmesi ve uygulanmasında hemşirelerinde dediğer sağlık çalışanları da önemli bir rol üstlenmektedirler (Cenger, 2020).

AİK, genellikle hastalıkların teşhisi, önlenmesi, hafifletilmesi ve tedavisi amacıyla doğru reçeteleme, doğru dağıtım ve hastaların ilaçları doğru şekilde kullanmasını içerir (Mamo ve Alemu, 2020). AİK ilkeleri ve bu süreçte hemşirenin dikkat etmesi gereken hususlar temel olarak aynı olsa da hemşirenin çalıştığı servis ve bakım verilen hasta grubunun özelliklerine bağlı olarak detaylarda farklılıklar görülebilmektedir. Özellikle yaşlılar, çocuklar, gebeler, emziren anneler, psikiyatri hastaları, evde veya özel bakım merkezlerinde tedavi gören hastalar ve yoğun bakım hastaları için ilaç tedavisi çok daha kritik bir öneme sahiptir. Bu kapsamda, AİK ilkelerine uygun olarak sağlanacak hemşirelik hizmeti, ilaç uygulamalarında hemşirenin görev ve sorumluluklarını yerine getirmesini kolaylaştırır. Uygulama sırasında AİK ilkeleri; reçete veya istem alma, ilaçların muhafazası, uygulama, kayıt tutma, izleme ve atık yönetimi gibi süreçlerin kusursuz şekilde yürütülmesini gerektirir. AİK ilkelerine uygun hareket eden bir hemşire, ilaçların farmakokinetik ve farmakodinamik özellikleri, uygulama yolları, etkileri, verilme nedenleri, toksik veya karşıt etkileri, ilaç uyarıları, kontrendikasyonlar ve ilaç etkisini değiştiren faktörler gibi konularda yeterli bilgiye sahip olmalıdır. Bu bilgi, uygulamalara yönelik çeşitli rehberlerle desteklenmeli ve doğru şekilde kullanılmalıdır. Hemşireler, ilaçlarla ilgili bilgilerin hızla değiştiği bir alanda bilgi ve becerilerini sürekli güncellemeli, olası aksaklıklara karşı hazırlıklı olmalıdır (Onaran ve Bilgili, 2020).

2.9. Kalp Yetmezliği Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı ve Hemşirelik Bakımı

Sağlık okuryazarlığının, özellikle toplum içinde bireylerin aktif ve bilinçli katılımını sağlayacak şekilde güven ve gerekli becerileri artırıcı bir rol oynadığı kabul edilmektedir. Bu kavram, sağlık bilgilerine erişimi ve bu bilgileri etkin bir şekilde kullanma kapasitesini iyileştirir, böylece bireylerin sağlıklarını koruma ve geliştirme kapasiteleri artar (Aktaş ve Kızıltan, 2022). Sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlığını koruma, geliştirme ve bozulan sağlığını iyileştirme amacıyla temel sağlık bilgilerini ve ilgili hizmetleri edinme, anlama, yorumlama ve bu bilgiler doğrultusunda harekete geçme kapasitesi olarak değerlendirilmektedir (Tarhan ve ark., 2021). Bu model, bireylerin sağlıkla ilgili daha bilinçli ve özerk kararlar verebilmesi için sağlık okuryazarlığı düzeylerinin artırılmasının önemini vurgulamaktadır (Aktaş ve Kızıltan, 2022).

KY hastalarında sağlık okuryazarlığı, diyet düzenlemeleri, ilaç yönetimi, fiziksel aktivite düzeyinin ayarlanması ve semptomların izlenmesi gibi temel bakım alanlarında önemlidir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı, hastaların:

- Tedaviye uyumda güçlük çekmesine,
- İlaçları doğru şekilde kullanamamasına,
- Kilo takibi ve sıvı alımının kontrolü gibi günlük bakım uygulamalarını yerine getirememesine,
- Hastalık belirtilerini zamanında fark edememesine neden olabilir (Aktaş ve Kızıltan, 2022).

KY hastalarında hemşirelik bakımı, bireyselleştirilmiş eğitim ve destek sağlayarak sağlık okuryazarlığının artırılmasında önemli bir role sahiptir. Hemşirelerin bu süreçteki temel sorumlulukları şunlardır (Küçükkarakurt ve Cengiz, 2023):

1. Hasta Eğitimi Sağlamak: Hastalara ve ailelerine, kalp yetmezliğiyle ilgili bilgiler, ilaç kullanımı, beslenme önerileri ve egzersiz planları konusunda eğitim verilmelidir. Bu eğitim, hastaların kendi sağlıklarını yönetme becerisini artırmaya katkıda bulunmaktadır.
2. Semptomların Yönetimi: Hemşireler, hastaların nefes darlığı, kilo artışı, bacaklarda şişlik gibi semptomları tanımasını ve bunlara uygun yanıt vermesini öğretmektedir.
3. İletişim ve Motivasyon: Hastaların tedaviye uyumunu sağlamak için açık iletişim kurulmalı ve gerekli durumlarda motivasyonel teknikler kullanılmalıdır.
4. Takip ve İzleme: Hastaların düzenli aralıklarla takibi yapılmalı; kilo kontrolü, kan basıncı ölçümleri ve ilaçların doğru kullanımı izlenmelidir.

Sağlık Hizmetlerine Erişim Desteği: Sağlık okuryazarlığı düşük olan hastalara, sağlık sistemine nasıl erişim sağlayacakları konusunda rehberlik edilmelidir.

Küresel çapta yapılan çalışmalar, sağlık okuryazarlığı düzeylerinin genellikle yetersiz olduğunu göstermektedir. Kanada'da yapılan bir araştırmada katılımcıların %29'unun sağlık okuryazarlığı yetersiz bulunmuş olup, Amerikada ise yetişkinlerin %14'ü yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir (Aktaş ve Kızıltan, 2022; Koh ve ark, 2021). Türkiye'deki bir çalışmada toplumun %24.5'i yetersiz, %40'ı problemli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bulunmuş ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaşla azalıp, eğitim düzeyiyle arttığı gözlemlenmiştir (Kavuncuoğlu ve ark., 2023)

2.10. Kalp Yetmezliği Hastalarında Öz Bakım ve Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere erişebilmesi, bu bilgileri anlaması ve uygun şekilde değerlendirip uygulayabilmesi için gerekli olan yetenekler bütünüdür. Bu yetenekler, bireylerin ilaç prospektüslerini okuyabilmesi, sağlık

haberlerini ve broşürleri anlayabilmesi, sağlık hizmetlerine erişim sağlayabilmesi ve sağlıklı kararlar alabilmesi gibi çeşitli alanlarda kendilerini gösterir (Shoyemi ve ark., 2024).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan bireyler, sağlık ile ilgili bilgiye ulaşma ve bu bilgiyi işleme konusunda zorluk yaşarlar. Bu durum, sağlık hizmetlerinin yanlış veya aşırı kullanılmasına, sağlık kurumlarına erişimde güçlükler yaşanmasına ve önemli sağlık bilgilerinin yanlış anlaşılmasına neden olabilir. Yanlış ilaç kullanımı, tedaviye uyumsuzluk, sağlık durumunun kötüleşmesinin fark edilememesi gibi durumlar, yetersiz sağlık okuryazarlığının doğrudan sonuçları arasındadır. Bu sorunlar, hastane yatışlarının artmasına, sağlık maliyetlerinin yükselmesine ve mortalite oranlarının artmasına sebep olur (Tarhan ve ark., 2021).

KY yönetiminde, farmakolojik tedavilerin yanı sıra öz bakımın da hayati bir rol oynadığı bilinmektedir. Öz bakım yeteneklerinin eksikliği, KY hastalarında olumsuz sağlık sonuçlarına yol açabilir. Bu bağlamda, hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi büyük önem taşır, zira düşük sağlık okuryazarlığı, bilgi eksikliği ve zayıf öz yönetim becerileri nedeniyle yüksek ölüm oranlarıyla doğrudan ilişkilidir. Ekenler ve Altınel'e göre kalp yetmezliği olan hastalarda sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin ilaca uyumlarının ve hastalık algılarının daha olumlu olduğunu belirtmektedir (Ekenler ve Altınel, 2024).

2.11. Kalp Yetmezliğinde Öz Bakım ve Hemşirelerin Roller

Öz bakım, bireyin kendi sağlığını iyileştirmek, hastalıklardan korunmak, mevcut hastalıkların ilerlemesini durdurmak ya da geri çevirmek ve genel sağlık durumlarını geliştirmek için girişimlerde bulunmalarını içerir. Bu girişimler, sağlık profesyonellerinden alınan bilgilere dayanarak, profesyonel müdahale olmaksızın gerçekleştirilir (Riegel ve ark., 2017).

İlk olarak, inflamasyonun azaltılması mekanizması, öz bakım uygulamaları ile erken evrede konjesyonun kontrol altına alınarak mekanik strese bağlı inflamatuvar sitokinlerinin (hücre sinyal molekülleri) olumsuz etkilerinin engellenmesini içerir. Betablokerler gibi belirli ilaçların düzenli kullanımı, interlökin-6 peptid seviyelerinin azaltılmasına yardımcı olur ve böylece inflamasyon süreci baskılanmış olur (Azzam ve ark., 2017). Ayrıca el yıkama, diş sağlığına özen gösterme ve düzenli aşılanma gibi basit öz bakım uygulamaları inflamasyonu önleyerek hastane yatışlarını ve mortalite riskini azaltmaktadır (Vardeny ve ark., 2016).

İkinci olarak, farmakolojik ajanların zararlı etkilerinden kaçınma mekanizmasıdır. Öz bakım eksikliği olan KY hastalarında akut dekompanse durumların gelişimi ve acil servis/hastane başvurularının artmasına yol açabilir. Bu durumlar genellikle yüksek doz diüretikler ve vazodilatörlerle tedavi edilir. Ancak öz bakım davranışları sayesinde, diüretik kullanımını en aza indirgeyerek veya tamamen ortadan kaldırarak yan etkileri önlemek mümkündür (Avcı ve Gün, 2020).

Sağlık bakım profesyonellerinden biri olan hemşireler, öz yönetim süreci için önemli bir konuma sahiptir. Araştırmadan uygulamaya köprü görevi gören hemşireler, kronik hastalığı yönetmede veya sağlığı korumada bireylere ve daha geniş nüfusa öz yönetim eğitimi verme sorumluluğunu taşımaktadır (Küçükkarakurt ve Cengiz, 2023).

Hemşirelerin öz yönetim desteği sağlama konusundaki rol ve sorumlulukları, birey ve ailelerin kronik hastalıklarla başa çıkma becerilerini geliştirmeyi hedefler. Bu süreç, bireylerin sağlık durumlarını yönetme kapasitelerini artırarak yaşam kalitelerini yükseltmeye ve hastalıkların olumsuz etkilerini en aza indirmeye yönelik çeşitli stratejileri içerir. Hemşirelerin bu kapsamda üstlendiği görevler şunlardır (Kalav ve Bektaş, 2018; Küçükkarakurt ve Cengiz, 2023)

1. Semptom Tanıma ve Kendini İzleme Becerilerinin Kazandırılması: Hemşireler, bireylerin hastalık belirtilerini tanımalarına ve bu belirtileri etkili bir şekilde izlemelerine yardımcı olmaktadır. Örneğin, kalp yetmezliği gibi kronik hastalıklarda nefes darlığı, ödem veya kilo artışı gibi semptomların erken fark edilmesi hayati önem taşımaktadır. Bu nedenle hemşireler, hastalara semptom yönetimi için gerekli bilgi ve teknik becerileri öğretmektedir (Küçükkarakurt ve Cengiz, 2023).

2. Karar Verme Sürecinde Destek: Kronik hastalık yönetiminde bireylerin sağlıkla ilgili kararlarını bilinçli bir şekilde alabilmeleri gerekmektedir. Hemşireler, hastaların tedavi seçeneklerini anlamalarına, risk ve faydaları değerlendirmelerine, ayrıca kendi sağlık hedeflerini belirlemelerine rehberlik etmektedirler. Bu süreç, bireyin öz güvenini artırmakta ve kendi sağlığı üzerindeki kontrol duygusunu güçlendirmektedir.

3. Sosyal ve Toplumsal Desteklerin Aktifleştirilmesi: Hemşireler, bireylerin sosyal çevresinden ve toplum kaynaklarından faydalanmasını teşvik etmektedirler. Aile üyelerinin, arkadaşların veya destek gruplarının sürece dahil edilmesi, bireylerin yalnızlık hissini azaltır ve hastalık yönetimindeki motivasyonlarını artırır. Toplum kaynaklarına erişim için yönlendirme ve rehberlik sağlamak da hemşirenin önemli rollerindendir (Kalav ve Bektaş, 2018).

4. Davranış Değişikliğini Destekleme ve Hedef Belirleme: Kronik hastalıklarda başarılı bir yönetim, bireylerin sağlıklı yaşam alışkanlıklarını benimsemesiyle mümkündür. Hemşireler, hastaların mevcut davranışlarını değerlendirdikten sonra gerçekçi ve ulaşılabilir hedefler belirlemelerine yardımcı olur. Örneğin, düzenli egzersiz yapma, dengeli bir diyet uygulama veya ilaçlarını düzenli kullanma gibi hedefler için bireyselleştirilmiş eylem planları oluştururlar (Kang ve ark., 2021).

5. Özel Stratejiler Geliştirme: Bireylerin ihtiyaçlarına göre özelleştirilmiş stratejiler geliştirerek hastalık yönetimini kolaylaştırmak, hemşirelerin önemli görevlerinden biridir. Bu stratejiler arasında eğitim materyalleri oluşturma, mobil sağlık uygulamalarını tanıtmak veya davranış değişikliğine yönelik motivasyonel görüşme tekniklerini uygulama yer alabilir (Kalav ve Bektaş, 2018).

6. Problem Çözme Becerilerinin Artırılması: Hemşireler, bireylerin karşılaştıkları sorunları tanımlamalarına ve bu sorunlara yönelik etkili çözümler geliştirmelerine yardımcı olur. Problem çözme becerisinin geliştirilmesi, bireylerin hastalık yönetiminde karşılaşılabilecekleri zorluklarla başa çıkmalarını kolaylaştırır (Küçükkarakurt ve Cengiz, 2023).

