
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Gazi
1926

PERKÜTAN KORONER GİRİŞİM UYGULANAN HASTALARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE ÖZ YETERLİLİK DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Sevda KABAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

OCAK 2026

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Sevda KABAK

13/01/2026

PERKÜTAN KORONER GİRİŞİM UYGULANAN HASTALARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE ÖZ YETERLİLİK DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Sevda KABAK

GAZİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ocak 2026

ÖZET

Bu tanımlayıcı, ilişki arayıcı, kesitsel çalışmanın amacı Perkütan Koroner Girişim (PKG) uygulanan hastalarda sağlık okuryazarlığı ve öz yeterlilik düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Araştırmanın evrenini, 08.08.2025-10.10.2025 tarihleri arasında Bursa Şehir Hastanesi kardiyoloji kliniklerinde yatan PKG uygulanan koroner arter hastaları oluşturmaktadır. Araştırma örneklemine ise araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan 138 hasta alınmıştır. Veriler "Birey Tanıtım Formu", "Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" (SOYÖ) ve "Kardiyak Öz Yeterlilik Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Post-Hoc test Bonferroni testi ve Sperman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Çalışmamızda; PKG uygulanan bireylerin SOYÖ puan ortalamaları 46,73±8,67, kardiyak öz yeterlilik puan ortalaması 25,53 ±8,82 bulunmuştur. Bu sonuçlar hastaların sağlık okuryazarlık düzeyinin ve kardiyak öz yeterlilik düzeyinin orta olduğunu göstermektedir. Hastaların Kardiyak Öz Yeterlilik Ölçeği ile SOYÖ toplam puan ortalamaları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışan, geliri giderden fazla olan, ara sıra egzersiz yapan, kalp koruma diyeti uygulayan, düzenli sağlık kontrollerine giden, takip ve tedavi ile ilgili bilgi sahibi olan hastaların kardiyak öz yeterlilik puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca çalışan, kalp koruma diyeti uygulayan, düzenli sağlık kontrolüne giden, takip ve tedavi ile ilgili bilgi sahibi olan ve PKG işlemi planlı olarak yapılan hastaların SOYÖ puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). PKG uygulanan hastalara yönelik hemşirelik bakımı uygulamalarının hastaların sağlık okuryazarlık ve öz yeterlik düzeyini değerlendirilerek planlanması önerilmektedir.

Bilim Kodu	:	1032.2
Anahtar Kelimeler	:	Perkütan koroner girişim, Sağlık okuryazarlığı, Öz yeterlilik, Koroner arter hastalığı, Hemşirelik
Sayfa Adedi	:	110
Danışman	:	Prof. Dr. Ülkü POLAT

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY AND SELF-EFFICACY LEVEL IN PATIENTS UNDERGOING PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

(M. Sc. Thesis)

Sevda KABAK

GAZİ UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

January 2026

ABSTRACT

The purpose of this descriptive, exploratory, cross-sectional study is to examine the relationship between health literacy and self-efficacy levels in patients undergoing Percutaneous Coronary Intervention (PCI). The study population consists of coronary artery disease patients who underwent PCI and were hospitalized in the cardiology clinics of Bursa City Hospital between 08.2025 and 09.2025. The research sample included 138 patients who met the inclusion criteria for the study. Data were collected using the "Individual Identification Form", "Health Literacy Scale" and the "Cardiac Self-Efficacy Scale". The Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test, Post-hoc Bonferroni test, and Spearman correlation analysis were used in the evaluation of the data. In our study, the mean Health Literacy Scale scores of individuals who underwent PCI were 46.73±8.67, and the mean cardiac self- efficacy scores were 25.53±8.82. These results indicate that patients health literacy and cardiac self-efficacy levels were moderate. A significant at a weak level, positive correlation was found between the mean Cardiac Self-Efficacy Scale and Health Literacy Scale total scores of the patients ($p<0.05$). Patients who were employed, had income exceeding expenses, exercised occasionally, following a heart-protective diet, had regular health checkups and were knowledgeable about follow- up and treatment had significantly higher mean cardiac self-efficacy scores ($p<0.05$). Additionally, patients who following a heart-protective diet, underwent regular health checkups, were knowledgeable about follow-up and treatment and had the procedure planned had significantly higher mean health literacy scale scores ($p<0.05$). It is recommended that nursing care practices for patients undergoing PCI be planned by assessing patients health literacy and self-efficacy levels.

Science Code : 1032.2
Key Words : Percutaneous coronary intervention, Health literacy, Self-efficacy, Coronary arter disease, Nursing
Page Number : 110
Supervisor : Prof. Dr. Ülkü POLAT

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve yüksek lisans eğitimim boyunca benden desteğini ve emeğini esirgemeyen, moral ve motivasyonlarını eksik etmeyen değerli tez danışmanım ve çok kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. Ülkü POLAT'a,

Hayatımın her döneminde maddi ve manevi destek olarak beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan, değerli vakitlerini benim için ayıran sevgili aileme, kuzenim Huriye BULUT'a ve değerli çalışma arkadaşlarıma,

Tez çalışmama katılmayı kabul eden ve değerli zamanlarını bana ayıran kıymetli hastalarıma,

En içten dileklerim ile teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET iv

ABSTRACT v

TEŞEKKÜR vi

İÇİNDEKİLER vii

ÇİZELGELERİN LİSTESİ x

SİMGELER VE KISALTMALAR xi

1. GİRİŞ 1

2. GENEL BİLGİLER 7

2.1. Koroner Arter Hastalığı ve Epidemiyolojisi 7

2.2. Koroner Arter Hastalığı Fizyopatolojisi 8

2.3. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri 9

2.3.1. Değiştirilemeyen risk faktörleri 10

2.3.2. Değiştirilebilen risk faktörleri 11

2.4. Koroner Arter Hastalığı Tedavi Yöntemleri 13

2.5. Perkütan Koroner Girişim 14

2.5.1. Perkütan koroner girişim endikasyonları 15

2.5.2. Perkütan koroner girişim için risk faktörleri 15

2.5.3. Perkütan koroner girişim uygulamasında teknolojik ve yenilikçi yaklaşımlar 17

2.5.4. Perkütan koroner girişimin hastalar üzerindeki fiziksel, psikolojik ve sosyal etkileri 18

2.5.5. Perkütan koroner girişim sonrası medikal takip 20

2.5.6. Perkütan koroner girişim sonrası yaşam tarzı değişikliği 21

2.5.7. Perkütan koroner girişim sonrası uzun dönem takip 22

2.6. Sağlık Okuryazarlığı ve önemi 24

Sayfa

2.6.1. Sağlık okuryazarlığının sınıflandırılması 27

2.6.2. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler 28

2.6.3. Perkütan koroner girişim ve sağlık okuryazarlığının önemi 30

2.7. Öz Yeterlilik 31

2.7.1. Öz yeterliliği etkileyen faktörler 33

2.7.2. Perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda öz yeterlilik; kardiyak öz yeterlilik 35

2.8. Perkütan Koroner Girişim ve Hemşirelik Bakımı 36

3. GEREÇ VE YÖNTEM 41

3.1. Araştırmanın Tasarımı 41

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 41

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Grubu 42

3.4. Verilerin Toplanması 43

3.4.1. Birey tanıtım formu 43

3.4.2. Kardiyak öz-yeterlilik ölçeği 43

3.4.3. Sağlık okuryazarlığı ölçeği 43

3.5. Verilerin Toplama Araçlarının Uygulanması 44

3.6. Verilerin Analizi 44

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu 45

4. BULGULAR 47

4.1. Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular 47

4.2. Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastaların Kardiyak Öz Yeterlilik ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular 49

4.3. Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kardiyak Öz Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması 50

4.4. Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması 53

Sayfa

4.5. Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastaların Kardiyak Öz Yeterlilik Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki 55

5. TARTIŞMA 57

5.1. Hastaların Kardiyak Öz Yeterlilik Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamasına İlişkin Bulguların Tartışılması 57

5.2. Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kardiyak Öz Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması 59

5.3. Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması 66

5.4. Kardiyak Öz Yeterlilik ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin Tartışılması 73

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 75

6.1. Sonuçlar 75

6.2. Öneriler 76

KAYNAKLAR 77

EKLER 97

EK-1. Gönüllü Katılımcı Onam Formu 98

EK-2. Birey Tanıtım Formu 99

EK-3. Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği 102

EK-4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ) 103

EK-5. Etik Komisyon Onayı 104

EK-6. İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı 105

EK-7. Bursa Şehir Hastanesi İzin Yazısı 107

EK-8. Ölçek İzinleri 108

ÖZGEÇMİŞ 109

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge **Sayfa**

Çizelge 3.1. Normallik testi sonuçları 45

Çizelge 4.1. Perkütan koroner girişim uygulanan hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular..... 47

Çizelge 4.2. Hastaların Kardiyak Öz Yeterlilik ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam ve alt boyut puanları 49

Çizelge 4.3. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Kardiyak Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalamaların karşılaştırılması 50

Çizelge 4.4. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamaların karşılaştırılması 53

Çizelge 4.4. Kardiyak Öz Yeterliliği ve Sağlık Okuryazarlığı arasındaki ilişki 55

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler	**Açıklama**
%	Yüzde
<	Küçüktür
>	Büyüktür

Kısaltmalar	**Açıklama**
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AKS	Akut Koroner Sendrom
DALYS	Sakatlığa Göre Ayarlanmış Yaşam Yılı
DM	Diyabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ESÖ	Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı
FSÖ	Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı
HT	Hipertansiyon
IVOCT	İntravasküler Optik Koherens Tomografi
IVUS	İntravasküler Ultrason
KABG	Koroner Arter Bypass Greft
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KR	Kardiyak Rehabilitasyon
MI	Miyokard İnfarktüsü
NHES	National Health Education Standards
NSTEMI	ST-elevasyonsuz Miyokard İnfarktüsü
OCT	Optik Koherens Tomografi
PKG	Perkütan Koroner Girişim
PTKA	Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti
SAP	Stabil Anjina Pektoris

Kısaltmalar	Açıklama
SOYÖ	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
STEMI	ST-elevasyonlu Miyokard İnfarktüsü
TEKHARF	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
USAP	Unstabil Anjina Pektoris
VKİ	Vücut Kütle İndeksi
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

Problem durumu

Koroner arter hastalıkları (KAH) dünyada ve ülkemizde en sık mortalite nedenidir (TÜİK, 2024). Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre, 2019 yılında KAH nedeniyle tahmini 17,9 milyon ölüm gerçekleştiği ve bu dünya çapında tüm ölümlerin yaklaşık %32'sini KAH kaynaklı olduğu belirtilmektedir (WHO, 2020). Dünya genelinde KAH' ın 9 milyon ölüme neden olduğu ve 2030 yılına kadar ise her 100.000 kişinin 1.845'inde KAH' lığı görüleceği tahmin edilmektedir (Khan ve diğerleri, 2020). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2024 yılı verilerine göre, 2023 yılı içerisinde gerçekleşen ölümlerin %33,4'ü dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı olup, bunların %42,4'ünü KAH oluşturmaktadır (TÜİK, 2024).

Koroner arter hastalıklarının tedavisinde cerrahi dışı invaziv bir yöntem olan perkütan koroner girişim (PKG), özellikle akut miyokard enfarktüsü ve stabil anjina tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır (Khan ve Ludman, 2022; Liu ve diğerleri ,2018; Liu ve diğerleri, 2024; Karabulut ve Gün, 2019). Perkütan koroner girişim (PKG), koroner arterdeki darlıkların balon anjiyoplasti (perkütan transluminal koroner anjiyoplasti /PTKA) ve stent implantasyonu ile vasküler kan akışını sağlayan cerrahi olmayan, invaziv bir uygulamadır (Khan ve Ludman, 2022; Bayram, 2024). Perkütan koroner girişim, KABG 'e göre daha güvenli ve cerrahi travma riskinin daha düşük olması nedeniyle hastaların daha kısa sürede iyileşmelerine ve girişim sonrası daha konforlu yaşamalarına olanak sağlamaktadır (Al-Duhoun, Hijazeen, Atout, Bani Saalameh, 2025; Karabulut ve Gün, 2019; Valaker I ve diğerleri,2017; Yeşil Bayülgen ve Altıok, 2017; Zhang ve diğerleri, 2022).

Perkütan koroner girişim uygulaması, hastaların semptom yüklerinin azalmasına ve prognozun iyileşmesine katkı sağlamasına rağmen KAH oluşmasına sebep olan ateresklerozun oluşmasını önlemediği ve hastaların hala göğüs ağrısı, miyokard enfarktüs, tekrarlayan revaskülarizasyon ve ölüm gibi durumlar açısından hala risk altında olduğu bilinmektedir (Shi, Liu, Jiang, Zhang ve Shi ,2022; Zhao ve Wang, 2022; Zhang ve diğerleri,2022; Tao ve diğerleri, 2023; Liu, Qian, Hu ve Zhang, 2024). Bu nedenle PKG uygulanan hastaların bakımında; kolesterol düzeyi kontrolü, sigara kullanımının bırakılması, kan basıncı kontrolü ve hareketsiz yaşam tarzının azaltılması, sağlıklı diyet alışkanlıkları edinilmesi ve restenozun erken dönem fark edilmesi gibi öncelikli bakım hedefleri bulunmaktadır (Wennberg,

Abuaksaud ve Eisenberg, 2024). Avrupa Kardiyoloji Derneği önleme kılavuzu tarafından kardiyak risk faktörlerinin sürekli yönetimi ve KAH 'lığının ilerlemesini azaltmaya yönelik olarak yaşam tarzı değişiklikleri, ilaç kullanımı, kardiyak rehabilitasyon ve bireyin öz yönetimine aktif olarak katılması önerilmektedir (Beauchamp ve diğerleri, 2022; Ghisi, 2018; Vrints ve diğerleri, 2024). Perkütan koroner girişim uygulanan KAH hastalarında da PKG sonrası restenoz oluşumunu engellemek ve KAH yönetimi için medikal tedavinin yanı sıra davranışsal risk faktörlerinin kontrol edilmesi, sağlıklı yaşam tarzı davranış değişikliklerinin benimsenmesi gerekmektedir (Tao ve diğerleri, 2023; Liu ve diğerleri, 2024; Yeşil Bayülgen ve Altıok, 2017). Bu nedenle bu hastalarda işlem sonrası gelişebilecek komplikasyonlar ve yaşam kalitelerinin artırılmasına yönelik öz yönetim becerilerinin geliştirilmesi önemlidir (Liu ve diğerleri, 2024).

Günümüzde gelişen teknolojik yaklaşımlar ile uygulanan PKG işleminin; güvenli bir işlem olması, sağlık maliyetini azaltması, hastanede yatış süresinin kısa olması gibi avantajlarının yanı sıra PKG sonrası hastaların aynı gün taburcu olmalarından dolayı yetersiz bilgi sahibi olmaları, sosyal hayatta değişen rol ve sorumlulukları, medikal tedavi kapsamı, yaşam tarzı değişiklikleri, sağlık kontrolleri gibi pek çok konuda bakım sorumluluğunun sağlık ekibi dışında hasta ve hasta yakınlarının üstlenmesi gerektiği ve hastaların değişen sağlık durumu ile ilgili belirsizlik hissi yaşadıkları belirtilmektedir (Zhang ve Qi, 2021; Lauck, Johnson ve Ratner; 2009). Hastaların yaşadıkları belirsizlik hissiyle ilişki olarak kaygı, ölüm korkusu, riskli sağlık davranışları göstermelerinden dolayı suçluluk , hastalığın tekrarlaması korkusu, kendilerine olan inanç ve güvenlerinin kaybı gibi psikolojik sorunlar sonucunda sağlık durumları ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir (Hasankhani ve diğerleri, 2014). Hastaların yetersiz eğitim, psikolojik sorunlar ve düşük sağlık okuryazarlığı sebebiyle öz yönetim becerileri de olumsuz etkilenmektedir (Ingadottir, Svarvarsdottir, Jurgens ve Lee, 2023).

Perkütan koroner girişim uygulanan KAH hastalarında fiziksel ve psikolojik sorunların azaltılması, yaşam kalitelerinin artırılması ve tekrarlayan restenoz gelişiminin önlenmesi ve hastaların öz yönetim becerilerinin geliştirilmesi için yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olmaları gerekmektedir (Liu ve diğerleri, 2024). Hastaların öz yönetim becerilerinin geliştirilmesi için yeterli düzey sağlık okuryazarlığı; bireylerin sağlık bilgisini doğru kaynaklardan elde etmesine, sağlık bilgisini anlamasına, değerlendirmesine ve kullanma becerisiyle ilaçların doğru ve düzenli kullanılmasına, ilaç yan etkilerinin ve

hastalık semptomlarının zamanında fark edilmesine fayda sağlayarak tedaviye uyum süreçlerinin, öz farkındalıklarının ve yaşam kalitelerinin yükselmesine katkı sağlamaktadır (Liu, Qian, Chen ve He, 2020; Brors ve diğerleri, 2022; Du, Feng, Wang, Tian ve Y. Wang, 2022; Beauchamp ve diğerleri 2022; Yılmazel ve Ahcıoğlu, 2021). Bu konuda Son Y-J ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında PKG uygulanan KAH hastalarında; sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan hastaların tedavi bilgilerini daha iyi anlamlandırması ve uygulanması ile ilişkili olarak yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu tespit edilmiştir (Son ve Yu, 2016). Fakat literatürde KAH hastalarıyla yapılan çalışmalarda, hastaların düşük sağlık okuryazarlığına sahip oldukları belirtilmektedir (Topallar ve Büyükdemirci, 2025; Pala, 2023; Costa, Conceiçao ve Butcher, 2023; Lu ve diğerleri, 2020). Düşük düzey sağlık okuryazarlığı olan hastaların tedaviye uyumda güçlük yaşadıkları, tekrarlı hastane yatışlarının olduğu, komplikasyonları fark etmede yetersiz kaldıkları ve sağlık hizmeti kullanımında sorunlar yaşadıkları bildirilmektedir (Ağlamış, 2022; de Wit ve diğerleri, 2022; W.Liu, Yang ve Qia, 2023; Yılmazel ve Ahcıoğlu, 2021). Ayrıca düşük sağlık okuryazarlığına sahip hastaların, sağlık sorunlarını ifade etme becerilerinin daha düşük olduğu ve sağlık sorunlarını tam olarak anlamasalar bile ilaç kullanımı ve tedavi talimatlarına yönelik tekrar bilgi istemedikleri belirtilmektedir. Diğer bir açıdan düşük sağlık okuryazarlığı, sunulan kapsamlı eğitim programlarının önünde engel oluşturmakta ve hastaların, verilen bilgileri anlamaları, gerekli davranış değişikliği yapmaları zorlaşmaktadır. Bu bağlamda eğitim programlarının planlanmasında hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Shahid ve diğerleri, 2022; Sezgin, 2013). Yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip hastalar sağlık bilgine daha kolay ulaşabilir, yorumlayarak değerlendirebilir. Fakat bu sağlık bilgilerini, davranış değişikliğine dönüştürmesi için yeterli düzey öz yeterliliğe sahip olması gerekmektedir (Yıldırak, 2023; Liu ve diğerleri, 2024; Pan, Xie, Liu ve Zhu, 2025).

Öz yeterlilik davranış değişikliği yapılması için bireyin bilgi arama motivasyonuna, bilgiyi anlamaya, yorumlamaya ve uygulama becerilerinin farkında olmasına aracılık etmektedir (Dilli, 2016; Palabıyık, 2024). Öz yeterlilik davranış değişikliğini doğrudan etkileyen içsel bir itici güç olarak psikolojik ve fizyolojik başa çıkma mekanizmalarında ve sağlıklı yaşam tarzı değişikliği edinmek için aracı faktör olarak kabul edilmektedir (Pan ve diğerleri,2025). Öz yeterlilik, bireyin belirli bir hedefe ulaşmak ve sürdürebilmek için gerekli davranışları başlatma, sürdürme, kontrol etme ve kendi yetkinliğine olan inancını ifade etmektedir (Karataş, Yava, Tosun ve Koyuncu, 2024). PKG uygulanan KAH hastalarında sağlıklı

yaşam davranışları benimseme ve riskli davranışlardan uzak durma konusunda kendilerine ne kadar güvendiklerini belirlemek için öz yeterlilik duygularını değerlendirmek gerekmektedir (Salgado, Paulo, Zufferey ve Bucher, 2023). PKG uygulanan hastalarda öz yeterlilik; kardiyak öz yeterlilik olarak hastalığın oluşturduğu zorluklarla başa çıkma inancı, öz bakıma yönelik kişisel inanç, öz bakım faaliyetlerine katılma konusunda algılanan öz yetenek ve risk faktörlerini kontrol etme çabası ve yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Wahyuni ve Setyowati, 2022). Kardiyak öz yeterlilik, kardiyak bir olaydan sonra kardiyak iyileşme sonuçlarını tahmin etmek için güçlü bir belirleyici olarak da kabul edilmektedir (Shrestha, Rawal, Bajracharya ve Ghimire, 2020; Wahyuni ve Setyowati, 2022; Kavradım, 2018). KAH hastalarında öz yeterlik düzeyinin arttırılması; hastaların öz yönetim becerilerini doğrudan etkileyerek, ilaç tedavisine uyumu, sağlıklı beslenme alışkanlıkları edinilmesi ve sedanter yaşam tarzından uzak durulması ve yaşam kalitelerinin artması gibi olumlu sağlık sonuçlarını desteklemektedir (Erbakan ve Uysal, 2024; Bayram, 2024; Nuraeni ve diğerleri, 2023; Kavradım, 2018; W.Liu ve diğerleri, 2024; O'Neil, Berk,Davis ve Stafford, 2013).

Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireler , yıllar içerisinde değişen geleneksel hemşirelik bakımından ziyade hemşire liderliğindeki uygulamalara evrilerek bakım ve eğitimin beraber sağlanmasıyla, hastaların yaşam tarzı değişikliği ve psikososyal olarak desteklenmesiyle PKG sonrası risklerin azaltılmasında önemli bir rol oynamaktadır (Fan ve Lin , 2025; Zhang ve Qi, 2021). Hemşirelik bakımının çok segmentli ve bütünleşik yaklaşımı ile hastaların lipit profillerinin iyileştiği, hastanede kalış sürelerinin azaldığı, PKG sonrası aritmi, kanama, restenoz gibi komplikasyonların azaldığı ve psikolojik iyilik hallerinin desteklendiği belirtilmektedir (Fan ve Lin, 2025). Bu nedenle hemşirelik bakımı kapsamında, hastaların etkili öz yönetim becerilerinin geliştirilmesi için gerekli bilgileri doğru kaynaklardan elde etmesi, yorumlaması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyip uygulayabilmesi için sağlık okuryazarlığı ve öz yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi gerekmektedir (Yıldırak, 2023).

Araştırmanın amacı ve tipi

Bu çalışma PKG uygulanan hastaların sağlık okuryazarlığı ve öz yeterlilik düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile planlanmış bir çalışmadır.

Araştırmanın soruları

- PKG uygulanan hastaların sağlık okuryazarlık düzeyi nedir?
- PKG uygulanan hastaların öz yeterlilik düzeyi nedir?
- PKG uygulanan hastaların sağlık okuryazarlık ve öz yeterlilik düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- PKG uygulanan hastaların tanıtıcı özellikleri ve sağlık okuryazarlık puan ortalamaları arasında ilişki var mıdır?
- PKG uygulanan hastaların tanıtıcı özellikleri ve kardiyak öz yeterlilik puan ortalamaları arasında ilişki var mıdır?

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmaya tek bir kurumda PKG uygulaması yapılan hastalar dahil edilmiştir. Bu nedenle çalışmanın tek merkezde yürütülmesi çalışmanın sınırlılığı olabilir. Bursa Şehir Hastanesi kardiyoloji servisinde PKG uygulaması sonrası takip edilen hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma bulguları sadece bu merkezde, çalışmaya dahil edilen hastalara genellenebilir. Araştırmadan elde edilen verilerin öz bildirime dayalı olması çalışmanın bir diğer sınırlılığı olarak kabul edilebilir.

Araştırmanın güçlü yönleri

Ulusal literatürde PKG uygulanan hastaların sağlık okuryazarlığı ve öz yeterlilik düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışma olması ve özel olarak kardiyak hasta grubu için geliştirilen kardiyak öz yeterlilik ölçeğinin kullanılması, çalışmanın güçlü yönlerini belirtmektedir.

Çıkar çatışması

Bu teze katkı sağlayan kişiler arasında tez çalışmasını etkileyebilecek nitelikte bir çıkar çatışması yaşanmamıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koroner Arter Hastalığı ve Epidemiyolojisi

Kalbin oksijenlenmesini sağlayan koroner arterlerin intima tabakasında aterosklerotik plak oluşumuyla daralma veya tıkanması sonucunda kalbe giden kan akımının azalmasına bağlı ortaya çıkan kardiyovasküler sistem hastalığıdır (Bağlı,2024; Frak ve diğerleri, 2022; İnco, 2021; Karabulut ve Gün, 2019; Ralapanawa ve Sivakanesan 2021; Shrestha, Rawal, Bajracharya ve Ghimire, 2020). Koroner arter hastalığı, iskemik kalp hastalığı, koroner kalp hastalıkları, aterosklerotik kalp hastalığı olarak da adlandırılmaktadır (Tunç, 2022). Koroner arterlere kan akışının tam veya kısmı olarak tıkanması, akut koroner sendrom (AKS), sessiz iskemi, miyokard infaktüsü (MI), stabil anjina pektoris (SAP), unstabil anjina pektoris (USAP), kalp yetmezliği ve ani ölüm ile sonuçlanmaktadır (Bağlı, 2024; Beauchamp ve diğerleri, 2022; Shahjehan, Sharma ve Bhutta, 2024).

Koroner arter hastalarında anjina pektoris olarak adlandırılan ağrı ; genellikle göğüste, özellikle sternumun arkasında, kademeli olarak başlayan bir rahatsızlık hissi olarak ortaya çıkmaktadır. Bu rahatsızlık AKS vakalarında fiziksel efor, duygusal stres veya istirahat halinde de ortaya çıkabilmektedir (Shahjehan ve diğerleri, 2024). Koroner arter hastalığı uzun zaman asemptomatik seyrederek ilk ipucu MI olarak ortaya çıkabilmektedir. Miyokard enfarktüs, göğsün merkezinde birkaç dakikadan daha fazla süren rahatsız edici baskı, sıkma, dolgunluk veya ağrı ile hissedebilir. Ağrı bir veya iki kola, sırta, boyuna, çeneye veya mideye yayılarak ortaya çıkabilir. Ayrıca nefes darlığı en sık görülen belirti olmakla beraber soğuk terleme, mide bulantısı veya baş dönmesi gibi semptomlar da ortaya çıkabilmektedir (Shahjehan ve diğerleri, 2024; Yılmazel ve Ahcıoğlu, 2021).

Koroner arter hastalığı (KAH), en yaygın kardiyovasküler hastalıklardan (KVH) biri olarak, dünya çapında önde gelen ölüm nedenidir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre, 2019 yılında KVH'ler nedeniyle tahmini 17,9 milyon ölüm gerçekleştiği ve dünya çapında tüm ölümlerin yaklaşık %32'sini temsil ettiği bilinmektedir (WHO, 2020). En yaygın kardiyovasküler hastalık türü olarak KAH yalnızca 2017'de Amerika Birleşik Devletleri'nde % 20 si 65 yaşın altı olan çalışan nüfusu etkilemekle beraber 365,914 ölüme sebep olmaktadır (Shrestha ve diğerleri, 2020). Koroner arter hastalığıyla ilişkili sağlık bakım maliyetlerinin ABD' inde 2010 yılında 126,2 milyar dolardan 2040 yılında %41 oranında 177,5 milyar

dolara çıkacağı tahmin edilmektedir (Odden ve diğerleri, 2011). Ülkemizde de TÜİK 2024 yılı verilerine göre, 2023 yılı içerisinde gerçekleşen ölümlerin %33,4'ü dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı olup, bunların %42,4'ünü KAH oluşturmaktadır (TÜİK, 2024). Dünyada ve ülkemizde en sık görülen kronik hastalıkların başında gelen KAH; Türkiye'de 35 yaş ve üzerindeki 1000 yetişkinden 105'in de görülmektedir (Erbakan, 2024) Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasına göre de ülkemizde 3,1 milyon KAH hastası bulunmaktadır. Bu sayıya her yıl yaklaşık 300 bin yeni KAH hastası eklenmektedir. Her yıl yaklaşık 95 bin hasta KAH' a bağlı ani ölüm nedeniyle yaşamını kaybetmektedir. Avrupa ülkeleri arasında Türkiye, 45-74 yaş aralığında KAH' a bağlı ölüm sıklığı en yüksek olan ülkelerden biridir (İnco, 2021; Onat ve Can, 2013). TEKHARF çalışmasındaki bu oranlar ile KAH 1990'dan itibaren yılda %6,4 oranında artığını göstermektedir (Yıldırım ve Oğuz, 2022).

2.2. Koroner Arter Hastalığı Fizyopatolojisi

Koroner arter hastalığı etiyolojisinde; ateroskleroz kaynaklı oluşan yağlı çizgilerin arter duvarlarındaki kardiyomiyositlere yeterli kan ve oksijen taşınmasını engelleyen aterom ve plaklar olduğu bilinmektedir (Frak ve diğerleri, 2022; Macit, 2024; Shahjehan ve diğerleri, 2024). Ateroskleroz büyük ve orta çaplı arterlerin intima tabakasını tutan, medya ve adventisya tabakalarını da etkileyebilen, endotel disfonksiyonuyla başlayan kronik inflamatuar fibroproliferatif karakterde vasküler bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Libby, 2021; Yeşil ve diğerleri, 2022).

Ateroskleroz, hasarlı arter duvarında lipidleri, makrofajları T lenfositleri ve mast hücreleri gibi inflamatuar hücrelerin tutulmasıyla karakterizedir. Lipidler, intima tabakasındaki inflamatuar hücreleri aktive ederek tümör nekroz faktörü, interlökin 1, 4, 6 ve interferon gama gibi kemokin ve sitokinler üretilmektedir. Üretilen kemokin ve sitokinler diğer lökositleri, endotel hücrelerini ve adezyon moleküllerini aktive ederek monosit kökenli makrofajlar aracılıyla ateroskleroz sürecine katkıda bulunan prooksidan maddeler salgılanmasıyla kolesterol açısından zengin lipoproteinler, aterosklerotik plaklar haline gelmektedir (Frąk ve diğerleri, 2022). Koroner arter çapının aterosklerotik plaklar aracılığıyla %50'den fazla daralması veya kesit alanında %75'ten fazla azalma sonucunda efor sırasında kan akışı azalmasına bağlı olarak angina oluşabilmektedir (Grech, 2003). Anjinal semptomlar genellikle istirahat halinde oksijen gereksinimin düşmesiyle

azalmaktadır fakat koroner arter çapının %90 oranında daralması halinde istirahat halinde de anjina oluşabilmektedir (Shahjehan ve diğerleri, 2024). Ateroskloratik plakların akut rüptürü lokal tromboza neden olarak etkilenen arterin kısmen veya tamamen tıkanmasına yol açmaktadır. Rüptüre olan plakların bulundukları yere ve damar tıkanıklığının derecesine bağlı olarak USAP, NSTEMI / STEMI şeklinde akut koroner sendromlar gerçekleşmektedir (Frak ve diğerleri, 2022; Macit, 2024; Shahjehan ve diğerleri, 2024).

2.3. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri

Koroner arter hastalığında risk faktörleri kavramı ilk olarak 1957'de yayınlayan Framingham kalp çalışması tarafından sunulmuştur (Mungchan ve diğerleri 2022). Atardamarları etkileyen inflamatuar bir hastalık olan ateroskleroz yaş, obezite, sigara içme ve kötü beslenme dahil olmak üzere birçok risk faktöründen kaynaklanabilmektedir (Dai ve diğerleri, 2022). Bu risk faktörlerinden bir kısmı, bireylerde mevcut olan fizyolojik ya da genetik risk faktörleri ile ilişkili olarak değiştirilemez risk faktörleri olarak adlandırılmaktadır. Bir kısmı ise bireyin kontrol edilebilir yaşam tarzı alışkanlıkları ile ilişkili olarak değiştirilebilir risk faktörleri adını almaktadır (Hajar, 2017; Wirtz ve von Kanel, 2017).

Değiştirilemeyen risk faktörleri;

- Yaş
- Cinsiyet
- Aile Öyküsü
- Etnik köken

Değiştirilebilir Risk Faktörleri

- Tütün Kullanımı
- Hipertansiyon
- Diabetes Mellitus
- Hiperlipidemi
- Obezite /Kötü beslenme
- Sedanter Yaşam
- Psikososyal sorunlar /Stres (Hajar, 2017; Mungchan ve diğerleri 2022)

2.3.1. Değiştirilemeyen risk faktörleri

Yaş

Koroner arter hastalığı gelişme riski yaşla birlikte artmaktadır (Gür ve Sunal, 2019; Hajar,2017; Ralapanawa ve Sivakanesan, 2021). Erkeklerde >45 yaş, kadınlarda >55 yaş ve kadınlarda erken menopoz hastalık için risk oluşturmaktadır (Hajar, 2017; Şen Kalaman, 2024). Yaşla birlikte damar duvarındaki elastikiyet kaybı, damar endotelinde kalsifikasyon ve kan basıncındaki değişiklikler KAH için risk oluşturmaktadır (Ozan, 2025).

Cinsiyet

Koroner arter hastalığı için erkek cinsiyeti iyi bilinen bir risk faktörüdür. Erkeklerde kadınlara göre KAH yaygınlığı daha yüksek oranda ortaya çıkmaktadır (Khan ve diğerleri, 2020). Erkeklerde sigara içme davranışının daha fazla olması KAH oranının daha fazla olmasına sebep olarak gösterilmektedir (Gür ve Sunal, 2019). Ayrıca kadınlarda östrojen hormonunun varlığı vasküler yapı üzerinde koruyucu etki oluşturarak KAH riskini azaltmaktadır (Gür ve Sunal, 2019; Ozan, 2025). Fakat kadınlarda yaş arttıkça östrojen hormonunun azalmasıyla 70 yaşından itibaren KAH riski her iki cinsiyet açısından da eşit seviyeye ulaşmaktadır (Şen Kalaman, 2024).

Aile öyküsü

Ailede erken yaşta kalp hastalığı öyküsü olması bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Birinci derece akrabalardan erkeklerde 55 yaşından önce kadınlarda 65 yaşından önce tanı konmuş KAH varlığı risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Hajar, 2017; Ozan, 2025).

Etnik köken

Siyahlar, Hispanikler, Latinler ve Güneydoğu Asyalılar, koroner arter hastalığı için morbidite ve mortalite riski daha yüksek oranda ortaya çıkmaktadır. (Khan ve diğerleri, 2020)

2.3.2. Değiştirilebilen risk faktörleri

Koroner arter hastalığı için değiştirilebilir risk faktörlerinin çoğu yaşam tarzıyla ilişkilendirilmektedir. Bu nedenle önleyici tedavide amaç belirli risk faktörlerini kontrol altına almaktır (Hajar, 2017).