Hu ve ark. (2015) yaptığı bir diğer çalışma ise, hastaların taburculuk sonrası öz bakım davranışlarının zamanla daha da kötüleştiğini tespit etmiştir (Hu ve ark., 2015). Bidwell ve ark. (2015) çalışması, KY hastalarının öz bakımı sürdürme ve yönetme yeteneklerinin yetersiz olduğunu, bu yeteneklerin cinsiyet, bilişsel işlevler ve duygusal durumlar gibi faktörler tarafından etkilendiğini belirtmiştir (Bidwell ve ark., 2015).

Diğer taraftan, Kato ve ark. (2016) yürüttüğü bir çalışmada, eğitim yoluyla geliştirilen öz bakım becerilerinin, tekrarlayan hastane yatışlarını ve ani kardiyak ölümleri anlamlı derecede azalttığı gösterilmiştir (Kato ve ark., 2016). Kessing ve ark. (2016) yaptığı bir diğer çalışmada ise, öz bakım eksikliği ile mortalite arasında doğrudan bir bağlantı bulunmamış olmakla birlikte, sodyum/tuzdan fakir diyetlere uyum göstermeyen KY hastaları ile bu uyumsuzluğun anlamlı bir ilişkisi olduğu saptanmıştır (Kessing ve ark., 2016).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, tanımlayıcı nitelikte kesitsel yöntem ile tasarlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma, Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi kardiyoloji polikliniğine Mart-2023 ve Ocak 2025 tarihleri arasında başvuran ve KY tanısı almış bireyler ile yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi kardiyoloji kliniğinde yatışı olan KY tanısı almış hastalar oluşturmuştur. Çalışmanın örnekleme bir yıl önce Nisan-2023 ve Nisan-2024 tarihleri arasında kardiyoloji polikliniğine KY tanısı ile başvurarak kardiyoloji kliniğinde yatışı olan, hasta sayısı (486 kişi) üzerinden 215 birey olarak hesaplanmıştır. Örneklem sayısını belirlemek için aşağıdaki formül kullanılmıştır (Çapık, 2014). Örneklemeye araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan bireyler alınmıştır.

Sınırlı evren için basit hesaplama formülü

$$n = (N \times Z^2 \times p \times q) / [(N - 1) \times e^2 + Z^2 \times p \times q]$$

n: Örneklem Sayısı

N: Evren büyüklüğü (486)

Z: Güven düzeyi katsayısı (%95 güven düzeyi için 1.96)

p: Başarı oranı (0.5)

q: Başarısızlık oranı (1 - p, 0.5)

e: Kabul edilen hata payı (%5 için 0.05)

$$n = (486 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5) / [(486 - 1) \times 0.05^2 + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5]$$

$$n = (486 \times 3.8416 \times 0.25) / [485 \times 0.0025 + 3.8416 \times 0.25]$$

$$n = 214.81 \text{ (215 kişi)}$$

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Çalışmaya, KY tanısı almış, 18 yaş ve üzeri, mental hastalığı veya iletişim sorunu bulunmayan ve araştırmaya katılmaya istekli bireyler dahil edilmiştir.

3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Araştırma verileri kardiyoloji 1 ve kardiyoloji 2 kliniğinde yatan hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak yapıldı. Öncelikle hastalara araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirilmiş onamları alındı. Her bir görüşme ile araştırmada kullanılan formların doldurulması ortalama 45 dk sürdü.

Çalışmada veriler Tanıtıcı Anket Formu, Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ), Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOYÖ-32) ve Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranış Ölçeği-12 (AKHÖBDÖ-12) kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Tanıtıcı Form (EK-4)

Araştırmacılar tarafından oluşturulan formda hastaların sosyodemografik ve hastalıklarına yönelik özelliklerinin belirlenmesini içeren 18 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ) (EK-5)

Sağlık Bakanlığı tarafından hastalara yönelik akılcı ilaç kullanım anketi şeklinde oluşturulmuş olup araştırmacılar Çakmak ve Çınar Pakyüz (2020) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak ölçek haline getirilmiştir. Yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları sonucunda ölçek 36 madde olarak hazırlanmıştır. Hastaların AİK'e yönelik maddeler üçlü likert tipi olarak hazırlanan ölçekte maddelerin puanlaması hiçbir zaman (0), bazen (1) ve her zaman (2) olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-72 arasında değişmektedir. AİKÖ alınan puanlar arttıkça AİK düzeyi yükselmektedir. AİKÖ cronbach's Alpha katsayısı 0.85 olarak tespit edilmiştir. Bu araştırma için bu değer 0.83 olarak tespit edilmiştir.

3.5.3. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOYÖ-32) (EK-6)

TSOYÖ-32, Okyay ve Abacıgil (2016) tarafından okuryazarlığı olan 15 yaş üzeri kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ölçek Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma grubunun geliştirdiği nitelikleri karşılamaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.94 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda da Cronbach Alpha katsayısı 0.96 olarak tespit edilmiştir. Maddeler 1-Çok Kolay ile 4-Çok Zor şeklinde derecelendirilmiştir. “Fikrim Yok” maddesi için 5 kodu kullanılmıştır. Kodlarda 1-4, 4-1 şeklinde ters kodlama yapılmıştır. Ölçek formüle (Formül = İndeks= (aritmetik ortalama-1) x [50/3]) göre hesaplandığında toplam puan 0-50 arasındadır. Ölçekte 0 puan en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 puan en yüksek sağlık okuryazarlığını ifade etmektedir. (0-25) puan= Yetersiz sağlık okuryazarlığını, (>25-33)= Sınırlı sağlık okuryazarlığını, (>33-42)= Yeterli sağlık okuryazarlığını, (>42-50)= Mükemmel sağlık okuryazarlığını ifade etmektedir.

3.5.4. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranış Ölçeği-12 (AKHÖBDÖ-12) (EK-7)

AKHÖBDÖ-12 Jaarsma ve ark.’ları tarafından (2003) KY olan bireylerde öz bakım davranışlarını belirlemek için yapılmıştır. AKHÖBDÖ-12’nin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Baydemir ve ark. (2013) tarafından gerçekleştirilmiştir. AKHÖBDÖ-12’nin Cronbach alpha değeri 0,78 olarak bulunmuştur. AKHÖBDÖ-12 KYne bağlı gelişen ödem, nefes darlığı, yorgunluk belirtileri tanımlamaya ve ilaçların düzenli kullanılmasını, sıvı ve tuz kısıtlamasını, diyet, sağlık ekibiyle iletişimi ve öz bakımı değerlendirme gibi durumları ölçek 12 sorudan oluşmaktadır. Ölçek 5’li likert tipte olup “(5) Hiç Katılmıyorum, (4) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (2) Katılıyorum, (1) Tamamen Katılıyorum” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınacak puan 12-60 arasında değişmektedir. 12-36 puan öz bakım davranışı uygun ve 37-60 puan arası öz

bakım davranışının yeterli olmadığını göstermektedir. Bu araştırma için Cronbach alpha değeri 0.75 olarak tespit edilmiştir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri, SPSS for Windows 22 ile analiz edilmiştir. Elde edilen veriler “Kurtosis” ve “Skewness” kat sayıları (± 2) ile normallik varsayımına uygunlukları hesaplanmıştır.

Verileri analiz etmede kullanılan istatistiksel testler iki ana kategoriye ayrılmaktadır: normal dağılan ölçümler ve normal dağılmayan ölçümler. Normal dağılan veriler için ikili grupların karşılaştırılmasında Bağımsız Gruplarda t Testi, çoklu grupların karşılaştırılmasında ise Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Varyans analizi yapılırken, varyansların homojen olup olmadığına göre ileri analizler uygulanmıştır; varyanslar homojense LSD testi, homojen değilse Dunnett C testi tercih edilmiştir. Normal dağılmayan verilerde ise ikili grupların karşılaştırılması için Mann Whitney U Analizi, çoklu grupların karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis Analizi kullanılmıştır. Ayrıca, Kruskal Wallis analizinin ardından Mann Whitney U testi ile ileri analizler yapılmıştır. Veriler arasındaki ilişkiyi incelemek için normal dağılan verilerde Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılmayan verilerde ise Spearman Korelasyon Analizi tercih edilmiştir. İç geçerliliği değerlendirmek için Cronbach α katsayısı kullanılmıştır. Verilerin normallik dağılımı, Kurtosis ve Skewness katsayıları ile incelenmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıkları şunlardır: çalışma sadece araştırmanın yapıldığı hastaneye yatan KY tanısı almış bireyler ile sınırlıdır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulundan, 15.03.2023 tarihinde “2023-1/6 “sayılı karar numarası ile yüksek lisans tez çalışması yapmak üzere etik kurul onayı alınmıştır (EK-2).

Çalışmanın Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğünde Kalp yetmezliği hastalarında yapılabilmesi için kurumdan ve Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığından izin alınmıştır (EK-3). Ayrıca çalışmaya dahil edilen hastalar çalışmaya gönüllü olarak katılmışlardır. Araştırmaya katılan hastaların aileleri, araştırmanın ne amaçla yapıldığı ne kadar süreceği ve bu süre içinde neler yapılacağı konusunda detaylı bir şekilde bilgilendirilmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda aile üyelerinin onayı alınmış ve 'aydınlatılmış onam' formu imzalatılmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1’de çalışmaya katılan kalp yetmezliği olan hastalara ait sosyodemografik özelliklerin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4.1. Bireylerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Sosyodemografik Özellik		n	%
Cinsiyet	Kadın	97	45.1
	Erkek	118	54.9
Eğitim Durumu	Okur yazar	54	25.1
	İlk-orta öğretim	69	32.1
	Lise	63	29.3
	Üniversite+	29	13.5
Meslek	Çalışmıyor	33	15.3
	Çiftçi	30	14.0
	Ev hanımı	68	31.6
	Emekli	52	24.2
	Memur	32	14.9
Medeni Durum	Evli	141	65.6
	Bekar	8	3.7
	Eşi vefat etmiş	66	30.7
Yaşanılan Yer	Köy	49	22.8
	İlçe	56	26.0
	İl	110	51.2
Gelir Seviyesi	Geliri giderinden az	43	20.0
	Geliri giderine denk	130	60.5
	Geliri giderinden fazla	42	19.5
Beden Kitle İndeksi (Kg/m²)	Normal	113	52.6
	Kilolu	95	44.2
	Obez	7	3.2
Kalp Yetmezliği Dışında Başka Kronik Hastalık	Var	127	59.1
	Yok	88	40.9
Sigara Kullanma	Evet	67	31.2
	Hayır	148	68.8
Sağlık Bilgi Kaynaklarını Düzenli Olarak Takip Etme	Evet	80	37.2
	Hayır	135	62.8
Sağlıkla İlgili Bilgileri Edinme Kaynağı*			
	Aile	11	5.1
	TV	61	28.4
	Arkadaş	10	4.7
	İnternet	51	23.7
	Hekim	189	87.9
	Kitap	11	5.1
	Hemşire	140	65.1
Hastalığın Kendi Bakımını Sürdürmeyi Etkileme Durumu	Etkiledi	141	65.6
	Etkilemedi	74	34.4
Sağlık Algısı	İyi	96	44.7
	Kötü	119	55.3

Tablo 4.1. (Devamı)

Sayısal Değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.± SS.
Yaş	215	35	89	63.02±11.65
Hastanede yatma süresi (kaç gün)	215	0	45	8.62±6.71
Hastalık süresi (kaç yıl)	215	0	30	5.77±4.83
Kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatma sayısı (kaç kez)	215	0	40	5.44±5.47
Son 1 yılda kalp yetmezliği nedeniyle polikliniğe başvurma sayısı	215	1	20	4.36±3.17

* Birden fazla işaretleme yapılmıştır.

Tablo 4.1 incelenirse katılımcıların %54.9'u erkektir, %32.1'i ilk-orta öğretim mezunudur, %31.6'sı ev hanımıdır, %65.6'sı evlidir ve %51.2'si ilde yaşamaktadır. Katılımcıların %60.5'inin geliri giderine denktir, %52.6'sının beden kitle indeksi normaldir, %59.1'inin kalp yetmezliği dışında başka kronik hastalığı vardır, %68.8'i sigara kullanmamaktadır ve %62.8'i sağlık bilgi kaynaklarını düzenli olarak takip etmemektedir. Katılımcıların %5.1'i sağlık bilgilerini aileden edinmiştir, %28.4'ü sağlık bilgilerini TV'den edinmiştir, %4.7'si sağlık bilgilerini arkadaşlarından edinmiştir ve %23.7'si sağlık bilgilerini internetten edinmiştir. Katılımcıların %87.9'u sağlık bilgilerini hekimlerden edinmiştir, %5.1'i sağlık bilgilerini kitaplardan edinmiştir ve %65.1'i de sağlık bilgilerini hemşirelerden edinmiştir. Katılımcıların %65.6'sının hastalığı kendi bakımını sürdürmeyi etkilemiştir ve %55.3'ünün sağlık algısı kötüdür. Katılımcıların yaş ortalaması 63.02±11.65, hastanede yatma süresi ortalama 8.62±6.71 gün, hastalık süresi yıl ortalama 5.77±4.83, kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatma sayısı ortalama 5.44±5.47 kez ve son 1 yılda kalp yetmezliği nedeniyle polikliniğe başvuru sayısı ortalama 4.36±3.17'dir.

Tablo 4.2'de bireylerin AİKÖ, TSOYÖ-32 ölçeğinden alınan puan ortalaması ve kesme noktasına göre sağlık okur yazarlığı düzeyleri ile AKHÖBDÖ-12 puan

ortalaması ve kesme noktasına göre öz bakım davranışlarının uygun olma durumu verilmiştir.

Tablo 4.2. Bireylerin AİKÖ, TSOYÖ-32 ve AKHÖBDÖ-12 ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları

Ölçekler	n	%	Min.	Max.	Ort. $\pm$ SS
AİKÖ	215	-	33.00	72.00	47.33 $\pm$ 5.36
TSOYÖ-32	215	-	0	50.00	25.39 $\pm$ 11.29
TSOYÖ-32 Kesme Noktalarına Göre Yeterlilik Düzeyi					
0-25 Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı	104	48.4	-	-	-
>25-33 Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	57	26.5	-	-	-
>33-42 Yeterli Sağlık Okuryazarlığı	39	18.1	-	-	-
>42-50 Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı	15	7.0	-	-	-
AKHÖBDÖ-12	215	-	16.00	52.00	28.16 $\pm$ 6.66
Ölçek Kesme Noktalarına Göre Özbakımın Uygun Olma Durumu					
Uygun Öz bakım davranışı	196	91.2	-	-	-
Yetersiz öz bakım davranışı	19	8.8	-	-	-

Araştırmaya katılan bireyler, AİKÖ toplamından 47.33 $\pm$ 5.36 puan almışlardır. Bireylerin almış oldukları puan ortalamalarına göre AİK düzeyleri ortalamanın üzerindedir. Katılımcılar TSOYÖ-32 toplamından 25.39 $\pm$ 11.29 puan almışlardır. Hastaların ölçekten almış olduğu puan ortalamalarına göre %48.4'ünün yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip oldukları belirlenmiştir. Katılımcılar AKHÖBDÖ-12 ölçeğinden 28.16 $\pm$ 6.66 puan almışlardır. Bu sonuca göre bireylerin %91.2'sinin uygun öz bakım davranışlarına sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2).