Tütün Kullanımı

Tütün kullanımı, oksidasyonunu artırarak ve koroner endotel vazodilatasyona zarar vererek ateroskleroz oluşumunda ve aterosklerozun hızlanmasında önemli bir rol oynamaktadır. (Salehi, Janjani, Tadbiri, Rozbahani ve 2021). Türkiye de tütün kullanan bireylerin oranı 2022 yılında %28,3 olarak tespit edilmiştir (TÜİK, 2023). Tütün kullanımı KAH hastalığına bağlı ölümlerin %20 sine sebep olmaktadır. Tütün kullanımı kaynaklı KAH hastalığına bağlı her yıl 1,9 milyon kişinin hayatını kaybettiği belirtilmektedir (WHO, 2020). Tütün kullanımına bağlı kardiyovasküler hastalık ölüm oranlarının 1990 yılına göre %71,25 oranında arttığı ve 2045 yılına kadar 3,27 milyon ölüme sebep olacağı tahmin edilmektedir (Zhu ve diğerleri, 2025). Sigara içenlerin bireylerin sigara içmeyenlere göre daha genç yaşta akut kardiyovasküler olay yaşama olasılığının daha yüksek olduğu ve ara sıra sigara içmek veya pasif içiciliğinde KAH riskini arttırdığı belirtilmektedir. Ancak sigara içmeyi bırakmanın, bir yıl içerisinde KAH riskini %50 oranında azalttığı belirtilmektedir (WHO, 2020).

Hipertansiyon (HT)

Hipertansiyon tekrarlanan ölçümlerde, erişkinlerde sistolik kan basıncının ≥140 mm Hg / diyastolik kan basıncının ≥90 mm Hg ve üzeri ölçülmesi olanak tanımlanmaktadır (McEvoy ve diğerleri, 2024). HT, her 3 hastadan 1'inde bulunmaktadır. HT tanısı olan hastaların yalnızca %54'ü yeterli kan basıncı kontrolü yapmaktadır (Danaei ve diğerleri, 2009; Merai, 2016). Hipertansiyon, arter duvarına uyguladığı hem oksidatif hem de mekanik stres nedeniyle KAH ve mortalite için önemli bir risk oluşturmaktadır. (Danaei ve diğerleri, 2009; Malakar ve diğerleri, 2019)

Diabetes mellitüs (DM)

Diyabet, hiperglisemik toksisite, oksidatif stres, inflamasyon, insülin direnci ve damar hasarı gibi mekanizmalarla ateroskleroz sürecinin ilerlemesine sebep olarak KAH için risk oluşturmaktadır (Ozan, 2025; Ökmen, 2008). Koroner arter hastalığı tanısı almamış diyabetik hastalar, diyabetik olmayan KAH hastalarıyla benzer oranda kardiyak riske sahiptirler (Ökmen, 2008). Cavero ve arkadaşları (2017) çalışmasında, HbA1C değeri > 7.0 olan diyabetli hastaların, HbA1C değeri < %7.0 olanlara kıyasla %85 oranında daha yüksek kardiyovasküler mortalite riskine sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca, HbA1C değeri > %6,0 olan diyabetsiz hastaların, HbA1C değeri < %5,0 olanlara kıyasla %50 oranında daha yüksek kardiyovasküler mortalite riskine sahip olduğunu belirtmektedir (Cavero-Redondo, Peleteiro, Alvarez-Bueno, Rodriguez -Artalejo ve Vizcaino, 2017).

Hiperlipidemi

Kolesterol düzeyinin ateroskleroz oluşumundaki mekanizmasında; yüksek LDL kolesterolünün aterom oluşumunu desteklediği ve KAH için risk oluşturduğu bilinmektedir. Ayrıca HDL kolesterolün koruyucu etkisi olduğu fakat yüksek seviyelerinin de istenmeyen kardiyovasküler olaylar açısından risk faktörü olduğu bilinmektedir (Ozan, 2025).

Obezite ve kötü beslenme

Beden kütle indeksi (BKI)'nin 30 kg/m2'den büyük olması bireyin obezite sınıfında olduğunu göstermektedir. Obezite, KAH için bağımsız bir risk faktörüdür ve aynı zamanda hipertansiyon, hiperlipidemi ve diyabet mellitus dahil olmak üzere diğer koroner arter hastalığı risk faktörlerinin gelişme riskini de artırmaktadır. Obezite ateroskleroza zemin hazırlayarak KAH patofizyolojisini hızlandırmaktadır (Ndumele, 2016; Tunç, 2022). Ndumele ve arkadaşları (2016)' nın yaptığı çalışmada, obez hastalarda KAH riskinin iki kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (Ndumele ve diğerleri, 2016) .

Kötü beslenme düzeniyle trans yağın, lipidler, endotel fonksiyonu, insülin direnci ve inflamasyon üzerindeki olumsuz etkileriyle kardiyovasküler hastalık riskini artırdığı ve trans yağdan tüketilen her %2 kalorinin %23 daha yüksek KAH riski ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Mozaffarian, Katan, Ascherio, Stampfer ve Willet, 2006). Ayrıca yüksek fruktozlu mısır şurubu, sakkaroz ve sofra şekerinin de KAH için önemli bir risk faktörü

olduğu ve miyokard enfarktüsü riskini %22 oranında arttırdığı bilinmektedir (DiNicolantonio ve OKeefe, 2017; Narain, Kwork ve Mamas, 2016).

Hareketsiz yaşam

Tüm kıtaları temsil eden 52 ülkede gerçekleştirilen 2004 tarihli bir vaka-kontrol çalışması, %12,2'lik bir nüfusta fiziksel hareketsizliğin miyokard enfarktüsü için risk oluşturduğunu ve egzersiz yapmanın, KAH' nı önlemede koruyucu bir faktör olmasıyla egzersiz yapan bireylerin daha düşük morbidite ve mortaliteye sahip olduğu gösterilmektedir (Yusuf ve diğerleri, 2004).

Psikososyal sorunlar /stres

Stres, depresyon, anksiyete, sosyal izolasyon, sosyal destek eksikliği, akut ve kronik yaşam olayları (yas, depremler), iş stresi, vardiyalı çalışma, gece uykusunun altı saatten az olması, tip A davranış ve düşük sosyoekonomik düzey, D tipi kişilik gibi psikososyal faktörler daha sık sigara içmek, sağlıksız beslenme alışkanlığı, daha az fiziksel aktivite, artan sağlık hizmeti kullanımı, davranış değişikliği önerilerine ve ilaçlara daha az uyum gibi durumlara sebep olarak kardiyovasküler hastalık riskini arttırmaktadır (Kavradım, 2018; Virtanen ve diğerleri, 2018; Xiao, Wang, Fang ve Zhao, 2018). Özellikle stres ve duygusal faktörler hipotalamo-pituiter aksta hormonal ve nörotransmitter değişiklikler aracılığıyla adrenalin ve noradrenalin salınımına etkisiyle kalp atış hızını artırabilir, kan basıncını yükseltebilir ve damar tonusunu değiştirerek kardiyovasküler sistemi etkileyebilmektedir. Kronik stresin nörotransmitter üzerindeki etkileri, inflamasyon ve oksidatif stres gibi faktörler aracılığıyla hemostatik ve enflamatuar süreçleri, endotel işlevlerini ve miyokard perfüzyonunu etkileyerek kardiyovasküler hastalıkların gelişimini hızlandırmaktadır (Ertürk, Küçükali ve Arslan, 2024; Kavradım, 2018).

2.4. Koroner Arter Hastalığı Tedavi Yöntemleri

Koroner arter hastalıklarının tedavisinde miyokard infarktüsü ve ölümü engelleyerek yaşam süresini uzatmak, iskemi sıklığını ve şiddetini azaltarak yaşam kalitesini iyileştirmek amaçlanmaktadır (Şen Kalaman, 2024; Yeşil Bayülgen ve Altıok, 2017; Tunç, 2022).

Koroner arter hastalığı tedavi kapsamında; medikal tedavi, perkütan koroner girişim (PGK), koroner arter bypass greft (KABG) ve yaşam tarzı değişiklikleri yer almaktadır (Alpaslan, 2024; Al-Duhoun ve diğerleri, 2025; Özen ve Çelik, 2010). Medikal tedavi kapsamında beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, antitrombositler nitrogliserin, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve lipit düşürücü ilaçlar yer almaktadır (Ozan, 2025). Girişimsel tedavi olarak Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti (PTKA), intra koroner stent yerleştirilmesi, aterektomi, lazer anjiyoplasti, brakiterapi ve KABG yöntemleri tercih edilmektedir (Alpaslan, 2024; Yeşil Bayülgen ve Altıok, 2017; Qiu, 2024). Koroner arter baypass greft, ilk bilinen ve uzun yıllardır uygulanan cerrahi revaskülarizasyon yöntemlerinden biridir. Diğer revaskülarizasyon yöntemlerinden biri olarak 1960'lı yılların sonlarından itibaren kullanılan koroner anjiyoplasti ve intrakoroner stent implantasyonu işlemlerini içeren perkütan koroner girişim (PKG) invaziv bir yöntem olarak kullanılmaktadır (Özen ve Çelik, 2010).

2.5. Perkütan Koroner Girişim

Perkütan koroner girişim, koroner arter hastalığının tedavisinde cerrahi müdahaleye alternatif olarak, kalbi besleyen koroner arterlerdeki daralma veya tıkanıklıkları tedavi etmek amacıyla, genellikle lokal anestezi altında cilt üzerinden damar yoluyla girilerek gerçekleştirilen minimal invaziv bir prosedürdür. Perkütan koroner girişim, KABG 'e göre daha güvenli olmasından ve daha az cerrahi travma oluşturmasından dolayı postoperatif dönemde hastaların daha çabuk ve daha konforlu şekilde iyileşmelerine olanak sağlayarak hastaların daha kısa zamanda normal hayatlarına dönmelerine yardımcı olmaktadır (Al- Duhoun ve diğerleri, 2025; Karabulut ve Gün, 2019; Valaker I ve diğerleri, 2017).

Perkütan koroner girişim (PKG); balon anjiyoplasti / perkütan transluminal koroner anjiyoplasti (PTKA) işlemi ve stent implantasyon işlemlerini kapsamaktadır (Mungchan ve diğerleri, 2022; Ü. Mutlu, Mutlu ve Macit, 2022). Koroner anjiyoplasti Alman kardiyolog Dr. Gruentzig tarafından ilk kez 1977'de uygulanmıştır. Günümüzde akut ve kronik koroner sendromlarda yaygın olarak uygulanan bir prosedürdür (Doenst ve diğerleri, 2022; Özen ve Çelik, 2010; Tsoulou ve diğerleri, 2023). Koroner stent implantasyon işlemi ilk olarak 1969 yılında, Dotter tarafından deney hayvanların da uygulanmıştır. İnsanlarda ise ilk kez 1986 yılında Jacques Puel ve Ulrich Sigwart tarafından uygulanmıştır (Özen ve Çelik, 2010).

Perkütan transluminal koroner anjiyoplasti (PTKA) işleminde, küçük bir intraarteriyel kılıf aracılığıyla koroner stenozu genişletmek için yüksek basınca dayanıklı balonun basınçlı sıvı yardımıyla şişirilmesiyle aterosklerotik plak üzerinde uygulanan basınç yardımıyla damar çeperine doğru ilerletilerek damar lümeninde açıklık sağlanır. Açıklık sağlanan lümene ağsı ve içi boş metal kafes yapıda olan stent implante edilerek PKG işlemi tamamlanmış olur (Karabulut ve Gün, 2019; Khan ve diğerleri, 2020; Mutlu ve diğerleri, 2022; Özen ve Çelik, 2010). Ayrıca PTKA uygulanmasının yanı sıra stent implantasyonunun da gerçekleştirilmesi daha etkili koroner kan akışı ve daha fazla iyileşme sağlamaktadır (Kalra, Bhatt ve Kirtane, 2018).

2.5.1. Perkütan koroner girişim endikasyonları

Perkütan koroner girişim; medikal tedaviye yanıt vermeyen veya semptomları kontrol altına alınamayan stabil anjina pektoris hastalarında, ejeksiyon fraksiyonu %40'ın altında olan, üç damar hastalığı, proksimal sol ana koroner arter hastalığı, sol ventrikül de %10 üzeri iskemisi olan ve sol ana koroner arter hastalığı olan hastalarda, diyabetik olan KAH hastalarında, KABG cerrahisi sonrası safen vende oluşan lezyonlar, koroner anjiyoplasti işlemi sonrası yeniden daralan ya da tıkanma açısından yüksek risk taşıyan damarlar ve akut miyokard infarktüsü hastalarında stent implantasyonu tercih edilmektedir (Aydınlı ve diğerleri, 2025; Ozan, 2025; Özen ve Çelik, 2010; Ökmen, 2008; Alpaslan, 2024; Karabulut ve Gün, 2019; Khan ve diğerleri, 2020; Toker, 2008; Rathod ve diğerleri, 2020). Sabatine ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada, sol ana koroner arter hastalığı olan hastalar arasında ilaç salan stentlerle ve KABG ile tedavi edilen hastalar arasında 5 yıllık tüm nedenlere bağlı ölüm açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Sabatine ve diğerleri, 2021). Fakat son gelişmelerle, üçlü damar hastalığı, kompleks KAH, sol ana koroner arter hastalığı ve kronik total oklüzyon gibi daha karmaşık hastalıklarda KABG önerilmektedir (Qiu, 2024). Bu tedavi yöntemlerinin seçiminde hastanın klinik durumu, koroner lezyonların özellikleri ve diğer bireysel faktörler göz önüne alınmaktadır (Özen ve Çelik, 2010).

2.5.2. Perkütan koroner girişim için risk faktörleri

Perkütan koroner girişim sonrası işlem başarısını ve hasta güvenliğini doğrudan etkileyen faktörler arasında hem hasta hem de işlem kaynaklı riskler bulunmaktadır.

Hasta ile ilgili risk faktörleri

Perkütan koroner girişim sırasında komplikasyon riski, hastaya özgü çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Yaş, cinsiyet ve eşlik eden kronik hastalıklar, kardiyak risk profili gibi özellikler işlem başarısı ve olası komplikasyonlar üzerinde belirleyici rol oynamaktadır. Özellikle ileri yaş grubundaki hastalarda damar yapısının kırılganlığı ve iyileşme kapasitesinin azalması, vasküler komplikasyon sıklığındaki artışı etkilemektedir (Özger ve Olgun, 2009). Cinsiyet olarak kadın hastalarda östrojen kaynaklı daha geç tanı almaları, daha fazla komorbit hastalığa sahip olmaları ve koroner damar çapının daha küçük, uzunluğunun daha kısa olması gibi farklılıklar arteriyel girişimin daha zor olmasına sebep olmaktadır. Ayrıca menopoz ile ilişkili koagülasyon ve fibrinolitik sistemdeki farklılıklarda PGK sonrası kanama ve vasküler erişim yeri komplikasyonlarının kadınlarda daha yaygın olmasına neden olmaktadır (Al-Duhoun ve diğerleri, 2025; Joodi, Palimer ve Press, 2023; Özger ve Olgun, 2009). Koroner arter perforasyonu riski de kadınlarda, yaşlılarda ve kronik böbrek hastalığı olanlarda daha sık görülmektedir (Akhunda, 2024). Ailesinde KAH öyküsü olan, diyabet, hipertansiyon gibi eşlik eden kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanımı, medikal tedaviye uyumsuzluk gibi faktörler restenoz ve tromboz gibi uzun dönem komplikasyon riskini artırmaktadır. Bunun yanı sıra, damar anatomisi ve önceki girişimler de komplikasyon riskini belirleyen önemli faktörlerdendir. Damarın tortuozitesi, kalınlığı, bifürkasyon lezyonları veya daha önce stent uygulanmış damar segmentleri stent yerleştirilmesini zorlaştırmakta ve işlem sırasında teknik zorluklara yol açabilmektedir (Zhang ve diğerleri, 2022).

İşlem ile ilgili risk faktörleri

Perkütan koroner girişim sırasında oluşabilecek riskler, işlem süresi, kullanılan ekipman ve tekniklerin hassasiyeti ile ilişkilidir. Koroner arter perforasyonu %0,2-%0,5 oranında nadiren görülen bir komplikasyon olmasına rağmen %5,9-%7 oranında ölüm riskiyle ilişkilendirilmektedir. Perforasyon riskini kalsifik, uzun ve tortüyöz lezyonlara yapılan perkütan girişimler, aterektomi cihazları, ekstra sert teller, kesici balonlar veya yüksek basınçlı balonların kullanımı oluşturmaktadır. En sık nedeni olarak da %50 oranında kullanılan kılavuz teller arter perforasyonuna sebep olmaktadır (Akhunda, 2024). Perkütan koroner girişim komplikasyonları arasında ani damar kapanması, felç, damar perforasyonu ve tamponad nadir olarak oluşmaktadır. Antitrombotik kullanımıyla erken komplikasyonlar

arasında arteriyel erişim bölgesinde kanama ortaya çıkabilmektedir. (Khan ve diğerleri, 2020). Vasküler girişim yeri komplikasyonları, işlem ile ilişkili morbiditelerin yaklaşık %6'lık bir kısmını oluşturmaktadır (Özger ve Olgun, 2009). Bu sebeple, PKG uygulamak için vasküler giriş yolu seçimi önemli bir konu olmaktadır. Radial girişim yolu, işlem yeri kanama riski, vasküler komplikasyonlar ve transfüzyon ihtiyacının azalması gibi avantajlara sahiptir (Bağ, 2024; Gershlick ve diğerleri, 2015). Çoklu stentler, küçük stent çapı ve stent uzunluğu yavaş kan akışına ve artmış temas alanına sahip olmasıyla tromboz olasılığını artırmaktadır (Zhang ve diğerleri, 2022). İşlem sonrası izlem, düzenli kontrol ve hasta eğitimi komplikasyonların erken tespit edilmesini ve müdahale edilmesine olanak sağlamaktadır (Wennberg ve diğerleri, 2024)

2.5.3. Perkütan koroner girişim uygulamasında teknolojik ve yenilikçi yaklaşımlar

Son yıllarda teknoloji ve ekipmandaki gelişmeler sonucunda, PKG işlemleri daha sık kullanılmaya başlanmıştır. Stent teknolojisi, işlem başarısını doğrudan etkileyen önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir (Vatan, Ağaç, Tatlı ve Aksoy, 2017). Stentlerin hem tasarımsal hem de yapısal birkaç farklı türü bulunmaktadır. İlk olarak sadece biyomalzemeden üretilmiş çıplak olarak adlandırılan metal stentler üretilmiştir.2000'li yılların ardından restenoz riskini en aza indirmek için çıplak metal stentler üzerine ilaç kaplanmasıyla; ilaç salan stentler geliştirilmiştir (Mungchan ve diğerleri, 2022; Mutlu ve diğerleri, 2022). İlaç salınımlı stentler, çıplak metal stent ile karşılaştırıldığında tekrarlayan hedef damar revaskülarizasyon riskini önemli ölçüde azaltmaktadır. Avrupa Kardiyoloji Derneği STEMİ 2017 kılavuzları, STEMİ hastalarında çıplak metal stent yerine ilaç salınımlı stent kullanılmasını önermektedir (Bağ, 2024; Ibanez ve diğerleri, 2018; Gershlick ve diğerleri, 2015). Ayrıca ilaç kaplı stentlerin yanı sıra metal olan yapının yerine biyolojik olarak çözünür stentler de kullanıma sunulmuştur (Mutlu ve diğerleri, 2022). Biyolojik olarak çözünür stentler ve gelişmiş polimer kaplamalar, damar duvarına daha az zarar vererek komplikasyonları en aza düşürmektedir (Vatan ve diğerleri, 2017) Stent teknolojilerindeki gelişmelerle, ilaç salan stentlerin ve yeni antiplatelet ajanların kullanımıyla restenoz ve reinfarkt oranlarında azalma kaydedilmektedir. Bu avantajıyla birlikte PKG en fazla uygulanan revaskülarizasyon yöntemlerinden biri haline gelmektedir (Tsoulou ve diğerleri, 2023).

Bu gelişmelerin yanı sıra biyolojik olarak çözünür stentlerin hemodinamik etkilerini değerlendirmek amacıyla 3D rekonstrüksiyon teknikleri kullanılmaktadır. Optik koherens tomografi (OCT) ve invaziv koroner anjiyografi (ICA) görüntülerinden elde edilen verilerle, stentlerin damar içindeki davranışları kontrol edilerek daha etkili tedavi stratejileri geliştirilmektedir (Yang ve diğerleri,2018). Diğer bir taraftan robotik destekli PKG sistemleri, operatörün hassasiyetini artırmakta ve radyasyon maruziyetini azaltmaktadır. Ayrıca intravasküler ultrason (IVUS); arterin tüm çevresinin kesitsel, üç boyutlu bir görüntüsünü sağlar. Plak uzunluğu ve kalınlığı ile minimum lümen çapının hassas bir şekilde ölçülmesini sağlar ve plağın yapısını da değerlendirme imkanı sağlamaktadır (Grech, 2003; Khan ve diğerleri, 2020). İntravasküler ultrason (IVUS) ve optik koherens tomografi (OCT) gibi gelişmiş görüntüleme yöntemleri, stent yerleştirilmesi sırasında damar yapısının daha doğru değerlendirilmesini sağlamaktadır (Grech, 2003) Bu yöntemler, özellikle anatomik olarak zorlayıcı vakalarda güvenliği ve etkinliği artırmaktadır. Son yıllarda, intravasküler optik koherens tomografi (IVOCT) görüntülerinin analizinde derin öğrenme tabanlı yazılımlar kullanılmaya başlanmıştır. Bu yazılımlar, plak segmentasyonu ve stent yerleştirme analizi gibi işlemleri otomatikleştirerek klinik değerlendirmeleri hızlandırmaktadır (Lee ve diğerleri, 2022).

2.5.4. Perkütan koroner girişimin hastalar üzerindeki fiziksel, psikolojik ve sosyal etkileri

Fiziksel etkiler

Perkütan koroner girişim (PKG), minimal invaziv bir prosedür olmasına rağmen, hastalar üzerinde çeşitli fiziksel etkiler yaratabilir. İşlem sonrası hastane takip sürecinde, arteriyal erişim bölgesi seçimi, hastanın klinik durumu, kullandığı tıbbi tedavi ve kullanılan kateter büyüklüğüne göre 2-6 saat arasında yatak istirahati ve işlem yapılan bölgenin fleksiyonundan kaçınılması gibi fiziksel etkileri hastaların mobilizasyonunu kısıtlamaktadır. Arteriyal erişim için kullanılan kateter çekimi sırasında hemostazı sağlamak için manuel kompres uygulanması ve daha sonra işlem bölgesinin tampon ve sıkı bandajla kapatılarak femoral arter bölgesine baskı uygulamak için kum torbaları konulmaktadır (Bakan, 2016; Şen Kalaman, 2024). Femoral arter girişim bölgesinin seçilmesi, uzun süre yatak istirahati, hastalarda daha fazla rahatsızlığa zemin hazırlayarak; kasık ve sırt ağrısına, idrara çıkmayla ilgili problem yaşamasına, idrar retansiyonuna, artan tedavi maliyetlerine ve daha uzun süreli

hastane yatışlarına sebep olabilmektedir (Niknam Sarabi, Farsi, Butler ve Pishgooie, 2021). PKG sonrası hastalar genellikle kısa sürede taburcu edilse de bazı hastalarda koroner damarda yeniden daralma/tıkanma, diseksiyon, perforasyon, aritmi, kontrast madde nefropatisi, enfeksiyon, periferal vasküler sorunlar; hematom, kanama, emboli ve vazovagal reaksiyon gibi sorunlar da gelişebilmektedir (Bakan, 2016; Özen ve Çelik, 2010; Şen Kalaman, 2024).

Psikolojik etkiler

Perkütan koroner girişim (PKG), gibi yaşamla doğrudan ilişkili kritik organlara yapılan işlemler, hastada ciddi kaygı, ölüm korkusu ve anksiyete yaratabilmektedir. İnvaziv bir tedavi yöntemi olması nedeniyle PKG, hastalar için stres kaynağı olmaktadır (Demir ve Arslantaş, 2016; Tunç, 2022). Perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda hastalık hakkında belirsizlik, yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon gibi ciddi psikolojik sorunlar oluşabileceği bilinmektedir. Böyle bir durumda, hastada hem psikolojik yük artışı hem de fizyolojik stres etkisiyle ani kardiyak olay ve komplikasyon riski artmaktadır. Artan stres ve psikolojik değişiklikler tedaviye uyumu ve risk faktörlerinin yönetimini de engelleyerek tekrarlayan kardiyak olaylar açısından hastanın riskini arttırmaktadır (Liu ve diğerleri, 2018; Wennberg ve diğerleri, 2024). Perkütan koroner girişim sonrasında hastaların yaşadığı psikolojik problemler; tedavi sürecinin etkilerinin yanı sıra bireylerin kişisel başa çıkma mekanizmalarından da etkilenmektedir. Bu süreçte bireylerin psikososyal destek sistemlerinin etkinliğinin önemli bir yeri olduğu bilinmektedir (Demirci ve Üstün, 2022). Bu konuda 2021 Koroner Arter Revaskülarizasyon Kılavuzu da hastaların yaşam kalitesini ve kardiyak sonuçlarını iyileştirmek için bilişsel davranışçı terapi, psikolojik danışmanlık veya farmakolojik müdahalelerle tedavi edilmesini önermektedir (Wennberg ve diğerleri, 2024).

Sosyal etkiler

Koroner arter hastalığı ve PKG sadece fiziksel değil aynı zamanda sosyal yaşam üzerinde de belirgin etkiler ortaya koymaktadır. Hastalığın tanısı ve tedavi süreci, bireyin iş yaşamında verimlilik kaybına, rollerin yeniden yapılanmasına ve günlük sorumlulukların yükünün artmasına yol açabilmektedir. Hastaların sıklıkla öğün düzeni, fiziksel aktivite ve stres yönetimi gibi alanlarda köklü değişiklikler yapması gerekmektedir (Wennberg ve diğerleri, 2024) Değişen yaşam tarzı bireyin sosyal çevresine uyumunu etkilemektedir. Bu

süreçte aile bireylerinin ve yakın arkadaş çevresinin desteği, hem bireyin moral ve motivasyonunu güçlendirmek hem de tedaviye uyum sürecini kolaylaştırmak açısından kritik bir rol oynamaktadır. Sosyal destek sistemine sahip bireylerin, hem bakım sürecine daha aktif katılım gösterdiği hem de iyileşme sürecinde olumlu psikolojiye sahip oldukları belirtilmektedir (Babygeetha ve Devineni, 2024).

2.5.5. Perkütan koroner girişim sonrası medikal takip

Perkütan koroner girişim işlemi, avantajlarının yanı sıra vasküler duvar hasarına sebep olmasıyla endotelde protrombojenik reaksiyonların başlamasına ve tromboz oluşumuna da sebep olabilmektedir (Mungchan ve diğerleri, 2022). Bu noktada perkütan koroner girişim sonrası akut komplikasyonlarının çoğu trombosit aktivasyonu aracılığıyla gerçekleşmektedir (Karabulut ve Gün, 2019). Perkütan koroner girişim ile epikardiyal kan akışının yeniden sağlanmasına rağmen suboptimal miyokard perfüzyonu için PKG uygulamasıyla beraber antitrombotik ajanlarında tedavi planına dahil edilmesi gerekmektedir (Kalra ve diğerleri, 2018). Medikal tedavi olarak hastaların restenoz ve tekrar enfarktüsü önlemek için ömür boyu antiplatelet veya antikoagülan grubu ilaçlar kullanması gerekli olabilmektedir (Qiu, 2024). Bu kapsamda ilaç salınımlı stentlerle birlikte en az altı ay süreyle 75-100 mg asetilsalisilik asit ve 75 mg klopidogrel önerilmektedir. Yüksek kanama riski durumlarında ikili antiplatelet tedavisi için 1-3 ay gibi bir süre önerilirken, kronik koroner sendromlu hastalarda asetilsalisilik asit tedavisine tüm ömür boyu devam etmesi önerilmektedir (Şen Kalaman, 2024).

Hastaların ilaçları zamanında ve doğru dozda kullanmaları; medikal tedaviye uyum sağlamaları uzun dönem sağ kalımı arttırmakta ve kardiyak komplikasyon riskini önemli ölçüde azaltmaktadır (Avcı, Gün ve Erdoğan, 2020; Mobini, Allahbakhshian, Shabanloei ve Sarbakhsh, 2023). Fakat koroner arter hastalığı olan bireylerin ilaç uyum düzeyleri zayıf olarak belirtilmektedir. Avcı ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında, hastaların %49,4'ünün zayıf ilaç uyumuna sahip olduğu gösterilmektedir (Avcı ve diğerleri, 2020). Koroner arter hastalarında düşük eğitim düzeyi, tedavi gereksinimin anlaşılamaması, bilgi yetersizliği gibi faktörler tedavi uyumunu olumsuz etkilemektedir (Ozan, 2025). Bu süreçte, sağlık çalışanları tarafından hastalık bilgisinin ve risk faktörlerinin yeterli şekilde aktarılması, medikal tedaviye uyumu olumlu yönde etkilemektedir (Demirbas ve Kutlu, 2020).

2.5.6. Perkütan koroner girişim sonrası yaşam tarzı değişikliği

Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler açıklamalarında sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi içeren yaşam tarzı programlarının, kardiyovasküler sağlık açısından önemli olduğu ve kardiyovasküler hastalık tanısı olan ve olmayan bireylerde hastalık riskini azalttığı belirtilmektedir (Lockwood, Kulkarni, Branch ve Graha, 2025). Koroner arter hastalığı için risk faktörleri yönetiminin, tekrarlayan olayları önlemede ve mortaliteyi azaltmada önemli olduğu vurgulanmaktadır. Koroner arter hastalığı risk faktörleri ile PKG sonrası komplikasyonlardan olan restenoz gelişiminde etkili olan risk faktörleri benzerlik göstermektedir. Bu sebeple PKG sonrası farmakolojik tedavinin yanı sıra yaşam tarzı değişikliğinin de önemli bir yeri olduğu belirtilmektedir (Yeşil Bayülgen ve Altıok, 2017).

Perkütan koroner girişim sonrası kardiyak risk faktörlerini azaltması, klinik işlem başarısı ve yaşam kalitesinin artırılması için yaşam tarzı değişiklikleri ile düzenli egzersiz, sağlıklı beslenme davranışları, sigara ve alkol kısıtlaması, kan basıncı kontrolü, diyabetüs mellitus yönetimi ve kardiyak rehabilitasyon programlarına katılım gibi yaklaşımlar önerilmektedir (Choi ve diğerleri, 2013; Odden ve diğerleri, 2011; Zhao ve Wang, 2022; Wennberg ve diğerleri, 2024). Sağlıklı beslenme davranışları, genel olarak sodyum alımının en aza indirilmesine; trans yağdan kaçınılmasına, doymuş yağ alımının azaltılmasına, kompleks karbonhidratların lifli besinler ile değiştirilmesine, rafine karbonhidratların ve içeceklerin tüketiminin sınırlandırılmasını içermektedir. Akdeniz tarzı diyet yaklaşımıyla sebzeler, meyveler, baklagiller, kuruyemişler tam tahıllı ve yağsız proteinlerden oluşan beslenme içeriklerinin uygulanması ateroskleroz riskini azaltmaktadır (Wennberg ve diğerleri, 2024). Egzersiz yapmanın artmış endotelyal nitröz oksit üretimi, daha etkili reaktif oksijen türlerinin aktivasyonunu ve iyileşmiş vaskülogeneze eşlik etmesiyle kardiyovasküler sağlığı koruduğu belirtilmektedir (Brown, Gerhardt ve Kwon, 2023). Bu egzersizlerden biri olarak soleus şınav egzersizleri de hastaların kan lipid profilleri ve sistemik immün-inflamatuar yanıtları olumlu yönde etkilemesiyle kardiyovasküler risk faktörlerinin yönetimi için etkili bir noninvaziv yaklaşım olarak kabul edilmektedir. (Gökaslan, Yılmaz, Korucu, Günlük ve Balcı, 2025). Ayrıca PKG sonrası hastalarda hastalık şiddetinin değişmesi ve psikolojik semptom yükünün de artmasıyla hastalar kendilerini çaresiz hissedebilirler (Valaker I ve diğerleri, 2017). Bu bağlamda koroner arter hastalığı olan bireylerde uygulanan psikolojik müdahaleler hastanın hem psikolojik sağlığını iyileştirerek hem de kardiyak mortaliteyi

azaltarak fayda sağlamaktadır (Fan ve Lin, 2025; Kavradım, 2018; Richards ve diğerleri, 2018).

2.5.7. Perkütan koroner girişim sonrası uzun dönem takip

Günümüzde PKG dar ve tıkalı koroner arter lümenini etkili bir şekilde temizleyip miyokard perfüzyonu sağlayabildiği için mortaliteyi azaltmak için önemli bir tedavi seçeneğidir (Fan ve Lin, 2025). PKG' in akut miyokard enfarktüslü hastalarda mortaliteyi düşürdüğü, rahatsızlık semptomlarını azalttığı ve prognozu iyileştirmede etkili olmasına rağmen ateroskleroz oluşumunu engellemediği ve PKG' dan sonra hastaların hala KAH oluşumu, restenoz, tekrarlı uygulanan PKG işlemleri ve ölüm dahil olmak üzere birçok kardiyak olay açısından hala risk altında olduğu belirtilmektedir (Shi, Liu, Jiang, Zhang ve T.Shi, 2022; Mungchan ve diğerleri, 2022; Zhao ve diğerleri, 2022). Perkütan koroner girişim sonrası damar çapının dar olması, darlık boyunun uzun olması, diyabetes mellitus ve hiperlipidemi varlığı, sigara kullanımı ve uygulanan dilatasyonun yetersiz olması uzun dönem restenoz riskini artmaktadır (Yeşil Bayülgen ve Altıok, 2017).

Perkütan koroner girişim sonrası hastaların uzun dönem yönetiminde; yaşam tarzı değişikliği ve risk faktörlerinin azaltılması, ikincil önleme için medikal tedavilerin uygulanması ve restenozun zamanında tespiti için PKG sonrası 1. ay, 6. ay ve 12. ayda klinik muayene önerilmektedir. Klinik muayeneler ; restenoz, tromboz veya stent kayması gibi komplikasyonların erken belirlenmesi ve zamanında müdahale edilme imkanı sağlayarak mortalite ve morbilite oranlarının azalmasına olanak sağlamaktadır (Wennberg ve diğerleri, 2024). Uzun dönem takip sürecinde hastaların, düzenli takip randevularına katılması, risk faktörlerini kontrol altına alması, yaşam tarzı değişikliği edinmesi, medikal tedaviye uyum gibi öz yönetim becerileriyle beraber geleceğe dair belirsizlik gibi bazı psikolojik faktörleri de yönetebilmeleri beklenmektedir (Erbakan, 2024; Valaker I ve diğerleri, 2017; Zhang ve diğerleri, 2018).

Hastaların öz yönetim becerilerinin artması, tedavi başarısı ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi açısından önemlidir (Ozan, 2025). Büber ve Sevgican (2022) çalışmasında, KAH tanısı almış hastalarda medikal tedavi ve yaşam tarzı değişikliklerine uyumları değerlendirilmiş ve bu tür uyumların hastalığın klinik seyrini olumlu yönde etkilediği vurgulanmıştır (Büber ve Sevgican, 2022). Hastalar için PKG sonrası yaşam tarzı

değişikliğine uyum sağlamak zor olabilmektedir; çalışmalar da miyokard enfarktüs (MI)' dan sonra ikincil önleme ilaçlarına uyum oranları %35-%71, (Greenland ve diğerleri, 2020) MI' dan 12 ay sonra sigarayı bırakma oranları ise %52 olarak tespit edilmektedir (Choi ve diğerleri, 2013). Hastaların sağlıklı yaşam tarzı değişikliğine orta düzeyde uyum sağladığı ve genellikle sigara içme, aşırı alkol tüketimi, kötü beslenme alışkanlıkları, fiziksel hareketsizlik ve olumsuz psikolojik alışkanlıklar gibi sağlıksız yaşam tarzı davranışları sergiledikleri belirtilmektedir. Bu davranışların, hastaların klinik durumunu kötüleştirdiği ve tekrarlı hastane yatışlarına sebep olduğu belirtilmektedir (Xiao ve diğerleri, 2018; Wang ve diğerleri, 2025).

Hastaların medikal tedavi ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına uyum sürecinde; kasıtlı olmayan uyumsuzluklar, genellikle yetersiz eğitim, karmaşık bilgiler veya hatırlatıcı eksikliğinden kaynaklanırken, kasıtlı uyumsuzluklar, yetersiz motivasyon veya çelişkili inançlar sebebiyle ortaya çıkabilmektedir (Hosseininia, Mohammadikebar, Motashakkeri ve Kamran, 2025). Hastalar, PKG sonrası göğüs ağrısının hızla iyileşmesi ve akut dönem sonrası hastaneden kısa sürede taburcu olunmasından dolayı yetersiz bilgilendirme ile hastalıklarının akut olduğu ve kısa süreceği gibi yanlış algılara sahip olabilirler (Ashour ve diğerleri, 2020; Salgado, Paulo, Zufferay ve Bucher, 2023; Salari ve diğerleri, 2016). İşlem sonrası stent implantasyonu ile tedavi edilmişlik hissinin medikal tedavi ve yaşam tarzı değişikliklerine uyumu engellediği bilinmektedir (Büber ve Sevgican, 2022; Karabulut ve Gün, 2019; Yeşil Bayülgen ve Altıok, 2017). Girişim yapılma nedeni de uyum düzeylerini etkilemektedir. ST yükselmesiz miyokard enfarktüs /Unstabil anjina pektoris nedeniyle girişim yapılan hastalar hem medikal hem de yaşam tarzı değişikliğine daha az uyum göstermektedir. Ölümcül aritmi/STEMI nedeniyle girişim uygulanan hastalar ise medikal tedaviye uyum gösterirken yaşam tarzı değişikliğine uyum göstermede zorlandıkları bilinmektedir (Büber ve Sevgican, 2022). Bu konuda hastalara uzun dönem tedavi kapsamında yaşam tarzı değişikliği ile ilgili yeterli bilgi verilmemesi ya da hastaların verilen bilgileri duymaya hazır olmaması hastalık uyum sürecini ve öz yönetim becerilerini olumsuz etkilemektedir (Kavradım, 2018).

Hastaların etkili öz yönetim becerisi için doğru bilgi kaynaklarına yönelerek, karmaşık sağlık bilgilerini değerlendirip sağlıkları için en uygun kararı vermeleri gerekmektedir. Bunun için hastaların yeterli sağlık okuryazarlığı ve yeterli öz yeterlilik duygusuna sahip olmaları gerekmektedir (Palabıyık, 2024). Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlık durumları

hakkında profesyonellerle iletişim kurmaları, gerekli tıbbi bilgileri edinmeleri ve bu bilgiler aracılığı ile olumlu sağlık davranışları göstermeleri için önemlidir (Kwon ve Y.Kwon, 2025). Diğer bir taraftan korku ve belirsizlik duyguları da sağlıklı yaşam tarzı değişikliği edinilmesini olumsuz yönde etkilemektedir. Korkulan ve kaçınılan davranış değişikliği için öz yeterlik kavramı önemli bir güdüleyici olarak yer almaktadır (Kavradım, 2018). Sağlık durumunun yönetimi için hastaların medikal tedaviye uyum ve yaşam tarzı değişikliği gibi karmaşık ve komplike süreçleri başlatmak ve sürdürmek için kritik bir rol oynayan öz yeterlilik düzeyinin arttırılması gerekmektedir (Erbakan, 2024; Shrestha ve diğerleri, 2020; Zhang ve diğerleri, 2018).

2.6. Sağlık Okuryazarlığı ve Önemi

İnsanoğlunun varoluşundan itibaren sağlıkla ilgili bilgi ve beceriler geliştirilmiş, bu süreçte bireylerin sağlıklarını koruma ve tedavi etme yetenekleri artmıştır. Bu gelişmelerin bir sonucu olarak bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri anlama, değerlendirme ve kullanma becerisi olan Sağlık Okuryazarlığı kavramı ortaya çıkmaktadır (Çopurlar ve Kartal, 2016). Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk olarak 1972 yılında Michael Grossman tarafından sağlık ekonomisi ile ilgili literatürde, Sağlık Sermayesi Kavramı ve Sağlık Talebi Üzerine çalışmasında yer aldığı belirtilmektedir (Öztürk, Kıraç ve Kavuncu, 2018). Türkiye'de ise sağlık okuryazarlığı yeni bir kavram olup ilk olarak Akalın (2009) tarafından gündeme gelmiştir (Akalın, 2009).

Sağlık okuryazarlığının kavram tanımı ilk kez 1974 yılında Michigan Üniversitesinden Simons tarafından yazılan Health Education as Social Policy makalesinde bilgileri anlama yorumlama ve tıbbi kurallara uyum olarak açıklanmıştır (Koç Akran, 2021; Öztürk ve diğerleri, 2018). Nutbeam ve Wise tarafından 1993 yılında, temel olarak sağlığı için bireyin yetenekleri tanımlaması yapılırken Nutbeam tarafından 1998 yılında Dünya Sağlık Örgütü adına hazırlanan sağlığın geliştirilmesi sözlüğünde doğru kaynaklardan bilgiyi bulmak, değerlendirmek ve kişiye özgün olarak uygulamak konusunda motivasyonu arttırmak ve böylece sosyal olarak gelişimine katkı sağlamak şeklinde tanımlar eklenmiştir (Koç Akran, 2021; Öztürk ve diğerleri, 2018). Daha kapsamlı olarak "okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlık durumlarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında kararlar almak, yaşam kalitelerini arttırmak için sağlıklarını geliştirme ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine

erişme, anlama, değerlendirme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak motivasyon ve yeterlilik" olarak tanımlanmıştır (Sorensen ve diğerleri, 2012).

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin ve toplumların sağlık ile ilgili bilinçli ve uygun kararlar almak için sosyal kaynaklar tarafından desteklenerek bilgiye doğru yerde ve zamanda ulaşabilme, anlayabilme, doğruluğunu değerlendirebilme ve kullanabilme becerilerini ifade eden çok boyutlu bir kavramdır (Beauchamp ve diğerleri, 2022; Ghisi, Silva Chaves, Britto ve Oh, 2018; Turan ve diğerleri, 2023; Coughlin ve diğerleri, 2020; Liu, Qian, Chen ve He, 2020). Bu kavramın önemi, ilk kez 1986 yılında Ottawa'da düzenlenen Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı'nda gündeme gelmiştir. Sağlık okuryazarlığı kavramı, sağlık hizmetinin kalitesini arttırmak, sağlık eşitsizliğini ortadan kaldırmak ve sağlığı geliştirmek için değiştirilebilir bir faktör olarak önem taşımaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesi için bir tarafta bu bilgilerin üretilmesi ve anlaşılır şekilde paylaşılması konusunda sorumlulukları olan kurum ve kuruluşlar, diğer tarafta bu bilgileri doğru bir şekilde anlayıp sağlıklı yaşam davranışları sergilemeleri beklenen kişiler yer almaktadır (Coughlin ve diğerleri, 2020; Kerkez ve Şahin, 2023). Bu konuda Türkiye'de sağlık okuryazarlığına ilişkin çalışmalar, sadece bireylerin bilgi düzeyiyle sınırlı kalmayıp sağlık sisteminin işleyişi ve sağlık profesyonellerinin rolüne de dikkat çekmektedir. Türkiye'de sağlık politikaları ile hem bireylerin hem de sağlık profesyonellerinin sağlık okuryazarlığını artırmayı hedefleyen kapsamlı stratejiler geliştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Ağlamış, 2022; Demirci, 2021; Turan ve diğerleri, 2023; Kerkez ve Şahin, 2023).

Sağlık okuryazarlığının yeterli düzeyde olması; bireylerin koruyucu sağlık davranışları geliştirmelerine, doğru zamanda doğru kuruma başvurmalarına, sağlık profesyonelleri ile iş birliği yapabilmelerine, doğru bilgi kaynaklarından doğru bilgiyi elde edebilmelerine, sağlıklarıyla ilgili duygu değişimlerine daha kontrollü tepki verebilmelerine ve bireylerin kendi sağlıklarını yönetebilme kapasitelerini doğrudan etkilemektedir (Coughlin ve diğerleri, 2020; Kwon ve Y.Kwon, 2025; Topallar ve Büyükdemirci, 2025; Sarıyar ve Kılıç, 2019; Turan ve diğerleri, 2023). Bu noktada sağlık profesyonelleri açısından mesleki doyum, doğru iletişim ve mesleki becerilerin etkin bir şekilde kullanılmasına; hastalar açısında da sağlık hizmetinden etkin ve eşit bir şekilde hizmet almalarına olanak sağlamaktadır (Yavuz, 2024). Lee ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında, yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin sağlık bilgilerini arama konusunda daha rahat oldukları, neyi arayacakları ve nasıl bulacakları konusunda daha becerikli oldukları ve eriştikleri bilgileri yorumlamada daha

rahat oldukları gözlemlenmiştir (Lee, Jin, Henning, J.Lee ve J.Lee, 2021). Yeterli düzey sağlık okuryazarlığının hastaların fiziksel aktivite düzeyleri, sağlıklı beslenme davranışları, genel sağlık durumları üzerinde olumlu etkilerinin olduğu ve PKG sonrası hastaların yeterli ilaç bilgisi edinerek yaşam kalitelerinin artmasına aracılık ettiği bilinmektedir (Temür ve Aksoy, 2022; Son ve Yu, 2016).

Sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz olması ise; bireylerin sağlıkla ilgili sunulan imkânlardan faydalanamamasına, yasal haklarını kullanamamasına, hasta memnuniyetinin azalmasına, sağlık profesyonellerine soru sormaktan çekinmesine ve sağlık sorunlarını anlatamamasına sebep olmaktadır. Böylece tek taraflı olarak sağlık profesyonelleri tarafından verilen bilginin hastalar tarafından özümsenmemesi sonucunda yanlış tedavi yöntemlerinin seçilmesine, gereksiz acil servis başvurularının ve tetkik oranlarının artmasına, hastane yatış sürelerinin uzamasına, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkili kullanılmamasına ve mortalite riskinin artmasına sebep olmaktadır (Coughlin ve diğerleri, 2020; Yavuz, 2024; Dost ve Durmaz, 2022; Akbolat, Kahraman, Erigüç ve Sağlam 2016; Sezgin, 2014; Shahid ve diğerleri, 2022). Kronik hastalıkların yönetimi için öz bakım davranışlarının yapılmamasına, öz yönetim becerilerinin azalmasına, çoklu hastalık yükünün artmasına ve depresyon, anksiyete seviyelerinin artmasıyla yaşam kalitelerinin azalmasına sebep olmaktadır (Dost ve Durmaz, 2022; Ghisi ve diğerleri, 2018; Lu ve diğerleri, 2019; Kugbey, Oppong Asante ve Meyer-Weitz, 2019; Kwon ve Y. Kwon, 2025). Bu durum hem birey hem de sağlık sistemi için ek maliyetler, gereksiz iş gücü ve kaliteli sağlık hizmeti sunulmasına engel oluşturmaktadır (Koç Akran, 2021; Shahid ve diğerleri, 2022; Ghisi ve diğerleri, 2018; Öztürk ve diğerleri, 2018).

Sağlık hizmetlerinin sistematik olarak düzenli sağlanması ve hastaların bilgilendirilmesi için hazırlanmış olan yazılı materyallerinin, ilaç prospektüslerinin ve kanser tarama kavramlarıyla ilgili bilgilendirme materyallerinin, yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin anlayabileceği seviyede olmadığı belirtilmektedir. Bu bireylerin sağlık bilgi kaynaklarına erişim sağlama, bilgileri kullanma konusunda zorlandıkları ve tedavi sürecindeki kararlarıyla ilgili daha yüksek düzeyde pişmanlık yaşadıkları bildirilmektedir (Coughlin ve diğerleri, 2020; Yavuz, 2024; Liu, Yang ve Qian, 2023; Turan, Söylemez ve Jimale, 2023). Ayrıca düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip bireyler, kitle iletişim araçlarından elde edilen bilgiyi analiz edememekte ve hem ruhsal olarak hem de fiziksel

olarak kendi sağlığı ile birlikte toplum sağlığını da riske atmaktadır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı, bireylerin ve toplumların sağlığı ile yakından ilişkilidir (Koç Akran, 2021).

Bu noktada sağlık bilgi kaynakları hazırlanırken toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin dikkate alınması, bireylerin bilgiye erişimini ve sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilemektedir. Bu konuda meme kanseri tanısı almış kadınlarda yapılan bir çalışmada, hastalık süreci ve alternatif tedavi açısından bilgiye erişimin artmasıyla, psikolojik yüklerinin azaldığı, sağlık durumunun iyileştiği ve yaşam kalitelerinin iyileştiği tespit edilmiştir (Kugbey ve diğerleri, 2020). Bu bağlamda, bireylerin olumlu sağlık davranışlarını başlatma veya sürdürme becerisini etkileyebilecek faktörlerden biri olarak sağlık okuryazarlığı, gelir düzeyi, istihdam durumu gibi diğer faktörlerle karşılaştırıldığında, bireylerin sağlık durumunu belirleyen temel faktör olarak kabul edilmektedir (Beauchamp ve diğerleri, 2022; Kerkez ve Şahin, 2023; Kwon ve Y.Kwon, 2025; Shahid ve diğerleri, 2022).

Sağlık okuryazarlık düzeyinin bu olumlu ve olumsuz etkilerine rağmen, sağlık profesyonelleri tarafından sağlık okuryazarlığının, sağlık sonuçları üzerindeki etkilerine ve hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeylerine odaklanılmamakta; hastaların tıbbi kayıtlarında ve idari verilerinde rutin olarak değerlendirilerek kayıt altına alınmamaktadır. Fakat sağlık okuryazarlığı, hastaların taburcu olduktan sonra sağlık sorunlarıyla karşılaşma risklerinin değerlendirilmesinde ve hasta- sağlık profesyoneli arasındaki iletişimin iyileştirilmesinde önemli bir gösterge olarak kabul edilmektedir (Shahid ve diğerleri, 2022).

2.6.1. Sağlık okuryazarlığının sınıflandırılması

Günümüzde sağlık okuryazarlığı; sağlık bilgisi, sağlık hizmetleri ve sağlık sistemlerine ilişkin çeşitli formatlarda bulunan bilgilerin ulaşılması ve kullanılmasıyla, kişinin kendi sağlığını yönetebilmesi; sağlık profesyonelleriyle iş birliği yaparak sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi becerisi olarak; fonksiyonel, interaktif ve eleştirel sağlık okuryazarlığı şeklinde üç ana unsurdan oluşmaktadır (Koç Akran, 2021; Nutbeam, 2000; Inoue, Takahashi ve Kai, 2013). Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlık bilgilerini okuma, anlama, hatırlama ve temel sağlık kararlarını günlük yaşamında uygulama kapasitesini ifade eder (Coughlin ve diğerleri, 2020; Inoue ve diğerleri, 2013; Koç Akran, 2021). İnteraktif sağlık okuryazarlığı, hastaların sağlık profesyonelleri ile iletişim becerilerini, sorular sorma yetisini ve bilgiyi

uygun şekilde kullanma süreçlerini içerir. Bu düzeydeki bireyler bilgiyi aktif olarak kullanarak problem çözme, yorumlama ve karar verme gibi bilişsel becerilerini de etkin olarak kullanılırlar (Coughlin ve diğerleri, 2020; Inoue ve diğerleri, 2013 ; Koç Akran, 2021; Ozan,2025). Eleştirel sağlık okuryazarlığı, hastaların sağlık teknolojileri ve tedavi seçenekleri arasında kendi değerleri, tercihleri ve yaşam koşulları doğrultusunda bilinçli kararlar almasını sağlar. Eleştirel sağlık okuryazarlığı ise yalnızca bireysel sağlık üzerinde değil aynı zamanda sağlık üzerindeki sosyal belirleyicileri iyileştirerek toplumsal sağlık düzeyini yükseltmeye odaklanır (Inoue ve diğerleri, 2013; Koç Akran, 2021; Nutbeam, 2000; Yılmaz ve Tiryaki, 2016).

2.6.2. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler

Sağlık okuryazarlığı; sağlık sistemi, eğitim yapıları, kültürel değerler ve toplumsal normların etkileşimi sonucunda şekillenen çok boyutlu bir süreçtir (Coughlin ve diğerleri, 2020; Gözlü, 2020). Dolayısıyla, sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik çalışmaların etkili olabilmesi için öncelikle bu süreci belirleyen demografik özelliklerden bireysel yeteneklere, kültürel ve psikososyal dinamiklerden sağlık sistemiyle ilgili deneyimlere kadar geniş bir alanı kapsayan faktörlerin doğru biçimde anlaşılması gerekir (Sorensen ve diğerleri, 2012). Bir bireyin sağlık okuryazarlığına katkıda bulunan birçok kişisel ve sistemsel faktör arasında kişinin durumu hakkında bilgi sahibi olması, sağlık bilgilerinin erişilebilirliği, kaliteli eğitim içeriği, bireyin öğrenme motivasyonu, ailesi, yaşadığı toplum gibi faktörler bulunmaktadır (Coughlin ve diğerleri, 2020; Düzkale, 2025; Dilli,2016; Ghisi ve diğerleri, 2018).

Hastaların sağlık bilgilerine erişim biçimleri, dijital ve geleneksel kaynaklar da sağlık okuryazarlığı düzeylerini doğrudan etkilemektedir (Ekinci, Tutgun ve Tarhan, 2021). Geleneksel bilgi kaynakları arasında hastaneler ve sağlık profesyonelleri bulunmaktadır. Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık profesyonelleriyle yüz yüze iletişim kurarak sağlık bilgilerini daha iyi anladıkları ve uyguladıkları belirtilmektedir (Zaimoğlu ve Özer, 2022). Günümüz teknolojisinde; internet, sosyal medya ve kitle iletişim araçları gibi dijital kaynaklar, bilgiye ulaşmak için aktif olarak kullanılmaktadır. Ancak sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan bireyler için dijital kaynaklarından doğru bilgiye ulaşmak zor olabilmektedir (Untila, 2020; Ekinci ve diğerleri, 2021).

Sosyodemografik özellikler de bireyin sağlık okuryazarlık düzeyini etkileyebilmektedir. Bu özellikler arasında yaş, medeni durum, meslek, eğitim düzeyi, cinsiyet ve sosyoekonomik özellikler bulunmaktadır (Coughlin ve diğerleri, 2020; Ağlamış, 2022; Özcan ve Gürçay, 2023; Yüce ve Muz, 2023). Türkiye'de gerçekleştirilen çeşitli araştırmalar; yaş ilerledikçe sağlık okuryazarlığı düzeylerinde düşüş olduğunu göstermektedir (Öztürk ve diğerleri, 2018; Topallar ve Büyükdemirci, 2025). Yaşlı bireylerde düşük düzey sağlık okuryazarlığına; görme, işitme veya konuşma becerilerindeki sınırlılıklar, bilişsel kapasitedeki yetersizlikler ya da hafıza problemleri sebep olarak gösterilmektedir. Fakat diğer bir açıdan yaşlanmayla birlikte sağlık sistemini daha aktif olarak kullanmaları, düzenli olarak bakım alabilmeleri sağlık personeliyle iletişimi güçlendirerek güven ortamı oluşturmaları sağlık bilgilerini etkin bir şekilde kullanmalarına olanak sağlamaktadır (Kwon ve Y. Kwon, 2025). Sosyoekonomik özellikler ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkide, düşük sağlık okuryazarlığı, düşük sosyoekonomik statüye sahip kişiler arasında daha sık görülmektedir (Coughlin ve diğerleri, 2020; Costa, Conceiçao ve Buther,2023; Shahid ve diğerleri, 2022; Svendsen ve diğerleri, 2020). İşsiz, emekli ve düşük gelire sahip bireylerin kontrol randevuları, ilaç tedavisinin düzenlenmesi gibi konuları aile bireylerine devrederek sağlık sisteminden uzaklaşmakta ve sağlık bilgisini uygulama, riskli davranışlardan kaçınma gibi durumlarının daha düşük olduğu gösterilmektedir (Costa ve diğerleri, 2023). Bireylerin gelir seviyesi yükseldikçe yaşam koşullarının iyileşmesiyle yaşam kaliteleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yöneliminin arttığı ve dolayısı ile sağlık okuryazarlık düzeylerin de artacağı bilinmektedir (Kerkez ve Şahin, 2023). Diğer bir taraftan sağlık okuryazarlığı için en güçlü belirleyicilerinden biri olarak eğitim düzeyi ele alınmaktadır. Daha iyi eğitim almış bireyler sağlık bilgilerini daha kolay içselleştirebilir ve uygulamaya dönüştürebilir (Erigüç, 2016; Liu ve diğerleri, 2020). Eğitim düzeyi düşük olan bireyler ise, utanma, sessiz kalma, yardım istemekten çekinme gibi davranışlar göstererek sağlık okuryazarlık düzeylerinin ortaya çıkmasından kaçınabilirler (Dilli, 2016). Fakat Sezgin (2014), "Sağlık Okuryazarlığını Anlamak" başlıklı yazısında, sağlık okuryazarlığı düzeyinin bireyin eğitim düzeyi ile doğrudan bir bağlantısı olmadığını vurgulamıştır (Sezgin, 2014). Sağlık okuryazarlığı eleştirel düşünme, problem çözme, karar verme gibi birçok sosyal, kişisel ve bilişsel beceriyle bağlantılı olarak, eğitim düzeyi yüksek olanların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin de daha yüksek olduğunu düşünmek yanıltıcı olabilmektedir (Dilli, 2016). Yetersiz sağlık okuryazarlığı, yüksek eğitim seviyesine sahip bireyler arasında da görülebilmektedir (Dilli, 2016; Shahid ve diğerleri, 2022). Sağlık okuryazarlık düzeyi ve cinsiyet açısından ise bazı çalışmalar erkeklerin daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu bildirirken, (Kwon

ve Y.Kwon, 2025) bazı çalışmalar da kadınlar ve erkekler arasında fark olmadığını ortaya koymaktadır (Shahid ve diğerleri, 2022). Sağlık okuryazarlığının diğer bir belirleyicisi olarak; sağlık hizmetlerinin karmaşıklığı, sağlık güvencesinin kapsamı, hizmete erişim olanakları ve sağlık profesyonelleri ile kurulan iletişim, bireylerin sağlık bilgilerini anlama ve kullanma becerileri yer almaktadır (Van der Heide ,Heijmans, Schuit, Uiters ve Rademakers, 2015). Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi yalnızca bireylerin kendi çabalarıyla sağlanabilecek bir durum olmaktan ziyade toplumsal ve kurumsal düzenlemelerle desteklenmesi gereken çok boyutlu bir yapı oluşturmaktadır (Coughlin ve diğerleri, 2020). Bu sebeple sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkili faktörlerin bilinmesi; sağlık müdahalelerinin uygulanmasında, sağlık profesyonelleri ile hastalar arasındaki iletişimin sağlanmasında ve eğitim müdahalelerinin planlanmasında başarıyı artırmaktadır (Costa ve diğerleri, 2023).

2.6.3. Perkütan koroner girişim ve sağlık okuryazarlığının önemi

Koroner arter hastalığı dünya genelinde yüksek mortalite ve morbidite oranlarına sahip olan kronik bir hastalıktır. KAH, kardiyovasküler riski etkileyen metabolik durumların yanı sıra yaşam tarzı, çevresel faktörler ve büyük çoğunlukla davranışsal risk faktörleri sonucunda oluşmaktadır (Brors ve diğerleri, 2022). KAH ‘nın ilerlemesini azaltmak için bireyin sağlık bilgisini yeterince anlamlandırarak riskli sağlık davranışlarını terk etmesi, sağlıklı yaşam tarzı davranışları edinmesi, doğru ilaç kullanımı, kardiyak rehabilitasyon ve bireyin öz yönetim becerilerinin gelişmiş olması gerekmektedir (Beauchamp ve diğerleri, 2022; Ghisi ve diğerleri, 2018). Hastaların öz yönetim becerilerinin gelişmesi ve davranış değişikliği yapabilmesi için yanlış ilaç kullanımından kaçınması, çoklu ilaçları yönetmesi, talimatlara göre ilaçlarını alması, yan etkileri değerlendirmesi ve hangi semptomların KAH’ dan kaynaklanabileceğini anlamlandırmasını sağlayacak kavram; sağlık okuryazarlığıdır (Yılmazel ve Ahcıoğlu, 2021). Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan hastalar sağlık eğitim materyallerini okuyup anlayabilir, medikal tedaviye uyum sağlayabilir, risk faktörlerini tanıyabilir, önleme ve yönetme becerilerini arttırarak yaşam tarzı değişiklikleri yapabilir ve KAH gelişme riskini azaltabilir (Brors ve diğerleri, 2022; Du ve diğerleri, 2022; Liu ve diğerleri, 2020; Sağlık Bakanlığı, 2020; Son ve Yu, 2016).

Literatürde, Lu ve arkadaşlarının yaptığı (2020) çalışmada, KAH olan hastaların %74,5'inde (Lu ve diğerleri, 2020), Diederich ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında da benzer şekilde

kardiyovasküler hastalığı olan erkeklerin %41,8'inin, kadınların ise %46,7 'nin düşük düzey sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirtilmektedir (Diederichs, Jordan, Domanska ve Neuhauser, 2018). KAH hastaları arasında düşük sağlık okuryazarlığının yaygın olduğu ve bu durumun tekrarlı hastane yatışları, düşük yaşam kalitesi, düşük sosyal destek ve yüksek anksiyete seviyeleri ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Ghisi ve diğerleri, 2018; Beauchamp ve diğerleri, 2022, Brors ve diğerleri, 2022). Perkütan koroner girişim uygulanan ve MI tanısı ile hastaneye yatırılan KAH hastalarının çoğunun sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip oldukları ve düşük sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olarak tekrarlı hastane yatışlarının fazla olduğu belirtilmektedir (Fisher, Toole, Gaurav, Kim ve Kodra, 2023; Mohammadi, Soroosh, Nojomi ve Motamedkhah, 2023). Ayrıca yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi, hareketsiz yaşam, yüksek vücut kütle indeksi (VKİ), sigara içme davranışı ve daha yüksek anksiyete seviyeleriyle ilişkilendirilmiştir. Bu bağlamda düşük düzey sağlık okuryazarlığına sahip bireylerde psikolojik ve davranışsal risk faktörlerinin daha yüksek olmasından dolayı KAH yönetimi için risk oluşturmaktadır (Brors ve diğerleri, 2022). Bu nedenle KAH önleme programlarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi, etkili bir strateji olarak kabul edilmektedir (Costa ve diğerleri, 2023).

2.7. Öz Yeterlilik

Albert Bandura tarafından sosyal bilişsel teorinin temel kavramı olarak ortaya çıkan öz yeterlilik; bireyin, belirli bir amaç ve performans için kişisel yeterlilik inancının, başa çıkma davranışının başlatılıp başlatılmayacağını, ne kadar süreceğini ve engeller karşısında ne kadar çaba harcanacağını belirlemektedir (Bandura, 1997). Öz yeterlilik, kişinin sahip olduğu becerilerle farklı durumlarda başa çıkma davranışlarını etkili bir şekilde kullanabileceğine olan inancı olarak Türkçe literatürde öz-etkililik, öz-yeterlilik veya algılanan öz yeterlik gibi şekillerde kullanılmaktadır (Dilli, 2016; Kaynak, 2022). Öz yeterlilik, iş-okul başarısı, duygusal bozukluklar, zihinsel ve fiziksel sağlık, kariyer seçimi ve psikososyal değişim, uluslararası ilişkiler gibi çeşitli alanlarda daha sağlıklı, daha başarılı, daha etkin ve daha fazla sosyal uyum ile ilişkilendirilmektedir (Artino, 2012; Arseven, 2016; Dilli, 2016; Demiroğlu ve Patır, 2024).

Sosyal Bilişsel Kuram çerçevesinde, insanların yaşamlarını değiştirebilecek belirli davranışları yapabilmeleri için gerekli olan öz yeterlilik; kişinin istenen sonuca ulaşmak ve onu savunmak için harekete geçme, gerçekleştirme, kontrol etme ve öz inancını yansıtma

motivasyonunu ifade eder (Bandura, 1997; Nuraeni ve diğerleri, 2023; Karataş, Yava, Tosun ve Koyunu, 2024; Öztürk ve diğerleri, 2018). Yüksek öz yeterliliğe sahip bireylerin hedef belirleme, sorumluluk alma, yaşamına yön verme konularında daha yetenekli oldukları ve değişen yaşam koşullarına daha hızlı uyum sağlayarak belirsizliklerle daha kolay başa çıkabildikleri bilinmektedir. Etkili stres yönetimi ve iletişim becerileri sayesinde sosyal ilişkilerin daha sağlıklı olduğu belirtilmektedir (Artino, 2012; Dilli, 2016; Karakulle, 2023). Yüksek öz yeterlilik algısına sahip bireylerin psikolojik iyilik halinin olması , yaşam kalitesinin artması ve rehabilitasyona daha iyi uyum sağladıkları belirtilmektedir (Almeida ve diğerleri, 2022; Gao ve diğerleri, 2024; Nuraeni ve diğerleri, 2023).

Öz yeterlilik, bireylerin bir görevi yerine getirme konusundaki beklentileri ile başarı ya da başarısızlığa ilişkin inançları olarak sağlık ve hastalık yönetimi için de belirleyici bir konumdadır (Demiroğlu ve Patır, 2024; Gao ve diğerleri, 2024; Nuraeni ve diğerleri, 2023; Shrestha ve diğerleri, 2020). Sağlık ile ilgili öz yeterlilik bireylerin kendi sağlıklarını koruma, sürdürme ve yönetme konusundaki kapasitelerine dair inançlarını ifade eden psikolojik bir kavramdır (Bandura, 1997). Bireyin kronik hastalıklarla baş etmek, öz bakım becerilerini sürdürmek ve davranış değişikliği yapması için bilginin yanı sıra kendine olan inancının yani öz yeterlilik düzeyinin de yeterli olması gerekmektedir (Arnito, 2012; Kaynak, 2022). Inoue ve arkadaşları (2013), öz bakım davranışları üzerinde yaptığı çalışmasında, hastanın bilgisinin yanı sıra öz yeterlilik düzeyinin de etkili olduğu gösterilmektedir (Inoue, Takahashi ve Kai, 2013). Öz yeterlilik arttıkça, öz bakım davranışlarını gerçekleştirme becerisi de artmaktadır (Salari ve diğerleri, 2016; Nuraeni ve diğerleri, 2023). KABG uygulanan hastalarla yürütülen bir çalışmada öz yeterlilik düzeyi yüksek olan hastaların ameliyat sonrası iyileşme sürecinde daha az güçlük yaşadıkları belirtilmektedir (Çakır, Karacabay ve Karaveli Çakır, 2024). Davranış değişikliği sürecinde, değişikliğe karar vermek ve bu kararı sürdürmek için gerekli olan bilişsel, motivasyonel, duygusal ve davranışsal sürece bireyin öz yeterlilik düzeyi yön vermektedir (Demiroğlu ve Patır, 2024; Salari ve diğerleri, 2016). Bireyin hangi davranışları seçtiğini, karşılaştığı sorunlar ya da farklı deneyimler karşısında ne kadar çaba gösterdiğini ve bu çabayı ne kadar sürdürdüğünü öz yeterlilik düzeyi etkilemektedir (Salari ve diğerleri, 2016; Kaynak, 2022). Davranış değişikliği yapabilmek için bireyin bilgi arama motivasyonu ve bilgiyi eyleme dönüştürme becerisine sahip olması yeterli düzeyde öz yeterliliğe sahip olmasına bağlıdır (Dilli, 2016; Palabıyık, 2024). Dilli (2016) kadınlarla yaptığı çalışmasında, öz yeterlilik arttıkça servikal kanser ve Pap smear tarama testine ilişkin bilgi düzeyinin de arttığını

belirtmektedir (Dilli,2016). Bireysel davranış değişikliğinin anahtarı olarak yüksek öz yeterlilik düzeyi; medikal tedaviye, egzersiz ve diyet düzenine uyum, etkin öz bakım davranışları, bireyin daha sağlıklı yaşam tarzı benimseme konusundaki artan motivasyonu ve azalan fiziksel/psikolojik semptomlarla ilişkilidir. Bunun için bireylerde davranış değişikliğini başlatmak ve sürdürmek için öz yeterlilik gibi psikososyal faktörlerin geliştirilmesi ve desteklenmesi gerekmektedir (Kaynak, 2022; Gao ve diğerleri, 2024; Nuraeni ve diğerleri, 2023; Pan ve diğerleri, 2025; Zhang ve diğerleri, 2015).

2.7.1. Öz yeterliliği etkileyen faktörler

Öz yeterlilik, bireylerin davranışlarını, motivasyonlarını ve performanslarını şekillendiren temel bir psikolojik kavram olarak, birçok içsel ve çevresel faktörden etkilenmektedir (Pan ve diğerleri, 2025). Bandura (1997) tarafından açıklanan Sosyal Bilişsel Kuram çerçevesinde, öz yeterlilik algısının gelişimi, dört temel kaynağa dayanmaktadır (Kaynak, 2022).

- Başarı ve deneyimler
- Gözlem ve modelleme
- Sözel ikna
- Fizyolojik ve duygusal durum (Demiroğlu ve Patır, 2024; Dilli, 2016).

Başarı ve deneyimler

Öz yeterlilik algısının gelişiminde en güçlü ve belirleyici kaynaklardan biri olarak başarı ve deneyimler yer almaktadır. Bireyin geçmişte elde ettiği başarıların, gelecekte karşılaşacağı görevler ve zorluklar karşısındaki güven düzeyini doğrudan etkilediği bilinmektedir (Bandura, 1997). Bandura' ya (1997) göre, bireyler daha önce başarıyla tamamladıkları görevleri hatırladıklarında, benzer durumlarla karşılaştıklarında daha etkili ve kararlı davranma eğilimi gösterirler. Bu durum, bireyin kendi yeteneklerine olan güvenini pekiştirir ve karşılaşılacak yeni görevlerde risk alma ve problem çözme becerilerini arttırmaktadır. Bu süreç, bireyin motivasyonunu artırarak, yeni hedefler belirleme ve bu hedeflere ulaşma konusunda daha etkin davranmasına olanak sağlamaktadır (Artino, 2012; Bandura, 1997; Dilli,2016)

Gözlem ve modelleme

Öz yeterlilik algısının gelişiminde kritik bir rol oynayan ikinci temel faktördür. Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuramına göre, bireyler yalnızca kendi deneyimleriyle değil, çevrelerindeki kişilerin davranışlarını gözlemleyerek de öğrenir ve kendilerine dair inançlarını şekillendirirler (Bandura, 1997). Özellikle sosyal öğrenme bağlamında, modelin gösterdiği çaba, stratejiler ve problem çözme yöntemleri, gözlemleyen bireyin kendi davranışlarını düzenlemesine yardımcı olmaktadır (Arseven, 2016; Schunk ve DiBenedetto, 2020). Model alınan kişinin etik ve etkili davranışları, gözlemleyen bireyin benzer durumlarda bu davranışları benimsemesine yol açar. Gözlemleyen birey, modelin başarılarını gördüğünde hem bilişsel olarak öğrenir hem de duygusal olarak motive olur. Bu motivasyon, bireyin daha fazla çaba sarf etme ve karşılaştığı engelleri aşma kararlılığını artırır (Bandura, 1997).