Sosyodemografik özelliklere göre AİKÖ'den alınan puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ait veriler verilmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Bireylerin sosyodemografik özellikler ile AİKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Sayı	AİKÖ Ort. ± SS.	Test, p
Cinsiyet	Kadın	97	47.33±5.51	t= -0.011
	Erkek	118	47.32±5.25	0.991
Eğitim Durumu	Okur yazar ^a	54	45.78±5.55	F= 6.733
	İlk-orta öğretim ^b	69	47.30±5.03	< 0.001
	Lise ^c	63	46.97±4.85	d>a,b,c
	Üniversite ^d	29	51.03±5.29	
Meslek	Çalışmıyor ^a	33	47.06±4.90	F=3.810
	Çiftçi ^b	30	46.00±5.81	0.005
	Ev hanımı ^c	68	46.66±5.19	e>a,b,c,d
	Emekli ^d	52	47.15±5.18	
	Memur ^e	32	50.53±5.10	
Medeni Durum	Evli	141	47.23±5.86	F=0.941
	Bekar	8	45.13±3.91	0.392
	Eşi vefat etmiş	66	47.79±4.23	
Yaşanılan Yer	Köy	49	45.82±4.18	F=2.629
	İlçe	56	47.55±5.82	0.075
	İl	110	47.88±5.50	
Gelir Seviyesi	Geliri giderinden az	43	47.05±4.79	F= 0.189
	Geliri giderine denk	130	47.51±5.42	0.828
	Geliri giderinden fazla	42	47.05±5.80	
Beden Kitle İndeksi (Kg/m ²)	Normal ^a	113	46.64±5.48	F=4.412
	Kilolu ^b	95	47.78±4.99	0.013
	Obez ^c	7	52.29±5.59	c>a,b
Kalp Yetmezliği Dışında Başka Kronik Hastalık	Var	127	46.91±5.55	t=-1.384
	Yok	88	47.93±5.03	0.168
Sigara Kullanma	Evet	67	47.48±4.63	t=0.301
	Hayır	148	47.26±5.67	0.764
Sağlık Bilgi Kaynaklarını Düzenli Olarak Takip Etme	Evet	80	48.91±5.15	t=3.427
	Hayır	135	46.39±5.27	0.001
Hastalığın Kendi Bakımını Sürdürmesini Etkileme Durumu	Etkiledi	141	47.24±5.32	t=-0.318
	Etkilemedi	74	47.49±5.47	0.750
Sağlık Algısı	İyi	96	47.89±4.95	t= 1.379
	Kötü	119	46.87±5.64	0.169

t: t testi, F: Varyans analizi.

Tablo 4.3’de bireylerin eğitim durumu, meslek, beden kitle indeksi ve sağlık bilgi kaynaklarını düzenli olarak takip etme durumuna göre AİKÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Aradaki farkın kaynaklandığı grubu belirlemek için ileri analizler yapılmıştır. Eğitim durumuna göre (LSD); üniversite mezunu bireylerin puan ortalamalarının, okuryazar, ilk-ortaöğretim ve lise mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Mesleğe göre (LSD); memurların puanlarının, çalışmayan, çiftçi, ev hanımı ve emeklilerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık bilgi kaynaklarını düzenli olarak takip edenlerin puan ortalaması takip etmeyenlere göre yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3).

AİKÖ toplam puan ortalamaları ile cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer, gelir düzeyi, kalp yetmezliği dışında başka kronik hastalık, sigara kullanma, hastalığın kendi bakımını sürdürmesini etkileme ve sağlık algısı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Bireylerin sosyodemografik özellikleri ile TSOYÖ-32’den alınan puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ait bulgular verilmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Bireylerin sosyodemografik özellikleri ile TSOYÖ-32 puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Sayı	TSOYÖ-32	
			Ort. ± SS.	Test, p
Cinsiyet	Erkek	118	26.65±9.65	t=1.762
	Kadın	97	23.86±12.90	0.080
Eğitim Durumu	Okur yazar ^a	54	16.45±10.96	F=25.410
	İlk-orta öğretim ^b	69	25.51±9.29	<0.001
	Lise ^c	63	28.99±10.30	a<b,c,d
	Üniversite+ ^d	29	33.93±6.63	
Meslek	Çalışmıyor ^a	33	23.09±11.00	F=7.225
	Çiftçi ^b	30	25.95±10.63	<0.001
	Ev hanımı ^c	68	21.22±12.89	e>a,b,c,d
	Emekli ^d	52	27.48±9.20	
	Memur ^e	32	32.70±6.68	
Medeni Durum	Evli ^a	141	27.25±10.78	F=8.005
	Bekar ^b	8	29.30±10.55	<0.001
	Eşi vefat etmiş ^c	66	20.94±11.32	c<a,b
Yaşanılan Yer	Köy ^a	49	21.53±12.87	F=13.180
	İlçe ^b	56	21.58±12.33	<0.001
	İl ^c	110	29.05±8.55	c>a,b
Gelir Seviyesi	Geliri giderinden az ^a	43	19.92±10.00	F=8.815
	Geliri giderine denk ^b	130	25.80±11.21	<0.001
	Geliri giderinden fazla ^c	42	29.72±10.79	a<b,c
Beden Kitle İndeksi (Kg/m ²)	Normal	113	25.00±9.36	F=1.684
	Kilolu	95	25.29±13.13	0.188
	Obez	7	33.04±11.84	
Kalp Yetmezliği Dışında	Var	127	23.21±11.29	t= -3.489
Başka Kronik Hastalık	Yok	88	28.54±10.60	0.001
Sigara Kullanma	Evet	67	27.04±9.56	t= 1.572
	Hayır	148	24.64±11.95	0.188
Sağlık Bilgi Kaynaklarını	Evet	80	32.42±7.95	t=8.651
Düzenli Olarak Takip Etme	Hayır	135	21.23±10.93	<0.001
Hastalığın Kendi Bakımını	Etkiledi	141	23.28±11.28	t=-3.906
Sürdürmeyi Etkileme	Etkilemedi	74	29.41±10.25	<0.001
Durumu				
Sağlık Algısı	İyi	96	29.20±10.34	t=4.655
	Kötü	119	22.32±11.13	0.022

t: t testi, F: Varyans analizi.

Tablo 4.4’de TSOYÖ-32 toplam puan ortalaması ile bireylerin eğitim durumu, meslek, medeni durum, yaşanılan yer, gelir düzeyi, kalp yetmezliği dışında başka kronik hastalık, sağlık bilgi kaynaklarını düzenli olarak takip etme, hastalığın kendi bakımını sürdürmeyi etkileme ve sağlık algısı durumuna göre arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın kaynaklandığı grubu tespit etmek için ileri analiz yapılmıştır. Eğitim durumuna göre (Dunnet C); okuryazar bireylerin puan ortalamalarının, ilk-orta öğretim, lise ve üniversite eğitimini tamamlayanlardan düşük olmasının etkilediği belirlenmiştir. Ayrıca ilk-orta öğretim mezunlarının puanları da lise, üniversite ve üzeri mezunlardan düşüktür. Mesleğe göre (Dunnet C); memurların puanlarının, çalışmayan, çiftçi, ev hanımı ve emeklilerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Medeni duruma göre (LSD); eşi vefat etmişlerin puanlarının, evli ve bekarlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Yaşanılan yere göre (Dunnet C); ilde yaşayanların puanlarının, ilçe ve köyde yaşayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Gelir düzeyi için ise (LSD); geliri giderinden az olan bireylerin puanlarının, gelir gidere denk ve fazla olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Kalp yetmezliği dışında başka kronik hastalığı olmayanların, sağlık bilgi kaynaklarını düzenli olarak takip edenlerin, hastalığın kendi bakımını sürdürmesini etkilemeyenlerin ve sağlık algısı iyi olanların puan ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 4.4’te TSOYÖ-32 toplam puan ortalamaları ile bireylerin cinsiyet, beden kitle indeksi (kg/m^2) ve sigara kullanma durumuna göre arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0.05$).

Sosyodemografik özelliklere göre AKHÖBDÖ-12’den alınan puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ait bulgular sunulmuştur (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Bireylerin Sosyodemografik özellikleri ile AKHÖBDÖ-12 puan ortalamaları karşılaştırılması

		Sayı	AKHÖBDÖ-12		
			Ort ± SS.	Test	p
Cinsiyet	Erkek	118	27.03±5.58	t=-2.716	0.007
	Kadın	97	29.54±7.57		
Eğitim Durumu	Okuryazar ^a	54	30.72±8.09	F=4.394	0.005 a>b
	İlk-orta öğretim ^b	69	26.62±5.05		
	Lise ^c	63	27.43±5.83		
	Üniversite+ ^d	29	28.62±7.58		
Meslek	Çalışmıyor	33	27.85±6.07	F=1.637	0.166
	Çiftçi	30	25.53±4.81		
	Ev hanımı	68	29.18±7.84		
	Emekli	52	28.50±5.92		
	Memur	32	28.22±6.80		
Medeni Durum	Evli ^a	141	27.80±6.42	F=3.359	0.037 b>a,c
	Bekar ^b	8	34.00±9.06		
	Eşi vefat etmiş ^c	66	28.21±6.62		
Yaşanılan Yer	Köy	49	29.24±8.31	F=1.818	0.165
	İlçe	56	28.84±6.31		
	İl	110	27.33±5.92		
Gelir Seviyesi	Geliri giderinden az	43	31.44±8.36	F=6.960	0.001 a>b,c
	Geliri giderine denk	130	27.25±6.11		
	Geliri giderinden fazla	42	27.62±5.29		
Beden Kitle İndeksi (Kg/m ²)	Normal	113	27.80±5.24	F=0.366	0.694
	Kilolu	95	28.53±7.69		
	Obez	7	29.00±11.59		
Kalp Yetmezliği	Var	127	28.36±6.78	t=0.539	0.590
Dışında Başka Kronik Hastalık	Yok	88	27.86±6.50		
Sigara Kullanma	Evet	67	27.43±6.42	t=-1.076	0.283
	Hayır	148	28.49±6.75		
Sağlık Bilgi	Evet	80	26.19±6.61	t=-3.425	0.001
Kaynaklarını Düzenli Olarak Takip Etme	Hayır	135	29.33±6.43		
Hastalığın Kendi Bakımını Sürdürmeyi Etkileme Durumu	Etkiledi	141	28.50±6.89	t=1.029	0.305
	Etkilemedi	74	27.51±6.17		
Sağlık Algısı	İyi	96	27.00±6.31	t=-2.315	0.022
	Kötü	119	29.09±6.80		

t: t testi, F: Varyans analizi.

Tablo 4.5'te Bireylerin AKHÖBDÖ-12 toplam puan ortalamaları ile cinsiyet, eğitim, medeni durum, gelir seviyesi, sağlık bilgi kaynaklarını düzenli olarak takip etme ve sağlık algısı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Sağlığa ilişkin bilgi kaynaklarını düzenli olarak takip etmeyenler ve Sağlık algısı kötü olanlar için puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Aralarındaki farkın kaynaklandığını grubu belirlemek için ileri analiz yapılmıştır. Eğitim durumuna göre (Dunnet C); okuryazarların puan ortalamalarının, ilk-orta öğretimi bitirenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Medeni duruma göre (LSD); bekarların puanlarının, evli ve eşi vefat etmişlerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Gelir seviyesine göre (LSD); gelir giderden az olan bireylerin puan ortalamalarının, geliri gidere denk ve fazla olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5'te görüldüğü AKHÖBDÖ-12 toplam puan ortalamaları ile meslek, yaşanılan yer, beden kitle indeksi (kg/m^2), kalp yetmezliği dışında başka kronik hastalık, sigara kullanma ve hastalığın kendi bakımını sürdürmeyi etkileme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Sürekli değişkenler ile AİKÖ, TSOYÖ-32 ile AKHÖBDÖ-12 arasındaki ilişkiye ait bulgular verilmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Sürekli değişkenler ve AİKÖ, TSOYÖ-32, AKHÖBDÖ-12 ölçekleri arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=215)

		Yaş	Hastanede yatma süresi	Hastalık süresi	KY nedeniyle hastaneye yatma sayısı	Son 1 yılda KY nedeniyle polikliniğe başvurma sayısı
AİKÖ	r	-0.077	-0.223	-0.134	-0.099	-0.040
	p	0.260	0.001	0.050	0.148	0.557
TSOYÖ-32	r	-0.266	-0.324	-0.351	-0.373	-0.255
	p	0.003	0.001	<0.001	0.004	<0.001
AKHÖBDÖ-12	r	-0.036	0.139	0.205	0.186	0.109
	p	0.598	0.041	0.003	0.006	0.110

Tablo 4.6’de AİKÖ toplam puanı ile hastanede yatma süresi arasında negatif yönlü ve düşük düzeyli istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). AİKÖ toplam puanı arttıkça hastanede yatma süresi düşmektedir. AİKÖ toplam puanı ile yaş, hastalık süresi, kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatma sayısı ve son 1 yılda kalp yetmezliği nedeniyle polikliniğe başvurma sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

TSOYÖ-32 toplam puan ortalamaları ile yaş, hastanede yatma süresi, hastalık süresi, kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatma sayısı ve son 1 yılda kalp yetmezliği nedeniyle polikliniğe başvurma sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). TSOYÖ-32 toplam puan ortalaması arttıkça yaş, hastanede yatma süresi, hastalık süresi, kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatma sayısı ve son 1 yılda kalp yetmezliği nedeniyle polikliniğe başvurma sayısı düşmektedir (Tablo 4.6).