Sözel ikna

Bireyin çevresinden aldığı geri bildirimler, teşvikler ve yönlendirici söylemler, öz yeterlilik algısını güçlendiren önemli bir mekanizmalardır. Sözel ikna, bireyin kendi potansiyelini fark etmesine ve öz yeterlilik algısının güçlenmesine katkıda bulunur. Benzer şekilde, ailelerin sağladığı destek ve teşvikler de öz yeterlilik üzerinde belirleyici bir rol oynar (Kaynak, 2022). Bu durumun aksine olumsuz eleştirel geri bildirimler veya gerçekçi olmayan teşvikler bireyin öz yeterlilik inancının azalmasına sebep olmaktadır (Arseven, 2016).

Fiziksel ve duygusal durum

Fiziksel yorgunluk, düşük enerji, uykusuzluk gibi durumlar, bireyin karşılaştığı görevler karşısında kendine olan güvenini azaltabilir. Benzer şekilde, kaygı, stres ve olumsuz duygusal durumlar, bireyin problem çözme yeteneğine olan inancını zayıflatır ve riskli veya zorlu görevleri üstlenme konusunda çekingen davranmasına yol açabilir (Schunk, 1991). Özellikle performans gerektiren durumlarda, bireyin bedensel kapasitesi ile öz yeterlilik algısı arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır. Bu bağlamda artan yaş, azalan fiziksel kapasite dolayısıyla öz yeterliliğin azalmasına sebep olmaktadır (Allahverdipour, Asgharijafarabadi, Heshmati ve Hashemiparast, 2013; Shreaste ve diğerleri, 2020; Liu ve diğerleri, 2018).

Psikolojik değişkenlerde öz yeterlilik algısı üzerinde etki göstermektedir. Artan stres, kaygı seviyesi, depresyon ve umutsuzluk gibi psikolojik ruh halleri bireyin öz yeterlilik düzeyini olumsuz yönde etkilemektedir. Gerçekleştirilecek davranış konusunda olumsuz düşünce veya korku duygusu olan bireylerde öz yeterlilik inancının azalmasıyla etkili bir davranış değişikliği gerçekleşmemektedir. Bu durumun aksine olumlu ruh hali ve olumlu duygulara sahip olan bireylerde artan öz yeterlilik ile istenen sonuca ulaşma olasılıkları artmaktadır (Arseven, 2016). Hastalık yönetiminde, bireylerin artan stres ve artan mali yükler sebebiyle olumsuz ruh halinde olmaları bireylerin öz yeterlilik düzeyini ve hastalık yönetim süreçlerindeki becerilerini olumsuz etkilemektedir (Liu ve diğerleri, 2018). Ayrıca bireylerde genel kişilik özelliği olarak öz saygı ve öz güven bireyin öz yeterlilik algısının şekillenmesine katkı sağlamaktadır (Arseven, 2016; Salari ve diğerleri, 2016).

2.7.2. Perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda öz yeterlilik; kardiyak öz yeterlilik

Kronik ve sürekli bakım gerektiren hastalıklara sahip olan bireyler hem fiziksel hem de psikolojik anlamda bazı zorluklarla baş etmek zorunda kalabilmektedir. Bu durum bireyin yaşam kalitesinin düşmesine yol açmaktadır. Bu durumda artan öz yeterlilik inancı ile bireyin hem psikolojik hem de fiziksel sağlığı desteklenerek yaşam kalitesinin de iyileşmesine olanak sağlamaktadır (W.Liu ve diğerleri, 2023). Bu noktada bireyin, koroner arter hastalığından dolayı oluşan psikolojik ve fiziksel zorluklarla başa çıkma yeteneğine olan inancı olarak öz yeterlilik, kardiyak öz yeterlilik olarak tanımlanmaktadır. Kardiyak öz yeterlilik; kardiyak fonksiyonlarını korumak ve semptom şiddetini kontrol altına almak için hastalık şiddetini, anksiyete ve depresyon gibi durumları da göz önünde bulundurarak, fiziksel işlevselliği ve öz yönetim becerisini tahmin etmeye yardımcı olmaktadır (Sullivan, LaCroix, Russo ve Katon, 1998). Koroner arter hastalığı olan yetişkinlerde, kardiyak öz yeterlilik aracılıyla sağlıklı yaşam davranışların edinilmesi ve değiştirilebilir risk faktörlerinin kontrolü ile yaşam kalitesinde iyileşme sağlanabilmektedir (Sarkar, Ali ve Whooley, 2009; Shrestra ve diğerleri, 2020; Kargar, Khademian ve Rambod, 2021; Nuraeni ve diğerleri, 2023; Salari ve diğerleri, 2016; Sugiharto ve diğerleri, 2024; O'Neil,Berk, Davis ve Stafford, 2013; Shajrawi, Granat, Jones ve Astin, 2020; Zhang ve diğerleri, 2018). Ayrıca PKG uygulanan KAH hastaların davranış değişikliği yapmaları, tekrarlayan göğüs ağrısını yönetmeleri, tedavi sürecine aktif katılımları ve yaşam tarzı değişikliği yapmaları için kendilerine inanmaları ve çaba göstermeleri, hatta bu çabayı devam ettirmeleri için yeterli

düzey öz yeterliliğe sahip olmaları gerekmektedir (Erbakan, 2024; Liu ve diğerleri, 2023; O'Neil ve diğerleri, 2013). Perkütan koroner girişim uygulanan hastaların değişen sağlık durumları ve psikolojik durumlarından dolayı güven eksikliği yaşadıkları ve düşük öz yeterliliğe sahip hastaların bu süreci daha yoğun bir şekilde yaşadıkları; stres durumlarını etkili bir şekilde yönetemedikleri bilinmektedir (Liu ve diğerleri, 2018). Literatürde PKG uygulanan hastaların orta düzeyde veya düşük düzeyde öz yeterliliğe sahip oldukları bilinmektedir (Liu ve diğerleri, 2018). Unstabil anjina pektoris ve akut MI tanısıyla PKG uygulanan hastalarda bu düzeyler daha da düşük seyretmektedir (Salgado ve diğerleri, 2023). Düşük kardiyak öz yeterlilik hastalık sürecini kabul etmeme, etkisiz davranış değişikliği, yetersiz sağlık yönetimi ve depresif semptomlarla ilişkilendirilmiştir; bu da hastalarda daha düşük yaşam kalitesine ve yeni koroner olaylara neden olmaktadır (Sugiharto ve diğerleri, 2024; Kargar ve diğerleri, 2021; Zhang ve diğerleri, 2018). Öz yeterliliği yüksek olan bireylerin fiziksel egzersiz yapma, dengeli beslenme, ilaç kullanımına uyum sağlama ve sağlık kontrollerine düzenli katılım gibi yeni yaşam tarzı değişikliklerini daha kolay kabullendikleri ve daha kolay uyum sağladıkları belirtilmektedir (Bayram, 2024; Erbakan, 2024; Sugiharto ve diğerleri, 2024). Öz yeterlik algısı yüksek olan bireyler, kendi öz yeterlilik düzeylerini değerlendirerek hangi zorluklarla karşılaşacaklarını ve bu zorlukların üstesinden gelmek için ne kadar çaba sarf etmeleri konusunda daha fazla farkındalığa sahiptirler (Bayram, 2024). Ayrıca öz yeterlilik algısı yüksek olan bireyler, karşılaştıkları stresli durumları daha etkin yönetebilir, hastalıklarının getirdiği zorluklar karşısında motivasyonlarını koruyabilir, sosyal ilişkilerini sürdürebilir ve yaşam kalitelerini artırabilirler. Dolayısıyla öz yeterlilik, yalnızca bireyin davranışsal düzenlemeleri için değil, aynı zamanda psikolojik dayanıklılığını da güçlendiren bir faktör olarak işlev görmektedir (Kavradım, 2018; Liu ve diğerleri, 2018; A. Liu ve diğerleri, 2023). Bu nedenle PKG sonrası hastaların sağlıklı yaşam davranışlarını benimseme konusunda kendilerini ne ölçüde yeterli hissettiklerini belirlemek için öz yeterlilik duygularını değerlendirmek ve iyileşme süreçlerini kolaylaştırılmak için tıbbi tedavi ile birlikte öz yeterlilik düzeylerini arttırmak amacıyla destekleyici programların uygulanması gerekmektedir (Erbakan, 2024; Shrestha ve diğerleri, 2020; Salgado ve diğerleri, 2023).

2.8. Perkütan Koroner Girişim ve Hemşirelik Bakımı

Koroner arter hastalığı hem küresel hem de ulusal düzeyde öncelikli bir halk sağlığı sorunu olarak öne çıkmaktadır. Tedavi yöntemi olarak PKG, uzun yıllardır yaygın kullanılmakla

beraber hastalarda hem psikolojik hem de fizyolojik reaksiyonları tetikleyebilmektedir (Fan ve Lin, 2025; Tunç, 2022). Çok segmentli ve karışık bir süreç olan sağlık sistemleri içerisinde hastayı bütün yönleri ile ele alan hemşirelik mesleği; PKG uygulanan hastaların işlem öncesi, işlem sonrası ve uzun dönem takiplerinde bütüncül bir bakım sağlamayı hedeflemektedir. Bu doğrultuda PKG uygulanan hastaların işlem öncesi en az 2- 6 oral ve sıvı alımın sonlandırılması, işlem bölgesinin (femoral) temiz olması, varsa takma dişlerinin çıkarılması gerekmektedir. Hastaya anjiyo önlüğü giydirilmeli ve uygun hidrasyon sağlanmalıdır. Perkütan koroner girişim öncesi hastanın elektrokardiyografisi çekilmiş ve gerekli laboratuvar bulguları çalışılmış olmalıdır. Ayrıntılı anemnez alınan hastanın gerekli dosya hazırlığı ve işlem öncesi hazırlığı yapılmalıdır (Tunç, 2022; Bakan, 2016). PKG sonrası hastaların işlem bölgesine bağlı olarak gerekli sürede yatak istirahati sağlanmalı ve hasta/ hasta yakını bu konuda bilgilendirilmelidir. İşlem bölgesi ile ilgili olarak, işlem yapılan kateter çekilene kadar ve çekildikten sonra belirli süre yatak istirahatinin devam edeceği ve hastanın işlem bölgesini fleksiyondan sakınması gerektiği bilgisi verilmelidir. İşlem bölgesinde oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi için düzenli olarak kanama, hematom ve ekimoz kontrolü yapılmalıdır. İşlem bölgesindeki kateterin çekilmesiyle hemostazı sağlamak amacıyla manuel ve sonrasında sıkı tampon veya geleneksel olarak kullanılan kum torbasıyla kompres sağlanmaktadır. Bu süreçte hastaların boşaltım, beslenme, kompresyona ve yatak istirahatine bağlı oluşabilecek ağrı takibi, oral/ intravenöz hidrasyonları, yaşamsal bulguları ve aritmi riski yönünden elektrokardiyografisi takip edilmelidir. Gerekli yatak istirahati sağlanan hastanın ilk mobilizasyonu hemşire eşliğinde gerçekleştirilmelidir (Tunç, 2022; Bakan, 2016; Şen Kalaman, 2024).

Perkütan koroner girişim uygulanan hastaların hemşirelik bakım planlamalarında hastaların fiziksel bakım ihtiyaçlarının yanı sıra hem işlem öncesi hem de sonrası dönemde hemşireler tarafından bilgilendirilmesi, eğitilmesi ve psikososyal destek sağlanması PKG sonrası komplikasyonların önlenmesi, tedaviye uyumun artırılması, depresyon ve anksiyete düzeylerinin azalmasıyla hastaların genel sağlık durumu ve yaşam kalitesi üzerinde uzun vadeli olumlu etkiler yaratmaktadır (Fan ve Lin, 2025; Kavradım, 2018). Medikal tedavi ve yaşam tarzı değişiklikleriyle beraber psikolojik destek süreçlerinin ve eğitimsel müdahalelerin tedaviye dahil edilmesi hastaya bütüncül ve etkili bir bakım modeli sunmak adına kritik öneme sahiptir (Fan ve Lin, 2025; Kavradım, 2018; Salgado ve diğerleri, 2023). Bu konuda Fan ve Lin (2025) çalışmasında geleneksel hemşirelik bakımına ek olarak akran desteği, aile desteği, bireysel psikolojik destek yaklaşımlarıyla bakım sunulan hastaların,

lipit profillerinin iyileştiği, hastanede kalış süresinin ve kanama, hematom, aritmi gibi komplikasyonların azaldığı, stres/kaygı seviyelerinin düştüğü ve hasta memnuniyetinin arttığı tespit edilmiştir (Fan ve Lin, 2025). Fakat PKG uygulama prosedürlerinde hastanede kalış süresinin kısa olması ve taburcu olma sürecinin hızlı olması, hasta eğitimi için hastaların bilgiye daha az açık olabileceği invaziv bir prosedürden hemen sonra sınırlı bir zaman dilimi bulunması hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından etkili bir eğitim sunulmasını zorlaştırmaktadır (Aazami, Jaafarpour ve Mozafari, 2016; de Wit ve diğerleri, 2022; Salgado ve diğerleri, 2023; Salari ve diğerleri, 2016; Mosleh, Eshah ve Almalik, 2017). Hasta eğitim sürecinde PKG prosedürüyle ilgili zorluklara ek olarak, hastaların öncelikli eğitim almak istedikleri konunun farkında olunmaması, öz yeterlilik duygusunun ve akut bir olaydan sonra sağlık okuryazarlığı düzeylerinin değerlendirilmemesi etkin bir eğitim sunulmasının önünde engel oluşturmaktadır (Salgado ve diğerleri, 2023). Bu bağlamda planlanan hemşirelik eğitim programlarında; hastaların mevcut sağlık yönetimi için kardiyak rehabilitasyon programlarına ilişkin bilgi aktarılması, sağlık okuryazarlığı ve öz yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi, problem çözme becerilerinin güçlendirilmesi ve yaşam kalitelerini artırılması gibi konular hedeflenmelidir (Gao ve diğerleri, 2024).

Hasta eğitiminde, çeşitli bilgi ve tedavi seçeneklerinin karmaşıklığı, eğitim materyallerinde karmaşık bir dil kullanılması, kişileştirilmiş eğitim programlarının olmaması; hastaların uygun sağlık müdahalelerine katılım oranlarını azaltmakta ve hastalık yönetimi için bir risk faktörü oluşturmaktadır (de Wit ve diğerleri, 2022; Costa ve diğerleri, 2023). Bu bağlamda sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttırılması, bireylerin sağlık durumları hakkında profesyonellerle iletişim kurmaları, gerekli tıbbi bilgileri edinmeleri ve bu bilgiler aracılığı ile olumlu sağlık davranışları göstermeleri için önemlidir (Kwon ve Y.Kwon, 2025) Fakat hastaların, hastalık yönetiminde sağlıklı davranış değişikliği yapabilmesi için sadece sağlık okuryazarlığı ile artan bilginin yeterli olmadığı, hastaların öz yeterlilik duygularıyla bu bilgiyi kullanmaya hazır olmalarının da gerekli olduğu bilinmektedir (Artino, 2012; Pan, Xie, Liu ve Zhu, 2025; Gao ve diğerleri, 2024; Liu, 2020). Bu konuda bireyselleştirilmiş eğitim yaklaşımları, dijital araçlarla desteklenen interaktif süreçler ve sosyal öğrenme mekanizmaları, bu iki psikolojik ve davranışsal boyutu güçlendirerek hem bireysel hem de toplumsal sağlık sonuçlarını iyileştirme potansiyeline sahiptir (Palabıyık, 2024; Yüce ve Muz, 2023). Bu sebeple hemşirelik bakım kapsamında bireyselleştirilmiş bakım planların oluşturulması bireyin kardiyovasküler risk faktörlerini daha etkili yönetmesine, öz bakım

davranışlarını gerçekleştirmesine, öz güveninin ve kendisine olan inancının artmasına katkı sağlamaktadır (Shrestra ve diğerleri, 2020; Zhang ve diğerleri, 2018).

Bu bağlamda yıllar içerisinde değişen geleneksel hemşirelik bakımının, hemşire liderliğindeki uygulamalara evrilmesi sonucunda bireyselleştirilmiş bakım ve eğitimin beraber sağlanması, hastaların psikososyal olarak desteklenmesine, sağlıklı yaşam tarzı değişikliği yapmasına ve PKG sonrası risklerin azaltılmasına katkı sağlamaktadır (Tunç, 2022; Zhang ve Qi, 2021). Hemşire liderliğindeki yaşam tarzı müdahale programları ile hastalarda, PKG' nın neden olduğu rahatsızlığa ilişkin tutum ve algılarını değiştirmek, öz bakım programlarını geliştirmek, tedaviye olan güvenini ve öz yeterlilik duygusunu geliştirmeye yönelik girişimler önerilmektedir (Liu ve diğerleri, 2018; Kargar ve diğerleri, 2021; Qiu, 2024; Zhao ve diğerleri, 2022). Hemşirelik girişimleri kapsamında; planlanmış hemşire- hasta görüşmeleri, planlı eğitim programları, hastalara yazılan motivasyon mektupları, motivasyonel telefon görüşmeleri, telefonla izlem, taburculuk sonrası erken dönemde yapılan görüşmeler ve ev ziyaretleri ile bireylerin hastalıkla ilgili sorumluluk ve farkındalığının artmasıyla yaşam tarzı değişikliği yapılmasına olanak sağlamaktadır (Kavradım, 2018). Bu nedenle hemşireler takip ve tedavi sürecinde bireyin kendi başarısına ilişkin algısını güçlendirmeye ve bunun devamlılığını sağlamaya odaklanarak, duruma özel davranış değişikliği için değiştirilebilir ve etkilenebilir yönü olan öz yeterliliğin geliştirilmesinde aktif rol oynamaktadır (Dilli, 2016). Örneğin, hemşire liderliğindeki bir kardiyovasküler önleme ve rehabilitasyon programı olan ve İspanya'da uyarlanan EUROACTION Projesi, hastaların daha sağlıklı bir yaşam tarzı benimsemesine destek olmuştur. Eğitim programıyla, anjinası olan hastaların önemli bir kısmının diyetlerinde değişiklik yaptıkları, günlük fiziksel aktivite düzeylerinin artığı ve anjina ataklarının azalmasıyla depresyonun da azaldığı gösterilmiştir (Qiu, 2024).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tasarımı

Bu çalışma; perkütan koroner girişim uygulanan bireylerin sağlık okuryazarlığı ve öz yeterlilik düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı, ilişki arayıcı, kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma 08.08.2025-10.10.2025 tarihleri arasında Bursa Şehir Hastanesi A Blok da bulunan kardiyoloji yataklı servislerinde yapılmıştır. Toplam 3 tane kardiyoloji servisi bulunmaktadır. Her bir serviste 20 yatak, 15 tane hasta odası bulunmaktadır. Servislerde 10 tane tek kişilik, 5 tane çift kişilik hasta odası bulunmaktadır. Her hasta için bir yatak, bir etajer, bir yemek masası, 1 refakatçı koltuğu, 1 televizyon ve 1 mini buz dolabı bulunmakta ve her hasta için sadece 1 tane refakatçı bulunmasına izin verilmektedir. Gündüz mesaisinde 3 hemşire, gece mesaisinde 2 hemşire olmak üzere her serviste 7 hemşire toplamda 21 hemşire çalışmaktadır. Gündüz ve gece mesaisinde her bir hemşire genel olarak 10 hastaya bakım vermektedir. Kardiyoloji servislerinde bir tane muayene odası, bir tane tedavi hazırlama odası, 1 bir tane hemşire odası, iki tane doktor odası, iki tane depo bulunmaktadır. Serviste takip edilen hasta profilleri çok yönlü olmakla beraber çoğunlukla kalp yetmezliği, akut koroner sendrom, aort stenozları, aritmi tanıları ve PKG, ablasyon, trans katater aortik kapak implantasyonu gibi girişimsel kardiyoloji hastaları takip edilmektedir.

Kardiyoloji servislerinde hemşirelik bakımı ve tedavi uygulamalarının yanı sıra online işlem üzerinden bireyin fizik muayene, ağrı, düşme riski, braden".lkjhsa risk skalası, hemşirelik bakım planı, hemşirelik devir notları, tedavi düzenleme ve uygulama gibi işlemleri de yapılabilmektedir. Hemşirelik bakım planları hastaların tanısı, yaşam bulguları, laboratuvar ve fiziksel muayene bulguları, sosyokültürel yapısı gibi özellikleri ile ilgili veriler değerlendirilerek bütüncül bakım kapsamında yapılmaktadır. Bakım planlarında hastaların sağlık okuryazarlığı ve öz yeterlilik düzeylerine ilişkin herhangi bir değerlendirme aracı kullanılmamaktadır. PKG sonrası servis takibi yapılan hastalar sağlık durumlarındaki değişkenlere bağlı olarak genellikle 1 – 2 gün sonra taburcu edilmektedir. Taburculuk

sırasında özel taburculuk eğitimi ve reçete verilmektedir. Taburculuk eğitimi içerisinde rutin olarak 1 ay sonra poliklinik kontrolü önerilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Grubu

Araştırmanın evrenini, perkütan koroner girişim (PKG) uygulanan koroner arter hastaları oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, Bursa Şehir Hastanesi A Blok Kardiyoloji Yataklı Servislerinde (1-2-3) çalışmaya gönüllü olan PKG uygulanan koroner arter hastaları oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü G*Power 3.1.9.7 yazılımı kullanılarak hesaplanmıştır. Literatürde benzer hasta gruplarında bildirilen ilişkiler ve klinik anlamlılık dikkate alınarak orta düzeyde bir korelasyon (r = 0.30) varsayılmıştır (Salgado,2023; Shajrawi,2022). İki yönlü hipotez altında, tip I hata olasılığı (α) 0,05 ve istatistiksel güç (1−β) 0,80 olarak belirlendiğinde, Pearson korelasyon analizi için gerekli minimum örneklem büyüklüğü 85 hasta olarak hesaplanmıştır. Araştırmada, 08.08.2025-10.10.2025 tarihleri arasında PKG uygulanan143 hastaya ulaşılmıştır. 5 hasta araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Araştırma 138 hasta ile yürütülmüştür.

Örnekleme dahil etme kriterleri

- 18-65 yaş arasında olması
- Perkütan koroner girişim uygulanan koroner arter hastaları
- Okuryazar olan
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalar
- En az 6 aydır koroner arter hastalığı tanısı olan hastalar

Dışlama kriterleri;

- PKG’ den başka koroner girişim uygulanan hastalar
- Verilen bilgilerin anlaşılmasını ve ölçeklerin uygulanmasına engel oluşturabilen görme, konuşma ve işitmeye bağlı hastalığı olanlar.
- Durumu stabil olmayan ciddi bir komplikasyon gelişen (ölümcül ritim bozukluğu olan vb.) hastalar
- Tanı almış nöropsikiyatrik bozukluğu olan hastalar

3.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması için Gönüllü Katılımcı Yazılı Onam Formu (Ek-1), Birey Tanıtım Formu (Ek -2) Kardiyak Öz Yeterlilik Ölçeği (Ek-3) ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Ek- 4) kullanılmıştır.

3.4.1. Birey tanıtım formu

Bu form araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Bayram, 2024; Salgado ve diğerleri, 2023; Wahyuni ve Setyowati, 2022). Formda hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, medeni durum, eğitim vb.) hastalık ve tedavi özellikleri (tanı, ilaç kullanımı, egzersiz yapma, özel diyet uygulama vb.) ve PKG ile ilgili özelliklerini (PKG sonrası takip ile ilgili bilgisi, daha önceki PKG varlığı, bir yakınına PKG uygulanması vb.) içeren 19 soru yer almaktadır (Ek-2).

3.4.2. Kardiyak öz-yeterlilik ölçeği

Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği" 1998 yılında Sullivan vd. (1998) tarafından koroner arter hastalarının öz-yeterliliklerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Bu ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirliği Bayram (2024) tarafından yapılmıştır. Ölçekte "Kontrol Semptomları" alt boyutu 8 maddeden (1,2,3,4,5,6,7,8.maddeler) ve "İşlevi Sürdürme" alt boyutu 5 maddeden (9,10,11,12,13.maddeler) oluşmaktadır. Hastalardan 13 maddenin her birini bilme veya bunlara göre hareket etme konusundaki güvenlerini 5'li likert ölçeğinde derecelendirmeleri istenmektedir (0=Hiç Emin Değilim, 1 =Biraz Eminim, 2=Orta Derecede Eminim, 3=Çok Eminim ve 4=Tamamen Eminim). Ölçekten en az 0 en çok 52 puan alınmaktadır. Ölçek puanı arttıkça hastaların öz yeterlilikleri artmaktadır. Türkçe ölçek geçerlilik güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,88 olarak saptanmıştır (Bayram, 2024). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,76 olarak bulunmuştur (Ek-3).

3.4.3. Sağlık okuryazarlığı ölçeği

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ) Suka ve diğerleri, (2013) tarafından yetişkin kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerini ölçmek amacıyla 2010 yılında Japonya'da geliştirilmiştir. Bu ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Türkoğlu ve arkadaşları (2021) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin; Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı (5 madde), İnteraktif Sağlık

Okuryazarlığı (5 madde), Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı (4 madde) olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Orijinal ölçeğin her bir maddesi “kesinlikle katılmıyorum” (1 puan) ile “kesinlikle katılıyorum” (5 puan) arasında değişen 5’li likert tipi şeklinde derecelendirilmiştir. Ölçek maddeleri 1-5 puan arasında puanlanmaktadır. Ölçekten toplamda 14 ile 70 puan alınmaktadır. Toplam puanın yükselmesi sağlık okuryazarlık düzeyinin yükseldiğini göstermektedir. Geçerlilik güvenilirlik yapılan çalışmada Cronbach alfa değeri 0,85 olarak saptanmıştır (Türkoğlu, 2021). Bu çalışmada ise Cronbach alfa değeri 0,76 olarak bulunmuştur (Ek-4).

3.5. Verilerin Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler 08.08.2025-10.10.2025 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın uygulanması için, etik onay (EK-5), kurum izni (Ek-7) ve Bursa İl Sağlık Müdürlüğü izni (Ek-6) alındıktan sonra dahil edilme kriterlerini karşılayan perkütan koroner girişim uygulanan hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek Gönüllü Katılımcı Onam Formu (Ek-1) alınmıştır. Yazılı onamları alınan hastalara Birey Tanıtım Formu, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Kardiyak Öz Yeterlilik Ölçeği uygulanmıştır. Araştırma verileri araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Her hasta ile görüşme ortalama 15-20 dk sürmüştür.

3.6. Verilerin Analizi

Bu araştırmada elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 29.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizine başlamadan önce, niceliksel verilerin dağılım özelliklerini belirlemek amacıyla Kolmogorov–Smirnov normallik testi uygulanmıştır. Testleri sonucunda hem Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği hem de Kardiyak Öz Yeterlilik Ölçeği ile nicel değişkenlere ait puanların normal dağılım göstermediği saptanmıştır. Bu nedenle araştırmanın test edilmesinde parametrik olmayan istatistiksel yöntemler tercih edilmiştir. Araştırma kapsamındaki iki grup içeren karşılaştırmalar için Mann–Whitney U testi, ikiden fazla grup içeren karşılaştırmalar için ise Kruskal–Wallis H testi kullanılmıştır. Üç ya da daha fazla gruplar arası karşılaştırmalarda gruplar arası farkın kaynağını belirlemek için Post -Hoc testlerden Dunn-Bonferroni testi kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için normal dağılım varsayımını gerektirmeyen Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Ölçeklerin ortalama, standart

sapma, minimum ve maksimum değerleri hesaplanmıştır. Kategorik verilerin sayı ve yüzde dağılımları verilmiştir. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak kabul edilmiştir.

Çizelge 2.1. Normallik testi sonuçları

	Kolmogorov-Smirnov[a]		
	İstatistik	**N**	**P**
Kardiyak Öz Yeterlilik Toplam	0,083	138	0,021
Kontrol Semptomları	0,108	138	0,000
İşlevi Sürdürme	0,105	138	0,001
SOYÖ Toplam	0,045	138	,200*
Fonksiyonel	0,083	138	0,020
İnteraktif	0,100	138	0,002
Eleştirel	0,139	138	0,000

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanması için, Gazi Üniversitesi Etik Komisyon'undan 08/07/2025 tarihli, 11 sayılı karar ile etik komisyon onayı alınmıştır (Araştırma Kodu-2025-1257) (Ek-5). Etik onayının alınmasından sonra Bursa Şehir Hastanesinden kurum izni alınmıştır (Ek-7). Kurum izninin alınmasıyla Bursa İl Sağlık Müdürlüğünden çalışma izin yazısı alınmıştır (Ek-6). Araştırma Helsinki Bildirgesi çerçevesinde yürütülmüştür. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve çalışma kriterlerini karşılayan kardiyoloji servis takibinde olan hastalara, araştırmanın amacını anlatan "Gönüllü Katılımcı Onam Formu'' (EK-1) kullanılarak yazılı onam alınmıştır. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğini geliştiren Sayın Nihal Türkoğlu'ndan e-posta ile iletişime geçerek ölçeğin kullanım izni alınmıştır (EK-8). Kardiyak Öz Yeterlilik Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Sayın Sibel Bayram ile e-posta yoluyla iletişime geçilerek ölçek kullanım izni alınmıştır (EK-8).

3. BULGULAR

"Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Sağlık okuryazarlığı ve Öz Yeterlilik Düzeyi Arasındaki İlişki" yi araştırmak amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıdaki gibidir.

4.1. Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 3.1. Perkütan koroner girişim uygulanan hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular (n=138)

		N	%
Yaş (Ort.55,62±7,7)	31-42	10	7,2%
	43-54	39	28,3%
	55-65	89	64,5%
Cinsiyet	Kadın	25	18,1%
	Erkek	113	81,9%
Eğitim düzeyi	Okur-Yazar	55	39,9%
	İlköğretim	34	24,6%
	Ortaöğretim	26	18,8%
	Lisans ve üzeri	23	16,7%
Medeni durum	Evli	121	87,7%
	Bekar	17	12,3%
Çalışma durumu	Çalışıyor	65	47,1%
	Çalışmıyor	73	52,9%
Gelir düzeyi	Gelir Gidere Eşit	52	37,7%
	Gelir Giderden Az	61	44,2%
	Gelir Giderden Fazla	24	17,4%
Sigara içme	İçiyor	70	50,7%
	Hiç İçmemiş	36	26,1%
	Bırakmış	32	23,2%
Egzersiz yapma	Hiç	93	67,4%
	Ara Sıra	38	27,5%
	Düzenli	7	5,1%
Kalp koruma diyeti uygulama	Var	23	16,7%
	Yok	115	83,3%
Yaşadığı yer	İl	70	50,7%
	İlçe	58	42,0%
	Köy	10	7,2%

Çizelge 3.1. (devam) Perkütan koroner girişim uygulanan hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular (n=138)

		N	%
Birlikte yaşanılan kişi	Yalnız	5	3,6%
	Eş	51	37,0%
	Eş ve Çocuk	69	50,0%
	Diğerleri	13	9,4 %
PKG uygulama tanısı**	SAP	55	39,9%
	USAP	13	9,4%
	STEMI	28	20,3%
	NONSTEMI	25	18,1%
	AKS	7	5,1%
	ELEKTİF	10	7,2%
Düzenli sağlık kontrolü	Evet	70	50,7%
	Hayır	68	49,3%
İlaç kullanımı	Var	118	85,5%
	Yok	20	14,5%
İlaç sayısı	1-3 İlaç	31	22,5%
	4-6 İlaç	53	38,4%
	>7	34	24,6%
Geçmiş PKG öyküsü olma	Evet	76	55,1%
	Hayır	62	44,9%
PKG yapılan damar sayısı	1	94	68,1%
	2	41	29,7%
	>2	3	2,2%
PKG gerçekleşme şekli	Planlı	62	44,2%
	Acil	76	55,1%
Takip ve hastalıkla ilgili bilgi	Yok	59	42,8%
	Var	79	57,2%

**AKS=Akut koroner sendrom, STMI=ST yükselmeli MI, NONSTMI=ST yükselmesiz MI, SAP= Stabil anjina pektoris, USAP= Unstabil anjina pektoris, Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma, Min=Minimum, Maks=Maksimum

Çizelge 4.1'de perkütan koroner girişim uygulanan hastalara ait tanıtıcı özellikler yer almaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 55,62±7,7 olarak %64,5'nın 55-65 yaş aralığında, %81,9'un erkek, %39,9'nun temel seviye okur –yazar, %87,7'sinin evli, %52,9'nun çalışmadığı, %42,2'sini gelir giderden az olduğu, %67,4'ünün hiç egzersiz yapmadığı, %83,3'nün kalp koruma diyeti uygulamadığı, %50,7'sinin ilde yaşadığı, %49,3'nün eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların %39,9' unun PKG uygulanması için stabil anjina pektoris (SAP) tanısı aldığı, %50,7'sinin düzenli sağlık kontrolüne gittiği, %85,5'inin ilaç kullandığı, %38,4'ünün 4-6 tane ilaç kullandığı, %55,1'inin geçmiş PKG öyküsünün olduğu, %68,1'ine 1 tane damara PKG uygulandığı,

%55,1'inin işlemin gerçekleşme şeklinin acil olduğu ve %57,2' nin işlem sonrası takip ve hastalıkla ilgili bilgisinin olduğu belirtmiştir.

4.2. Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastaların Kardiyak Öz Yeterlilik ve Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Çizelge 3.2. Hastaların Kardiyak Öz Yeterlilik ölçeği ve Sağlık Okuryazarlık Ölçeği toplam ve alt boyut puanları (n=138)

	N	Min.	Maks.	Ort.	S.S.
Kardiyak Öz Yeterlilik Ölçeği Toplam	138	3,00	48,00	25,5362	8,82941
Kontrol Semptomları	138	1,00	32,00	13,4493	6,67173
İşlevi Sürdürme	138	0,00	20,00	12,0870	4,08572
SOYÖ Toplam	138	26,00	67,00	46,7319	8,67376
Fonksiyonel	138	5,00	25,00	14,1087	4,90595
İnteraktif	138	9,00	25,00	18,3043	3,23667
Eleştirel	138	4,00	20,00	14,3188	3,54118

Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma, Min=Minimum, Maks=Maksimum

Çizelge 4.2.'de Kardiyak Öz Yeterlilik Ölçeği ve SOYÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları yer almaktadır. Kardiyak Öz Yeterlilik Ölçeği alt boyutlarından "Kontrol Semptomları" alt boyut puan ortalaması 13,44±6,67 ve "İşlevi Sürdürme" alt boyut puan ortalaması 12,08±4,08 olarak bulunmuştur. Kardiyak Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalamasının 25,53 ± 8,82 olduğu görülmektedir. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği alt boyutlarından "Fonksiyonel" alt boyut puan ortalaması 14,10± 4,90, "İnteraktif" alt boyut puan ortalaması 18,30 ± 3,23 ve "Eleştirel" alt boyut puan ortalaması 14,31 ± 3,54 olarak bulunmuştur. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamasının 46,73 ± 8,67 olduğu belirlenmiştir.