AKHÖBDÖ-12 toplam puanı ile hastanede yatma süresi, hastalık süresi ve kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatma sayısı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyli istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Hastanede yatma süresi, hastalık süresi ve kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatma sayısı arttıkça AKHÖBDÖ-12 toplam puanı artmaktadır. AKHÖBDÖ-12 toplam puanı ile yaş ve son bir yılda kalp yetmezliği nedeniyle polikliniğe başvurma sayısı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

AİKÖ, TSOYÖ-32 ve AKHÖBDÖ-12 arasındaki ilişkiye ait veriler gösterilmiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. AİKÖ, TSOYÖ-32, AKHÖBDÖ-12 ölçekleri arasındaki ilişkinin incelenmesi

		TSOYÖ-32	AKHÖBDÖ-12
AİKÖ	r	0.345	-0.179
	p	<0.001	0.009
TSOYÖ-32	r	1	-0.590
	p		<0.001

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi AİKÖ toplam puanı ile TSOYÖ-32 Ölçek toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönlü ve orta düzeyli istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). AİKÖ toplam puan ortalaması arttıkça TSOYÖ-32 toplam puan ortalamaları da artmaktadır. AİKÖ toplam puanı ile AKHÖBDÖ-12 toplam puan ortalaması arasında negatif yönlü ve düşük düzeyli istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). AİKÖ toplam puanı arttıkça AKHÖBDÖ-12 toplam puanı düşmektedir.

TSOYÖ-32 toplam puan ortalaması ile AKHÖBDÖ-12 toplam puan ortalaması arasında negatif yönlü ve orta düzeyli istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). TSOYÖ-32 toplam puan ortalaması arttıkça AKHÖBDÖ-12 toplam puan ortalaması düşmektedir.

AİKÖ ve TSOYÖ-32 puanlarının AKHÖBDÖ-12 puanına etkisini gösterir regresyon analizi Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8. AİKÖ, TSOYÖ-32 puanlarının AKHÖBDÖ-12 puanına etkisini gösterir regresyon analizi

	Beta	Standart Hata	Standart Beta	t	p	%95 Güven Aralığı	
Sabit katsayı	35.471	3.295	-	10.766	<0.001	28.976	41.965
AİKÖ	0.035	0.073	0.028	0.479	0.632	-0.109	0.180
TSOYÖ-32	-0.353	0.035	-0.600	-10.160	<0.001	-0.422	-0.285

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi, çoklu regresyon analizi, AİKÖ ve TSOYÖ-32 ölçekleri puanlarının AKHÖBDÖ-12 puanını ne derece yordadığı belirlenmesi için uygulanmıştır. Bu analiz sonucunda, TSOYÖ-32 puanları ile AKHÖBDÖ-12 puan ortalaması arasında anlamlı ilişki ($R=0.591$, $R^2_{\text{adjusted}}=0.343$, $F_{(2,212)}=58.802$; $p<0.001$) olduğu belirlenmiştir. TSOYÖ-32 puanı, AKHÖBDÖ-12 puanındaki değişimin %34.3’ünü açıklamaktadır. AİKÖ puanı AKHÖBDÖ-12 puanını yordamamaktadır.

Yapılan regresyon analizi sonucunda AKHÖBDÖ-12’yi yordayan regresyon denklemi verilmiştir; $\text{AKHÖBDÖ-12} = (-0.353 \times \text{TSOYÖ-32 Ölçek puanı}) + (35.471)$. TSOYÖ-32 puanındaki 1 birimlik artış, AKHÖBDÖ-12 puanında 0.353 birimlik azalmaya neden olmaktadır.

5. TARTIŞMA

Çalışmanın bu bölümünde bulgular kısmında elde edilen sonuçlar literatür bağlamında tartışılmıştır.

Çalışmamızda AİKÖ toplamından aldıkları puan ortalamasının üzerinde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2). Literatüre bakıldığında, Oral (2021), Zorlu ve Ünlü (2021)'nün AİK ile ilgili bilgi ve uygulamaları değerlendirdikleri çalışmalarında AİK ilkelerine uygun olan bilgi ve uygulamaların yanı sıra uygun olmayanların da olduğunu tespit etmişlerdir. AİK giderek önemi artan bir konudur. AİK ile ilgili ülkemizde ve dünyada toplumu bilinçlendirmeye yönelik kamu spotu, bilgilendirme ve eğitimler sağlık bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar farkındalık artırıcı eğitimlerin ve bilinçlendirme çalışmalarının olumlu etkiler sağladığını göstermektedir (Ayruk, 2022; Çınar ve Mercan, 2020). İstenildik düzeyde olmayan AİK arttırmak için bu tür girişimlerin hemşireler tarafından yapılması yarar sağlayacağı düşünülmüştür. Yürütülen araştırmaya katılan bireylerin sağlık okur yazarlığı düzeylerinin yetersiz olmasının da AİK puan ortalamalarını etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunun (veya %48 inin) sağlık okur yazarlığının yetersiz olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2). Bu bulgular, Türkiye genelinde yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir (Akyol ve ark., 2020; Deniz, 2018; Sørensen ve ark., 2012; Tanrıöver ve ark., 2014). Örneğin, Tanrıöver ve ark. (2014)'nın Türkiye'deki sağlık okuryazarlığı düzeylerini incelediği çalışmada, katılımcıların %64,6'sının yetersiz veya sınırlı düzeyde sağlık okur yazarlığı olduğunu rapor etmiştir. Benzer şekilde Deniz (2018), yaptığı çalışmada katılımcıların sağlık okuryazarlığının genel olarak düşük olduğunu (%77,6) ve bireylerin sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık kararlarında yetersizlikler yaşadığını belirtmiştir. Sørensen ve ark. (2012), birçok Avrupa ülkesinde de yetersiz sağlık okuryazarlığı oranlarının dikkat çektiğini ifade

etmiştir. Elde edilen bu sonuçlar, sağlık okuryazarlığı düzeyinin diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Araştırmada katılımcıların büyük çoğunluğu (%91,2) uygun öz bakım davranışları sergileyerek kalp hastalıklarıyla ilgili gerekli sağlık uygulamalarına uyum göstermektedir (Tablo 4.2). Bu sonuç genel olarak katılımcıların kalp sağlığını iyileştirme ve koruma yönünde bilinçli bir yaklaşım sergilediklerini göstermektedir. Ancak, %8,8'lik bir grup yetersiz öz bakım davranışı göstermektedir. Bu bağlamda, literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında, Oksel ve ark. (2016)'nın yaptıkları çalışmada, kronik kalp yetmezliği olan hastaların öz-bakım gücünün düşük olduğunu belirtmiştir. Bayrak ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada, Türkiye'de kalp hastaları arasında orta düzey öz bakım davranışları oranlarını rapor etmişlerdir. Kökçü ve Tiryaki (2020) çalışmasında hasta bireylerin öz bakım davranışlarının uygun olduğu tespit edilmiştir. Uluslararası çalışmalarda ise Ahn ve ark. (2016) kalp hastalarının daha düşük öz bakım davranışları gösterdiğini, bu durumun kültürel ve sosyoekonomik risk ve faktörlerle ilişkili olabileceğini ortaya koymuştur. Prochota ve ark. (2019), kalp hastalarına yönelik araştırmalarında bireylerin yetersiz öz bakım sergilediğini ifade etmiştir. Bu bulgular, kalp hastalığı olan bireylerin çoğunluğunun önerilen öz bakım davranışlarına uymakta olduğunu gösterirken, bazı hastaların bu davranışları sergilememesi, sağlık eğitimi ve bilinçlendirme çalışmalarının önemini vurgulamaktadır. Özellikle, yetersiz öz bakım gösteren bireylerin oranının düşük olması, toplumda sağlık okuryazarlığı ve tedaviye uyum konusunda genel bir gelişim olduğunu düşündürmektedir. Ancak, yine de bazı hastalar için öz bakımın iyileştirilmesi amacıyla daha fazla destek ve rehberlik gerekebilir.

AİK ölçeği puanları sosyodemografik özelliklere göre cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer, gelir düzeyi, sağlık algısı, sigara kullanımı, hastalığın kendi bakımını

sürdürmesini etkileme durumu gibi değişkenlerin AİK üzerinde anlamlı bir fark olmadığı, ancak, eğitim durumu, meslek ve sağlık bilgi kaynaklarını düzenli olarak takip etme gibi faktörlerin AİK'yi etkilediği bulunmuştur (Tablo 4.3). Farkın üniversite mezunlarının, memur olanların ve sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarını düzenli olarak takip edenlerin AİK düzeylerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir. Benzer çalışmalarda, eğitim düzeyi ve meslek gibi sosyodemografik faktörlerin AİK üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. (Ercan ve Biçer, 2019; Pınar ve ark., 2013; Şantaş ve Demirgil, 2017; Tosun ve Hoşgör, 2021; Yavuz ve Emik, 2018; Yılmaz ve ark., 2011). Tosun ve Hoşgör (2021), eğitim seviyesinin artmasının, bireylerin sağlık davranışları üzerinde olumlu etkiler yarattığını, özellikle yükseköğrenime sahip bireylerin daha bilinçli ilaç kullanımı sergilediğini belirtmiştir. Yılmaz ve ark. (2011) ile Pınar ve ark. (2013) çalışmalarında AİK düzeylerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, katılımcıların yarısından fazlasının akılcı olmayan ilaç kullanım davranışları sergilediğini göstermektedir. Şantaş ve Demirgil (2017) üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada da öğrencilerin AİK düzeylerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir. Öte yandan, Yavuz ve Emik (2018)'in İstanbul'da bir Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 301 kişi ile gerçekleştirdiği araştırmada, halkın AİK ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının ortalamanın üzerinde olduğu görülmüştür. Benzer şekilde, Ercan ve Biçer (2019)'in Sivas'ta yaptığı çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğunun AİK ilkelerine uygun davranışlar sergilediği ortaya konmuştur.

Eğitim seviyesine göre bireylerin sağlık okuryazarlığı puanları, eğitim düzeyi arttıkça belirgin şekilde yükselmektedir (Tablo 4.4). Benzer şekilde, gelir düzeyi yüksek olan bireylerin sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmayan veya düşük gelirli bireylerin sağlık okuryazarlığı, memur gibi yüksek eğitim ve gelir düzeyine sahip bireylere göre daha düşüktür. Meslek gruplarına bakıldığında ise,

düzenli bir işte çalışan bireyler, özellikle memurlar, sağlık okuryazarlığı konusunda daha yüksek puanlar almışlardır. Ayrıca, sağlık bilgilerini düzenli olarak takip etme alışkanlığı, sağlık okuryazarlığını önemli ölçüde artırmaktadır; bu alışkanlığı olan bireylerin puanları çok daha yüksektir ve bu fark oldukça belirgindir (Tablo 4.4). Bu bulgular, sağlık okuryazarlığının yalnızca bireylerin eğitim düzeyine bağlı olmadığını, aynı zamanda ekonomik durum, meslek, sağlık bilgisi kaynaklarına erişim gibi faktörlere de bağlı olarak değiştiğini ortaya koymaktadır. Benzer çalışmalar, eğitim düzeyi ve gelir düzeyinin sağlık okuryazarlığı üzerinde güçlü bir etki yarattığını, özellikle düzenli olarak sağlık bilgilerini takip etme alışkanlıklarının okuryazarlığı artırdığını vurgulamaktadır (Pakseresht ve ark., 2017; Tanrıöver ve ark., 2014). Pakseresht ve ark. (2017) 8 Avrupa ülkesinde 8000 kişinin katılımıyla gerçekleştirdiği sağlık okuryazarlığı düzeyi belirleme çalışmasında, Hollanda'daki katılımcıların %30'unun, Bulgaristan'daki katılımcıların ise %60'ının yetersiz ya da sınırda sağlık okuryazarlık seviyesine sahip olduğu tespit edilmiştir. Tanrıöver ve ark. (2024) Türkiye'de gerçekleştirdiği sağlık okuryazarlığı araştırmasında, toplumun %24,5'inin yetersiz, %40,1'inin sorunlu veya sınırlı, %27,8'inin yeterli ve %7,5'sinin ise mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak, sağlık okuryazarlığı, sosyodemografik faktörlerden bağımsız bir olgu değildir. Eğitim düzeyi, gelir seviyesi, meslek, yaşanılan yer gibi faktörler, bireylerin sağlık bilgisi edinme ve kullanma becerilerini etkileyerek sağlık okuryazarlığı düzeylerini şekillendirmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin AKHÖBDÖ-12 puanı sosyodemografik özelliklere göre incelenmesi, çeşitli değişkenlere bağlı olarak öz-bakım davranışlarında anlamlı fark oluşturduğunu ortaya koymuştur (Tablo 4.5). Cinsiyet açısından, kadınların erkeklere göre öz-bakım davranışının daha düşük düzeyde olduğunu göstermektedir.

Oksel ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada hastaların öz-bakım davranışları puan ortalamaları cinsiyete göre değişmezken, eğitim sonrasında puan ortalamalarının cinsiyete göre önemli ölçüde değişiklik gösterdiği ve erkeklerin öz bakım davranış düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Yine yapılan farklı bir çalışmada öz-bakım davranışları puan ortalamalarının cinsiyete göre önemli ölçüde farklılık gösterdiği, özellikle yaşlı olan erkeklerin öz-bakım davranışları puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Oksel ve ark., 2016).

Eğitim düzeyinin de AKHÖBDÖ-12 puan ortalamasında önemli fark oluşturduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Okuryazar olanlar en yüksek puanı alırken, eğitim seviyesi yüksek düzeye sahip bireylerin puanları daha düşüktür. Ölçek puanlarının ters değerlendirildiği düşünüldüğünde bu durum, daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin sağlık bilgisi ve farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve dolayısıyla öz-bakım davranışlarını daha iyi sergilediklerini göstermektedir. Swiatoniowska-Lonc ve ark. (2020)'nın düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin sağlık bilgilerine ulaşmada zorluk yaşadıklarını ve bu durumun öz-bakım davranışlarını olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir.