4.3. Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kardiyak Öz Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Çizelge 3.3. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Kardiyak Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalamaların karşılaştırılması (n=138)

	Özellik	**N**	**Min**	**Maks.**	**Ort**	**S.S.**	**U**	**P**
Yaş	31-42	10	20,00	47,00	31,10	8,71	Kw= 2,223	0,136
	43-54	39	10,00	48,00	27,21	9,36		
	55-65	89	3,00	43,00	24,18	8,32		
Cinsiyet	Kadın	25	3,00	43,00	22,92	10,41	U= 1127,000	0,114
	Erkek	113	9,00	48,00	26,12	8,38		
Eğitim düzeyi	Okur-Yazar	55	3,00	48,00	22,87	8,81	Kw= 10,991	**0,027**
	İlköğretim	34	10,00	48,00	26,88	9,22		
	Ortaöğretim	26	17,00	38,00	25,77	5,78		
	Lisans ve üzeri	23	10,00	46,00	29,16	9,11		
Medeni durum	Evli	121	3,00	48,00	25,69	8,74	Kw= 3,942	0,268
	Bekar	17	18,00	44,00	29,00	11,14		
Çalışma durumu	Çalışıyor	65	15,00	48,00	27,65	8,69	U= 1843,5	**0,024**
	Çalışmıyor	73	3,00	43,00	23,66	8,58		
Gelir düzeyi	Gelir Gidere Eşit	52	9,00	47,00	25,50	8,31	Kw= 6,320	**0,042**
	Gelir Giderden az [b]	61	3,00	48,00	23,97	8,64		
	Gelir Giderden Fazla [a]	25	9,00	48,00	29,44	9,44		
Sigara içme	İçiyor	70	3,00	48,00	25,94	9,89	Kw= 0,010	0,995
	Hiç İçmemiş	36	13,00	40,00	25,39	7,28		
	Bırakmış	32	9,00	44,00	24,81	8,12		
Egzersiz yapma	Hiç [b]	93	3,00	48,00	23,94	8,38	Kw= 10,572	**0,005**
	Ara Sıra [a]	38	9,00	48,00	28,37	9,01		
	Düzenli	7	20,00	47,00	31,43	8,50		
Kalp koruma diyeti uygulama	Var	23	17,00	44,00	29,83	7,70	U= 842,0	**0,006**
	Yok	115	3,00	48,00	24,68	8,82		
Yaşadığı yer	İl	70	6,00	48,00	25,90	8,61	Kw= 1,002	0,606
	İlçe	58	10,00	48,00	25,67	9,04		
	Köy	10	3,00	33,00	22,20	9,31		
Birlikte yaşanılan kişi	Yalnız	6	16,00	46,00	27,80	11,32	Kw= 1,895	0,755
	Eş	51	3,00	43,00	26,49	9,62		
	Eş ve Çocuk	68	10,00	48,00	25,50	8,04		
	Diğerleri	13	9,00	44,00	14,67	6,13		
PKG uygulama tanısı**	SAP	55	9,00	44,00	24,56	7,44	Kw= 4,930	0,424
	USAP	13	10,00	43,00	27,77	10,22		
	STEMI	28	10,00	48,00	27,04	9,84		
	NONSTEMI	25	3,00	48,00	23,60	11,11		
	AKS	7	16,00	33,00	26,43	6,70		
	ELEKTİF	10	21,00	37,00	28,00	5,27		

Çizelge 4.3. (devam) Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Kardiyak Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalamaların karşılaştırılması (n=138)

	Özellik	N	Min	Maks.	Ort	S.S.	U	P
Düzenli sağlık kontrolü	Evet	69	10,00	48,00	27,90	8,22	U= 1604,50	**0,001**
	Hayır	69	3,00	48,00	23,17	8,84		
İlaç kullanımı	Var	118	3,00	48,00	25,75	8,88		
	Yok	20	13,00	48,00	24,30	8,67		
İlaç sayısı	1-3 İlaç	31	9,00	48,00	28,94	10,35	Kw= 0,921	0,337
	4-6 İlaç	53	9,00	40,00	24,87	7,36		
	>7	34	3,00	43,00	25,00	9,84		
Geçmiş PKG öyküsü olma	Evet	76	3,00	46,00	25,07	8,50	U= 2304,0	0,824
	Hayır	62	9,00	48,00	26,11	9,26		
PKG yapılan damar sayısı	1	94	3,00	48,00	25,90	8,42		
	2	41	6,00	46,00	24,39	9,37	Kw= 1,129	0,569
	>2	3	20,00	47,00	29,67	15,04		
PKG gerçekleşme şekli	Planlı	62	9,00	48,00	25,27	7,95	U= 2280,0	0,745
	Acil	76	3,00	48,00	25,75	9,53		
Takip ve hastalıkla ilgili Bilgi	Yok	59	3,00	47,00	23,08	8,91	U= 2,342	**0,004**
	Var	79	20,00	40,00	28,33	7,55		

U= Mann Whitney U testi Kw= Kruskal Wallis H testi P<0,05, Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma, Min=Minimum, Maks=Maksimum, post hoc a>b **AKS=Akut koroner sendrom, STMI=ST yükselmeli MI, NONSTMI=ST yükselmesiz MI, SAP= Stabil anjina pektoris, USAP= Unstabil anjina pektoris,

Çizelge 4.3.'de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Kardiyak Öz Yeterlilik Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulgular görülmektedir. Çalışmamızda hastaların eğitim düzeyine göre kardiyak öz yeterlilik puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Anlamlılık bulunan çoklu gruplar arasındaki farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Dunn- Bonferroni post-hoc analizi uygulanmıştır. Buna göre ikili grup karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Çalışmamızda hastaların gelir düzeyine göre kardiyak öz yeterlilik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Yapılan post hoc analizi (Bonferroni) sonuçları incelendiğinde, gelir düzeyine göre grupları arasındaki farklılığın "gelir giderden fazla" ve "gelir giderden az" grupları arasında ortaya çıktığı bulunmuştur.

Buna göre geliri giderinden az olan bireylerin geliri giderden fazla olan bireylere göre kardiyak öz yeterlilik puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür (p <0,05).

Çalışmamızda hastaların egzersiz yapma durumuna göre kardiyak öz yeterlilik puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan post hoc analizi (Bonferroni) sonuçları incelendiğinde, gruplar arasındaki anlamlı farkın "hiç egzersiz yapmıyorum" ve "ara sıra egzersiz yapıyorum" grupları arasında ortaya çıktığı bulunmuştur. Buna göre ara sıra egzersiz yapan bireylerin Kardiyak Öz Yeterlilik puan ortalaması, hiç egzersiz yapmayan bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışmamızda hastaların kalp koruma diyeti uygulama, çalışma ve sağlık kontrolleri yapma durumlarına göre Kardiyak Öz Yeterlilik puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre kalp koruma diyeti uygulayanların (29,83±7,70) kalp koruma diyeti uygulamayanlara göre (24,68±8,82), düzenli sağlık kontrolleri yaptıranların (27,90±8,22) düzenli sağlık kontrolü yaptırmayanlara (23,17±8,84) göre, çalışanların (27,65 ±8,69) çalışmayanlara (23,66±8,58) göre, takip ve hastalık ile ilgili bilgi sahibi olanların (28,08±8,91) bilgi sahibi olmayanlara göre (23,33±7,55) Kardiyak Öz Yeterlilik puan ortalamalarının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çalışmamızda hastaların yaş, medeni durum, cinsiyet, sigara içme, yaşanılan yer, PKG uygulama tanısı, ilaç kullanımı, geçmiş PKG öyküsü olması, PKG uygulanan damar sayısı, PKG işlemin gerçekleşme şekli (planlı/acil), birlikte yaşanılan kişiler ile ilgili tanıtıcı özelliklerine göre Kardiyak Öz Yeterlilik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.4. Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Çizelge 3.4. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Sağlık Okuryazarlık Ölçeği toplam puan ortalamaların karşılaştırılması (n=138)

	Özellik	**N**	**Min**	**Maks.**	**Ort**	**S.S.**	**U**	**P**
Yaş	31-42	10	43,0	65,00	52,90	7,65	Kw= 1,902	0,168
	43-54	39	36,0	67,00	49,03	7,34		
	55-65	89	26,0	65,00	45,03	8,85		
Cinsiyet	Kadın	25	26,0	64,00	45,84	10,04	1382,500	0,868
	Erkek	113	26,0	67,00	46,93	8,38		
Eğitim düzeyi	Okur-Yazar [b]	55	26,0	60,00	43,13	8,52	Kw= 17,474	**0,002**
	İlköğretim [a]	34	31,0	67,00	48,50	8,91		
	Ortaöğretim	26	36,0	63,00	47,88	7,28		
	Lisans ve üzeri [a]	23	34,0	65,00	51,53	6,83		
Medeni durum	Evli	121	26,0	67,00	46,74	8,52	Kw= 7,468	0,058
	Bekar	17	49,0	65,00	55,75	6,99		
Çalışma durumu	Çalışıyor	65	33,0	67,00	49,12	7,68	U= 1744,500	**0,007**
	Çalışmıyor	73	26,0	64,00	44,60	9,00		
Gelir düzeyi	Gelir Gidere Eşit	52	26,0	67,00	47,15	7,94	Kw= 2,675	0,263
	Gelir Giderden Az	61	26,0	65,00	45,44	9,20		
	Gelir Giderden Fazla	25	34,0	63,00	49,00	8,59		
Sigara içme	İçiyor	70	26,00	67,00	45,33	8,99	Kw= 4,882	0,087
	Hiç İçmemiş	36	26,00	64,00	48,56	8,61		
	Bırakmış	32	32,00	65,00	47,75	7,70		
Egzersiz yapma	Hiç	93	27,00	65,00	45,74	8,17	Kw= 4,156	0,125
	Ara Sıra	38	26,00	67,00	48,58	10,02		
	Düzenli	7	44,00	56,00	49,86	5,24		
Kalp koruma diyeti uygulama	Var	23	36,00	65,00	51,26	8,09	U= 867,000	**0,009**
	Yok	115	26,00	67,00	45,83	8,53		
Yaşadığı yer	İl	70	30,00	67,00	48,14	8,34	Kw= 3,352	0,187
	İlçe	58	26,00	64,00	45,72	8,85		
	Köy	10	27,00	54,00	42,70	8,72		
Birlikte yaşanılan kişiler	Yalnız	6	35,00	56,00	48,00	8,43	Kw= 2,989	0,560
	Eş	51	27,00	65,00	47,88	8,99		
	Eş ve Çocuk	68	26,00	67,00	46,16	8,06		
	Diğerleri	13	26,00	63,00	29,67	3,51		

Çizelge 4.4. (devam) Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre SOYÖ toplam puan ortalamaların karşılaştırılması (n=138)

	Özellik	N	Min	Maks.	Ort	S.S.	U	P
PKG uygulama tanısı **	SAP	55	26,00	65,00	47,80	8,86	Kw= 5,810	0,325
	USAP	13	36,00	56,00	45,08	5,98		
	STEMI	28	30,00	63,00	45,18	8,73		
	NONSTEMI	25	27,00	67,00	45,40	9,94		
	AKS	7	35,00	60,00	49,00	8,27		
	ELEKTİF	10	34,00	60,00	49,10	7,43		
Düzenli sağlık kontrolü	Evet	69	30,00	65,00	49,41	8,00	Kw= 1523,000	**0,000**
	Hayır	69	26,00	67,00	44,06	8,55		
İlaç kullanımı	Var	118	26,00	67,00	47,18	8,84		
	Yok	20	31,00	59,00	44,10	7,22		
İlaç sayısı	1-3 İlaç	31	32,00	67,00	47,91	9,03	Kw= 2,905	0,088
	4-6 İlaç	53	26,00	63,00	48,06	7,49		
	>7	34	26,00	65,00	45,09	10,21		
Geçmiş PKG öyküsü olma	Evet	76	26,00	60,00	45,95	8,49	U= 2165,000	0,413
	Hayır	62	26,00	67,00	47,69	8,87		
PKG yapılan damar sayısı	1	94	26,00	67,00	46,85	8,57	Kw= 0,720	0,698
	2	41	26,00	65,00	46,15	9,05		
	>2	3	46,00	60,00	51,00	7,81		
PKG gerçekleşme şekli	Planlı	62	26,00	65,00	48,94	8,02	U= 1714,000	**0,006**
	Acil	76	26,00	67,00	44,93	8,82		
Takip ve hastalıkla ilgili Bilgi	Yok	59	26,00	67,00	44,44	9,69	U= 2,719	**0,007**
	Var	79	45,00	56,00	49,83	3,82		

U= Mann Whitney U testi Kw= Kruskal Wallis H testi P<0,05, Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma, Min=Minimum, Maks=Maksimum, post hoc a>b **AKS=Akut koroner sendrom, STMI=ST yükselmeli MI, NONSTMI=ST yükselmesiz MI, SAP= Stabil anjina pektoris, USAP= Unstabil anjina pektoris,

Çizelge 4.4.'de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre SOYÖ puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Çalışmamızda hastaların eğitim düzeyine göre SOYÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Anlamlılık bulunan çoklu gruplar arasındaki farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Dunn- Bonferroni post-hoc analizi uygulanmıştır. Buna göre ikili grup karşılaştırmalarında okur-yazar grubunun SOYÖ toplam puanlarının ilköğretim (p=,032) ve lisans ve üzeri mezunlarına (p=,002) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Çalışmamızda hastaların çalışma durumu, kalp koruma diyet uygulama, düzenli sağlık kontrolleri ve PKG gerçekleşme şekli (acil/planlı) durumlarına göre SOYÖ puan

ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Buna göre çalışanların (49,12 ±7,68) çalışmayanlara (44,60±9,00) göre, kalp koruma diyeti uygulayanların (51,26±8,09) kalp koruma diyeti uygulamayanlara (45,83±8,53) göre, düzenli sağlık kontrolü yaptıranların (49,41±8,00) düzenli sağlık kontrolü yaptırmayanlara (44,06±8,55) göre, PKG işleminin gerçekleşme şekli planlı olanların (48,94±8,02), PKG işleminin gerçekleşme şekli acil olanlara (44,93±8,82) göre, takip ve hastalıkla ilgili bilgi sahibi olanların (49,83±3,82) bilgi sahibi olmayanlara göre (44,44±9,69) göre SOYÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, sigara içme, egzersiz yapma, yaşanılan yer, birlikte yaşanılan kişi, PKG uygulama tanısı, geçmiş PKG öyküsü olması durumu, ilaç kullanımı, ilaç sayısı, PKG uygulanan damar sayısı gibi tanıtıcı özelliklerine göre SOYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

4.5. Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastaların Kardiyak Öz Yeterlilik Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Çizelge 3.5. Kardiyak Öz Yeterliliği ve Sağlık Okuryazarlığı arasındaki ilişki(n=138)

		Kardiyak Öz Yeterlilik	**SOY**
Kardiyak Öz Yeterlilik	**Pearson Korelasyonu**	1	,230**
	P		0,007
	N	138	138
SOY	**Pearson Korelasyonu**	,230**	1
	P	0,007	
	N	138	138

** Korelasyon 0,01 düzeyinde (2-tailed) önemlidir.

Çizelge 4.6'da PKG uygulanan hastalarda Kardiyak Öz Yeterlilik Ölçeği ve SOYÖ toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmamızda Kardiyak Öz Yeterlilik Ölçeği ile SOYÖ arasındaki ilişkinin zayıf düzeyde, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (r=0,230; p=0,007). Bu bulgu, sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça kardiyak öz yeterlilik düzeyinin de anlamlı biçimde artma eğiliminde olduğunu göstermektedir.

4. TARTIŞMA

Bu çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında tartışılmıştır.

5.1. Hastaların Kardiyak Öz Yeterlilik Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Puan Ortalamasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Kardiyak Öz Yeterlilik Ölçeğinin puan ortalamasının tartışılması

Kardiyak öz yeterlilik, kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili sağlık davranışlarının yönetimi ve sağlıklı yaşam tarzlarının benimsenmesinde ve hastalık prognozunu belirlemede önemli bir role sahiptir (Nuraeni ve diğerleri, 2023; Zhang ve diğerleri, 2018; O'Neil ve diğerleri, 2013; Kargar ve diğerleri, 2021) Bu çalışmada PKG uygulanan koroner arter hastalarında hastalık yönetim davranışlarının artmasında önemli bir faktör olan öz yeterlilik düzeyinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Çalışmamızda kardiyak öz yeterlik ölçek toplam puanın kesme değeri, ölçek puanlarının dağılımı dikkate alınarak ortalama ±1 standart sapma yöntemiyle belirlenmiştir. Buna göre (≤ 16,71 puan) düşük düzey kardiyak öz yeterlilik, (16,72-34,36 puan) orta düzey kardiyak öz yeterlilik ve (≥34,37 puan) yüksek düzey kardiyak öz yeterlilik olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda hastaların kardiyak öz yeterlik ölçek puan ortalaması 25,53 ±8,82 olup orta düzeyde kardiyak öz yeterliliğe sahip oldukları belirlenmiştir. Çalışmamız bulguları ile tutarlı olarak PKG uygulanan KAH hastaları ile yapılan bazı çalışmalarda hastaların orta düzey öz yeterliliğe sahip oldukları gösterilmiştir (He, Zhou, Y. Wang, Chen ve F. Wang ve diğerleri, 2025; Salgado ve diğerleri, 2023; W. Liu ve diğerleri, 2023). Bu çalışmalardan, He ve arkadaşlarının (2025) Çin de PKG uygulanan hastalarda, öz yeterliliğin algılanan yük ve kinezyofobi üzerindeki etkisini incelediği çalışmasında hastaların orta düzeyde öz yeterliliğe sahip oldukları gösterilmiştir (He ve diğerleri, 2025). Salgado ve arkadaşlarının (2023) PKG sonrası hastaların öğrenme ihtiyaçları ve öz yeterliliklerini incelediği çalışmasında da hastaların orta düzeyde öz yeterlilik gösterdiklerini belirtmektedir (Salgado ve diğerleri, 2023). Benzer şekilde Liu ve arkadaşlarının (2023) PKG uygulanan genç ve orta yetişkinlerde öz yeterliliğin sağlık okuryazarlığı ve sosyal destek üzerindeki etkisini incelediği çalışmasında hastaların orta düzeyde öz yeterliliğe sahip oldukları bulunmuştur (W. Liu ve diğerleri, 2023). Çalışmamızdan farklı olarak literatürde yapılan bazı çalışmalarda PKG uygulanan hastaların düşük düzeyde öz yeterliliğe sahip olduğu

bulunmuştur (Salari ve diğerleri, 2016; Liu ve diğerleri, 2018; Liu ve diğerleri, 2024). Bu çalışmalardan farklı olarak, Yao ve arkadaşlarının (2024) PKG uygulanan yaşlı hastaların yüksek öz yeterliliğe sahip olduklarını belirtmektedir (Yao ve diğerleri, 2024). Nuraeni ve arkadaşlarının (2025) çalışmasında KAH hastaların %91,2'sin yüksek öz yeterlilik gösterdiğini tespit etmiştir (Nuraeni ve diğerleri, 2025). Bu çalışma sonuçları arasındaki farklılığın, hastaların hastalık algıları, klinik durumları, kültürel özellikleri, tedavi sürecine ilişkin bilgi ve farkındalık düzeyleri gibi öz yeterliliği etkileyen diğer değişkenlerden kaynaklanabileceği belirtilmektedir (Kargar ve diğerleri, 2021; Sugiharto ve diğerleri, 2023). Çalışmamızda hastaların orta düzey öz yeterlilik düzeyinde olması hastaların PKG yapılmayı gerektiren sağlık durumları ile ilgili hastalık şiddetlerinin ve semptom yüklerinin farklılık göstermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca hastaların %42,8'inin PKG hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını belirtmesi ise öz yeterlilik puanlarının yüksek seviyelere ulaşmasını engelleyen bir faktör olabileceği düşünülmektedir. Bu sonuçlar hastaların hastalık yönetimleri ile ilgili tedaviye uyum, yaşam tarzı değişiklikleri gibi işlevi sürdürme ve semptom kontrolü gibi alanlarda daha fazla eğitime ihtiyaç duyduklarını göstermektedir.

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamasının tartışılması

Sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireylerin KAH risk faktörlerini tanıma, önleme ve yönetme kapasitesini etkilemektedir. Yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlıklı bir yaşam tarzı benimseme ve risk faktörlerinin kontrolünde etkili olduğu gösterilmektedir (Brors ve diğerleri, 2022; Du ve diğerleri, 2022). Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı ölçek kesme değeri, ölçek puanlarının dağılımı dikkate alınarak ortalama ±1 standart sapma yöntemiyle belirlenmiştir. Çalışmamızda ölçek puanları (≤ 38,06 puan) düşük düzey, (38,07-55,41 puan) orta düzey ve (≥55,42 puan) yüksek düzey sağlık okuryazarlığı olarak belirlenmiştir. Buna göre çalışmamızda hastaların SOYÖ puan ortalaması 46,73±8,67 olarak belirlenmiş olup hastaların orta düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip oldukları bulunmuştur.

Çalışmamızla benzer olarak Korkut ve arkadaşlarının (2022) kardiyovasküler hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların orta düzey sağlık okuryazarlığına sahip oldukları bulunmuştur (Korkut, Karadağ, Yılmaz ve Oğuzhan, 2022). Çalışmamızın aksine Liu ve arkadaşlarının (2024), Liu ve arkadaşlarının (2023) ve Fisher ve arkadaşlarının (2023) PKG uygulanan hastalarda, sağlık

okuryazarlık düzeyini incelediği çalışmalarında hastaların düşük düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip oldukları bulunmuştur (Liu ve diğerleri, 2024; Fisher ve diğerleri, 2023; W.Liu ve diğerleri, 2023). Çalışmamızda hastaların yarısına yakınına (%42) PKG işleminin planlı olarak uygulandığı için hastaların sağlık bilgisine ulaşma ve kullanma için yeterli zamanlarının olmasından dolayı orta düzeyde sağlık okuryazarlık düzeyi gösterdikleri düşünülmektedir.

5.2. Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kardiyak Öz Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması

Perkütan koroner girişimin akut miyokard enfarktüslü hastalarda mortaliteyi düşürdüğü, rahatsızlık semptomlarını azalttığı ve prognozu iyileştirmede etkili olduğu fakat koroner ateroskleroz oluşumunu engellemediği ve hastaların koroner arter hastalığıyla yaşamaya devam ettiği bilinmektedir (Shi ve diğerleri, 2022; Zhao ve diğerleri, 2022). Koroner arter hastalarının davranış değişikliği yapmak için yeterli düzeyde öz yeterliliğe sahip olması gerekmektedir (Liu ve diğerleri, 2024). Öz yeterlilik, bireylerin davranışlarını, motivasyonlarını ve performanslarını şekillendiren temel bir psikolojik kavram olarak, birçok içsel ve çevresel faktörden etkilenmektedir (Pan ve diğerleri, 2025). Çalışmamızda hastaların tanıtıcı özellikleri açısından kardiyak öz yeterlilik puanları araştırılmıştır.

Çalışmamızda eğitim düzeyine göre kardiyak öz yeterlilik ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır . Ancak farkın hangi gruplar arasından kaynağını belirlemek amacıyla yapılan post hoc analizi sonucunda gruplar arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu sonucun hastaların eğitim düzeyine göre kardiyak öz yeterlilik puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı çıkan farkın belirli bir grup üzerinde yoğunlaşmadığını ve örneklemin homojen dağılım göstermemesi ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Literatürde çalışmamızla benzer olarak hem PKG uygulanan hem de PKG uygulanmayan KAH hastalarında eğitim düzeyi arttıkça öz yeterlilik düzeyinin artacağı belirtilmektedir (He ve diğerleri, 2025; Erbakan ve Uysal, 2024; Karakulle, 2023; Güneş ve Çelik, 2022; Du ve diğerleri, 2022; Sarkar ve diğerleri, 2007; Kargar ve diğerleri, 2021). Düşük eğitim düzeyi, tedavi gereksinimin anlaşılamaması, bilgi yetersizliği gibi faktörler koroner arter hastalarında tedavi uyumunu olumsuz etkilemektedir (Ozan, 2025). Eğitim düzeyindeki artışın hastaların sağlık bilgisi, hastalık yönetimi becerileri ve sağlık hizmetleriyle etkileşim düzeyinin artabileceği için öz yeterlik düzeylerini de olumlu olarak

etkileyebileceği düşünülmektedir. Çalışmamızın aksine PKG uygulanan ve uygulanmayan KAH hastalarının eğitim düzeyi ve öz yeterlilik düzeyleri arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Liu ve diğerleri, 2018; Shrestha ve diğerleri, 2020; Kärner Köhler ve diğerleri, 2018; LaPier ve diğerleri, 2009; Lauck ve diğerleri, 2009; Nuraeni ve diğerleri, 2023). Literatürdeki bu farklılıkların çalışma popülasyonu ile ilgili toplumsal ve kültürel özelliklerden etkilenen sağlık sistemine erişim, hastalık algısı ve tedaviye katılım gibi öz yeterliliği etkileyen diğer faktörler arasındaki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, çalışan hastaların çalışmayanlara göre kardiyak öz yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışma bulgumuz ile benzer olarak Erbakan ve Uysal (2024)'ın MI geçiren hastalarla ve Karakulle (2023)'in Akut koroner sendromlu hastalarla yürüttüğü çalışmaların da çalışan grubun öz yeterliliğin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Erbakan ve Uysal, 2024; Karakulle, 2023). Çalışma sonucumuzdan farklı olarak çalışma durumunun öz yeterlilik puanı için anlamlı fark oluşturmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Güneş ve Çelik, 2022; Lauck ve diğerleri, 2009). Bunun nedeni olarak hastaların çalışma düzeylerinde ve koşullarındaki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda gelir düzeyi fazla olan grubun kardiyak öz yeterlilik düzeyi gideri fazla olan grubunkinden daha yüksek bulunmuştur. Literatürdeki bazı çalışmalar da gelir düzeyi yüksek olan hastaların öz yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Erbakan ve Uysal,2024; Du ve diğerleri, 2022; He ve diğerleri, 2025; LaPier ve diğerleri, 2009). Çalışmamızla benzer olarak Liu ve arkadaşlarının (2018) MI sebebiyle PKG uygulanan ve Salari ve arkadaşları (2016)'nın PKG sonrası hastaların öz yeterliliklerini incelediği çalışmalarında gelir durumu yüksek olan hastaların öz yeterliliklerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Salari ve diğerleri, 2016; Liu ve diğerleri, 2018). Ancak bazı çalışmalarda, çalışmamızdan farklı olarak KAH hastalarında gelir düzeyi ile öz yeterlik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur (Shrestha ve diğerleri, 2020; Kärner Köhler ve diğerleri, 2018). Literatürdeki çalışma sonuçları arasındaki farklılıkların nedeni olarak ekonomi ile ilişkili olarak sağlık finansman sistemlerindeki farklılarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda gelirin gidere oranla fazla olmasının yarattığı ekonomik rahatlık, tedavi maliyetlerini karşılama, ilaç temini ve kontrolleri düzenli sürdürme gibi süreçlerde bireyin kendine güvenini artırdığı ve öz yeterlilik düzeyini olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hiç egzersiz yapmayan hastaların kardiyak öz yeterlilik ölçek puan ortalamaları, ara sıra egzersiz yapan hastalara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Çalışmamızın bu bulgusu ile benzer olarak He ve arkadaşlarının (2025) PKG uygulanan hastalarla ve Güneş ve Çelik (2022) KAH hastalarıyla yürüttüğü çalışmaların da egzersiz yapan hastaların öz yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Güneş ve Çelik, 2022; He ve diğerleri, 2025). Kalp hastalarında egzersizin, stent düşmesine yol açacağı korkusu ve kalp sağlığı üzerindeki faydalarını bilinmemeleri, egzersizin sağlıklarını tehdit edebileceğini düşünmelerine bağlı olarak kendilerine olan güvenlerinin ve öz yeterliliklerini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (He ve diğerleri, 2025). Kardiyolojik rehabilitasyon kapsamında, egzersiz davranışının düşük olmasına neden olarak hastalıkla ilgili bilgi eksikliği, sosyal destek azlığı ve öz yeterliliğin düşük olması gösterilmektedir (Shi ve diğerleri, 2022). Çalışmamızda da hastaların egzersiz yapma durumuyla ilgili bilgi sahibi olmaları ve egzersizin öz güvenlerini arttırmasıyla öz yeterlilik düzeylerini de olumlu olarak etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kalp koruma diyeti uygulayanların, kardiyak öz yeterlilik ölçek puan ortalamaları, kalp koruma diyeti uygulamayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızın bu bulgusu hastaların , diyetlerine uyumla ilişkili olarak sağlık durumlarında ve yaşam kalitelerinde olan iyileşmenin kendilerine olan inançlarının ve güvenlerinin artmasıyla öz yeterlilik düzeylerinin artmasına katkı sağladığı düşünülmektedir. Çalışmamızla tutarlı olarak Grenier ve arkadaşları (2018) KAH hastalarında Akdeniz tipi diyete uyumu incelediği çalışmasında, öz yeterlilik ile diyete uyum arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Greiner, Croff, Wheeler ve Miller, 2018).

Çalışmamızda düzenli sağlık kontrolü yaptıranların, kardiyak öz yeterlilik ölçek puan ortalamaları düzenli sağlık kontrolü yaptırmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. KAH hastalarında hastalık bilgisinin öz yeterlilik üzerinde anlamlı etkiler yarattığı bildirilmektedir (Shrestha ve diğerleri, 2020; Kang ve Yang, 2013). Ayrıca düzenli takiplerinin hastaların tedaviye bağlılıklarını artırdığı ve tedavi yan etkilerinin erken tespiti edilmesini sağladığı belirtilmektedir (Wennberg ve diğerleri, 2024). Çalışmamızda düzenli sağlık kontrolü yaptıranların hastalık sürecini kabul etme ve tedaviye bağlılıklarının artmasıyla öz yeterlilik düzeylerinin de arttığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda PKG sonrası takip ve hastalık süreci ile ilgili bilgi sahibi olan hastaların daha yüksek öz yeterlilik düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Çalışmamızla benzer olarak Güneş ve Çelik (2022) ve Shreaste ve arkadaşları (2020) çalışmalarında kardiyak bilgi sahibi olmanın öz yeterliliği arttırdığı belirtilmektedir (Güneş ve Çelik, 2022; Shreaste ve diğerleri, 2020). Sugiharto (2023) meta analiz çalışmasında kardiyak bilgideki artışın hastaların öz yeterlilik düzeyleri üzerinde en önemli belirleyici olduğunu belirtmektedir (Sugiharto ve diğerleri, 2023). Çalışmamızdan farklı olarak bazı çalışmalarda ise bilgi eksikliği sebebiyle gelecekteki sağlıkları hakkındaki belirsizlik ve hastalığın tekrarlama korkusu, sağlıklı bir yaşam tarzı benimseme motivasyonuna yol açabileceğini bildirmektedir (Zhang ve diğerleri, 2018; Aazami ve diğerleri, 2016). Çalışmamızda hastaların kardiyak bilgi sahibi olmasıyla yanlış algılarının azalması ve farkındalıklarının artmasıyla süreci daha etkin yönetmesine bağlı olarak öz yeterlilik düzeylerinin arttığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda yaş, cinsiyet, medeni durum, sigara içme, yaşanılan yer, birlikte yaşadığı kişi, PKG yapılmasını gerektiren tanı tipi, ilaç kullanım öyküsü/sayısı, geçmiş PKG öyküsü olması, PKG uygulanan damar sayısı ve PKG işleminin gerçekleşme şekline (acil/planlı) göre kardiyak öz yeterlilik puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışmamızla benzer olarak PKG uygulanan hasta grubuyla yapılan bazı çalışmalarda yaşa göre kardiyak öz yeterlilik arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Salgado ve diğerleri, 2023; Lauck ve diğerleri, 2009). Literatürde KAH hasta grubuyla yapılan bazı çalışmalarda da yaş ve öz yeterlilik arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir (Karner Köhler, Tingström, Jaarsma ve Nilsson, 2018; Shajrawi ve diğerleri, 2020; Sarkar ve diğerleri, 2007; LaPier, Cleary ve Kidd 2009; Nuraeni ve diğerleri, 2023). Çalışmamızdan farklı olarak PKG uygulanan veya PKG uygulanmayan koroner arter hastalarıyla yapılan bazı çalışmalarda yaşla birlikte öz yeterliliğin azaldığı belirtilmektedir (Güneş ve Çelik, 2022; Salari ve diğerleri, 2016; Liu ve diğerleri, 2018). Literatürdeki bu farklılığın sosyoekonomik, sosyokültürel ve sağlık sistemlerine ulaşım gibi bazı farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızın örnekleminde 55-65 yaş grubundaki bireylerin daha fazla olması ve yaş dağılımının homojenliği, yaşın istatistiksel olarak belirleyici olmamasına katkı sağlamış olabilir.