Gelir düzeyine göre yapılan karşılaştırmalarda, gelir giderden az olan bireylerin en yüksek öz-bakım puanlarını aldığı gözlemlenmiştir, geliri giderden fazla olanların ise daha düşük puan aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.5). Bu durum, ekonomik zorlukların öz-bakım davranışlarını olumsuz yönde etkileyebileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, sağlık bilgilerini düzenli olarak takip eden bireylerin öz-bakım davranışları daha yüksek çıkmıştır. Sağlık algısı da öz-bakım puanları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Cavalcante ve ark. (2018) benzer şekilde, gelir düzeyi yüksek olan bireylerin daha sağlıklı yaşam tarzları benimsediğini ve öz-bakım davranışlarını daha etkin şekilde uyguladıklarını ifade etmiştir. Hero ve ark. (2017) yaptıkları bir çalışmada, gelir

düzeyinin öz-bakım davranışlarını doğrudan etkilediğini ve ekonomik olarak daha zor durumda olan bireylerin daha düşük sağlık bilgisi seviyelerine sahip olduklarını bulmuşlardır. Yuefeng ve ark. (2012), sosyo-ekonomik durumun öz-bakım davranışları üzerinde belirleyici bir faktör olduğunu ve özellikle sağlık bilgilerini düzenli olarak takip etmenin bireylerin sağlıklı yaşam alışkanlıklarını iyileştirdiğini vurgulamışlardır. Kendisinin sağlık durumunu kötü değerlendiren bireylerin puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5). Bu çalışmanın sonucu daha önce yapılan çalışma sonuçları ile uyumlu bulundu. (Cavalcante ve ark., 2018; Hero ve ark., 2017; Kim ve Son, 2023; Oksel ve ark., 2016; Swiatoniowska-Lonc ve ark., 2020;; Yuefeng ve ark., 2012;). Kim ve Son (2023)'a göre, öz-bakım davranışlarını etkileyen en önemli faktörlerin eğitim düzeyi ve sağlık algısı olduğunu belirlemişlerdir. Bu çalışmaların genelinde, yüksek eğitim düzeyinin, düzenli sağlık bilgisi takibinin ve iyi bir sağlık algısının, bireylerin öz-bakım davranışlarını iyileştiren temel faktörler olduğu anlaşılmaktadır.

Çalışmamızda bireylerin yaşları ile AİKÖ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.6). Benzer şekilde, Karakurt (2010), Özkan ve ark. (2005)'nin çalışmasında da bireylerin yaşları ile AİKÖ ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bireylerin yaşları arttıkça ortaya çıkan kronik hastalıklar, çoklu ilaç kullanımı gibi durumların AİK düzeylerini etkilemesi beklenir. Ancak araştırmada yaş ile ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir.

AİKÖ puan ortalaması ile hastanede yatma süresi arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (Tablo 4.6). Yağız (2020) yaptığı çalışmada AİKÖ'den yüksek puan alan katılımcıların acil servislere daha az başvurdukları ve bu durumun hastanede yatma sürelerini azaltıcı nitelikte olduğunu desteklemektedir. Vandenbosch ve ark. (2016) başka bir araştırmada düşük sağlık okuryazarlığının hastane başvurularını artırdığının belirlenmiştir.

TSOYÖ-32 puanı ile yaş, hastanede yatma süresi, hastalık süresi, kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatma sayısı ve son 1 yılda kalp yetmezliği nedeniyle polikliniğe başvurma sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır (Tablo 4.6). Buna göre, TSOYÖ-32 toplam puan ortalaması arttıkça yaş, hastanede yatma süresi, hastalık süresi, kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatma sayısı ve son 1 yılda kalp yetmezliği nedeniyle polikliniğe başvurma sayısı düşmektedir. Literatürde yapılan benzer çalışmalara bakıldığında, Bakan ve İnci (2021)'nin yaptıkları araştırmada, hastaların sağlık okuryazarlık düzeyi de arttığı belirlenmiştir. Çatı ve ark. (2018)'nin yaptıkları araştırmada, sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe hastanede yatma süresinin azaldığını belirtmiştir. Visscher ve ark. (2020)'nin yaptıkları araştırmada sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin öz-bakım, hastalık kontrolü ve ilaç alımı gibi konularda daha çok desteğe ihtiyaç duydukları ortaya çıkmıştır. Çalışmamızda da TSOYÖ-32 toplam puan ortalamaları ile yaş, hastanede yatış süresi, hastalık süresi, kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatma sayısı ve son 1 yılda kalp yetmezliği nedeniyle polikliniğe başvurma sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Kronik hastalığı olan ve sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastaların yaşam kalitesinde azalma, hastalıkların kontrol edilememesinden dolayı komplikasyonlarda, hastaneye yatış, acil servise başvurma ve ölüm riski oranında artış olduğu belirtilmektedir (Yakar ve ark., 2019; Griffey ve ark., 2014; Berkman ve ark., 2011). Yılmaz ve Tiraki (2016)'nin çalışmasında sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin, sağlık sorunlarını çözme becerilerinin artmasına bağlı olarak, hastanede yatış süresi ve sağlık hizmetinden yararlanma sıklığının azaldığı belirtilmektedir.

Öz bakım ile hastanede yatma süresi, hastalık süresi ve kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatma sayısı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyli istatistiksel

olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.6). Hastanede yatma süresi, hastalık süresi ve kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatma sayısı arttıkça öz bakım davranışlarının geliştiği görülmektedir. Literatüre bakıldığında, Bayazıt (2023)'ın çalışmasında, ölçek puanı arttıkça hastaların öz bakım davranışlarında düşüş olduğunu ve buna bağlı olarak hastanede yatma arasında anlamlı bir farklılık tespit etmiştir. Gerçek (2017)'in çalışmasında, AKHÖBDÖ-12 ölçeği toplam puanı ile hastaların hastalık süresi, hastalık nedeniyle daha önce hastanede yatma puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Şireci ve Karabulutlu (2012)'nin yaptığı çalışmada da hastalık süresi yıl olarak az olan hastaların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kurpas ve ark. (2013)'nin yaptığı çalışmada da diyabet hastalığından dolayı hastanede yatma durumlarına göre puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirtilmiştir.

AİKÖ ile TSOYÖ-32 arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. AİKÖ toplam puan ortalaması arttıkça TSOYÖ-32 toplam puan ortalamaları da artmaktadır (Tablo 4.7). AİKÖ ile AKHÖBDÖ-12 arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır. AİKÖ düzeyi arttıkça öz bakım davranışları kötüleşmektedir. Çalışma sonuçlarına göre TSOYÖ-32 düzeyi arttıkça AKHÖBDÖ-12 düzeyi azalmaktadır. Kim ve ark.'ları (2020) çalışmalarında, sağlık okuryazarlığının öz bakım ve öz-yeterlik becerilerinin dolaylı olarak yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir. Akyol ve ark. (2020) çalışmalarında, diyabetli bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin ve AİK'in yetersiz düzeyde olduğu ve diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığı ile AİK düzeyleri arasında ise pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

AİKÖ'nün AKHÖBDÖ-12 puanları üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Beta katsayısı 0.035 olup, bu değişkenin bağımlı değişken üzerinde

minimal ve anlamlı olmayan bir etkisi olduğunu göstermektedir. Güven aralığı (-0.109, 0.180) arasında yer almakta, bu da istatistiksel olarak nötr bir etkiyi desteklemektedir.

TSOYÖ-32'nin AKHÖBDÖ-12 puanları üzerindeki etkisi anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.8). Standart Beta değeri-0.600, bu değişkenin bağımlı değişken üzerinde güçlü ve negatif bir etkisi olduğunu göstermektedir. Beta katsayısı-0.353'tür, bu da TSOYÖ-32 puanındaki her bir birim artışın AKHÖBDÖ-12 puanında 0.353 birim azalmaya yol açtığını ifade etmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada KY olan bireylerin AİK, sağlık okur yazarlığı ve öz bakım davranışlarına ait elde edilen sonuçlar şunlardır;

- AİKÖ puan ortalamasına göre bireylerin AİK düzeyinin ortalama olduğu,
- AİKÖ puan ortalamalarının üniversite mezunlarında, memurda, sağlık bilgi kaynaklarını düzenli olarak takip edenlerde anlamlı olarak daha yüksek olduğu,
- AİKÖ puan ortalamaları ile hastanede yatma süresi arasında düşük düzeyli bir ilişki olduğu,
- TSOYÖ-32 puan ortalamalarına göre bireylerin %48.4'ünün sağlık okur yazarlıklarının yetersiz olduğu,
- TSOYÖ-32 puan ortalamalarının okuryazar, eşi vefat etmiş, geliri giderinden az olan bireylerde daha düşük olduğu tespit edilirken, memur, ilde yaşayan, başka kronik hastalığı olmayan, sağlık bilgi kaynaklarını düzenli olarak takip eden, hastalığın kendi bakımını sürdürmesini etkilemediğini belirtenlerin ve sağlık algısı iyi olanların daha yüksek TSOYÖ-32 puan ortalamasına sahip olduğu,
- TSOYÖ-32 puan ortalamaları ile yaş, hastanede yatma süresi, hastalık süresi, kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatma sayısı ve son 1 yılda kalp yetmezliği nedeniyle polikliniğe başvurma sayısı arasında düşük düzeyli negatif bir ilişki olduğu,
- AKHÖBDÖ-12 puan ortalamalarına göre bireylerin %91.2'sinin uygun öz bakım davranışlarına sahip olduğu,
- AKHÖBDÖ-12 puan ortalamalarının okuryazar, bekar, gelir giderden az olan bireylerde daha yüksek olduğu,

- AKHÖBDÖ-12 puan ortalamaları ile hastanede yatma süresi, hastalık süresi ve kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatma sayısı arasında düşük düzeyli pozitif bir ilişki olduğu,
- AİK ile sağlık okur yazarlığı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyli ilişki saptanırken öz bakım davranışları arasında düşük düzeyli negatif ilişki olduğu,
- Sağlık okur yazarlığı ile öz bakım davranışları arasında orta düzeyli negatif bir ilişki olduğu,
- TSOYÖ-32 puanları ile AKHÖBDÖ-12 puan ortalaması arasında anlamlı ilişki olduğu, AİKÖ puanı AKHÖBDÖ-12 puanını yordamadığı belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- AİK düzeyinin istenildik düzeye getirilmesi için hemşirelerin toplumu bilgilendirmeye yönelik eğitimler düzenlemesi,
- Sağlık okur yazarlığının arttırılmasına yönelik hemşirelik faaliyetlerinin düzenlenmesi,
- Öz bakım davranışlarını iyileştirmek için sağlık okur yazarlığının arttırılmasına yönelik girişimlerin planlanması,
- Yapılan eğitimlerde özellikle bireysel farklılıkların göz önünde bulundurularak kişiye özel eğitim ve destek programlarının geliştirilmesi önerilir.

KAYNAKLAR

- Aghajanloo, A., Negarandeh, R., Janani, L., Tanha, K., & Hoseini-Esfidarjani, S. S. (2021). Self-care status in patients with heart failure: Systematic review and meta-analysis. In *Nursing Open*, 8, 2235–2248. John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/nop2.805>
- Ahn, S., Song, R., & Choi, S. W. (2016). Effects of self-care health behaviors on quality of life mediated by cardiovascular risk factors among individuals with coronary artery disease: A structural equation modeling approach. *Asian Nursing Research*, 10(2), 158-163. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2016.03.004>
- Akkaya, P. (2021). Hatay ilinde görev yapan aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımı, ilaç-ilaç etkileşimleri, ilaç - bitki etkileşimleri üzerine bilgi tutum ve davranışları (Tez No. 721611) [Uzmanlık Tezi, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Akpınar, T. (2021). Hekimlerin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları; Olası problemlerin nedenlerinin araştırılması. (Tez No. 718000) [Uzmanlık Tezi, Gülhane Tıp Fakültesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Akyol Güner T, Kuzu A, Bayraktaroğlu T. (2020). Diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişki. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 4(3), 214-223. <https://doi.org/10.25048/tudod.775075>
- Aktaş, C., ve Kızıltan, G. (2022). Sağlık Okuryazarlığı. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(2), 79-92. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/busbid/issue/82808/1425366>
- Albakri, A. (2020). Heart failure with improved ejection fraction: A review and pooled analysis of pathophysiology, diagnosis and clinical management. *Internal Medicine and Care*, 4, 17-29. <https://doi.org/10.15761/imc.1000141>

- Alnomasy, N., & Still, C. H. (2023). Nonpharmacological Interventions for Preventing Rehospitalization Among Patients with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *SAGE Open Nursing*, 9, 1-10. <https://doi.org/10.1177/23779608231209220>
- Altin, S. V., & Stock, S. (2016). The impact of health literacy, patient-centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices. *BMC Health Services Research*, 16 (450), 1-10 <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1693-y>
- Avcı, A., ve Gün, M. (2020). Kalp yetersizliği hastalarında uyku sorunları ve nonfarmakolojik tedavi yöntemleri. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(25), 90-99. <https://doi.org/10.5543/khd.2020.30974>
- Avrupa Kalp Dergisi (ESC). (2021) *European Heart Journal*, 42(36), 3599–3726. <https://doi.org/10.1002/nop2.805>
- Ayruk, H. (2022). *Hipertansiyon hastalarına verilen eğitim ve telefon danışmanlığının ilaç tedavisi uyumuna ve akılcı ilaç kullanımına etkisi: tek kör Randomize kontrollü çalışma*. (Tez No. 750198) [Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Azzam, Z. S., Kinaneh, S., Bahouth, F., Ismael-Badarneh, R., Khoury, E., & Abassi, Z. (2017). Involvement of cytokines in the pathogenesis of salt and water imbalance in congestive heart failure. *Frontiers in Immunology*, 19, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2017.00716>
- Bakan, G., & İnci, F. H. (2021). Hipertansiyonlu hastalarda tedavi uyumu ve sağlık okuryazarlığı. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 12(28), 81-7. DOI: 10.5543/khd.2021.21032

- Bayazıt, T. (2023). *Kalp yetersizliği olan hastalarda öz bakım davranışları ve semptom durumunun incelenmesi*. (Tez No. 799802) [Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Baydemir, C., Özdamar, K., & Ünalır, A. (2013). Validity of the Turkish version of the european heart failure self-care behavior scale. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 13(6), 573-579.
- Bavishi, C., Chatterjee, S., Ather, S., Patel, D., & Messerli, F. H. (2015). Beta-blockers in heart failure with preserved ejection fraction: a meta-analysis. *Heart Failure Reviews*, 20, 193–201. <https://doi.org/10.1007/s10741-014-9453-8>
- Bayrak, B., Yıldırım, G., Oğuz, S., Sağaltıcı, Ç., Doğanay, E., Özdemir, F., & Enez, Ö. F. (2019). Kalp yetersizliği hastalarında öz bakımı değerlendirme ve etkileyen risk faktörlerin belirlenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 10(23), 114–121. DOI: 10.5543/khd.2019.68552
- Benstoem, C., Kalvelage, C., Breuer, T., Heussen, N., Marx, G., Stoppe, C., & Brandenburg, V. (2020). Ivabradine as adjuvant treatment for chronic heart failure. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(4), 66-69. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013004.pub2>
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J. & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155, 97-107. <https://www.acpjournals.org/doi/abs/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Bidwell, J. T., Vellone, E., Lyons, K. S., D'Agostino, F., Riegel, B., Juárez Vela, R., ... & Lee, C. S. (2015). Determinants of heart failure self care maintenance and

- management in patients and caregivers: a dyadic analysis. *Research in Nursing & Health*, 38(5), 392-402. <https://doi.org/10.1002/nur.21675>
- Bozkurt, B., Coats, A., Tsutsui, H., Abdelhamid, M., Adamopoulos, S., Albert, N., Anker, S., Atherton, J., Böhm, M., Butler, J., Drazner, M., Felker, G., Filippatos, G., Fonarow, G., Fiuzat, M., Gómez-Mesa, J., Heidenreich, P., Imamura, T., Januzzi, J., Jankowska, E., Khazanie, P., Kinugawa, K., Lam, C., Matsue, Y., Metra, M., Ohtani, T., Piepoli, M., Ponikowski, P., Rosano, G., Sakata, Y., Seferovic, P., Starling, R., Teerlink, J., Vardeny, O., Yamamoto, K., Yancy, C., Zhang, J. & Zieroth, S. (2021). Kalp yetmezliğinin evrensel tanımı ve sınıflandırılması. *Kalp Yetmezliği Dergisi*. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2021.01.022>
- Bryniarski, P., Nazimek, K. ve Marcinkiewicz, J. (2022). En yaygın kullanılan antihipertansif ilaçların immünomodülatör aktivitesi—anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve anjiyotensin 11 reseptör blokerleri. *Uluslararası Moleküler Bilimler Dergisi*, 23(6) 14-19 <https://doi.org/10.3390/ijms23031772>
- Cajita, M. I., Cajita, T. R., & Han, H. R. (2016). Health literacy and heart failure a systematic review. In *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31, 121–130. Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000229>
- Can, Z. (2020). İlaç üreticilerinin ilaç tanıtım faaliyetlerinden kaynaklanan hukuki sorumlulukları. (Tez No.621278). [Yüksek Lisans Tezi, Çağ Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Cavalcante, L. M., Lima, F. E. T., Custódio, I. L., Oliveira, S. K. P. de, Meneses, L. S. T. de, Oliveira, A. S. S. de, & Araújo, T. L. de. (2018). Influence of socio-demographic characteristics in the self-care of people with heart failure. *Revista*

Brasileira de Enfermagem, 71, 2604–2611. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0480>

Cenger, D. H. (2020). Akılcı ilaç kullanımı anket sonuçları ışığında eğitim ihtiyaç analizi. *Medical Journal of Süleyman Demirel University*, 27(3), 337-343. <https://doi.org/10.17343/sdutfd.622396>.

Chen, A. M. H., Yehle, K. S., Albert, N. M., Ferraro, K. F., et al. (2014). Relationships between health literacy and heart failure knowledge, self-efficacy, and self-care adherence. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10, 378–386. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.07.001>

Çakmak, V., Çınar Pakyüz, S. (2020). Metodolojik bir çalışma: akılcı ilaç kullanımı ölçeği'nin geliştirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 23(4), 498–507. <https://doi.org/10.17049/ataunihem.595394>

Çapık, C. (2014). İstatistiksel güç analizi ve hemşirelik araştırmalarında kullanımı: temel bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4), 268-274. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ataunihem/issue/2667/34749>

Çatı, K., Karagöz, Y., Yalman, F., & Öcel, Y. (2018). Sağlık okuryazarlığının hasta memnuniyeti üzerine etkisi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 14(1), 67-88. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/529390>

Çınar, AS. Mercan Y. (2020). Beş yaş altı çocuğu olan annelerin akılcı ilaç kullanım durumu ve etkileyen etmenler. *TJFMPC*, 14(4), 530-539. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.738244>

Çiftçi, B., & Aksoy, M. (2017). Çocuklarda akılcı ilaç kullanımı ve hemşirelerin sorumlulukları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 191-194. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/31206/368252>

- Çöllüoğlu, T.İ. (2023). Kalp yetersizliğinin küresel yükü: küresel hastalık yükü çalışması 2021 yılı için sistematik bir analiz. *Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni*, 15(2), 1.
- Deniz, S. (2018). *Malatya ili Akçadağ ilçesinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesi*. (Tez No.489661). [Doktora Tezi, Fırat Üniversitesi] Ulusal Tez Merkezi.
- Dost, A., & Durmaz, M. Ö. (2022). Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 10(2), 652-666. <https://doi.org/10.33715/inonusaglik.1010493>
- Ekenler, G. (2024). The Relationship Between Health Literacy, Disease Perception and Medication Adherence in Patients with Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(37), 104–109. <https://doi.org/10.5543/khd.2024.05668>
- Ekenler, G., & Altınel, B. (2024). Kalp yetersizliği olan hastalarda sağlık okuryazarlığının hastalık algısı ve ilaç uyumu ile ilişkisi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 15(37), 104-109. <https://doi.org/10.5543/khd.2024.05668>
- Elkin, N. (2020). Yaşlılarda Polifarmasi ve Akılcı İlaç Kullanımına Aile Hekimliği Yaklaşımı. *Istanbul Gelisim University Journal of Health Sciences*, (11), 279-290. <https://doi.org/10.38079/igusabder.649423>
- Ercan, T., & Biçer, D. F. (2019), Tüketicilerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi Düzeyleri ve Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi: Sivas İli Örneği. *Business & Management Studies: An International Journal*, 7(2), 998-1021. <https://doi.org/10.15295/bmij.v7i2.1133>
- Fernandes, G. C., Fernandes, A., Cardoso, R., Penalver, J., Knijnik, L., Mitrani, R. D., Myerburg, R. J., & Goldberger, J. J. (2021). Association of SGLT2 inhibitors

- with arrhythmias and sudden cardiac death in patients with type 2 diabetes or heart failure: A meta-analysis of 34 randomized controlled trials. *Heart Rhythm*, 18, 1098–1105. <https://doi.org/10.1016/j.hrthm.2021.03.028>
- Fu, M. R., Li, Y., Conway, C., Masone, A., Fang, J., & Lee, C. (2022). The effects of exercise-based interventions on fluid overload symptoms in patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Biomedicines* 10, 7-16. <https://doi.org/10.3390/biomedicines10051111>
- Gerçek, A. (2017). Tip 2 diyabetli hastaların hastalığı kabullenme ve öz-bakım durumlarının belirlenmesi. (Tez No.462656) (Yüksek Lisans Tezi, Erzincan Üniversitesi). Ulusal tez Merkezi.
- Griffey, R. T., Kennedy, S. K., McGownan, L., Goodman, M. ve Kaphingst, K. A. (2014). Is low health literacy associated with increased emergency department utilization and recidivism? *Acad Emer Med*, 21(10), 1109-1115. <https://doi.org/10.1111/acem.12476>
- Groenewegen, A., Rutten, F. H., Mosterd, A., & Hoes, A. W. (2020). Epidemiology of heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 22(8), 1342-1356. <https://doi.org/10.1002/ejhf.1858>
- Gorter, T. M., van Veldhuisen, D. J., Bauersachs, J., Borlaug, B. A., Celutkienė, J., Coats, A. J., ... & de Boer, R. A. (2018). Right heart dysfunction and failure in heart failure with preserved ejection fraction: mechanisms and management. Position statement on behalf of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 20(1), 16-37. <https://doi.org/10.1111/acem.12476>

- Güner, T. A., Kuzu, A., & Bayraktaroğlu, T. (2020). Diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişki. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 4(3), 214-223. <https://doi.org/10.25048/tudod.775075>.
- Helmer, A., Slater, N., & Smithgall, S. (2018). A Review of ACE Inhibitors and ARBs in black patients with hypertension. *Annals of Pharmacotherapy*, 52, 1143–1151. SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/1060028018779082>
- Hero, J. O., Zaslavsky, A. M., & Blendon, R. J. (2017). The United States leads other nations in differences by income in perceptions of health and health care. *Health Affairs*, 36, 1032–1040. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.0006>
- Heo, S., Kang, J., Shin, M., Lim, Y., Kim, S., Kim, S., An, M., & Kim, J. (2023). Kalp yetmezliği olan hastalarda fiziksel semptomlar, depresif semptomlar ve yaşam kalitesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, (39), 31-37. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000001043>
- Hu, X., Su, Y., & Qu, M., (2015). The changes and factors associated with postdischarge self-care behaviors among Chinese patients with heart failure. *Patient Preference and Adherence*, 9, 1593–1601. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.2147/PPA.S88431>
- İlhan, M., Aydemir, Ö., Çakır, M., & Aycan, S. (2014). Akılcı olmayan ilaç kullanım davranışları: ankara’da üç ilçe örneği. *Turkish Journal of Public Health*, 12(3), 188-200. <https://doi.org/10.20518/thsd.91650>
- İnce, K. (2018). *Hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi, karar, tutum ve davranışlarının belirlenmesi: Konya örneği*. (Tez No. 518902) [Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.

- Jaarsma T, Strömberg A, Mårtensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *European Journal of Heart Failure*, 5(3), 363-70. [https://doi.org/10.1016/s1388-9842\(02\)00253-2](https://doi.org/10.1016/s1388-9842(02)00253-2)
- Kalay, S., & Bektaş, H. (2018). Tekrarlayan inmenin önlenmesinde kronik bakım modeli: özyönetim destekli bakım yaklaşımları care approaches. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 27–32. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ikcusbfd/issue/38566/338784>
- Kan, Z., & Sevim, E. (2023). Sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(3), 641-654. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hacettepesid/issue/80040/1213082>
- Kang, E. K., Kim, S., Rhee, Y. E., Lee, J., & Yun, Y. H. (2021). Self-management strategies and comorbidities in chronic disease patients: associations with quality of life and depression. *Psychology, Health and Medicine*, 26(8), 1031–1043. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1838585>
- Karakurt P., Hacıhasanoğlu R., Yıldırım A., Sağlam R. (2010). Üniversite öğrencilerinde ilaç kullanımı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 9(5), 505-512. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1838585>
- Kato, N. P., Kinugawa, K., Sano, M., Kogure, A., Sakuragi, F., Kobukata, K., Ohtsu, H., Wakita, S., Jaarsma, T., & Kazuma, K. (2016). How effective is an in-hospital heart failure self-care program in a Japanese setting? Lessons from a randomized controlled pilot study. *Patient Preference and Adherence*, 10, 171–181. <https://doi.org/10.2147/PPA.S100203>
- Kavuncuoğlu, D., Koşan, Z., Yılmaz, S., & Vançelik, S. (2023). Health literacy levels and affecting factors among adults in Northeast Anatolia. *Journal of Surgery and Medicine*, 7, 20–25. <https://doi.org/10.28982/josam.1062817>

- Kessing, D., Denollet, J., Widdershoven, J., Kupper, N. (2016). Self-care and all-cause mortality in patients with chronic heart failure. *JACC: Heart Failure*, 4, 176-183. <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2015.12.006>
- Kim, D. Y., & Son, Y. J. (2023). Longitudinal patterns and predictors of self-care behavior trajectories among Korean patients with heart failure: A 6-month prospective study. *Journal of Nursing Scholarship*, 55, 429–438. <https://doi.org/10.1111/jnu.12833>
- Kim MT, Kim KB, Ko J, et al. (2020). Health literacy and outcomes of a community-based self-help intervention: A case of Korean Americans with type 2 diabetes. *Nursing Research*, 69(3), 210-218. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000409>
- Koh, H. K., Berwick, D. M., Clancy, C. M. (2021). The critical role of health literacy in the implementation of health care reform. *Journal of the American Medical Association*, 325(15), 1511-1517.
- Konal, E., & Ardahan, M. (2017). Kalp yetersizliğinde sodyum alımı ve hemşirenin rolü. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(15), 8-13. <https://doi.org/10.38079/igusabder.649423>
- Kurpas, D., Mroczek, B., Knap-Czechowska, H., Bielska, D., Nitsch-Osuch, A., Kassolik, K., et al. (2013). Quality of life and acceptance of illness among patients with chronic respiratory diseases. *Respiratory Physiology & Neurobiology*, 187(1), 114-117. <https://doi.org/10.1016/j.resp.2013.02.009>
- Küçükarakurt, G., & Cengiz, Z. (2023). Kronik hastalıkta öz yönetim desteğinin önemi ve hemşirenin rolü. *Gevher Nesibe Journal Of Medical And Health Sciences*, 8(4), 1036-1043. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10048419>

- La Franca, E., Manno, G., Ajello, L., Di Gesaro, G., Minà, C., Visconti, C., Bellavia, D., Falletta, C., Romano, G., Dell' Oglio, S., Licata, P., Caronia, A., Gallo, M., & Clemenza, F. (2021). Physiopathology and diagnosis of congestive heart failure: consolidated certainties and new perspectives. *Current Problems in Cardiology*, 46(3), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2020.100691>
- Le, H. H., El-Khatib, C., Mombled, M., Guitarian, F., Al Gobari, M., Fall, M., Janiaud, P., Marchant, I., Cucherat, M., Bejan-Angoulvant, T., & Gueyffier, F. (2016). Impact of aldosterone antagonists on sudden cardiac death prevention in heart failure and post-myocardial infarction patients: A systematic review and meta analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*, 11(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145958>
- Levin, L. S., & Idler, E. L. (1983). Self-care in health. *Annual Review of Public Health*, 4, 181-201. <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.04.050183.001145>
- Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., Ju, X., & Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family Medicine and Community Health*, 8. <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000351>
- Mamo Desalegn B, Alemu Belete K, (2020). Rational drug-use evaluation based on World Health Organization core drug-use indicators in a tertiary referral hospital, Northeast Ethiopia: a cross-sectional study. *Drug Healthc Patient Saf.* 12, 15–21. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/DHPS.S237021#d1e132>
- Martin, N., Manoharan, K., Thomas, J., Davies, C., & Lumbers, R. T. (2018). Beta-blockers and inhibitors of the renin-angiotensin aldosterone system for chronic heart failure with preserved ejection fraction. *Cochrane Database of Systematic*

Reviews (Vol. 2018). John Wiley and Sons Ltd.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012721.pub2>

Miller, T. A. (2016). Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. In *Patient Education and Counseling*, 99, 1079–1086). Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.020>

Njoroge, J. N., & Teerlink, J. R. (2021). Pathophysiology and therapeutic approaches to acute decompensated heart failure. *Circulation Research*, 128, 1468–1486. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.121.318186>

Oksel, E., Akbıyık, A., & Koçak, G. (2016). Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda öz-bakım davranışlarının incelenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(2), 1-8. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ikcusbfd/issue/25687/106538>

Okyay P, Abacıgil, F. (2016). Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenirlik ve geçerlilik çalışması. *Ankara Sağlık Bakanlığı Yayınları*, Yayın No:1025, 77-80. <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Okur%20Yazarl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf>

Onaran, D., & Birgili, F. (2020). Evde bakım hizmeti alan yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı. *Sağlık Bilimlerinde Multidisipliner Araştırmalar*, 1, 91-107.