Çalışmamız, cinsiyet ve öz yeterlilik arasında anlamlı fark saptamayan geniş bir literatür ile uyumludur (Barham, İbraheem ve Zyoud, 2019; Shajrawi ve diğerleri, 2020; Kärner Köhler

ve diğerleri, 2018; Nuraeni ve diğerleri, 2023; Shrestha ve diğerleri, 2020; Salgado ve diğerleri, 2023; Lauck ve diğerleri, 2009; Liu ve diğerleri, 2018; Sarkar ve diğerleri, 2007). Çalışmamızdan farklı olarak Erbakan ve Uysal (2024) Miyokard İnfarktüsü geçiren hastalarla yürüttüğü çalışmasında, kadınların daha düşük öz yeterliliğe sahip olduğunu, Karakulle (2023) Akut koroner sendromlu hastalarla yürüttüğü çalışmasında ise erkeklerde egzersiz öz yeterliliğinin daha yüksek olduğunu belirtmektedir (Erbakan ve Uysal, 2024; Karakulle, 2023). Literatürdeki bu farklılıkların sosyal çevre ve kültürel özelliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışma bulgularımıza benzer olarak Salari ve arkadaşları (2016) 'nın PKG sonrası hastaların öz yeterliliklerini incelediği çalışmasında , Shrestha ve arkadaşları (2020)'nın ve Kärner Köhler ve arkadaşlarının (2018)'nın KAH hastalarında yaptıkları çalışmalar da medeni durum ve öz yeterlilik arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Kärner Köhler ve diğerleri, 2018; Salari ve diğerleri, 2016; Shreshta ve diğerleri, 2020). Çalışmamızın aksine Lauck ve arkadaşları (2009)'nın PKG uygulanan hastalarla ve Güneş ve Çelik (2022) KAH hastalarıyla yürüttükleri çalışmalarında evli olanların daha yüksek öz yeterliliğe sahip oldukları gösterilmiştir (Güneş ve Çelik, 2022; Lauck ve diğerleri, 2009). Karakulle (2023)'nin çalışmasında ise AKS tanılı bekar olan hastaların öz yeterlik düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Karakulle, 2023). Literatürdeki çalışma sonuçları arasındaki bu farklılıkların hastaların sosyal destek algılarının, aile içi ilişkilerin ve aile dinamiğinin farklılık göstermesi ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızla benzer olarak Lauck ve arkadaşları (2009) PKG uygulanan hastalarla yürüttükleri çalışmalarında sigara içmenin öz yeterlilik düzeyini etkilemediğini belirtmektedir (Lauck ve diğerleri, 2009). KAH hastalarıyla yürütülen bazı çalışmalar da bulgularımızı destekler niteliktedir (Barham ve diğerleri, 2019; Güneş ve Çelik, 2022; Shrestha ve diğerleri, 2020). Sol ve arkadaşlarının (2006) vasküler hastalığı olan hastalarla yürüttüğü çalışmasında öz yeterliliği düşük olan hastaların sigarayı bırakma olasılıklarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Sol, van de Graaf, van der Bijl, Goessens ve Visseren, 2006). İşlem sonrası stent implantasyonu ile tedavi edilmişlik hissinin yaşam tarzı değişikliklerine uyumu engellediği bilinmektedir (Yeşil Bayülgen ve Altıok, 2017). Çalışmamızda da hastaların işlem sonrası yaşadıkları fiziksel rahatlık hissine bağlı sigarayı bırakma gibi uzun dönem sağlıklı yaşam davranışları hakkında farkındalıklarının az olması ile ilgili öz yeterlilik düzeyleri arasında anlamlı ilişki olmadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızla benzer olarak Liu ve arkadaşlarının (2018) ve Lauck ve arkadaşlarının (2009) PKG uygulanan hastalarla ve Barham ve arkadaşlarının (2019) da KAH hastalarıyla yürüttükleri çalışmalarında yaşanılan yerin öz yeterlilik puanını etkilemediği belirtilmektedir (Barham ve diğerleri, 2019; Liu ve diğerleri, 2018; Lauck ve diğerleri, 2009). Çalışmamızdan farklı olarak Kalantzi ve arkadaşları (2024) kardiyo metabolik hastalıkları olan hastalarla yaptıkları çalışmada kırsal/yarı kentsel yerde yaşayanların daha yüksek öz yeterlilik düzeyleri olduğunu göstermiştir (Kalantzi ve diğerleri, 2024). Çalışmamızda hastaların %50,7'sinin ilde yaşadığı ve büyükşehirde ikamet etmenin avantajı olarak kentsel-kırsal yaşam alanı arasındaki farkın az olduğu ve sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda farklıların ortadan kalkmasıyla öz yeterlilik düzeyi açısından anlamlı fark oluşturmadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızla benzer olarak Sugiharto ve arkadaşlarının (2023)'nın KAH hastalarında yaptığı metanaliz çalışmasında birlikte yaşanılan bireylerin öz yeterlilik düzeyi üzerinde düşük etkisi olduğu belirtmektedir (Sugiharto ve diğerleri, 2023). Çalışmamızdan farklı olarak Karner Köhler ve arkadaşları (2018) çalışmasında yalnız yaşayanların daha düşük öz yeterlilik gösterdiğini bulmuştur (Karner Köhler ve diğerleri, 2018). Çalışmamızda öz yeterlilik düzeyinin birlikte yaşanılan kişilerden ziyade sosyal destek sistemlerinden, aile dinamiklerindeki farklılıklardan ve paylaşımlardan kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda PKG uygulama tanısı ve öz yeterlilik düzeyi arasında anlamlı ilişki olmaması, hastaların yatış esnasında akut olarak tanı alması ve hastanede kalış süresinin kısa olmasından kaynaklı, tanının ayırıcı bir faktör olmadığı düşünülmektedir. Shreaste ve arkadaşlarının (2020) çalışması, çalışmamızın bu bulgusunu desteklemektedir (Shreaste ve diğerleri, 2020). Sugiharto ve arkadaşları (2023) KAH hastalarında yaptığı meta analiz çalışmasında PKG yapılmasını gerektiren tanı tipi ile öz yeterlilik düzeyi arasında düşük düzeyde bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Sugiharto ve diğerleri, 2023). Ancak çalışmamızdan farklı olarak Salgado ve arkadaşları (2023) ile Kang ve Yang (2013) çalışmalarında PKG yapılmasını gerektiren tanı ile öz yeterlik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Salgado ve diğerleri, 2023; Kang ve Yang, 2013). Çalışmamızdaki tanı tipi ile ilgili anlamlı bir sonuç bulunmaması hastaların yarıdan fazlasına (%55,1) acil koşullarda PKG yapılması nedeniyle tanının acil koşullarda konulmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızla benzer olarak Güneş ve Çelik (2022) ve Lu ve arkadaşları (2020) çalışmalarında KAH hastalarında ilaç kullanma durumunun öz yeterliliği etkilemediği belirtilmiştir (Güneş ve Çelik, 2022; Lu ve diğerleri, 2020). Çalışmamızda hastaların işlem sonrası uzun dönem medikal tedavi yükünün artması beklenen bir durumdur bu sebeple işlem sonrası akut dönemde ilaç kullanım öyküsü/sayısısın anlamlı fark oluşturmadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızla benzer olarak Du ve arkadaşlarının (2022) poliklinik takibindeki KAH hastalarıyla yürüttüğü çalışmasında , Nuraeni ve arkadaşlarının (2023) Endonezya da KAH hastalarıyla yürüttüğü çalışmasında ve Lauck ve arkadaşlarının (2009) PKG sonrası aynı gün taburcu edilen hastaların 2-5 gün sonraki öz yeterliliklerini incelediği çalışmalarında geçmiş PKG öyküsü ve öz yeterlilik puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Du ve diğerleri, 2022; Lauck ve diğerleri, 2009; Nuraeni ve diğerleri, 2023). Çalışmamızdan farklı olarak Güneş ve Çelik (2022) KAH hastalarıyla yürüttüğü çalışmasında koroner anjiyografi öyküsü olan hastaların olmayan hastalara göre daha düşük öz yeterlilik puanı aldıkları tespit edilmiştir. Literatür deki bu farklılıklara sebep olarak hastaların PKG ile ilgili geçmiş olumsuz deneyimlerinin öz yeterlilik düzeylerini olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Literatürde, PKG sonrası hastaların göğüs ağrısının hızla iyileşmesi ve akut dönem sonrası hastaneden kısa sürede taburcu olunmasından dolayı hastalıklarının akut olduğu ve kısa süreceği gibi yanlış bir algıya sahip oldukları bilinmektedir (Ashour ve diğerleri, 2020; Salgado ve diğerleri, 2023; Salari ve diğerleri, 2016). Çalışmamızda da hastaların stent implantasyonundan sonra hastane kalış süresinin kısa olması ve hızla normal hayatlarına dönmelerinden dolayı hastalarda geçmiş PKG öyküsünün farkındalık oluşturmadığı ve öz yeterlilik düzeylerini etkilemediği düşünülmektedir.

Çalışmamızla benzer olarak Liu ve arkadaşlarının (2018) ve Lauck ve arkadaşlarının (2009) PKG uygulanan hastalarla yürüttükleri çalışmalarında uygulanan stent sayısının öz yeterlilik puanını etkilemediği belirtilmektedir (Lauck ve diğerleri, 2009; Liu ve diğerleri, 2018). Çalışmamızdan farklı olarak He (2025) çalışmasında stent sayısının öz yeterliliği dolaylı olarak olumsuz etkilediği belirtilmektedir (He ve diğerleri, 2025). Amin ve arkadaşları (2021) PKG uygulanan hastaların stent sayısının yaşam kalitesini etkileyebileceğini belirtmektedir (Amin, Rahmawaty, Tahir ve Musmulyono, 2021). Bu bulgular ışığında çalışmamızda akut dönemde stent sayısından ziyade semptom yükünün hafiflemesi ve yaşam kalitesinin öz yeterlilik düzeyi üzerinde etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Literatürde PKG işleminin gerçekleşme şekli ve öz yeterlilik düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanılmamıştır. Lee (2012) çalışmasında planlı PKG uygulanan hastaların %75'inin stent implantasyonunun gelecekteki bir kalp krizini önleyeceğine inandığını, %71'inin ise yaşamlarını uzatacağına inandığını belirtmektedir (Lee ve diğerleri, 2012). Bu gibi yanlış algıların planlı PKG uygulanan hastaların öz yeterlilik düzeyleri üzerinde olumsuz etki oluşturabileceği düşünülmektedir. Conradie ve arkadaşları (2022) çalışmasında acil PKG uygulanan hastalarının işlem sonrası akut dönemde daha düşük yaşam kalitesine ve psikolojik sıkıntılara sahip olduğu belirtilmektedir (Conradie ve diğerleri, 2022). Sugiharto ve arkadaşları (2023) tanı koşullarının bireyin psikolojik durumunu da etkileyerek öz yeterlilik düzeyi üzerinde anlamlı fark yaratacağını belirtmektedir (Sugiharto ve diğerleri, 2023). Bu bulgular ışığında bilgi eksikliği, yanlış algılar ve psikolojik sebepler nedeniyle PKG işleminin acil ya da planlı gerçekleşmesinin ayırıcı olarak öz yeterlilik üzerinde etkisinin olmadığı düşünülmektedir. Öz yeterlilik düzeyi üzerinde hasta eğitimi, semptom yükü, hasta farkındalığı ve psikolojik sebepler gibi diğer faktörlerin aracılık ettiği düşünülmektedir.

5.3. Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması

Sağlık okuryazarlığı, yalnızca bireyin kendi bilişsel çabalarıyla gelişen bireysel bir özellik olmaktan ziyade, sağlık sistemi, eğitim yapıları, kültürel değerler ve toplumsal normların etkileşimiyle şekillenen çok yönlü bir süreçtir (Gözlü, 2020). Çalışmamızda hastaların tanıtıcı özellikleri açısından sağlık okuryazarlık puanları araştırılmıştır.

Çalışmamızda eğitim düzeyi olarak okur-yazar olanların sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının ilköğretim ve lisans mezunlarına göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur. Çalışmamızla benzer olarak literatürde, eğitim düzeyi artıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin de arttığını belirtmektedir (Korkut ve diğerleri, 2022; Zakeri ve diğerleri, 2023; Du ve diğerleri, 2022; Costa ve diğerleri, 2023; Liu, 2020). Çalışmamızdan farklı olarak Topallar (2019) ve Ahcıoğlu ve Yılmazel (2022) KAH hastalarıyla yürüttüğü çalışmalarında eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir (Topallar ve Büyükdemirci, 2025; Ahcioğlu ve Yılmazel, 2022). Çalışmamıza katılan bireylerin nöropsikiyatrik bir tanı almamış olmaları ve bilişsel

kapasitelerinin korunmuş olması, eğitim düzeyi yüksek olan bireylerde sağlık okuryazarlık puan ortalamalarının daha yüksek olmasına olanak sağladığı düşünülmektedir .

Çalışmamızda, çalışan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamızla benzer olarak bazı çalışmalarda, KAH hastalarının çalışma durumu ve sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmektedir (Korkut ve diğerleri, 2022; Costa ve diğerleri, 2023; Ozan, 2025; Ahcıoğlu ve Yılmazel, 2022; Teleş ve Kaya, 2019; Zakeri ve diğerleri, 2023). Fakat çalışmamızdan farklı olarak Pala (2023) çalışmasında ev hanımlarının daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduklarını belirtmektedir (Pala, 2023) İşsizlik bireylerin sağlık bilgilerini edinme, yorumlama ve kullanma kapasitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Van der Heide ve diğerleri, 2015). Çalışmamızda hastaların iş yaşamına aktif katılımın ayrıca sosyal yapılarını da belirlediği ve çalışan bireylerin , gerek iş ortamında gerekse sosyal çevrelerinde daha yoğun bilgi akışına sahip oldukları ve sağlık sistemiyle daha fazla temas halinde oldukları düşünülmektedir .

Çalışmamızda kalp koruma diyeti uygulayan bireylerin daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olması sağlık okuryazarlığının somut olarak sağlık davranışlarına yansıması açısından önemlidir. Benzer şekilde literatürde sağlıklı yaşam davranışları ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönde ilişki olduğunu ortaya koyan bazı çalışmalar mevcuttur (Brors ve diğerleri, 2022; Du ve diğerleri, 2022; Korkut ve diğerleri, 2022; Yalçın, 2024). Çalışmamızda kalp koruma diyetine uyum sağlayan bireylerin, hastalıklarıyla ilgili bilgi edinme, beslenme önerilerini takip etme ve kendi sağlık durumlarını izleme konusunda daha aktif oldukları; bu nedenle daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip oldukları düşünülmektedir.

Çalışmamızda düzenli sağlık kontrolü yaptıran bireylerin daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olması, sağlık okuryazarlığının sağlık hizmetlerini aktif ve süreklilik içinde kullanılmasıyla yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Düzenli sağlık kontrolü, hastaların, doktor ve hemşireler ile daha sık iletişim kurmasını, tedavi süreci hakkında daha fazla bilgi edinmesini ve kendi sağlık durumunu izleme becerisini geliştirmesini sağlamaktadır. Çalışmamızla benzer olarak, düzenli sağlık kontrolü yaptırmanın yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Ahcıoğlu ve Yılmazel, 2022; Yalçın,2024) Çalışmamızdan farklı olarak Pala (2023) KAH hastalarıyla

yürüttüğü çalışmasında düzenli sağlık kontrollerin sağlık okuryazarlık düzeyini etkilemediği tespit edilmiştir (Pala, 2023). Çalışmamızda PKG uygulanan hastalarda işlem prosedürünün kısa zamanda tamamlanmasından dolayı çoğu bilgilendirilme sürecinin düzenli sağlık kontrolleriyle sağlandığı ve bu sebeple sağlık okuryazarlık düzeyine anlamlı etki ettiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda PKG işleminin gerçekleşme şekli (planlı/acil) olarak; planlı olarak işlemi gerçekleşen hastaların sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olması hastaların işlem öncesi süreçte bilgi sahibi olmalarından ve bilgiyi özümsemelerinden kaynaklı sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek olduğu düşünülmektedir. Ozan (2025) çalışmasında benzer olarak bilgi sahibi olan KAH hastalarının daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduklarını belirtilmektedir (Ozan,2025). PKG işlemi planlı olarak gerçekleşen hastalar, genellikle daha uzun hazırlık sürecine sahip olmakta, tanı koyma ve tedavi planlama aşamalarında daha fazla bilgi alma fırsatı bulmakta ve sağlık ekibiyle daha yapılandırılmış bir iletişim kurabilmektedir. Buna karşılık acil koşullarda PKG uygulanan hastalarda, yoğun stres ve zaman baskısı nedeniyle bilgilendirme süreçleri daha sınırlı kalabilmekte ve bu durum sağlık okuryazarlığı düzeylerine olumsuz yansıyabilmektedir. Çalışmamızda planlı PKG uygulanan hastaların sağlık okuryazarlık puanlarının daha yüksek tespit edilmesi bilgilendirme süreçlerinin zamanında ve yapılandırılmış biçimde gerçekleştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır. Bu bulgu, sağlık profesyonelleri tarafından sunulan eğitim koşullarının, sağlık okuryazarlık düzeyini etkilediğini ve hem tedaviye uyumu artırmada hem de hastaların kendi sağlık durumları üzerinde kontrol hissi kazanmalarında kritik bir rol oynadığını düşündürmektedir. Ayrıca acil PKG gerçekleştirilen hastaların bu noktada riskli grupta yer aldığı ve eğitim ihtiyaçlarına özellikle dikkat edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda PKG sonrası takip ve hastalık süreci ile ilgili bilgi sahibi olmanın sağlık okuryazarlık düzeyini arttırdığı bulunmuştur. Artan kardiyak bilgi ile hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin artması PKG sonrası süreci daha çabuk kabullenip sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını doğru bir şekilde uygulamalarına olanak tanımaktadır (Brors ve diğerleri, 2022). Çalışmamızla benzer olarak Ozan (2025) çalışmasında da artan kardiyak bilginin, sağlık okuryazarlık düzeyini yükselttiği tespit edilmiştir (Ozan, 2025). Çalışmamızdan farklı olarak Costa ve arkadaşlarının (2023) KAH hastalarında hastalık hakkında özel bilgi sahibi olmanın sağlık okuryazarlık puanını etkilemediği tespit edilmiştir (Costa ve diğerleri, 2023). Çalışmamızda kardiyak bilgi artışının hastaların öz yeterlilik düzeylerini arttırmasına ve

bilgiyi aktif olarak kullanmalarına olanak sağlayarak sağlık okuryazarlıklarını arttırdığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, sigara içme, egzersiz yapma, yaşanılan yer, PKG yapılmasını gerektiren tanı tipi, ilaç kullanımı ve ilaç sayısı, geçmiş PKG öyküsü, PKG uygulanan damar sayısına göre SOYÖ puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışmamızla benzer olarak Tuncer (2025) çalışmasında, yaş ve sağlık okuryazarlığı arasında ilişki tespit edilmemiştir (Tuncer, 2025). Çalışmamızdan farklı olarak bazı çalışmalar KAH hastalarında yaşın artmasıyla sağlık okuryazarlık düzeyinin azaldığını belirtmektedir (Costa ve diğerleri, 2023; Ozan, 2025). Bu çalışmalardan farklı olarak, Zakeri ve arkadaşları (2023)'nın AKS' lu hastalarla yürüttüğü çalışmasında yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttığını belirtilmektedir (Zakeri ve diğerleri, 2023). Literatürdeki bu farklılıklar yaştan ziyade sağlık sistemiyle etkileşime geçme ve bireyin sağlık durumunu yönetmek için gerekli motivasyon ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda, örneklemin büyük oranda 31–65 yaş aralığında olması , bilişsel işlevlerin korunmuş olması ve çok ileri yaş grubunun olmamasından kaynaklı yaşın sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları açısından anlamlı ilişki oluşturmadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızla benzer olarak Topallar (2025), Pala (2023) ve Teleş ve Kaya (2019)' nın KAH hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeylerini inceledikleri çalışmalarında cinsiyet ve sağlık okuryazarlığı arasında ilişki bulunmamıştır (Topallar ve Büyükdemirci, 2025; Pala,2023; Teleş ve Kaya, 2019). Çalışmamızdan farklı olarak Liu ve arkadaşlarının (2023) PKG uygulanan hastalarla ve Ozan (2025) KAH hastaları ile yaptığı çalışmalarında erkeklerin daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir (Ozan, 2025; W.Liu ve diğerleri, 2023). Çalışma sonuçları arasındaki farklılığın nedeni olarak sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen cinsiyet dışında sosyo-ekonomik, kültürel, eğitim, yaş ve sağlık sistemleri ile ilgili diğer faktörlerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızla benzer olarak Zakeri ve arkadaşlarının (2023) ve Yalçın (2024) AKS tanılı hastalar ile yaptıkları çalışmalarında medeni durumun sağlık okuryazarlığı düzeyine etkisi olmadığı belirtilmektedir (Zekari ve diğerleri, 2023; Yalçın, 2024). Benzer şekilde KAH hastaları ile yapılan bazı çalışmalarda da medeni durum ve sağlık okuryazarlığı düzeyi

arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir (Du ve diğerleri, 2022; Costa ve diğerleri, 2023). Çalışmamızdan farklı olarak Liu ve arkadaşlarının (2023) PKG uygulanan hastalarla ve Pala (2023)'nın KAH hastalarıyla yürüttükleri çalışmalarında evli bireylerin daha yüksek sağlık okuryazarlığı gösterdiği belirtilmektedir (Pala, 2023; W. Liu ve diğerleri, 2023). Literatürdeki bu farklılıklar sosyal destek ağlarının niteliği, aile içi rol dağılımı ve sağlık kararlarının nasıl alındığı gibi değişkenlerin, medeni durumdan daha belirleyici olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızın bulguları da sağlık okuryazarlığının, medeni durumdan ziyade bireysel kapasite, öz yeterlilik düzeyi , sağlık sistemine erişim, bilgi sahibi olma ve eğitim durumu gibi daha dinamik faktörlerden etkilendiğini göstermektedir.

Çalışmamızla benzer olarak Costa ve arkadaşlarının (2023) çalışmasında KAH hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyinin kişi başına düşen gelir düzeyinden etkilenmediği belirtilmektedir (Costa ve diğerleri, 2023). Literatürde çalışmamızdan farklı olarak geliri yüksek olan KAH hastalarının sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur (Korkut ve diğerleri, 2022; Teleş ve Kaya, 2019; Ahcıoğlu ve Yılmazel, 2022; Ozan, 2025). Bu çalışmalardan farklı olarak Pala (2023) çalışmasında ise geliri giderden az alan bireylerin daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduklarını belirtmektedir (Pala, 2023). Ayrıca sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde sağlık sistemi ile ilgili unsurların belirleyici bir işleve sahip olduğu ve sağlık güvencesinin kapsamı, hizmete erişim olanakları gibi farklılıkların, bireylerin sağlık bilgilerini anlama ve kullanma becerilerini doğrudan etkilediği bilinmektedir (Van der Heide ve diğerleri, 2015). Literatürdeki KAH hastaları ile yapılan bu çalışmalar arasındaki farklılıkların sosyal statü, sağlık güvencesi ve sağlık sistemi ile ilgili faktörlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca PKG uygulanan hastalarda değişen sağlık durumları ile artan tedavi maliyetleri, düzenli sağlık kontrolleri ve sosyal rollerdeki değişiklikler açısından sağlık okuryazarlığı ve gelir düzeyi arasındaki ilişkinin PKG sonrası uzun dönemde tekrar değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamız ile benzer olarak Aktürk Oğlulluk (2019) çalışmasında sigara içme ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Aktürk Oğlulluk, 2019). Çalışmamızdan farklı olarak Liu ve arkadaşlarının (2023)'nın PKG uygulanan hastalarla ve Brors ve arkadaşlarının (2022) ve Pala (2023)'nın KAH hastalarıyla yaptıkları çalışmalarda, sigara içmeyen bireylerin daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeylerine sahip oldukları belirtilmektedir (Brors ve diğerleri, 2022; Pala, 2023; W. Liu ve diğerleri, 2023). Bu

çalışmalardan farklı olarak Ozan (2025)'nın KAH hastalarıyla ve Kayabaşı (2025)'nın HT tanılı hastalarla yürüttükleri çalışmalarında sigara içen bireylerin daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip oldukları belirtilmektedir (Kayabaşı, 2025; Ozan, 2025). Çalışmamızın bu bulgusu ile sigara içmenin sağlık okuryazarlığı açısından tek başına güçlü bir belirleyici olmadığı düşünülmektedir. Sigara içmenin daha çok risk algısı, bağımlılık düzeyi ve sağlık davranışlarıyla birlikte değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızla benzer olarak Pala (2023) KAH hastalarında egzersiz yapma ve sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki tespit etmemiştir (Pala, 2023). Çalışmamızdan farklı olarak Ahcıoğlu ve Yılmazel (2022) çalışmasında düzenli egzersiz yapan KAH hastalarının daha düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu belirtmektedir (Ahcıoğlu ve Yılmazel, 2022). Brors ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında ise düzenli egzersiz yapan KAH hastaların daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olduğu gösterilmiştir (Brors ve diğerleri, 2022). Literatürdeki bu farklılıklar egzersiz yapma durumunun sağlık okuryazarlığının yanı sıra motivasyon, kendine inanç ve öz yeterlilikten de etkilenebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızla benzer olarak yaşanılan yer ve sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı fark tespit etmeyen çalışma bulguları mevcuttur (Dost ve Durmaz, 2022; Özcan ve Gürçay, 2023). Çalışmamızdan farklı olarak Liu ve arkadaşlarının (2023) PKG uygulanan hastalarla, Karataş ve arkadaşlarının (2024) HT tanılı hastalarla ve Yalçın (2024) AKS tanılı hastalarla yürüttükleri çalışmalarında, il de yaşayanların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Karataş ve diğerleri, 2024; Yalçın, 2024; W. Liu ve diğerleri, 2023). Fakat bu çalışmalardan farklı olarak Pala (2023) KAH hastalarıyla yürüttüğü çalışmasında köyde yaşayanların sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmektedir (Pala, 2023). Literatürdeki bu farklı sonuçlar ışığında sağlık okuryazarlığının yaşanılan yerin fiziksel özelliklerinden ziyade sosyokültürel özelliklerinden etkilenebileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda kırsal–kentsel dağılımın dengeli olması, çalışmanın yürütüldüğü ilin büyükşehir olması ve sağlık imkanlarının kentsel ya da kırsal olarak fark yaratmamasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızla benzer olarak Ahcıoğlu ve Yılmazel (2022)'nın ve Zakeri ve arkadaşlarının (2023) yaptığı çalışmalarda MI/KAH veya diğer tanılara göre sağlık okuryazarlığı düzeyinde anlamlı fark oluşturmadığı tespit edilmiştir (Ahcıoğlu ve Yılmazel, 2022; Zakeri ve diğerleri, 2023). Çalışmamızda hastaların hepsinin KAH tanısı olması ve PKG uygulanması için yakın

zamanda hatta %55,1 nin acil koşullarda tanı almasından kaynaklı olarak anlamlı ilişki oluşturmadığı düşünülmektedir.

Çalışmamız ile benzer olarak ilaç kullanımı ve ilaç sayısının sağlık okuryazarlık düzeyini etkilemediği bulgusu literatürdeki bazı çalışma sonuçları ile tutarlıdır (Lu ve diğerleri, 2020; Costa ve arkadaşları, 2023; Dost ve Durmaz, 2022; Korkut ve arkadaşları, 2022). Ayrıca Yalçın (2024) ve Zekari ve arkadaşları (2023) AKS tanılı hastalarla yürüttükleri çalışmalarında ilaç kullanımı ve ilaç sayısının sağlık okuryazarlık düzeyini etkilemediği belirtilmektedir (Yalçın, 2024; Zakeri ve diğerleri, 2023). Çalışmamızdan farklı olarak Ozan (2025) KAH hastalarıyla yürüttüğü çalışmasında ilaç kullanımının sağlık okuryazarlık düzeyini etkilediği belirtilmektedir (Ozan,2025). Pala (2023) çalışmasında sürekli ilaç kullananların sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmektedir (Pala, 2023). Çalışmamızda PKG uygulanan KAH hastalarının medikal tedavi yükünün ve bilgi arayışının işlem sonrası uzun dönemde artmasıyla bu değişkenlerin etkisinin işlemin akut evresinden ziyade taburculuk sonrası dönemde ortaya çıkabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızla benzer olarak Du ve arkadaşlarının (2020) poliklinik takibinde olan 200 KAH hastasıyla yürüttüğü çalışmasında geçmiş PKG öyküsünün bulunmasının sağlık okuryazarlık düzeyini etkilemediği belirtilmektedir (Du ve diğerleri, 2022). Çalışmamızdan farklı olarak Ahcıoğlu ve Yılmazel (2020) ve Ozan (2025) çalışmalarında anjiyografi veya PKG öyküsü olmayan hastaların daha yüksek düzey sağlık okuryazarlığına sahip olduklarını belirtmektedir (Ahcıoğlu ve Yılmazel, 2022; Ozan, 2025). Çalışmamızda stent öyküsün sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilememesi, hastaların stent implantasyonundan sonra normal hayatlarına hızla dönmelerinden, PKG işleminin öneminin farkında olunmamasından ve tamamen iyileştikleri gibi yanlış algılardan kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Literatürde PKG uygulanan damar sayısı ve sağlık okuryazarlığı düzeyini inceleyen pek fazla çalışmaya rastlanılmamıştır. Çalışmamızdan farklı olarak Liu ve arkadaşlarının çalışmasında 1-3 ay içerisinde PKG uygulanan hastalarla yürüttüğü çalışmasında uygulanan stent sayısının sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilediğini ve 2 tane stent uygulananların daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olduklarını belirtmektedir (W. Liu ve diğerleri, 2023). Çalışmamızda stent sayısı değişkenine göre sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı fark oluşturmaması PKG sonrası hastane takip sürecinde hastaların stent sayısından daha çok fiziksel ihtiyaçları (mobilizasyon, idrara çıkma, yemek vb.) doğrultusunda bilgi almak

istemelerinden ve PKG uygulanan damar sayısının taburculuk sonrası uzun dönemde sağlık okuryazarlık düzeyine etki edeceği düşünülmektedir.

5.4. Kardiyak Öz Yeterlilik ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Araştırmamızda kardiyak öz yeterlilik ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin zayıf düzeyde, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($r = 0,230$; $p = 0,007$). Korelasyon katsayısının 0,230 olması, ilişkinin zayıf düzeyde, ancak klinik ve davranışsal açıdan kayda değer pozitif yönlü bir ilişkiye işaret etmektedir. Elde edilen bulgular, literatürde PKG uygulanan ve uygulanmayan KAH hastalarıyla yürütülen çalışmaların bulgularıyla genel olarak uyumludur (W. Liu ve diğerleri, 2023; Liu ve diğerleri, 2024; Du ve diğerleri, 2022; Pan ve diğerleri, 2025, A. Liu ve diğerleri, 2023). Ayrıca başka gruplarda yapılan bazı çalışmalarda da öz yeterlilik ve sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Dilli, 2016; Altun ve Özkan, 2020; Karataş,2024; Demiroğlu ve Patır, 2024).

Literatürde, sağlık okuryazarlığı ile öz yeterlilik arasındaki ilişkinin tek yönlü bir ilişki olmaktan ziyade, aracılık ve etkileşim yönüyle aralarındaki ilişkinin incelendiği çalışmaların ele alındığı görülmektedir (W. Liu ve diğerleri, 2023; Liu ve diğerleri, 2024; Du ve diğerleri, 2022; A. Liu ve diğerleri, 2023). Bu çalışmalardan Liu ve arkadaşları, PKG sonrası hastalarda sosyal destek ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkide öz yeterliliğin, sosyal destek ve sağlık okuryazarlığı arasında aracı rolü olabileceğini belirtmektedir (W. Liu ve diğerleri, 2023). Liu ve arkadaşları (2024) çalışmasında, PKG uygulanan hastalarda öz yeterliliğin, sağlık okuryazarlığı ve öz yönetim arasındaki ilişkiye aracılık ettiği tespit edilmiştir (Liu ve diğerleri, 2024). Du ve arkadaşları (2022) çalışmasında, KAH hastalarında kardiyak öz yeterliliğin yaşam kalitesini artırdığını, bu süreçte sağlık okuryazarlığının aracı bir rol oynadığını ve öz yeterlilik ile yaşam kalitesini iyileştirmenin olası stratejilerinden birinin sağlık okuryazarlığını artırmak olduğunu vurgulamıştır (Du ve diğerleri, 2022). Liu ve arkadaşları (2023) çalışmalarında benzer biçimde, KAH hastalarında öz yeterliliğin, sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide aracı bir değişken olduğunu göstermiştir (A. Liu ve diğerleri, 2023). Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, sağlık okuryazarlığı ve öz yeterliliğin yalnızca korelasyonel düzeyde değil, aynı zamanda nedensel ve yapısal modeller içinde birbirini etkileyen iki temel psikososyal bileşen olduğu anlaşılmaktadır. Çalışmamızda saptanan zayıf düzeydeki, ancak anlamlı pozitif korelasyon,

PKG uygulanan KAH hastalarında sağlık okuryazarlığının artırılmasına yönelik girişimlerin kardiyak öz yeterlilik üzerinde dolaylı fakat önemli bir güçlendirici etkisi olabileceğine işaret etmektedir. Korelasyon katsayısının düşük düzeyde olmasına rağmen ilişkinin anlamlılığı, sağlık okuryazarlığının kardiyak öz yeterliliği tek başına belirlemese de önemli ve bağımsız bir katkı sunduğunu ortaya koymaktadır. Çalışmamızdaki korelasyon katsayısının düşük olması, örneklem özellikleri, kullanılan ölçeklerin farklılığı ve değişkenlerin klinik bağlamından kaynaklanıyor olabilir. Bu doğrultuda çalışma, PKG uygulanan hastalarda sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesinin, kardiyak öz yeterliliğin de dolaylı biçimde artırılmasına katkı sağlayabileceğini göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan hastaların, kardiyak tedavi planlarını kavrama ve randevu uyumunu sürdürme, semptomlarını izleme ve diyet planlarına uyum sağlama konusunda daha etkin oldukları, bu etkinliğin de öz yeterlilik algısını beslediği söylenebilir. Bu doğrultuda, klinik uygulamalarda eğitim programlarının yalnızca bilgi aktarımına değil, aynı zamanda hastaların öz yeterliliklerini pekiştirecek biçimde yapılandırılmasına ihtiyaç olduğu görülmektedir. Eğitim içeriklerinin hastanın okuryazarlık düzeyine uygun olarak hazırlanması, problem çözme, kendi kendini izleme ve karar verme becerilerini güçlendiren unsurlar içermesi hem sağlık okuryazarlığını hem de kardiyak öz yeterliliği artırabilecek önemli stratejiler olarak değerlendirilebilir. Bu bulgu, sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe, hastaların kardiyak durumlarına ilişkin bilgileri anlama, yorumlama ve günlük yaşamlarına uyarlama konusunda daha yetkin hâle geldiğini; buna paralel olarak da kardiyak öz yeterlilik algılarının güçlendiğini düşündürmektedir. Ayrıca sağlık okuryazarlığı, kardiyak öz yeterlilik için tek başına güçlü bir belirleyici olmasa da kardiyak öz yeterliliğin anlamlı bir bileşeni ve destekleyici bir unsuru olarak da değerlendirilebilir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma, perkütan koroner girişim (PKG) uygulanan koroner arter hastalarında tanıtıcı özelliklere göre sağlık okuryazarlığı ve kardiyak öz yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi ile bu iki değişken arasındaki ilişkinin incelenmesini amaçlamıştır.

- Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 55,62±7,7 olarak %81,9' un erkek olduğu,
- %87,7 sinin evli, %39,9'unun ilköğretim mezunu, %44,2'sinin gelirinin giderden az olduğu, %50,7'sinin sigara içtiği, %67,4'ünün egzersiz yapmadığı, %50,7'sinin ilde yaşadığı, %50'sinin eş ve çocukları ile yaşadığı belirlenmiştir.
- PKG uygulanan hastaların %55,1'nin daha önce PKG öyküsünün olduğu, %55,1'nin PKG gerçekleşme şeklinin acil olduğu, %57, 2'nin takip ve hastalıkla ilgili bilgisinin olduğu, %68,1'nin 1 damarına müdahale edildiği ve %39,9'unun stabil anjina pektoris (SAP) tanısı ile PKG uygulandığı belirlenmiştir.
- Hastaların SOYÖ puan ortalaması 46,73 ± 8,67 ve Kardiyak öz yeterlilik puan ortalaması ise 25,53 ± 8,82 puan olup, sağlık okuryazarlığı ve kardiyak öz yeterlilik düzeylerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların kardiyak öz yeterliliği ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin zayıf düzeyde, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (r=0,230; p=0,007). PKG uygulanan hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça öz yeterlilik düzeyleri de artmaktadır.
- PKG uygulanan hastalarda eğitim düzeyi ve kardiyak öz yeterlilik arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.
- PKG uygulanan, çalışan, geliri giderinden fazla olan, ara sıra egzersiz yapan, kalp koruma diyeti uygulayan, takip ve hastalık ile ilgili bilgi sahibi olan ve düzenli sağlık kontrollerini yaptıran hastaların kardiyak öz yeterlilik düzeyi daha yüksektir.
- PKG uygulanan, çalışan, kalp koruma diyeti uygulayan, takip ve hastalık ile ilgili bilgi sahibi olan, düzenli sağlık kontrollerini yaptıran, PKG işlemin gerçekleşme şekli olarak planlı gerçekleşen hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksektir.
- PKG uygulanan, eğitim düzeyi ilkokul ve lisans/lisans üzeri olan bireylerin, eğitim düzeyi okuryazar olan bireylere göre sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksektir.