Oral, S. (2021). Hastaların akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi ve davranışları. *Abant Medical Journal*, 10(3), 330-344. <https://doi.org/10.47493/abantmedj.870503>

Öz, E. (2020). *Üst düzey sporcuların akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi düzeylerinin belirlenmesi* (Tez No. 654422) [Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.

- Özkan, Ş., & Aca, Z. (2020). Akılcı ilaç kullanımında sağlıklı yaşam becerilerinin etkisi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 10(2), 273-288. <https://doi.org/10.32331/sgd.840669>
- Özkan S, Özbay OD, Aksakal FN, İlhan MN, Aycan S. (2005). Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların hasta olduklarındaki tutumları ve ilaç kullanım alışkanlıkları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4(5), 223-237.
- Packer, M. (1992). The neurohormonal hypothesis: A theory to explain the mechanism of disease progression in heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 20(2), 248-254. [https://doi.org/10.1016/0735-1097\(92\)90167-L](https://doi.org/10.1016/0735-1097(92)90167-L)
- Pakseresht, S., Rezaei, K., Pasha, A., KazemNejad Leili, E., & Hasandoost, F. (2017). Health promoting lifestyle among students at Guilan University of Medical Sciences. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 27, 19– 25. <https://doi.org/10.38079/igusabder.9423>
- Panahi, R., Kazemi, S. S., Karami Juyani, A., & Pishvaei, M. (2018). Health literacy and self-care in patients. *Journal of Research and Health*, 8(5), 392–393. <https://doi.org/10.29252/jrh.8.5.392>
- Parlakpınar, H., Sağır, M., & Örum, M. H. (2013). Kardiyovasküler sistemde anjiyotensin 11 tip 2 reseptörü (at 2) ve agonistleri. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 20(2), 185. <https://doi.org/10.7247/jtomc.20.2.22>
- Pınar, N., Karataş, Y., Bozdemir, N., & Ünal, İ. (2013). Adana ilindeki insanların ilaç kullanım alışkanlıkları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(6), 639-650. <https://doi.org/10.5455/pmb.1-1344333007>
- Pieske, B., Tschöpe, C., De Boer, R., Fraser, A., Anker, S., Donal, E., Edelmann, F., Fu, M., Guazzi, M., Lam, C., Lancellotti, P., Melenovský, V., Morris, D., Nagel, E., Pieske-Kraigher, E., Ponikowski, P., Solomon, S., Vasan, R., Rutten, F., Voors,

- A., Ruschitzka, F., Paulus, W., Seferovic, P. ve Filippatos, G. (2020). Korunmuş ejeksiyon fraksiyonu ile kalp yetmezliği nasıl teşhis edilir: HFA–PEFF tanı algoritması: Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin (ESC) Kalp Yetmezliği Derneği'nden (HFA) bir fikir birliği önerisi. *Avrupa Kalp Yetmezliği Dergisi*, 22, 71-79. <https://doi.org/10.1002/ejhf.1741>
- Polat, F. ve Karadağ, B. (2023). İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatörlü hastaların klinik ve demografik özellikleri ile cihaz olayları hastaneye yatış ve mortalite arasındaki ilişki. *MN Cardiology/MN Kardiyoloji*, 30(3), 102-113. <https://www.researchgate.net/profile/Fuat-Polat/publication/374331901-e-Yatis-ve-Mortalite-Arasindaki-Iliski-The-Relationship.pdf>
- Prochota, B., Szwamel, K., & Uchmanowicz, I. (2019). Socio-clinical variables affecting the level of self-care in elderly patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(7), 628-636. <https://doi.org/10.1177/1474515119855600>
- Rastogi, T., Ho, F. K., Rossignol, P., Merkling, T., Butler, J., Clark, A., Collier, T., Delles, C., Jukema, J. W., Heymans, S., Latini, R., Mebazaa, A., Pellicori, P., Sever, P., Staessen, J. A., Thijs, L., Cleland, J. G., Sattar, N., Zannad, F., & Girerd, N. (2022). Comparing and contrasting risk factors for heart failure in patients with and without history of myocardial infarction: data from HOMAGE and the UK Biobank. *European Journal of Heart Failure*, 24, 976–984. <https://doi.org/10.1002/ejhf.2495>
- Rezaei, S., Vaezi, F., Afzal, G., Naderi, N., & Mehralian, G. (2022). Medication Adherence and Health Literacy in Patients with Heart Failure: A Cross-Sectional Survey in Iran. *Health Literacy Research and Practice*, 6, e191–e199. <https://doi.org/10.3928/24748307-20220718-02>

- Riegel, B., Moser, D. K., Buck, H. G., VaughanDickson, V., B.Dunbar, S., Lee, C. S., Lennie, T. A., Lindenfeld, J. A., Mitchell, J. E., Treat-Jacobson, D. J., & Webber, D. E. (2017). Self-care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke: A scientific statement for healthcare professionals from the American heart association. *Journal of the American Heart Association*, 6(9), 56-64. <https://doi.org/10.1161/JAHA.117.006997>
- Rosenkranz, S., Gibbs, J. S. R., Wachter, R., De Marco, T., Vonk-Noordegraaf, A., & Vachiery, J. L. (2016). Left ventricular heart failure and pulmonary hypertension. *European Heart Journal*, 37(12), 942-954. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv512>
- Sağır, M., & Parlakpınar, H. (2014). Akılcı ilaç kullanımı. *Annals of Health Sciences Research*, 3(2), 32-35. <https://dergipark.org.tr/en/pub/annhealthscires/issue/65341/1006764>
- Schwinger, R. H. G. (2021). Pathophysiology of heart failure. In *Cardiovascular Diagnosis and Therapy* (Vol. 11). AME Publishing Company. <https://doi.org/10.21037/CDT-20-302>
- Severino, P., D'Amato, A., Prosperi, S., Myftari, V., Canuti, E. S., Labbro Francia, A., Cestiè, C., Maestrini, V., Lavalle, C., Badagliacca, R., Mancone, M., Vizza, C. D., & Fedele, F. (2023). Heart failure pharmacological management: gaps and current perspectives. *Journal of Clinical Medicine*, 12. <https://doi.org/10.3390/jcm12031020>
- Shi, H., Xia, Y., Cheng, Y., Liang, P., Cheng, M., Zhang, B., ... & Xie, W. (2024). Global burden of ischaemic heart disease from 2022 to 2050: projections of incidence, prevalence, deaths, and disability-adjusted life years. *European Heart*

Journal-Quality of Care and Clinical Outcomes, 4(9), 16-27.

<https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcae049>

Shoyemi, O. S., Abdulsalam, A., Oni, I., Hassan, A. I., & Azeez, T. A. (2024). Critical analysis of health literacy and its impact on health outcomes. *Med Discoveries* 3(3), 11-36. www.meddiscoveries.org

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Ueters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Van Den Broucke, S., & Helmut Brand. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25, 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80-92. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Spartalis, M., Nakajima, K., Zweiker, D., Spartalis, E., Iliopoulos, D. ve Siasos, G. (2021). Kalp yetmezliği olan hastalarda çağdaş ICD kullanımı. *Kardiyoloji ve Terapi*, 10(2), 313-324. <https://doi.org/10.1007/s40119-021-00225-7>

Swiatoniowska-Lonc, N. A., Slawuta, A., Dudek, K., Jankowska, K., & Jankowska-Polanska, B. K. (2020). The impact of health education on treatment outcomes in heart failure patients. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 29, 481–492. <https://doi.org/10.17219/acem/115079>

Şantaş, F., & Demirgil, B. (2017). Akılcı ilaç kullanımına ilişkin bir araştırma. *İşletme Bilimi Dergisi*, 5(1), 35-48. <https://doi.org/10.22139/jobs.286671>.

- Şireci, E., Karabulutlu, E.Y. (2012). *Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Hastalıklarını Kabullenme ve Kendi Bakımlarındaki Öz Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi*. (Tez No. 308038) [Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi] Ulusal Tez Merkezi.
- Tanrıöver, M. D., Yıldırım, H. H., Ready, C., Çakır, B., Akalın, H. E., & Sağlık Okuryazarlığı Çalışma Grubu. (2014). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
<https://konya2.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/8dcec50aa18c21cdaf86a2b33001a409.pdf>
- Tarhan, N., Tutgun-ünal, A., & Ekinci, Y. (2021). Yeni kuşak hastalığı siberkondri: Yeni medya çağında kuşakların siberkondri düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi. *OPUS International Journal of Society Researches*, 17(37), 4253-4297.
<https://doi.org/10.26466/opus.855959>
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2024). 29 Eylül Dünya Kalp Günü
<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/29-eylul-dunya-kalp-gunu-2.html>
- Tekin, H., & Polat, Ü. (2018). Kalp yetmezliği olan hastaların hastalık algısı ve bakımlarına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 28(1), 14-22. <https://doi.org/10.15321/GenelTipDer.2018.166>
- Tosun, N., & Hoşgör, H. (2021). E-sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı farkındalığı arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 22(2), 82-102. <https://doi.org/10.37880/cumuiibf.896847>
- Türk Kardiyoloji Derneği. (2022). *Kalp Yetersizliği Belirtilerini Dikkate Alın, Kalp Yetersizliğinin Tedavisi Mümkün*. <https://tkd.org.tr/menu/201/kalp-yetersizligi-belirtilerini-dikkate-alin-kalp-yetersizliginin-tedavisi-mumk>

- Türkiye İstatistik Kurumu. (2023). *Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri*.
<https://Data.Tuik.Gov.Tr/Bulten/Index?P=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709>
- Tsao, C. W., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Anderson, C. A., Arora, P., Avery, C. L., ... & American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. (2023). Heart disease and stroke statistics—2023 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 147(8), 93-621.
<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001123>
- Vaduganathan, M., Claggett, B. L., Jhund, P. S., Cunningham, J. W., Pedro Ferreira, J., Zannad, F., Packer, M., Fonarow, G. C., McMurray, J. J. V., & Solomon, S. D. (2020). Estimating lifetime benefits of comprehensive disease-modifying pharmacological therapies in patients with heart failure with reduced ejection fraction: a comparative analysis of three randomised controlled trials. *The Lancet*, 396, 121–128. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30748-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30748-0)
- Vardeny, O., Claggett, B., Udell, J. A., Packer, M. (2016). Influenza vaccination in patients with chronic heart failure: PARADIGM-HF Study. *The American College of Cardiology Foundation*, 4, 152-158.
<https://doi.org/10.1016/j.jchf.2015.10.012>
- World Health Organization (WHO). (2002). Promoting rational use of medicines: core components, policy perspectives on medicines. Geneva: World Health Organization.
- Wu, J., Moser, D. K., DeWalt, D. A., Rayens, M. K., Dracup, K., (2016). Health literacy mediates the relationship between age and health outcomes in patients

with heart failure. *Circulation: Heart Failure*, 9, 1-8.

<https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.115.002250>

Vandenbosch J, Van den Broucke S, Vancorenland S, Avalosse H, Verniest R, Callens M. (2016). Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. *Journal Epidemiology Community Health*, 70(10), 2015-206910. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206910>

Visscher BB, Steunenbergh B, Heerdink ER, Rademakers J. (2020). Medication self-management support for people with diabetes and low health literacy: A needs assessment. *PLoS One*, 15(4), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232022>

Yalman, F., & Tosun, N. (2021). Determining the effect of health literacy on healthy life style and rational drug use by path analysis. *Turkish Journal of Science and Health*, 2(3), 78–86. <https://doi.org/10.51972/tfsd.984029>

Yağız, E. (2020). *Kocaeli Üniversitesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve bu durumun akılcı ilaç kullanımıyla olan ilişkisinin incelenmesi*. (Tez No. 657245) [Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi] Ulusal Tez Merkezi.

Yakar, B., Gömleksiz, M., Pirinççi, E. (2019). Bir üniversite hastanesi polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 8(1), 27-35. [https://www.researchgate.net/profile/Burkay-](https://www.researchgate.net/profile/Burkay-Yakar/publication/332325627_Health_Literacy_Levels_and_Affecting_Factors_of_Patients_Who_Applied_to_A_University_Hospital_Polyclinic/links/5d03a617a6fdcc39f118088d/Health-Literacy-Levels-and-Affecting-Factors-of-Patients-Who-Applied-to-A-University-Hospital-)

[Yakar/publication/332325627_Health_Literacy_Levels_and_Affecting_Factors_of_Patients_Who_Applied_to_A_University_Hospital_Polyclinic/links/5d03a617a6fdcc39f118088d/Health-Literacy-Levels-and-Affecting-Factors-of-Patients-Who-Applied-to-A-University-Hospital-](https://www.researchgate.net/profile/Burkay-Yakar/publication/332325627_Health_Literacy_Levels_and_Affecting_Factors_of_Patients_Who_Applied_to_A_University_Hospital_Polyclinic/links/5d03a617a6fdcc39f118088d/Health-Literacy-Levels-and-Affecting-Factors-of-Patients-Who-Applied-to-A-University-Hospital-)

Polyclinic.pdf?_sg%5B0%5D=started_experiment_milestone&origin=journalDetail

- Yavuz Emik, K. (2018). İstanbul’da bir aile sağlığı merkezine başvuranlarda akılcı ilaç kullanımının değerlendirilmesi. (Tez No. 720609) [Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Yılmaz, C. K., & Kıl, A. (2018). Individuals’ health literacy level and their knowledge and practices with respect to rational drug use. *Kontakt*, 20(4), 401–407. <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2018.08.001>
- Yılmaz, M., Güler, N., Güler, G., & Kocataş, S. (2011). Bir grup kadının ilaç kullanımı ile ilgili bazı davranışları: Akılcı mı? *Cumhuriyet Medical Journal*, 33(3), 266-277. <http://cmj.cumhuriyet.edu.tr/en/download/article-file/47780>
- Yılmaz, M. ve Tiraki, Z. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4), 142-147.
- Yuefeng, L., Keqin, R., & Xiaowei, R. (2012). Use of and factors associated with self-treatment in China. *BMC Public Health*, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-995>
- Zorlu, D., ve Ünlü, G. (2021). Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve davranışları. *Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi*, 38(4), 613-621. <https://doi.org/10.52142/omujecm.38.4.39>

EKLER

EK-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu

	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences	
ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹		
Öğrencinin Adı ve Soyadı	İhsan TAN	
Öğrencinin Numarası		
Ana Bilim Dalı	İç Hastalıkları Hemşireliği	
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans	
Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.		
Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	% 13	% 15
II. Genel Bilgiler	% 9	% 35
III. Materyal ve Metod	% 27	% 35
IV. Bulgular	% 10	% 15
V. Tartışma	% 15	% 20
Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.		

EK-2. Etik Kurul Onay Formu



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU

Sayı: 2023-1/6

Tarih: 15.02.2023

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu Hatice POLAT, İhsan TAN isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan “Kalp Yetmezliği Hastalarında Akılcı İlaç Kullanımı, Sağlık Okuryazarlığı ve Öz bakım Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı araştırmayı etik açıdan **uygun bulmuştur.**

EK-3. Kurum İzinleri



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

Sayı : E-45361945-300-2300104837
Konu : Uygulama İzni (İhsan TAN)

31.03.2023

ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞINA

İlgi : 28.03.2023 tarihli ve E-88179374-300-2300102343 sayılı belge.

İlgide kayıtlı yazınıza istinaden, Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi İhsan TAN'ın, "Kalp Yetmezliği Hastalarında Akılcı İlaç Kullanımı, Sağlık Okuryazarlığı ve Öz bakım Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışması ile ilgili Hastanemiz Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı'nın uygunluk yazısı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerizi rica ederim.





T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
Kardiyoloji Ana Bilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-42190979-000-2300103770
Konu : Uygulama İzni (İhsan TAN)

29.03.2023

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 29.03.2023 tarihli ve E-45361945-000-2300103427 sayılı belge.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi İhsan TAN'ın, "**Kalp Yetmezliği Hastalarında Akılcı İlaç Kullanımı, Sağlık Okur yazarlığı ve Öz bakım Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**" konulu tez çalışmasını Nisan 2023-Eylül 2023 tarihleri arasında Anabilim Dalı Başkanlığımız kliniği ve polikliniğine başvuran 18 yaş üstü, kalp yetmezliği tanısı almış olan hastalarla yapmasında bir sakınca yoktur.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.



EK-4. Tanıtıcı Form

1.Yaşınız :.....

2.Cinsiyetiniz

a) Kadın b) Erkek

3.Eğitim durumunuz

a) Okur yazar b) İlköğretim-ortaöğretim c) Lise d) Üniversite ve üzeri

4. Mesleğiniz

a) Memur b) Çiftçi c) Emekli d) Ev Hanımı e) Çalışmıyor

5.Medeni durumunuz

a) Evli b) Bekar c) eşim vefat etti

6.Yaşadığınız yer

a) Köy b) İlçe c) İl

7.Gelir düzeyiniz

a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla

8. Beden Kitle İndeksi (kg/m²)

a) Normal (18.5-24.9) b) Kılolu (25-29,9) c) Obez (30.0-39.9)

9. Kalp yetmezliği dışında başka kronik hastalığınız var mı? a) Var b) Yok

10. Sigara kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır

11. Kaç gündür hastanede yatıyorsunuz?

12.Ne kadar süredir kalp yetmezliği hastalığınız var? (yıl olarak).....

13. Kalp yetmezliği nedeniyle toplam kaç kez hastaneye yattınız?

14. Son 1 yılda kalp yetmezliği nedeniyle polikliniğe kaç kere başvurdunuz?

15. Sağlık bilgi kaynaklarını düzenli olarak takip eder misiniz? () Evet () Hayır

16.Sağlıkla ilgili bilgileri genellikle nereden edirsiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

() Aile () Televizyon

() Arkadaş () İnternet

() Hekim () Kitap-dergi-broşür

() Hemşire () Diğer.....

17. Hastalığınız kendi bakımınızı sürdürmenizi etkiledi mi?

() Etkiledi ()Etkilemedi

18. Sağlığınızı nasıl algıyorsunuz?

() İyi () Kötü

EK-5. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği

Aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra bu ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını gösteren sütuna ait olan kutucuğun içine X işareti koyunuz.	Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman
Davranışsal İnançlar			
1. Doktorun verdiği ilaçlar dışında başka ilaç kullanırsam zarar görebilirim.			
2. İlacımı bana önerildiği gibi kullanmaya dikkat etmezsem ilacın bana faydası değil zararı dokunur.			
3. Doktorun vermiş olduğu ilaçları doktorun/eczacının önerdiği sürede kullanmazsam faydadan çok zarar görürüm.			
4. Besin veya ilaç alerjim var ise; muayene sırasında doktora ve ilgili sağlık personeline söylemediğimde zarar görürüm.			
5. İlacımı düzenli olarak kullanmazsam hastalığımın ilerleyeceğini düşünürüm.			
6. Hasta olduğum zaman akraba, arkadaş, komşu vb. yakınlarımla tavsiyeleri ile zarar görme ihtimalinden dolayı ilaç kullanmaktan korkarım.			
7. Önemli bir rahatsızlık atlanabilir diye düşündüğüm için muayene olmadan ilaç almam.			
8. Mikroplara karşı direnç geliştiği için gereksiz antibiyotik kullanmaktan kaçınırım.			
9. Gebelik, emzirme durumu, kronik hastalıkların varlığı ve başka ilaçların kullanımı gibi özel durumların doktora bildirilmesinin doğru tedavi için önemli olduğunu düşünürüm.			
Kontrol İnançları			
10. Doktorun verdiği ilacı, doktorun önerdiği şekilde kullanmayı önemserim.			
11. Daha çabuk iyileşmek için ilaçları düzenli kullanmaya özen gösteririm.			
12. İlaç kullanmadan önce muayene olmak isterim.			
13. Hasta olunca doktora danışmadan antibiyotik kullanmaktan yanayım.			
14. Grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda muayene olmadan, kendi başıma antibiyotik kullanırım.			
15. İlacın etkinliği azalmasın diye saklanma koşullarına dikkat ederim.			
16. İlaçları kullanmadan önce "son kullanma tarihine" bakarım.			
Tutum			
17. Hastalık durumunda evde bulunan ilaçlarla tedavi olmayı pratik bulurum.			
18. İlaçtan yarar görmüyorsam, doktora danışmadan ilacı kullanmayı bırakırım.			
19. Doktor reçete yazarken, evde bulunması için ilaç yazılmasını isterim.			
20. Ağrı kesiciye ihtiyacım olduğu zaman reçetesiz eczaneden alırım ve kullanırım.			
21. Evimde kullanılmamış veya yarım kalmış ilaç bulundururum.			
Subjektif Norm			
22. Hasta olduğum zaman eş, akraba, arkadaş, komşu vb. yakınlarımla tavsiye ettikleri ilaçları kullanmaktan kaçınmam gerektiğini düşünüyorum.			
23. Benzer şikayetleri olan eş, akraba, arkadaş, komşu vb. yakınlarıma ilaç tavsiyesinden kaçınmam gerektiğini düşünüyorum.			
Niyet			
24. Bundan sonra muayene parası ödemek istemediğim için doktora gitmeden eczaneden ilaç almayı düşünüyorum.			
25. Bundan sonra doktorumu daha önce kullanmış olduğum ilaçlar ve varsa kronik hastalıklara ait raporlar hakkında bilgilendirmeyi istiyorum.			
26. Bundan sonraki tedavimden arta kalan ilaçları mutlaka sağlık kuruluşuna/eczaneye vermeyi planlıyorum.			
27. Bundan sonra bana verilen ilacın/ilaçların kullanımı ile ilgili bilgileri mutlaka doktoruma danışmayı istiyorum.			
28. Bundan sonra kullanmam gereken tüm ilaçları reçeteli olarak kullanmayı istiyorum.			
Bilgi			
29. Reçete ile ilaç alırken, reçetede yazılan ilaç olup olmadığı kontrol edilmelidir.			
30. Kullanılmayan ilaçlar çöpe/tuvalete atılmamalıdır.			
31. Hastalığın iyileştiği düşünüldükten doktor kararı olmadan ilaç/antibiyotik planlanan süreden önce kesilmemelidir.			
32. İlaç kullanımı doktor kontrolünde olmalıdır.			
33. Gerekli olabileceği düşüncesiyle hasta olmadan ilaç yazdırılmamalıdır.			
34. İlaçtan yarar görülmediğinde doktora başvurulmalıdır.			
35. İlacın yan etkileri ile karşılaşıldığında doktora başvurulmalıdır.			
36. İlaç kazalarını önlemek için çocuklar, yaşlılar ve engellilerin ulaşacağı yerde ilaçlar bırakılmamalıdır.			

EK-6. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32

TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-32

Açıklama: Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadede belirtilen konu için zorluk derecesini “çok zor/zor/kolay/çok kolay” seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz.

	Çok kolaydan çok zora doğru Derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1.Cok kolay	2.Kolay	3.Zor	4.Cok zor	5.Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					

	Çok kolaydan çok zora doğru Derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1.Cok kolay	2.Kola y	3.Zor	4.Cok zor	5.Fikr inyok
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınıza için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınıza için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınıza etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınıza etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınıza için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

EK-7. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranış Ölçeği-12

Hastalara talimat: Bu ölçek, kalp yetmezliği öz bakımı ile ilgili ifadeler içerir. Her ifadeyi, sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüz sayıyı daire içine alarak yanıtlayın. Farklı yanıt alternatiflerinin, 'Tamamen katılıyorum' (1) 'Hiç katılmıyorum'a (5). Belirli bir ifadeden emin olmasanız bile, sizin için en doğru olduğunu düşündüğünüz sayıyı daire içine alın.

		Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen katılmıyorum
1	Hergün tartılırım	1	2	3	4	5
2	Eğer nefesim daralırsa sakinleşmeye çalışırım	1	2	3	4	5
3	Eğer nefes daralmam artarsa, doktorum ya da hemşiremle görüşürüm	1	2	3	4	5
4	Ayaklarım/Bacaklarım normalden fazla şişerse, doktorum ya da hemşiremle görüşürüm	1	2	3	4	5
5	Bir hafta içinde 2 kilo kaybedersem, doktorum ya da hemşiremle görüşürüm	1	2	3	4	5
6	Bir günde aldığım alkollü içeceklerimi kontrol altında tutarım (1.5–2 lt/day)	1	2	3	4	5
7	Gün içinde dinlenirim	1	2	3	4	5
8	Çok bitkinlik hissedersen, doktorum ya da hemşiremle görüşürüm	1	2	3	4	5
9	Az tuzlu yemek yerim	1	2	3	4	5
10	İlaçlarımı düzenli olarak alırım	1	2	3	4	5
11	Her yıl grip aşısı olurum	1	2	3	4	5
12	Düzenli spor yaparım	1	2	3	4	5

EK-8. Ölçek İzinleri

Re: Tez Çalışması

filiz ergin<
Kime: Siz

4.01.2023 Çar 12:06

Sağlık Okur Yazarlığı.pdf
2 MB

Sayın Tan
Ekteki belge yararlı olacaktır.
Sorunuz olursa yazabilirsiniz.
İyi çalışmalar

Prof. Dr. Filiz Abacıgil Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD/AYDIN

On Wednesday, January 4, 2023 at 02:49:51 PM GMT+3, İhsan tan

Merhaba hocam, Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü'nde hemşire olarak çalışmaktayım. Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Yüksek lisans yapıyorum. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 kullanarak tez çalışması yapmayı düşünüyorum kullanımı ve maddeleri hakkında bilgi verebilir misiniz? Saygılar...

Windows 10 için Posta ile gönderildi

Yanıtla İlet

Re: Tez Çalışması

Vahide Semerci<
Kime: Siz

11.11.2022 Cum 07:43

Bu iletiyi 3.01.2023 Sal 12:29 tarihinde ilettiniz

ÖLÇEĞİN DERECELENDİRİLM...
19 KB

10.17049-ataunihem.595394...
478 KB

2 ek (497 KB) Tümü OneDrive'a kaydet Tümü indir

Merhabalar, Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'ni çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Ölçek 18 yaş üstü kronik hastalığı olan bireylerde kullanımı uygundur. Örneklemeniz bu doğrultuda ise kullanmanız uygundur. Ölçeğin puanlamasını ektedir. Kolay gelsin.

Dr. Öğr. Üyesi Vahide SEMERCİ

İhsan tan 11 Kas 2022 Cum, 10:30 tarihinde şunu yazdı:
Merhaba hocam, Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü'nde hemşire olarak çalışmaktayım. Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Yüksek lisans yapıyorum. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeğini kullanarak tez çalışması yapmayı düşünüyorum kullanımı ve maddeleri hakkında bilgi verebilir misiniz? Saygılar...

Yanıtla İlet

C

Kime: Siz

5.01.2023 Per 12:19

5.01.2023 Per 12:35 tarihinde yanıtladınız

Avrupa Kalp Hastalıkları Öz-B...

18 KB

Yanıtla şununla başla:

Teşekkür ederim.

Çok teşekkür ederim!

Aldım, teşekkür ederim.

İhsan bey ekli dosyada sunuyorum

Çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Canan BAYDEMİR

5 Ocak 2023 08:33, "İhsan tan" yazdı:

Gönderen: İhsan tan

Gönderildi: 4 Ocak 2023 Çarşamba 06:00

Kime:

Konu: Tez Çalışması

Merhaba hocam, Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü'nde hemşire olarak çalışmaktayım. Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Yüksek İisans yapıyorum. Avrupa Kalp Yetmezliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği kullanarak tez çalışması yapmayı düşünüyorum kullanımı ve maddeleri hakkında bilgi verebilir misiniz? Saygılar...

Yanıtla

İlet



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
Kardiyoloji Ana Bilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-42190979-000-2300103770
Konu : Uygulama İzni (İhsan TAN)

29.03.2023

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 29.03.2023 tarihli ve E-45361945-000-2300103427 sayılı belge.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi İhsan TAN'ın, "**Kalp Yetmezliği Hastalarında Akılcı İlaç Kullanımı, Sağlık Okur yazarlığı ve Öz bakım Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**" konulu tez çalışmasını Nisan 2023-Eylül 2023 tarihleri arasında Anabilim Dalı Başkanlığımız kliniği ve polikliniğine başvuran 18 yaş üstü, kalp yetmezliği tanısı almış olan hastalarla yapmasında bir sakınca yoktur.