6.2. Öneriler

Perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda sağlık okuryazarlığı ve öz yeterlilik düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen bu çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda;

- PKG uygulanan hastalarının sağlık okuryazarlık ve öz yeterlilik düzeyleri değerlendirilmelidir.
- Kardiyoloji servisinde çalışan hemşireler, PKG uygulanan hastaların sağlık okuryazarlık ve öz yeterlilik düzeylerini dikkate alarak eğitim vermelidir.
- PKG uygulanan hastalarda öz yeterlilik düzeylerini arttırmak için sağlık okuryazarlık düzeylerinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi önerilmektedir.
- PKG uygulanan hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerini arttırmak amacıyla öz yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi önerilmektedir.
- PKG uygulanan hastalarda kısa süreli prosedürler olması sebebiyle sağlık okuryazarlığı ve kardiyak öz yeterlilik düzeylerinin arttırılması için düzenli sağlık kontrollerine katılma konusunda ayrıca bilgilendirilme yapılmalıdır
- Planlı PKG uygulanan hastalarda sağlık okuryazarlığının daha yüksek olması dikkate alınarak, bilgilendirme süreçlerinin işlem öncesi dönemde daha etkili ve yapılandırılmış biçimde yürütülmesi önerilmektedir.
- Bireylerin diyet ve düzenli egzersiz gibi sağlıklı yaşam tarzı davranışları geliştirmelerine yönelik faaliyetlerde sağlık okuryazarlığı ve kardiyak öz yeterlilik düzeylerinin de dikkate alınması önerilmektedir.
- Daha geniş örneklem içeren çok merkezli araştırmaların yürütülmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Aazami, S., Jaafarpour, M., and Mozafari, M. (2016). Exploring expectations and needs of patients undergoing angioplasty. *Journal of vascular nursing: official publication of the Society for Peripheral Vascular Nursing*, 34(3), 93–99. https://doi.org/10.1016/j.jvn.2016.04.003

Ağlamış, M. (2022). *Kronik hastalarda hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi: Erzurum ili örneği* ,Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Ahcıoglu, A., and Yılmazel, G. (2022). Health literacy, behavioral and psychosocial characteristics in coronary artery patients: A hospital-based study in Turkey. *Journal of Acute Disease*, *11*(1), 18-25.

Akalın E. (2009). Türk toplumunda sağlık okur-yazarlığı oranlarının belirlenmesi. Erişim: http://www.actus.com.tr/files/t_sinopsis.pdf, (21.05.2016)

Akbolat, M., Kahraman, G., Erigüç, G., ve Sağlam, H. (2016). Sağlık okuryazarlığı hasta hekim ilişkisini etkiler mi? Sakarya ilinde bir araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin* , 15, 354-362. https://doi.org/10.5455/PMB.1-1455008901

Akhunda, A. (2024). Perkütan Koroner Girişimlerde İşlemle İlgili Komplikasyonların Yönetimi: Perforasyon, Diseksiyon, Yavaş Akım, Distal Embolizasyon. *Türkiye Klinikleri Cardiology- Special Topics*, 17(1), 118-121.

Aktürk Oğlulluk, Z. (2019). *Sosyodemografik özellikler ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık anksiyetesi üzerine etkisinin araştırılması*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Ankara,

Al-Duhoun, A. H., Hjazeen, A. A., Atout, M., and Bani Salameh, A. W. F. (2025, June). Impact of Percutaneous Coronary Interventions (PCIs) on Health Outcomes from a Jordanian Patient's Perspective. *In Healthcare,* 13(13),1491. https://doi.org/10.3390/healthcare13131491

Allahverdipour, H., Asgharijafarabadi, M., Heshmati, R., and Hashemiparast, M. (2013). Functional status, anxiety, cardiac self-efficacy, and health beliefs of patients with coronary heart disease. *Health Promotion Perspectives*, *3*(2), 217–229. https://doi.org/10.5681/hpp.2013.025

Almeida, J. A. B., Florêncio, R. B., Lemos, D. A., Leite, J. C., Monteiro, K. S., and Peroni Gualdi, L. (2022). Self-efficacy instruments for individuals with coronary artery disease: a systematic review protocol. *British Medical Journal Open*, *12*(7), 062794. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062794

Alpaslan, M. (2024). Acil servise başvuran akut koroner sendrom olan hastalarda kapı balon zamanının analizi. *Kocatepe Tıp Dergisi,* 25(1), 117–122. https://doi.org/10.18229/kocatepetip.1230196

Altun, B., ve Özkan, S. (2020). Öğrenci Ebeveynlerinin Genel Özyeterlilik ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Ankara'da İki İlkokul Örneğinde İncelenmesi. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 1(1), 10-26. https://doi.org/10.54247/SOYD.2020.2

Amin, A., Rachmawaty, R., Tahir, ., and Musmulyono, M. (2021). Evaluation of quality of life-based on the length of use and the number of stents of post percutaneous coronary intervention (PCI) patients. *Enfermería Clínica*, *31*, 653-657.

Arseven, S. (2016). Öz yeterlilik: Bir kavram analizi. *Turkish Studies, 11*(19), 67–80. https://doi.org/10.7827/TurkishStudies.10001

Artino A. R., Jr (2012). Academic self-efficacy: from educational theory to instructional practice. *Perspectives on Medical Education*, 1(2), 76–85. https://doi.org/10.1007/s40037-012-0012-5

Ashour, A., Al-Smadi, A., Shajrawi, A., Al-Rawashdeh, S., Alshraifeen, A., and Abed, M. (2020). Changes in illness perception among patients' undergoing percutaneous coronary intervention. *Heart and Lung*, *49*(6), 836-841. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.08.026

Avcı, A., Gün, M., ve Erdoğan, S. (2020). Kardiyovasküler hastalık tanısıyla yatarak tedavi gören hastaların ilaç tedavisine uyumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 11*(26), 132-139.

Aydınlı, D., Sarı, M., Fidan, S., Aytürk, M., Özkan, B., ve Alıcı, G. (2025). Akut Koroner Sendrom İçin Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Diyabet Mellituslu Hastalarda Başlangıç ve Kalan SYNTAX Skorunun Hastane İçi Klinik Sonuçlarla İlişkisi. *Kardiyovasküler Akademi Bülteni* . 3(1), 39-50. https://kvbulten.com/pdf/c441b065-ac5d-471a-8435-98bcb2373414/articles/kvbulten.galenos.2025.83803/39-50.pdf

Babygeetha, A., and Devineni, D. (2024). Social Support and Adherence to Self-Care Behavior Among Patients With Coronary Heart Disease and Heart Failure: A Systematic Review. *Europe's Journal of Psychology*, 20(1), 63–77. https://doi.org/10.5964/ejop.12131

Bağ, C. (2024). *Acil servise st elevasyonlu akut miyokard infarktüsü (STEMİ) ile başvuran ve primer perkütan koroner girişim (PPCI) yapılan hastalarda ortalama trombosit hacminin (MPV), eritrosit dağılım genişliğinin (RDW) ve aVR derivasyonundaki st elevasyonunun kısa dönem mortaliteye etkisi*, Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Denizli.

Bağlı, D. (2024). *Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalarda Algılanan Stres Ve Stresle Baş Etme Davranışlarının Belirlenmesi* , Yüksek lisans tezi, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa.

Bakan, G. (2016). Perkütan Koroner Girişimlerde Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi,* 7(50), 26-34. https://doi.org/10.5543/khd.2016.39358.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman and Company.

Barham A., Ibraheem R., and Zyoud S. E. H. (2019). Cardiac self-efficacy and quality of life in patients with coronary heart disease: A cross-sectional study from Palestine.

BioMed Central Cardiovascular Disorders, 19(1), 1–12. https://doi.org/10.1186/s12872-019-01281-7

Bayram, S. (2024). *Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği 'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması,* Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ordu,

Beauchamp, A., Talevski, J., Niebauer, J., Gutenberg, J., Kefalianos, E., Mayr, B., Sareban, M., and Kulnik, S. T. (2022). Health literacy interventions for secondary prevention of coronary artery disease: A scoping review. *Open Heart, 9*(1). https://doi.org/10.1136/openhrt-2021-001895

Brors, G., Dalen, H., Allore, H., Deaton, C., Fridlund, B., Osborne, R. H., and Norekvål, T. M. (2022). Health literacy and risk factors for coronary artery disease (from the CONCARDPCI study). *The American Journal of Cardiology*, 179, 22-30. https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2022.06.016

Büber, İ., ve Sevgican, C. İ. (2022). Koroner arter hastalığı olanlarda medikal tedavi ve yaşam tarzı değişikliklerine uyumun değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi, 15*(2), 239–250. https://doi.org/10.31362/patd.1053205

Cavero-Redondo, I., Peleteiro, B., Álvarez-Bueno, C., Rodriguez-Artalejo, F., and Martínez-Vizcaíno, V. (2017). Glycated haemoglobin A1c as a risk factor of cardiovascular outcomes and all-cause mortality in diabetic and non-diabetic populations: a systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal Open*, *7*(7). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-015949

Choi, Y. J., Park, J. S., Kim, U., Lee, S. H., Son, J. W., Shin, D. G., Kim, Y. J., Jeong, M. H., Ahn, Y. K., Cho, M. C., Bae, J. W., Kim, C. J., Cho, J. M., Han, K. R., and Lee, J. H. (2013). Changes in smoking behavior and adherence to preventive guidelines among smokers after a heart attack. *Journal of Geriatric Cardiology* , 10(2), 146–150**.** https://doi.org/10.3969/j.issn.1671-5411.2013.02.006

Conradie, A., Atherton, J., Chowdhury, E., Duong, M., Schwarz, N., Worthley, S.,and Eccleston, D. (2022). Health-Related Quality of Life (HRQoL) and the Effect on Outcome in Patients Presenting with Coronary Artery Disease and Treated with Percutaneous Coronary Intervention (PCI): Differences Noted by Sex and Age. *Journal of Clinical Medicine*, 11(17), 5231. https://doi.org/10.3390/jcm11175231

Costa, A. C. D., Conceição, A. P. D., and Butcher, H. K. (2023). Factors that influence health literacy in patients with coronary artery disease. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31. https://doi.org/10.1590/1518-8345.6211.3879

Coughlin, S. S., Vernon, M., Hatzigeorgiou, C., and George, V. (2020). Health Literacy, Social Determinants of Health, and Disease Prevention and Control. *Journal of Environment And Health Sciences*, *6*(1), 3061.https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33604453/

Çakır, F., Karacabay, K. ve Karaveli Çakır, S. (2024). Investigation of the Effects of Self-Efficacy Levels on Recovery Status of Patients Who Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(37), 65-72. https://doi.org/10.5543/khd.2024.46338.

Çopurlar, C. K., ve Kartal, M. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl değerlendirilir? Neden önemlidir? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care,* 10(1), 42–47. https://doi.org/10.5455/tjfmpc.193796

Dai, H., Much, A. A., Maor, E., Asher, E., Younis, A., Xu, Y., ...and Bragazzi, N. L. (2022). Global, regional, and national burden of ischaemic heart disease and its attributable risk factors, 1990–2017: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *European Heart Journal-Quality of Care and Clinical Outcomes*, *8*(1), 50-60. https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcaa076

Danaei, G., Ding, E. L., Mozaffarian, D., Taylor, B., Rehm, J., Murray, C. J., and Ezzati, M. (2009). The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *Public Library of Science Medicine, 6*(4), 1000058. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2667673

de Wit, A., de Heide, J., Cummins, P., van Bruchem-van de Scheur, A., Bhagwandien, R., and Lenzen, M. (2022). A quality improvement initiative for patient knowledge comprehension during the discharge procedure using a novel computer-generated patient-tailored discharge document in cardiology. *Digital Health, 8*. https://doi.org/10.1177/20552076221129079

Demir, Ö., ve Arslantaş, H. (2016). Koroner Anjiyografi ve Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti İşlem Öncesi Uygulanan Progresif Kas Gevşeme ve Müzik Dinlemenin Bireylerin Yaşam Bulgularına Olan Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(1),0-0. https://doi.org/10.17049/ahsbd.55976

Demirbas, N., ve Kutlu, R. (2020). Çoklu İlaç Kullanan Yetişkin Bireylerin Tedaviye Uyumu Ve Öz-Etkililik Düzeyleri. *Ankara Medical Journal*, 20(2), 269-280. https://dx.doi.org/10.5505/amj.2020.16362

Demirci, Ö., ve Üstün, B. (2022). Koroner kalp hastalarının psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 13*(32), 149–158. https://doi.org/10.5543/khd.2022.221098

Demirci, Z. (2021). *Kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyi ile kronik hastalık uyum düzeyi ilişkisinin incelenmesi,* Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa.

Demiroğlu, S. Ve Patır, S. (2024). Dijital Dönüşüm, Sağlık Okuryazarlığı ve Öz Yeterlilik Arasındaki İlişkinin İrdelenmesi ve Örnek Bir Uygulaması. *Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi,* (17), 198-214. https://dergipark.org.tr/tr/pub/akmyosb/issue/85726/1481149#article_cite

Diederichs, C., Jordan, S., Domanska, O., and Neuhauser, H. (2018). Health literacy in men and women with cardiovascular diseases and its association with the use of health care services - Results from the population-based GEDA2014/2015-EHIS survey in Germany. *Public Library of Science One*, *13*(12), 0208303. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208303

Dilli, Z.(2016). *Evli kadınların (18-65 yaş arası) servikal kansere ilişkin bilgi düzeyi ile öz yeterlilik ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

DiNicolantonio, J. J., and OKeefe, J. H. (2017). Added sugars drive coronary heart disease via insulin resistance and hyperinsulinaemia: a new paradigm. *Open Heart*, *4*(2), e000729. https://doi.org/10.1136/openhrt-2017-000729

Doenst, T., Thiele, H., Haasenritter, J., Wahlers, T., Massberg, S., and Haverich, A. (2022). The Treatment of Coronary Artery Disease. *Deutsches Arzteblatt İnternational*, 119(42), 716–723. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0277

Dost, A., ve 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

Du, S., Feng, Z., Wang, W., Tian, L.,and Wang, Y. (2022). A structural equation model linking health literacy, self efficacy and quality of life in adults with coronary heart disease. *BioMed Central Cardiovascular Disorders*, *22*(1), 285. https://doi.org/10.1186/s12872- 022-02720-8

Düzkale, N. (2025). *Yaşlı Hipertansiyon Hastalarında İlaç Tedavisine Uyum ile Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki*, Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ordu.

Ekinci, Y., Tutgun-Ünal, A., ve Tarhan, N. (2021). Dijital sağlık okuryazarlığı üzerine bir alan yazın incelemesi. *Bayterek Uluslararası Akademik Araştırmalar Dergisi, 4*(2), 148–165. https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2043104

Erbakan, B., ve Uysal, N. (2024). Miyokard İnfarktüsü Geçiren Bireylerde Yaşam Kalitesi, Öz Yeterlilik ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (24)*, 1186–1199. https://doi.org/10.38079/igusabder.1293541

Erigüç, G. (2016). Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi?: Sakarya ilinde bir araştırma . *TAF Preventive Medicine Bulletin* , 15(4), 354–362.

Ertürk, Ç., Küçükali, A. S., and Arslan, A. (2024). Kardiyovasküler Hastalıklar ve Mental Problemlerin İlişkisi. *Istanbul Gelisim Üniversite*si *Sağlık Bilimleri Dergisi,* (23), 954-967. https://doi.org/10.38079/igusabder.1450641

Fan, Y., & Lin, X. (2025). Application of Perioperative Comprehensive Care in Coronary Heart Disease Patients Undergoing Coronary Stent Implantation: A Study on the Collaboration of Cardiology Operating Room Nursing. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *18*, 3423–3431. https://doi.org/10.2147/JMDH.S527597

Fisher, P., Toole, J., Gaurav, K., Kim, M. C., & Kodra, A. (2023). D-19| Coronary Intervention Literacy: A Patient Survey Analysis. *Journal of the Society for Cardiovascular Angiography & Interventions*, 2(3). 100874. https://doi.org/10.1016/j.jscai.2023.100874

Frąk, W., Wojtasińska, A., Lisińska, W., Młynarska, E., Franczyk, B., and Rysz, J. (2022). Pathophysiology of Cardiovascular Diseases: New Insights into Molecular Mechanisms of Atherosclerosis, Arterial Hypertension, and Coronary Artery Disease. *Biomedicines*, 10(8), 1938. https://doi.org/10.3390/biomedicines10081938

Gao, Y. E., Zheng, Y., He, Y., Lin, J., Liu, F., Fu, J., and Lin, R. (2024). The relationship between self-efficacy, health literacy, and quality of life in patients with chronic diseases: a cross-sectional study in China. *PubMed Central*, 12, 1430202. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11466233

Gershlick, A. H., Khan, J. N., Kelly, D. J., Greenwood, J. P., Sasikaran, T., Curzen, N., and McCann, G. P. (2015). Randomized trial of complete versus lesion-only revascularization in patients undergoing primary percutaneous coronary intervention for STEMI and multivessel disease: the CvLPRIT trial. *Journal of the American College of Cardiology*, *65*(10), 963-972.https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.12.038

Ghisi, G. L. M., Chaves, G. S. D. S., Britto, R. R., and Oh, P. (2018). Health literacy and coronary artery disease: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 101(2), 177–184. https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.09.002

Gökaslan, S., Yilmaz, Ö. F., Korucu, C., Günlük, N. B., ve Balci, A. (2025). Effects of soleus push-up exercise on systemic immune-inflammatory index and blood lipid profile in coronary artery disease. *Medicine*, 104(31), 43643. http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

Gözlü, K. (2020). Sağlığın Sosyal Bir Belirleyicisi: Sağlık Okuryazarlığı. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Dergisi,* 27(1), 137-144.

Grech E. D. (2003). Pathophysiology and investigation of coronary artery disease. *British Medical Journal, 326(7397),* 1027–1030. https://doi.org/10.1136/bmj.326.7397.1027

Greenland, M., Knuiman, M. W., Hung, J., Nedkoff, L., Arnet, I., Rankin, J. M., ... and Sanfilippo, F. M. (2020). Cardioprotective medication adherence in Western Australians in the first year after myocardial infarction: restricted cubic spline analysis of adherence-outcome relationships. *Scientific Reports*, 10(1), 4315. https://doi.org/10.1038/s41598-020-60799-5

Greiner, B. H., Croff, J., Wheeler, D., and Miller, B. (2018). Mediterranean Diet Adherence in Cardiac Patients: A Cross-sectional Study. *American Journal of Health Behavior*, 42(6), 3–10. https://doi.org/10.5993/AJHB.42.6.1

Güneş, Z., ve Çelik, D. (2022). Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde öz etkililik ve etkileyen faktörler. *Göbeklitepe Tıp Bilimleri Dergisi,* 5(9), 60-70. https://doi.org/10.55433/gsbd.209

Gür, G., ve Sunal, N. (2019). Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 6(*2), 210-219. https://doi.org/10.17681/hsp.420313

Hajar R. (2017). Risk Factors for Coronary Artery Disease: Historical Perspectives. *Heart Views : The Official Journal of the Gulf Heart Association*, *18*(3), 109–114. https://doi.org/10.4103/HEARTVIEWS.HEARTVIEWS_106_17

Hasankhani, H., Gholizadeh, L., Mohammadi, E., Zamanzadeh, V., Allahbakhshian, A., Ghaffari, S., and Allahbakhshian, M. (2014). The lived experiences of patients post coronary angioplasty: a qualitative study. *Journal of Vascular Nursing,* (4), 144–150. https://doi.org/10.1016/j.jvn.2014.04.001

He, M., Zhou, J., Wang, Y., Chen, Z., and Wang, F. (2025). Mediating effect of self-efficacy on self-perceived burden and kinesiophobia in patients with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention in China: a cross-sectional study. *British Medical Journal Open*, *15*(4), 083220. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-083220

Hosseininia, S., Mohammadikebar, S., Motashakkeri, L., and Kamran, A. (2025). Determinants of adherence to inhaler use in patients with asthma: the role of knowledge, self-efficacy, and perceived barriers. *BioMed Central Pulmonary Medicine*, *25*(1), 456. https://doi.org/10.1186/s12890-025-03919-z

Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., Caforio, A. L. P., Crea, F., Goudevenos, J. A., Halvorsen, S., Hindricks, G., Kastrati, A., Lenzen, M. J., Prescott, E., Roffi, M., Valgimigli, M., Varenhorst, C., Vranckx, P., Widimský, P., and ESC Scientific Document Group (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, *39*(2), 119–177. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393

Ilgaz, A. (2021). Bir aile sağlığı merkezi'ne kayıtlı bireylerde sağlık okuryazarlığı seviyesi ve ilişkili faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 8*(2), 151-159.

Ingadottir, B., Svavarsdottir, M. H., Jurgens, C. Y., and Lee, C. S. (2023). Suboptimal self-care trajectories of patients with coronary heart disease call for multiple levels of interventions: results from a longitudinal survey study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *22*(1), 064-045.https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvad064.045

Inoue, M., Takahashi, M., and Kai, I. (2013). Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: a cross-sectional study of primary care in Japan. *BioMed Central Family Practice*, *14*,40.https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-40

İnco, A. (2021). *Koroner Arter Hastalarında Koroner Anjıyografi Öncesi ve Sonrası Karnitin Profilinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa.

İnternet: Brown, J. C., Gerhardt, T. E., and Kwon, E. (2023). Risk factors for coronary artery disease. *StatPearls Publishing*. (2025 Ocak). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK554410

Joodi, G., Palimar, S., and Press, M. C. (2023). Percutaneous Coronary Interventions in Women. *Current Atherosclerosis Reports*, *25*(11), 829–837. https://doi.org/10.1007/s11883-023-01150-x

Kalantzi, V., Tsiampalis, T., Kouvari, M., Belitsi, V., Zairis, A., Migdanis, A., and Kosti, R. I. (2024). Exploring the role of Self-Efficacy in maintaining healthy lifestyle habits among patients with cardiometabolic diseases; findings from the Multi-Center IACT Cross-Sectional study. *Life*, 14(6), 736.

Kalra, S., Bhatt, H., and Kirtane, A. J. (2018). Stenting in primary percutaneous coronary intervention for acute ST-segment elevation myocardial infarction. *Methodist DeBakey Cardiovascular Journal*, 14(1), 14.https://doi.org/10.14797/mdcj-14-1-14

Kang, Y., and Yang, I. S. (2013). Cardiac self-efficacy and its predictors in patients with coronary artery diseases. *Journal of Clinical Nursing*, 22(17-18), 2465-2473.

Karabulut, İ., ve Gün, M. (2019). Perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda hastalık algısının ilaç uyumuna etkisi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, *10*(21), 8–16.

Karakulle, H. Ş. (2023). *Akut koroner sendromlu hastaların egzersiz öz-yeterlilik düzeyleri ve egzersize ilişkin yarar/engel algılarının incelenmesi.* Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya. https://hdl.handle.net/20.500.12452/10145

Karataş, G., Yava, A., Tosun, N., ve Koyuncu, A. (2024). Hipertansiyon hastalarında öz etkililik ve sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi: Güneydoğu Anadolu örneği. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 15*(37), 79–86. https://dx.doi.org/10.5543/khd.2024.98752

Kargar, L., Khademian, Z.,and Rambod, M. (2021). Association between perception of caring behaviors and self-efficacy in patients with cardiovascular disease at coronary care units: a cross-sectional study. *Acute and Critical Care*, *36*(2), 118–125. https://doi.org/10.4266/acc.2020.00752

Kärner Köhler, A., Tingström, P., Jaarsma, T., and Nilsson, S. (2018). Patient empowerment and general self-efficacy in patients with coronary heart disease: a cross-sectional study. *BioMed Central Family Pactice*, *19*(1), 76. https://doi.org/10.1186/s12875-018-0749-y

Kavradım, S. T. (2018). *Miyokard infarktüsü geçiren hastalara uygulanan Roy uyum modeline temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin yaşam kalitesi, öz-yeterlilik ve uyum düzeylerine etkisi* . Doktora Tezi, Akdeniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.

Kayabaşı, G.(2025). *Hipertansiyonu olan bireylerde sağlık okuryazarlığı ve öz bakım düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi***.** Yüksek Lisans Tezi, Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*,* Aksaray.

Kaynak, G. K. (2022). Kronik hastalıklarda öz yeterlilik algısı: Türkiye'de gerçekleştirilen çalışmalar üzerine bir derleme. *Oltu Beşeri ve Sosyal Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(2), 79-86. https://doi.org/10.5152/OJFHSS.2022.22714

Kerkez, N., ve Şahin, T. (2023). Sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı ilişkisinin incelenmesi üzerine bir araştırma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 12*(2), 336-346. https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1177899

Keshavaraz, N., Naderifar, M., Firouzkohi, M., Abdollahimohammad, A., and Akbarizadeh, M. R. (2020). Effect of telenursing on the self-efficacy of patients with myocardial infarction: a quasi-experimental study. *Signa Vitae*, *16*(2), 92-6.

Khan, M. A., Hashim, M. J., Mustafa, H., Baniyas, M. Y., Al Suwaidi, S. K. B. M., AlKatheeri, R., Alblooshi, F. M. K., Almatrooshi, M. E. A. H., Alzaabi, M. E. H., Al

Darmaki, R. S., and Lootah, S. N. A. H. (2020). Global Epidemiology of Ischemic Heart Disease: Results from the Global Burden of Disease Study. *Cureus*, *12*(7), 9349. https://doi.org/10.7759/cureus.9349

Khan, S. Q., and Ludman, P. F. (2022). Percutaneous coronary intervention. *Medicine*, *50*(7), 437-444.

Koç Akran, S. (2021). Sağlık okuryazarlığı üzerine sistematik derleme. *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi, 7*(15), 143-168. https://dergipark.org.tr/en/pub/ijhe/issue/62183/909843#article_cite

Korkut, S., Karadağ, S., Yılmaz, C., and Oğuzhan, A. (2022). Examining the level of healty literacy among individuals suffering from cardiovascular disease. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi,* 3(3), 268-277.

Kugbey, N., Oppong Asante, K., and Meyer-Weitz, A. (2020). Depression, anxiety and quality of life among women living with breast cancer in Ghana: mediating roles of social support and religiosity. *Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *28*(6), 2581–2588. https://doi.org/10.1007/s00520-019-05027-1

Kwon, D. H., and Kwon, Y. D. (2025). Patterns of health literacy and influencing factors differ by age: a cross-sectional study. *BioMed Central Public Health*, *25*(1), 1556. https://doi.org/10.1186/s12889-025-22838-6

La Pier, T. K., Cleary, K., and Kidd, J. (2009). Exercise self-efficacy, habitual physical activity, and fear of falling in patients with coronary heart disease. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*, *20*(4), 5-11.

Lauck, S., Johnson, J. L., and Ratner, P. A. (2009). Self-care behaviour and factors associated with patient outcomes following same-day discharge percutaneous coronary intervention. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *8*(3), 190–199. https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2008.12.002

Lee, H. Y., Jin, S. W., Henning-Smith, C., Lee, J., and Lee, J. (2021). Role of health literacy in health-related information-seeking behavior online: Cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research, 23*(1), 14088. https://doi.org/10.2196/14088

Lee, J. H., Chuu, K., Spertus, J., Cohen, D. J., James, A. G., Tang, F., and O'Keefe, J. H. (2012). Patients overestimate the potential benefits of elective percutaneous coronary intervention. *Missouri Medicine*, 109(1), 79–84.

Lee, J., Kim, J. N., Gharaibeh, Y., Zimin, V. N., Dallan, L. A. P., Pereira, G. T. R., Vergara-Martel, A., Kolluru, C., Hoori, A., Bezerra, H. G., and Wilson, D. L. (2022). OCTOPUS – Optical coherence tomography plaque and stent analysis software. *Journal of Medical Imaging, 9*(4), 1-10.

Libby, P. (2021). The changing landscape of atherosclerosis. *Nature, 592(7855), 524-533*.https://doi.org/10.1038/s41586-021-03392-8

Liu, A. K., Liu, Y. Y., Su, J., Gao, J., Dong, L. J., Lyu, Q. Y., and Yang, Q. H. (2023). Health literacy and quality of life of patients with coronary heart disease in Tibet, China: The

mediating role of self-efficacy and self-management. *Heart & lung : The Journal of Critical Care*, *57*, 271–276. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2022.10.009

Liu, L., Qian, X., Chen, Z. and He, T. (2020). Health literacy and its effect on chronic disease prevention: evidence from China's data. *BioMed Central Public Health,* 20(1), 690.https://doi.org/10.1186/s12889-020-08804-4

Liu, N., Liu, S., Yu, N., Peng, Y., Wen, Y., Tang, J., and Kong, L. (2018). Correlations among Psychological Resilience, Self-Efficacy, and Negative Emotion in Acute Myocardial Infarction Patients after Percutaneous Coronary Intervention. *Frontiers in Psychiatry*, *9*(1).

Liu, W., Qian, S., Hu, Y., ve Zhang, R. (2024). The serial mediation effects of social support and self-efficacy on health literacy and self-management behaviors among young and middle-aged cardiac patients after percutaneous coronary intervention: A cross-sectional study in China. *Risk Management and Healthcare Policy*, 2893-2906.

Liu, W., Yang, W., and Qian, S. (2023). The mediating effect of self-efficacy on health literacy and social support in young and middle-aged patients with coronary heart disease after PCI. *Vascular Health and Risk Management, 19*, 341–349. https://doi.org/10.2147/VHRM.S417401

Lockwood, K. G., Kulkarni, P. R., Branch, O. H., and Graham, S. A. (2025). Cardiac Self-Efficacy Improvement in a Digital Heart Health Program: Secondary Analysis From a Feasibilityand Acceptability Pilot Study. The *Journal of Medical Internet Research Formative Research*, 9(1), https://doi.org/10.2196/60676

Lu, M., Xia, H., Ma, J., Lin, Y., Zhang, X., Shen, Y., and Hravnak, M. (2020). Relationship between adherence to secondary prevention and health literacy, self-efficacy and disease knowledge among patients with coronary artery disease in China. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(3), 230-237.

Macit, R. (2024). *Primer Perkütan Koroner Girişim Uygulanan ST Yükselmeli Miyokard Enfarktüsü Hastalarında Enfarkt Alanı İle Serum İl-10, Apelin ve CRP Arasındaki İlişki*. Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim, Erzurum.

Malakar, A. K., Choudhury, D., Halder, B., Paul, P., Uddin, A., and Chakraborty, S. (2019). A review on coronary artery disease, its risk factors, and therapeutics. *Journal of Cellular Physiology*, 234(10), 16812-16823.https://doi.org/10.1002/jcp.28350

McEvoy, J. W., McCarthy, C. P., Bruno, R. M., Brouwers, S., Canavan, M. D., Ceconi, C., Christodorescu, R. M., Daskalopoulou, S. S., Ferro, C. J., Gerdts, E., Hanssen, H., Harris, J., Lauder, L., McManus, R. J., Molloy, G. J., Rahimi, K., Regitz-Zagrosek, V., Rossi, G. P., Sandset, E. C., Scheenaerts, B., … ESC Scientific Document Group (2024). 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *European Heart Journal*, *45*(38), 3912–4018. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178

Merai, R. (2016). CDC grand rounds: a public health approach to detect and control hypertension. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 65*.http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6545a3

Mobini, S., Allahbakhshian, A., Shabanloei, R., and Sarbakhsh, P. (2023). Illness Perception, Self-Efficacy, and Medication Adherence in Patients With Coronary Artery Disease: A Path Analysis of Conceptual Model. *SAGE Open Nursing, 9*, 23779608231171772. https://doi.org/10.1177/23779608231171772

Mohammadi, N., Soroosh, Z., Nojomi, M., and Motamedkhah, M. (2023). The relationship between health literacy and rehospitalization among patients with myocardial infarction. *Journal of Health Sciences & Surveillance System*, *11*(1), 70-76.

Mosleh, S. M., Eshah, N. F., and Almalik, M. M. (2017). Perceived learning needs according to patients who have undergone major coronary interventions and their nurses. *Journal of Clinical Nursing, 26*(3-4), 418-426. https://doi.org/10.1111/jocn.13519

Mozaffarian, D., Katan, M. B., Ascherio, A., Stampfer, M. J., & Willett, W. C. (2006). Trans fatty acids and cardiovascular disease. *The New England Journal of Medicine*, *354*(15), 1601–1613. https://doi.org/10.1056/NEJMra054035

Mungchan, P., Glab-ampai, K., Chruewkamlow, N., Trakarnsanga, K., Srisawat, C., Nguyen, K. T., Chaicumpa, W., and Punnakitikashem, P. (2022). Targeted nanoparticles for the binding of injured vascular endothelium after percutaneous coronary intervention. *Molecules, 27*(23), 8144.

Mutlu, Ü., Mutlu, İ. ve Macit, A. (2022). Özel bir hastanede perkütan koroner girişim verilerinin incelenmesi. *Journal of Healthcare Management and Leadership,* (1), 48-58. https://doi.org/10.35345/johmal.1059966

Narain, A., Kwok, C. S., and Mamas, M. A. (2016). Soft drinks and sweetened beverages and the risk of cardiovascular disease and mortality: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical Practice*, *70*(10), 791-805. https://doi.org/10.1111/ijcp.12841

Ndumele, C. E., Matsushita, K., Lazo, M., Bello, N., Blumenthal, R. S., Gerstenblith, G., ... and Coresh, J. (2016). Obesity and subtypes of incident cardiovascular disease. *Journal of the American Heart Association*, *5*(8), e003921. https://doi.org/10.1161/JAHA.116.003921

Niknam Sarabi, H., Farsi, Z., Butler, S., and Pishgooie, A. H. (2021). Comparison of the effectiveness of position change for patients with pain and vascular complications after transfemoral coronary angiography: a randomized clinical trial. *BioMed Central Cardiovascular Disorders*, *21*(1), 114. https://doi.org/10.1186/s12872-021-01922-w

Nuraeni, A., Sugiharto, F., Anna, A., Mirwanti, R., Trisyani, Y., Emaliyawati, E., & Lingga, I. P. (2025). The Influence of Perception on Self-Efficacy Among Patients with Coronary Artery Disease in Indonesia: A Rasch Analysis. *Patient Preference and Adherence*, *19*, 1475–1485. https://doi.org/10.2147/PPA.S510692

Nuraeni, A., Sugiharto, F., Anna, A., Sari, E., Mirwanti, R., Trisyani, Y., and Emaliyawati, E. (2023). Self-Efficacy in Self-Care and Its Related Factors Among Patients with Coronary Heart Disease in Indonesia: A Rasch Analysis. *Vascular Health and Risk Management*, *19*, 583–593. https://doi.org/10.2147/VHRM.S427488

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), 259–267. https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259

Odden, M. C., Coxson, P. G., Moran, A., Lightwood, J. M., Goldman, L., and Bibbins-Domingo, K. (2011). The impact of the aging population on coronary heart disease in the United States. *The American Journal of Medicine*, *124*(9), 827–833.https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2011.04.010

Onat A, Can G. (2013).. Erişkinlerimizde kalp hastalıkları prevalansı, yeni koroner olaylar ve kalpten ölüm sıklığı. Onat A. Tekharf 2013. Logos Tıp Yayıncılığı, İstanbul/Türkiye, 19-27.

O'Neil, A., Berk, M., Davis, J., and Stafford, L. (2013). Cardiac self-efficacy predicts adverse outcomes in coronary artery disease (CAD) patients. *BioMed Central Cardiovascular Disorders,* 13, 100. http://dx.doi.org/10.4236/health.2013.57A3002

Ozan, A. (2025). *Koroner arter hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri, hasta ilaç uyumu ve aktiflik düzeylerinin değerlendirilmesi.* Yüksek Lisans Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa. https://hdl.handle.net/11452/54492

Ökmen, E. (2008). İlaç salınımlı stentler diyabetik hastalarda koroner arter hastalığının tedavisini değiştirdi mi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 16, 198-204.

Özcan, H., ve Gürçay, E. (2023). Omuz ağrısı olan hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Journal of Physical Medicine and Rehabilitation Sciences, 26*(2), 127–134.

Özen, A. T., & Çelik, S. Ş. (2010). Koroner anjiyoplasti ve intra koroner stent uygulanan hastalarin bakımı. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences,* 13(2), 60-67. https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/29521

Özger, Ö., ve Olgun, N. (2009). Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti sonrası kanama komplikasyonu sıklığı ve ilişkili risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, *13*(2), 47-54.

Öztürk, Y., Kıraç, R. ve Kavuncu, B. (2018, Ekim). *Sağlık okuryazarlığı ve öz yeterlilik arasındaki ilişkinin incelenmesi.* Konya'da Necmettin Erbakan Üniversitesi 2. Uluslararası Sosyal ve Eğitim Bilimleri Sempozyumunda sunuldu, Ankara. (s. 22-24).

Pala, B. (2023). *Koroner Arter Hastalarında Sağlık Algısı ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki.* Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ordu. http://earsiv.odu.edu.tr:8080/xmlui/handle/11489/3743

Palabıyık, A. A. (2024). Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlıkları ve genel öz yeterlilik düzeylerinin incelenmesi. *Yönetim Bilimleri Dergisi, 22*(53), 897–917. https://doi.org/10.35408/comuybd.1379996

Pan, L., Xie, C., Liu, M., and Zhu, L. (2025). Mediating effect of dietary self-efficacy in the relationship between health literacy and nutrition label use among coronary heart

disease patients. *Scientific Reports*, *15*(1), 7342. https://doi.org/10.1038/s41598-025-92386-x

Qiu, X. (2024). Nurse-led intervention in the management of patients with cardiovascular diseases: a brief literature review. *BioMed Central Nursing, 23*(1), 6.https://doi.org/10.1186/s12912-023-01422-6

Ralapanawa, U., and Sivakanesan, R. (2021). Epidemiology and the Magnitude of Coronary Artery Disease and Acute Coronary Syndrome: A Narrative Review. *Journal of Epidemiology and Global Health,* 11(2), 169–177. https://doi.org/10.2991/jegh.k.201217.001

Rathod, K. S., Beirne, A. M., Bogle, R., Firoozi, S., Lim, P., Hill, J., Dalby, M. C., Jain, A. K., Malik, I. S., Mathur, A., Kalra, S. S., DeSilva, R., Redwood, S., MacCarthy, P. A., Wragg, A., Smith, E. J., and Jones, D. A. (2020). Prior Coronary Artery Bypass Graft Surgery and Outcome After Percutaneous Coronary Intervention: An Observational Study From the Pan-London Percutaneous Coronary Intervention Registry. *Journal of the American Heart Association*, *9*(12), 014409. https://doi.org/10.1161/JAHA.119.014409

Richards, S. H., Anderson, L., Jenkinson, C. E., Whalley, B., Rees, K., Davies, P., and Taylor, R. S. (2018). Psychological interventions for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *European journal of Preventive Cardiology*, *25*(3), 247-259.https://doi.org/10.1177/2047487317739978

Sabatine, M. S., Bergmark, B. A., Murphy, S. A., T O'Gara, P., Smith, P. K., Serruys, P. W., and Braunwald, E. (2021). Percutaneous coronary intervention with drug-eluting stents versus coronary artery bypass grafting in left main coronary artery disease: an individual patient data meta-analysis. *The Lancet*, *398*(10318), 2247-2257.https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02334-5

Sağlık Bakanlığı. (2020). Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları. https://www.saglik.gov.tr/tr/okuryazarlik

Salari, A., Balasi, L. R., Moaddab, F., Zaersabet, F., Saeed, A. N., and Nejad, S. H. (2016). Patients' Cardiac Self-Efficacy After Coronary Artery Angioplasty. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, *5*(2). https://doi.org/10.17795/jjcdc-37251

Salehi, N., Janjani, P., Tadbiri, H., Rozbahani, M., and Jalilian, M. (2021). Effect of cigarette smoking on coronary arteries and pattern and severity of coronary artery disease: a review. *Journal of International Medical Research*, *49*(12), 03000605211059893.https://doi.org/10.1177/03000605211059893

Salgado, R., Paulo, N., Zufferey, A., and Bucher, C. O. (2023). Patient's learning needs and self-efficacy level after percutaneous coronary intervention: A descriptive study. *Journal of Clinical Nursing, 32*, 6415–6426. https://doi.org/10.1111/jocn.16656

Sarıyar, S., ve Kılıç, H. F. (2019). Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde kullanılan araçlar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 6(2),* 126-131. https://doi.org/10.31125/hunhemsire.598649

Sarkar, U., Ali, S. and Whooley, M. A. (2007). Self-efficacy and health status in patients with coronary heart disease: findings from the heart and soul study. *Psychosomatic Medicine*, *69*(4), 306–312. https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3180514d57

Sarkar, U., Ali, S., and Whooley, M. A. (2009). Self-efficacy as a marker of cardiac function and predictor of heart failure hospitalization and mortality in patients with stable coronary heart disease: findings from the Heart and Soul Study. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *28*(2), 166–173. https://doi.org/10.1037/a0013146

Schunk, D. H. (1991). Self-efficacy and academic motivation. *Educational Psychologist, 26*(3-4), 207-231.

Schunk, D. H., and DiBenedetto, M. K. (2020). Motivation and social-emotional learning: The role of self-efficacy. *Contemporary Educational Psychology, 60*, 101824.

Sezgin, D. (2014). Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, 73-92.

Shahid, R., Shoker, M., Chu, L. M., Frehlick, R., Ward, H., and Pahwa, P. (2022). Impact of low health literacy on patients' health outcomes: a multicenter cohort study. *BioMed Central Health Services Research, 22*(1), 1148. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08527-9

Shahjehan RD, Sharma S, Bhutta BS. Coronary Artery Disease. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564304/

Shajrawi, A., Granat, M., Jones, I., and Astin, F. (2020). Physical Activity and Cardiac Self-Efficacy Levels During Early Recovery After Acute Myocardial Infarction: A Jordanian Study. *The Journal of Nursing Research, 29*(1), e131. https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000408

Shi, Y. J., Liu, Y., Jiang, T. T., Zhang, H. R., and Shi, T. Y. (2022). Effects of multidisciplinary exercise management on patients after percutaneous coronary intervention: A randomized controlled study. *International Journal of Nursing Sciences*, *9*(3), 286-294.https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.06.012

Shrestha, R., Rawal, L., Bajracharya, R., and Ghimire, A. (2020). Predictors of cardiac self-efficacy among patients diagnosed with coronary artery disease in tertiary hospitals in Nepal. *Journal of Public Health Research, 9*(4), jphr-2020. https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1787

Sol, B. G., van der Graaf, Y., van der Bijl, J. J., Goessens, N. B., and Visseren, F. L. (2006). Self-efficacy in patients with clinical manifestations of vascular diseases. *Patient Education and Counseling*, *61*(3), 443-448

Son Y-J, Yu HY.(2016). Influence of Health Literacy on HRQoL in Patients After PCI. *Western Journal of Nursing Research*, 38 (12), 1611-1626. https://doi.org/10.1177/0193945916653104

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., and Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of

definitions and models. *BioMed Central Public Health, 12*(80), 1-13. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

Sugiharto, F., Nuraeni, A., Trisyani, Y., Putri, A. M., Armansyah, N. A., and Zamroni, A. H. (2023). A scoping review of predictors associated with self-efficacy among patients with coronary heart disease. *Vascular Health and Risk Management*, 719-731. https://doi.org/10.2147/VHRM.S435288

Sugiharto, F., Ubleeuw, I., Masala, C. W., Noya, F., Latuheru, J. A., Abdullah, D., and Nuraeni, A. (2024). Self-efficacy in Doing Self-care Among Patients With Coronary Heart Disease: A Concept Analysis. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, *20*(5).

Sullivan, M. D., LaCroix, A. Z., Russo, J., and Katon, W. J. (1998). Self-efficacy and self-reported functional status in coronary heart disease: a six-month prospective study. *Psychosomatic Medicine*, *60*(4), 473–478. https://doi.org/10.1097/00006842-199807000-00014

Svendsen, M. T., Bak, C. K., Sørensen, K., Pelikan, J., Riddersholm, S. J., Skals, R. K., and Torp-Pedersen, C. (2020). Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. *BioMed Central Public Health*, *20*(1), 565.https://doi.org/10.1186/s12889-020-08498-8

Şen Kalaman, B. (2024). *Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastalarda İmmobilizasyon, Çevresel Stresörler ve Anksiyete Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ordu.

Tao, S., Tang, X., Yu, L., Li, L., Zhang, G., Zhang, L., Huang, L., and Wu, J. (2023). Prognosis of coronary heart disease after percutaneous coronary intervention: A bibliometric analysis over the period 2004-2022. *European Journal of Medical Research, 28*(1), 311. https://doi.org/10.1186/s40001-023-01220-5

Teleş, M., ve Kaya, S. (2019). Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalarda sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,* 22(4), 711-748.

Temür, B. N., ve Aksoy, N. (2022). Hastalık yönetiminde dijital sağlık okuryazarlığı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 15*(3), 413–417. https://doi.org/10.46483/deuhfed.1009986

Toker, M. E. (2008). Diyabetik koroner arter hastalığının tedavisinde perkütan koroner girişim uygulamasına cerrahi bir perspektif. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 16*(4), 1-6. https://tgkdc.dergisi.org/abstract.php?lang=en&id=1195

Topallar, B., ve Büyükdemirci, E. (2025). Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin İncelenmesi. *Bulletin of Cardiovascular Academy*, 3(1), 31-38. https://doi.org/10.4274/kvbulten.galenos.2025.03511

Tsoulou, V., Vasilopoulos, G., Kapadochos, T., Pavlatou, N., Kalogianni, A., Toulia, G., ... and Polikandrioti, M. (2023). Quality of life in patients undergoing percutaneous coronary intervention. *Clinics and Practice*, *13*(3), 621-637.https://doi.org/10.3390/clinpract13030057

Tuncer Suyabatmaz, B. (2025). *Sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı farkındalığı arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Karaman.

Tunç, B. (2022). *Koroner anjiyografi uygulanan hastaların bilgi düzeyleri* . Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İstanbul.

Turan, A., Söylemez, N. M., ve Jimale, Z. A. (2023). Türkiye'de sağlık okuryazarlığı ile ilgili tezlerin incelenmesi. *Social Science Development Journal, 8*(39), 68-80. https://doi.org/10.31567/ssd.969

TÜİK. (2023, Haziran 1).Türkiye Sağlık Araştırması, 2022. *Türkiye İstatistik Kurumu.*https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747

TÜİK. (2024, Haziran 14). Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri, 2023. *Türkiye İstatistik Kurumu.*https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709

Türkoğlu N, Kılıç D. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 'nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2021; 24(1): 25-33. DOI: 10.17049/ataunihem.662054

Untila, O. (2020). Medya sağlık okuryazarlığında küresel ortaklık arayışları. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 19*(37), 697-731. https://dergipark.org.tr/tr/pub/iticusbe/issue/54570/745112#article_cite

Valaker, I., Norekvål, T. M., Råholm, M. B., Nordrehaug, J. E., Rotevatn, S., Fridlund, B., and Concard Investigators. (2017). Continuity of care after percutaneous coronary intervention: the patient's perspective across secondary and primary care settings. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *16*(5), 444-452.

Van der Heide, I., Heijmans, M., Schuit, A., Uiters, E., ve Rademakers, J. (2015). Health literacy in the Netherlands: A cross-sectional survey. *BioMed Central Public Health, 15*(1), 1-9. https://doi.org/10.1186/s12889-015-1623-5

Vatan, M. B., Ağaç, M. T., Tatlı, E. ve Aksoy, M. N. M. (2017). Biyoeriyebilen Stentler. *Journal of Human Rhythm, 3(2),* 92-97. https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/317109

Virtanen, M., Vahtera, J., Singh-Manoux, A., Elovainio, M., Ferrie, J. E., and Kivimäki, M. (2018). Unfavorable and favorable changes in modifiable risk factors and incidence of coronary heart disease: The Whitehall II cohort study. *International Journal of Cardiology*, *269*, 7-12.https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2018.07.005

Vrints, C., Andreotti, F., Koskinas, K. C., Rossello, X., Adamo, M., Ainslie, J., Banning, A. P., Budaj, A., Buechel, R. R., Chiariello, G. A., Chieffo, A., Christodorescu, R. M., Deaton, C., Doenst, T., Jones, H. W., Kunadian, V., Mehilli, J., Milojevic, M., Piek, J. J., Pugliese, F., … ESC Scientific Document Group (2024). 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. *European Heart Journal*, *45*(36), 3415–3537. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae177

Wahyuni, A., and Setyowati, S. (2022). Concept analysis of self efficacy among coronary heart disease patients undergoing percutaneous coronary intervention. *Jurnal Ilmu Kesehatan, 7*(4), 1051-1058. https://dx.doi.org/10.30604/jika.v7i4.1275

Wang, Y., Gong, X., Cheng, J., Wu, Y., Wang, S., Zhu, Y., Liu, C., He, F., and Xu, K. (2025). Mediating effect of illness perception between self-care ability and health-promoting behaviors among patients with stable coronary artery disease. *Public Library of Science* One, 20(2),0316551. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0316551

Wennberg, E., Abualsaud, A. O., and Eisenberg, M. J. (2024). Patient Management Following Percutaneous Coronary Intervention. *Journal of the American College of Cardiology Advances*, *4*(1), 101453. https://doi.org/10.1016/j.jacadv.2024.101453

Wirtz, P. H., and von Känel, R. (2017). Psychological stress, inflammation, and coronary heart disease. *Current Cardiology Reports,* 19(11), 111. https://doi.org/10.1007/s11886-017-0919-x

World Health Organization. (2009). Health literacy and health promotion: Definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean Region. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Editerranean.

World Health Organization. (2020). https://www.who.int/news/item/22-09-2020-tobacco-responsible-for-20-of-deaths-from-coronary-heart-disease.

World Health Organization. Cardiovascular Diseases. https://www.who.int/en/news-room/fact

Xiao, L., Wang, P., Fang, Q., and Zhao, Q. (2018). Health-promoting Lifestyle in Patients after Percutaneous Coronary Intervention. *Korean Circulation Journal*, 48(6), 507–515. https://doi.org/10.4070/kcj.2017.0312

Yalçın, B. (2024). *Akut Koroner Sendromlu Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Diyet ve İlaç Uyumuna Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Çankırı Karatekin Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Çankırı.

Yang, B., Piccinelli, M., Esposito, G., Han, T., Bouchi, Y., Gogas, B., Giddens, D., Samady, H., and Veneziani, A. (2018). Patient-Specific 3D Volumetric Reconstruction of Bioresorbable Stents: A Method to Generate 3D Geometries for Computational Analysis of Coronaries Treated with Bioresorbable Stents. *Journal of Biomechanics, 75*, 1-10. https://doi.org/10.48550/arXiv.1810.03270

Yao, L., Wu, F., Mu, H., Wang, X., Liu, J., and Lu, H. (2024). Mediating effect of health literacy on social support and self-care ability in older patients undergoing percutaneous coronary stent implantation. *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*, *14*(5), 821–831. https://doi.org/10.21037/cdt-24-50

Yavuz, E. (2024). *Erzurum İlinde Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Sosyodemografik Özelliklerinin Kanser Taramalarına Katılım Durumları ile İlişkisi* . Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Erzurum.

Yeşil Bayülgen, M., and Altıok, M. (2017). Healthy Lifestyle Behaviours of Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty Patients and the Affecting Factors. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing,* 8(16), 45-54. https://doi.org/10.5543/khd.2017.28199.

Yeşil, E., Uyar, H., Örsçelik, Ö., ve… Özkan, B. (2022). Akut miyokard infarktüslü hastalarda perkütan koroner girişim sonrası no-reflow fenomeni gelişimi üzerine klopidogrel ile tikagrelorun etkisinin karşılaştırılması. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 15(2), 196-206.* https://doi.org/10.26559/mersinsbd.1018841

Yıldırak, B. (2023). *Kronik hastalığı olan yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı ve öz etkililik düzeylerinin incelenmesi.* Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Yıldırım, G. ve Oğuz, S. (2022). Perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda müzik ve doğa seslerinin yaşam bulguları ve anksiyete üzerine etkisi. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(1), 32-41.* https://hdl.handle.net/11424/295444

Yılmaz, F., ve Tiryaki, H. (2016). Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi ve etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2*(2), 45–56.

Yılmazel, G., ve Ahcıoğlu, A. (2021). Halk sağlığı gözüyle koroner arter hastalığı ve sağlık okuryazarlığı. *Turkey Health Literacy Journal, 2*(2), 81–88. https://orcid.org/0000-0002-2487-5464.

Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., ... and Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries: case-control study. *The Lancet*, *364*(9438), 937-952. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17018-9

Yüce, G. E., ve Muz, G. (2023). Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Kronik Hastalığa Uyum ile İlişkisinin İncelenmesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 12(3), 1115-1123. https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1271039

Zaimoğlu, B. N., ve Özer, Z. (2022). Kronik hastalığı olan bireylerde e-sağlık okuryazarlık ve hasta aktivasyon düzeylerinin incelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 18*(1), 12-21. https://doi.org/10.47565/ndthdt.2023.63

Zakeri, M. A., Tavan, A., Nadimi, A. E., Bazmandegan, G., Zakeri, M., and Sedri, N. (2023). Relationship between health literacy, quality of life, and treatment adherence in patients with acute coronary syndrome. *Health Literacy Research and Practice,* 7(2), 71-79.

Zhang, J., Zhang, Q., Zhao, K., Bian, Y. J., Liu, Y., and Xue, Y. T. (2022). Risk factors for in-stent restenosis after coronary stent implantation in patients with coronary artery disease: A retrospective observational study. *Medicine*, *101*(47), 31707. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000031707

Zhang, M. F., Zheng, M. C., Liu, W. Y., Wen, Y. S., Wu, X. D., and Liu, Q. W. (2015). The influence of demographics, psychological factors and self-efficacy on symptom distress in colorectal cancer patients undergoing post-surgical adjuvant chemotherapy.

European Journal of Oncology Nursing, 19(1), 89-96. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.08.002

Zhang, T., and Qi, X. (2021). Greater nursing role for enhanced post-percutaneous coronary intervention management. *International Journal of General Medicine, 14*, 7115–7120. https://doi.org/10.2147/ijgm.s337385

Zhang, X., Zhan, Y., Liu, J., Chai, S., Xu, L., Lei, M., Koh, K. W. L., Jiang, Y., and Wang, W. (2018). Chinese translation and psychometric testing of the cardiac self-efficacy scale in patients with coronary heart disease in mainland China. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 43. https://doi.org/10.1186/s12955-018-0872-4

Zhao, Y., and Wang, X. (2022). Effect of integrated nursing care based on medical alliance mode on the prevention and treatment of complications and self-efficacy of patients with coronary heart disease after PCI. *Journal of Healthcare Engineering*, *2022*(1), 7727953.

Zhu, X., Chen, L., Yang, X., Du, Y., Zhao, Y., Hu, T., Sun, N., Sun, Q., Liang, W., Wei, X., and Zhang, Z. (2025). Global, regional, and national trends in tobacco-induced cardiovascular disease burden for 1990-2021 with projections to 2045: A comprehensive analysis based on the Global Burden of Disease Study 2021. *Tobacco İnduced Diseases*, 23(10),18332-204008. https://doi.org/10.18332/tid/204008

EKLER

EK-1. Gönüllü Katılımcı Onam Formu

Hemşire Sevda Kabak tarafından yürütülen ***"Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı ve Öz Yeterlilik Düzeyi Arasındaki İlişki***" başlıklı araştırmaya davet edilmiş bulunuyorsunuz. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde yüksek lisans yapmaktayım. Bu çalışma Bursa Şehir Hastanesi kardiyoloji servisinde koroner stent veya balon (PTCA) uygulanan 18- 65 yaşları arasındaki kişilere sağlık okuryazarlık düzeyleri ve öz yeterlilik düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaklaşık 15 -20 dk süre ayrılarak yapılacaktır. Bu amaç doğrultusunda sizinle ilgili bazı sorular sorulmaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz sorabilirsiniz. Her bir soruya kendinize en uygun yanıtı vermeniz çalışmanın doğruluğunu arttıracaktır. Çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu formdan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Araştırmaya yaptığınız katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

Çalışmaya Katılım Onayı:

"Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum. Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım."

<u>Katılımcının (Kendi el yazısı ile)</u>

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Not: *Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.*

ARAŞTIRMACILAR: PROF. DR. ÜLKÜ POLAT

SEVDA KABAK

EK-2. Birey Tanıtım Formu

A) SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaş. .....

2. Cinsiyet

(1) Kadın (2) Erkek

3. Medeni durumunuz nedir?

(1) Evli (2) Bekar

4. Eğitim durumunuz nedir?

(1) Okur-yazar (2) İlköğretim (3) Ortaöğretim (4) Lisans ve üzeri

5. Çalışma durumunuz nedir?

(1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

6 Gelir düzeyiniz nedir?

(1) gelir gidere eşit (2) gelir giderinden az (3) gelir giderinden fazla

7. Sigara içme durumunuz nedir?

(1) İçiyor (2) Hiç içmemiş (3) Bırakmış (tarih: ……/……/.....)

8. Egzersiz yapma durumunuz nedir?

(1) Hiç yapmıyorum (2) Ara sıra yaparım

(3) düzenli yaparım

9. Evde uyguladığınız kalp koruma diyetiniz var mı?

(1) var (2) yok

10. Yaşanılan yer:

(1) İl (2) İlçe (3) Köy

EK-2. (devam) Birey Tanıtım Formu

11. Birlikte yaşadığınız kişiler:

(1) Yalnız (2) Eş (3) Eş ve çocuklar (4)Diğerleri

KLİNİK ÖZELLİKLER

12. Tanı ……

13. Sağlık kontrollerinizi düzenli olarak yaptırır mısınız?

() Evet () Hayır

14. Sürekli kullandığınız ilaç var mı?

() Var () Yok

15. Cevabınız evet ise kaç tane ilaç kullanıyorsunuz?

(1 -3) (4-6) (7 ve üstü)

16. Daha önce size PKG (stent veya balon) işlemi uygulandı mı?

( ) Evet ( ) Hayır

17. Şu an kaç damara müdahale edildi?

(1) (2) (2 ve üstü)

EK-2. (devam) Birey Tanıtım Formu

18. PKG (stent veya balon uygulaması) işleminizin gerçekleşme şekli nedir?

(1) Planlı (2) Acil

19. Daha önce PKG (stent veya balon) işlemi ile ilgili (ilaç kullanımı, rutin kontroller, fiziksel aktivite vb. hakkında) bilgi aldınız mı?

(1) Evet (2) Hayır

EK-3. Kardiyak Öz-Yeterlilik Ölçeği

	Kendinizden ne kadar eminsiniz…?	**Hiç Emin Değilim (0)**	**Biraz Eminim (1)**	**Orta Derecede Eminim (2)**	**Çok Eminim (3)**	**Tamamen Eminim (4)**
1	Aktivite seviyenizi değiştirerek göğüs ağrınızı kontrol edebilir misiniz?	0	1	2	3	4
2	Aktivite seviyenizi değiştirerek nefes darlığınızı kontrol edebilir misiniz?	0	1	2	3	4
3	İlaçlarınızı alarak göğüs ağrınızı kontrol edebilir misiniz?	0	1	2	3	4
4	İlaçlarınızı alarak nefes darlığınızı kontrol edebilir misiniz?	0	1	2	3	4
5	Kalp hastalığınızla ilgili doktorunuzu ne zaman aramanız veya ziyaret etmeniz gerektiğini biliyor musunuz?	0	1	2	3	4
6	Kalbinizle ilgili endişelerinizi doktorunuzun anlayabileceği şekilde nasıl anlatacağınızı biliyor musunuz?	0	1	2	3	4
7	Kalp ilaçlarınızı nasıl alacağınızı biliyor musunuz?	0	1	2	3	4
8	Ne kadar fiziksel aktivitenin sizin için iyi olduğunu biliyor musunuz?	0	1	2	3	4
9	Her zamanki sosyal aktivitelerinizi devam ettirebilir misiniz?	0	1	2	3	4
10	Evinizde ailenizle birlikte her zamanki aktivitelerinizi devam ettirebilir misiniz?	0	1	2	3	4
11	İstediğiniz her zamanki aktivitelerinizi devam ettirebilir misiniz?	0	1	2	3	4
12	Eşinizle cinsel ilişkinizi devam ettirebilir misiniz?	0	1	2	3	4
13	Düzenli aerobik egzersiz (terleme ve kalp atış hızını artırma) yapabilir misiniz?	0	1	2	3	4

EK-4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ)

	Kesinlikle katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle katılıyorum**
A. Hastane veya eczanelerdeki talimatları veya broşürleri okurken, katılıp katılmama konusunda aşağıdaki seçeneklerden uygun olanını seçiniz.					
1.Bulduğum materyalleri okuyamıyorum.	5	4	3	2	1
2.Yazılar benim için çok küçük yazılmış.	5	4	3	2	1
3.İçerik benim anlamam için çok zor.	5	4	3	2	1
4.Onları okumam çok uzun zaman alıyor.	5	4	3	2	1
5.Onları okumam için birisinin yardımına ihtiyacım var.	5	4	3	2	1
B. Bir hastalık tanısı alırsanız ve sizin bu hastalığa ve tedavisine ilişkin fazla bir bilginiz yoksa, katılıp katılmama konusunda aşağıdaki seçeneklerden uygun olanını seçiniz.					
6.Çeşitli kaynaklardan bilgi toplarım.	1	2	3	4	5
7.İstediğim bilgileri elde ederim.	1	2	3	4	5
8.Aldığım bilgileri anlarım	1	2	3	4	5
9.Doktoruma, aileme veya arkadaşlarıma hastalığım hakkında kendi fikirlerini söylerim.	1	2	3	4	5
10.Aldığım bilgileri günlük yaşamıma uygularım.	1	2	3	4	5
C. Bir hastalık tanısı alırsanız ve bu hastalığa ve tedavisine ilişkin bilgiler edinirseniz, katılıp katılmama konusunda aşağıdaki seçeneklerden uygun olanını seçiniz.					
11.Bilgilerin benim için uygulanabilir olup olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
12.Bilgilerin güvenilir olup olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
13.Bilgilerin geçerli ve güvenilir olup olmadığını kontrol ederim.	1	2	3	4	5
14.Kendi sağlığım hakkındaki kararlarımı uygulamak için bilgi toplarım.	1	2	3	4	5

EK-5. Etik Komisyon Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 21.07.2025-E.1287436

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Komisyonu

Sayı : E-77082166-302.08.01-1287436 21.07.2025
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

DAĞITIM YERLERİNE

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı **Yüksek Lisans Öğrencisi Sevda KABAK**'ın, **Prof. Dr. Ülkü POLAT**'ın danışmanlığında yürüttüğü ***"Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı ve Öz Yeterlilik Düzeyi Arasındaki İlişki"*** adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun **08.07.2025** tarih ve **11** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Araştırma Kod No: 2025 - 1257

Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Komisyon Başkanı

DAĞITIM
Gereği:
Sayın Prof. Dr. Ülkü POLAT

Bilgi:
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: [illegible] Belge Teklif Adresi : [illegible]
Emniyet Mahallesi Bandırma Caddesi No: 6/1 06560 Yenimahalle/ANKARA
Tel: 0 (312) 202 30 27 - 0 (312) 2... Faks: 0 (312) 202 30 70
İnternet Adresi: http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/
Kep Adresi: gazieticaret@hs01.kep.tr
Bilgi için: Melek Yeşilova Kaya
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No: 3122026031
Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-6. İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı

T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-67508481-799-284539456 08.08.2025
Konu : Sevda KABAK'ın Yüksek Lisans Tez İzni

BURSA ŞEHİR HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 01.08.2025 tarih ve E-70233781-000-283964101 sayılı yazınız.

Bursa Şehir Hastanesinde hemşire olarak görev yapan Gazi Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisi olan Sevda KABAK'ın *"Perkütan Koroner Girişim Uygulanana Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Ve Öz Yeterlilik Düzeyi Arasındaki İlişki"* başlıklı yüksek lisans tez çalışmasına ilişkin başvuru belgeleri incelenerek değerlendirilmiş olup, çalışmanın yapılmasının uygun görüldüğüne dair alınan Komisyon Kararı ilişikte gönderilmiştir.

Gereğini rica ederim.

Dr. Sevgi HARORLU
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı V.

Ek: Sevda KABAK Komisyon Kararı

EK-6. (devam) İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı

T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

07.08.2025

BURSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU
KOMİSYON KARARI

Başkanlığımız Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu, sunulan dosyanın uygunluğunu değerlendirmek üzere 06.08.2025 tarihinde toplanmıştır.

Bursa Şehir Hastanesinde hemşire olarak görev yapan Gazi Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisi olan Sevda KABAK'ın *"Perkütan Koroner Girişim Uygulanana Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Ve Öz Yeterlilik Düzeyi Arasındaki İlişki"* başlıklı yüksek lisan tez çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Bursa Şehir Hastanesinde uygulama isteğine ilişkin ekli belgeleri incelenmiştir.

Komisyon tarafından yapılan değerlendirme neticesinde, söz konusu çalışmanın adı geçen hastanelerde yapılan hizmetleri aksatmayacak şekilde, kişisel verilerin korunması, hasta hakları ile kişisel sağlık verilerinin işlenmesi ve mahremiyetinin sağlanması hakkındaki kanun ve yönetmeliklere uyulması kaydı ile yapılması uygun bulunmuş olup, çalışmanın tamamlanması akabinde hazırlanan sonuç raporunun bir nüshasının Başkanlığımıza gönderilmesine;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Uzm. Dr. Hasret YÜCEL ÖZBÖLÜK
Tıbbi Farmakoloji Uzmanı (Üye)

Dr. Berkay BÜKRÜ
Doktor (Üye)

Ayşe YENİ KAYLAN
Uzman (Y.Üye)

Hasan ARSLAN
Uzman (Üye)

06.08.2025
Dr. Sevgi HARORLU
Kamu Hast. Hiz. Başk.Yrd.
(Komisyon Başkanı)

Ek: Sevda KABAK'ın Başvuru Belgeleri

EK-7. Bursa Şehir Hastanesi İzin Yazısı

T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Şehir Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-13012450-799-283066187 28.07.2025
Konu : Araştırma İzni Hk. (Hemş. Sevda KABAK)

Sayın Hemş. Sevda KABAK
Kardiyoloji Kliniği

Yazımız ekinde bulunan dilekçenize istinaden ***"Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı ve Öz Yeterlilik Düzeyi Arasındaki İlişki"*** isimli tez çalışmasının Hastanemizde yapılacak olmasına ilişkin talebiniz incelenmiş ve çalışmanın yapılmasının Tarafımızca uygun olduğuna karar verilmiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Dursun TOPAL
Başhekim

Ek: Konuya İlişkin Dilekçe, Etik Kurul Onayı ve Ekleri

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: [illegible] Belge doğrulama adresi: [illegible]
Bursa Şehir Hastanesi Değirmiş Mahallesi 16110 Nilüfer/BURSA 16110
Telefon No: 0224 [illegible]
e-Posta: [illegible] İnternet Adresi: [illegible]
Kep Adresi: [illegible]
Bilgi için: Emre KARAKÖSEMİOĞLU
Tıbbi Sekreter
Telefon No: 0224 [illegible] - Dahili

EK-8. Ölçek İzinleri



Re: Ölçek kullanım izni Gelen Kutusu ×

sibel bayram
Alıcı: ben

27 May Sal 10:21

Merhabalar,

Ölçeği kullanmanızda bir sakınca yoktur. Tezimde ölçekle ilgili gerekli ayrıntıları bulabilirsiniz.

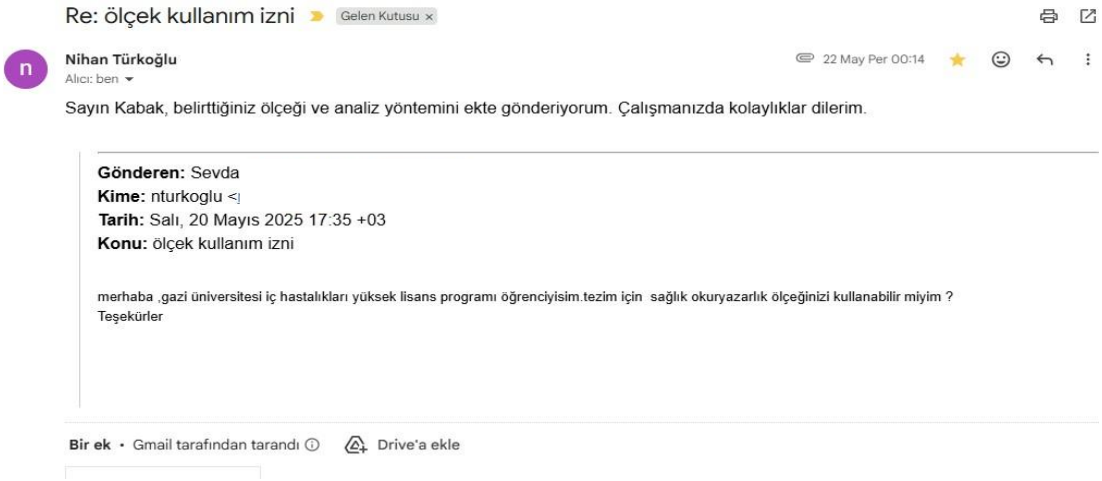
İyi çalışmalar dilerim.

Saygılarımla.

27 May 2025 Sal, saat 10:15 tarihinde Sevda Kabak < şunu yazdı:

> Merhaba gazi İç hastalıkları yüksek lisans öğrencisiyim prof.dr Ülkü Polat ile yürüteceğimiz tez çalışmasında kardiyak öz yeterlilik ölçeğinizi kullanmak istiyorum ölçeğinizi kullanmak istiyorum ölçek ve yönergesine ulaşmamız ve kullanmamız konusunda bilgi ve olurlarınızı arz ederim
> Saygılarımla

Bir ek • Gmail tarafından tarandı ⓘ Drive'a eklendi



Re: ölçek kullanım izni Gelen Kutusu ×

Nihan Türkoğlu
Alıcı: ben

22 May Per 00:14

Sayın Kabak, belirttiğiniz ölçeği ve analiz yöntemini ekte gönderiyorum. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

> **Gönderen:** Sevda
> **Kime:** nturkoglu <
> **Tarih:** Salı, 20 Mayıs 2025 17:35 +03
> **Konu:** ölçek kullanım izni
>
> merhaba ,gazi üniversitesi iç hastalıkları yüksek lisans programı öğrenciyisim.tezim için sağlık okuryazarlık ölçeğinizi kullanabilir miyim ?
> Teşekürler

Bir ek • Gmail tarafından tarandı ⓘ Drive'a ekle

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : KABAK, Sevda

Uyruğu : T.C.

Eğitim

Derecesi	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı	Devam Ediyor
Lisans	Başkent Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2018
Lise	Muharrem Hasbi Koray Anadolu Lisesi	2013

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2025-devam ediyor	Bursa Şehir Hastanesi	Kardiyoloji Servis Hemşireliği
2020-2025	Bilkent Şehir Hastanesi	Koroner Yoğun Bakım Hemşireliği
2019-2020	Medicana Ankara Hastanesi	Koroner Yoğun Bakım Hemşireliği

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

Kabak, S. (2025). *Kroner Arter Hastalarında Telesağlık ve Hemşirelik.* IV. International Gelenekten Geleceğe Scientific Studies, Online, 234-236.

Kabak, S. (2025). *Kroner Arter Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı ve Hemşirelik.* IV. International Gelenekten Geleceğe Scientific Studies, Online, 234-236.

Hobiler

-



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR...