

T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ - KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
ORTAK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
(İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nuriye DOĞRUCAN KATRANCI

HİPERTANSİYON HASTALARINDA TEDAVİYE UYUM VE SAĞLIK
OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

TEZ YÖNETİCİSİ
Doç. Dr. Nazan KILIÇ AKÇA

YOZGAT 2019



**YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI**

**T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.


Nuriye DOĞRUCAN



**YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
YÖNERGE UYGUNLUK SAYFASI**

**T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

“HİPERTANSİYON HASTALARINDA TEDAVİYE UYUM VE SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ” adlı Hemşirelik Ana Bilim Dalı yüksek lisans tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi 'ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan


 Nuriye DOĞRUCAN
 İmza

Danışman

 Doç. Dr. Nuran Kelle Aktaş
 İmza

Prof. Dr. Sevil POLAT
 Hemşirelik A. B. Başkanı


 Ana Bilim Dalı Başkanı
 İmza

	YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ TEZ ONAY FORMU
---	---

T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Enstitümüzün Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans/Doktora Programı 90110116005 numaralı öğrencisi Nuriye Doğrucan'ın hazırladığı ".....HİPERTANSİYON HASTALARINDA TEDAVİYE UYUM VE SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ" başlıklı tezi ile ilgili tez savunma sınavı, Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri gereğince 13/09/2019 Cuma günü saatda yapılmış, tezin onayına oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.

Başkan : Dr. Öğr. Üyesi: Özlem CEYHAN



Jüri Üyesi (Danışman) : Doç. Dr. Nisan Kaya Akca



Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi: Dilek Efe Arslan



ONAY:

Bu tezin kabulü, Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı Enstitü Yönetim Kurulu Kararı ile onaylanmıştır.

.....

Prof. Dr.
Müdür

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

HİPERTANSİYON HASTALARINDA TEDAVİYE UYUM VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ BELİRLENMESİ

Nuriye DOĞRUCAN KATRANCI

Bu araştırma hipertansiyon hastalarında tedaviye uyum ve sağlık okuryazarlığının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini iki ayrı merkezde Ocak-Haziran 2018 tarihleri arasında en az 6 aydır hipertansiyon tanısı almış 500 hasta, örnekleme ise dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 348 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın verilerinin toplanmasında hasta tanıtım bilgi formu, Hill-Bone tedaviye uyum ve sağlık okuryazarlığı ölçeği kullanılmıştır. Kurumlardan yazılı izin ve etik kurul izni alınmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, bağımsız gruplarda t testi, One-way Anova ve Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Hastaların Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam ve medical, beslenme, görüşme alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları sırayla; 7.15 ± 3.95 , 2.89 ± 2.64 , 1.76 ± 1.60 ve 2.49 ± 1.51 'dir. Sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam, bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme/değerlendirme ve uygulama/kullanma alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları sırayla; 51.86 ± 15.17 , 10.14 ± 3.78 , 18.44 ± 5.77 , 14.58 ± 6.11 ve 8.68 ± 2.95 'dir. Sağlık Okur Yazar Ölçeği toplam puanları ile Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum toplam ölçek puanları ($r=-0.396$) arasında orta düzeyde negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç olarak hastaların tedaviye uyum düzeylerinin ve sağlık okur yazarlık düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Hastaların sağlık okur yazarlık düzeyleri arttıkça tedaviye uyumlarının da arttığı belirlenmiştir. Hemşirelerin yeni tanı konulan hastalara belli aralıklarla eğitim planlamaları ve bu hastaları takip etmeleri önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, Tedaviye uyum, Sağlık okur yazarlığı, Hemşirelik

ABSTRACT

Master's Thesis

ASSESSING MEDICATION ADHERENCE AND HEALTH LITERACY IN HYPERTENSION PATIENTS

Nuriye DOĞRUCAN KATRANCI

This study was conducted as a descriptive study in order to assessing medication adherence and health literacy in hypertensive patients.

The population of the study consisted of 500 patients who had been diagnosed with hypertension for at least 6 months between January and June 2018 in two different centers, and the sample consisted of 348 patients who met the inclusion criteria and agreed to participate in the study. Data were collected using patient information form, Hill-Bone compliance and health literacy scale. Written permission and ethics committee permission was obtained from the institutions. Data were collected by the researcher using face to face interview technique. Data were analyzed by independent samples t test, One-way Anova Pearson correlation and multiple regression analysis.

The mean scores of the patients from the total score of the Hill-Bone Compliance Scale and medical, nutrition and interview sub-dimensions were as follows; 7.15 ± 3.95 , 2.89 ± 2.64 , 1.76 ± 1.60 and 2.49 ± 1.51 . Health literacy scale, the total score averages obtained from the sub-dimension of access to information, understanding information, appraisal / evaluation and application / use are as follows; 51.86 ± 15.17 , 10.14 ± 3.78 , 18.44 ± 5.77 , 14.58 ± 6.11 and 8.68 ± 2.95 . There was a statistically significant negative correlation between Health Literacy Scale total scores and Hill-Bone Compliance scale scores ($r = -0.396$) ($p < 0.05$).

As a result, patients' medication adherence and health literacy levels were found to be low. As the health literacy levels of the patients increased, their medication adherence also increased. It is important for the nurses to train and monitor the newly diagnosed patients at regular intervals.

Key Words: Hypertension, medication adherence, Health Literacy, Nursing

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI	i
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI.....	ii
TEZ ONAY FORMU	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	viii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
ÖNSÖZ	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Hipertansiyon.....	7
2.1.1. Hipertansiyonda tanı.....	7
2.1.2. Hipertansiyonun epidemiyolojisi.....	8
2.1.3. Hipertansiyonda risk faktörleri	9
2.1.3.1. Tütün kullanma	10
2.1.3.2. Alkol kullanma.....	10
2.1.3.3. Yetersiz fiziksel aktivite	11
2.1.3.4. Obezite	11
2.1.3.5. Tuz tüketimi	13
2.1.4. Hipertansiyonun fizyopatolojisi	13
2.1.5. Hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar	14
2.1.6. Hipertansiyon ve serebrovasküler hastalık.....	15
2.1.7. Hipertansiyon ve böbrek hastalığı	16
2.1.8. Hipertansiyon ve oküler değişiklikler.....	16
2.1.9. Hipertansiyon ve metabolik sendrom	17
2.1.10. Hipertansiyonda tedavi stratejileri	17
2.1.10.1. Yaşam tarzı değişiklikleri	17
2.1.10.2. Farmakolojik tedavi	18
2.2. Tedaviye Uyum	18
2.2.1. Hipertansiyonda tedaviye uyum	19

2.3. Sağlık Okuryazarlığı	20
2.4. İlaç Uyumunda ve Sağlık Okuryazarlığında Hemşirenin Sorumlulukları	23
3. GEREÇ ve YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Türü	25
3.2. Araştırmanın Tasarımı	25
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	25
3.4. Araştırma Evreni ve Örneklemi.....	25
3.5. Veri Toplama Araçları ve Tekniği.....	26
3.5.1. Veri toplama araçları	26
3.5.2. Veri toplama.....	27
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	28
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	28
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	53
7. KAYNAKÇA.....	55
8. EKLER	66
EK 1. Hipertansiyon Hastalarında Tedaviye Uyum ve Sağlık Okuryazarlığının Belirlenmesi.....	66
EK 2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği.....	68
EK 3. HİLL - BONE Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği	69
EK 4. Etik Kurul İzni	70
EK 5. Kurum İzinleri	72
9. ÖZGEÇMİŞ	73

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n:348)	29
Tablo 4.2. Hastaların hipertansiyona dair özelliklerinin dağılımı (n:348).....	30
Tablo 4.3. Hastaların Hill- Bone Hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin puanlarının dağılımı.....	33
Tablo 4.4. Hastaların sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin puanlarının dağılımı	34
Tablo 4.5. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin puanlarının dağılımı (n:348).....	35
Tablo 4.6. Hastaların beden kütle indeksi. hipertansiyona dair özelliklerine göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin puanlarının dağılımı (n:348)	38
Tablo 4.7. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre Hill- Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin puanlarının dağılımı (n:348).....	41
Tablo 4.8. Hastaların beden kütle indeksi. Hipertansiyona dair özelliklerine göre Hill- Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin dağılımı (n:348)	43
Tablo 4.9. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyutları ve Hill- Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği ve alt boyutları ölçek puanları arasındaki ilişkisi	45
Tablo 4.10 Hastaların Bazı Özellikleri ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği arasındaki ilişkisi	46

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
HT	:Hipertansiyon
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
TEKHARF	: Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
KB	: Kan Basıncı
BKI	: Beden Kitle İndeksi
SNS	:Sempatik Sinir Sistemi
AMA	:American Marketing Association
N	:Örneklem Büyüklüğü
TURDEP	:Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
ESH	:European Society of Hypertension
ESC	:European Society of Cardiology

ÖNSÖZ

Öncelikle yüksek lisans eğitimime başladığım andan itibaren karakter özellikleri ve davranışlarıyla bana örnek olan, bilgi ve deneyimlerini özveri ile aktaran, çalışmam süresince ne zaman istesem bana vakit ayıran, emeklerini esirgemeyen, en zorlandığım anlarda dahi motive edici sözleriyle beni yüreklendiren, çalışmaya teşvik edici, fedakar ve sabırlı yaklaşımlarından dolayı çok değerli hocam Doç. Dr. Nazan KILIÇ AKÇA'ya ayrıca çalışmaya teşvik edici yaklaşımları ile her daim yanımda olan, çalışkanlığı ile bana ilham veren kardeşim Duygu DOĞRUCAN'a sonsuz saygı, sevgi ve şükranlarımı sunuyorum.

Nuriye DOĞRUCAN KATRANCI

1. GİRİŞ

Hipertansiyon toplumda çok sık görülmesi ve ciddi komplikasyonlara yol açması nedeniyle dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık problemi olarak kabul edilen ve kan basıncı yüksekliği ile kendini gösteren kronik bir hastalıktır. Hipertansiyon tedavi edilmediği takdirde koroner kalp hastalığı, kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği, periferik arter hastalığı, hemorajik ve trombotik inme, aort diseksiyonu gibi hastalıklara neden olarak sakatlık ve ölüm oranını artırmaktadır (Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu, 2015). Dünya çapında, Hipertansiyon yıllık ölümlerin yaklaşık %12.8'ini oluşturan ve toplamda 7.5 milyon kişinin ölümüne neden olduğu tahmin edilmektedir (DSÖ, 2011).

Dünya genelinde 2014 yılında yetişkin kişilerde yüksek kan basıncı prevalansı %22'dir. Bu oranın 2025 yılında %29'a çıkacağı belirtilmektedir (DSÖ, 2014). Hipertansiyon sıklığı aynı zamanda ırk ve coğrafyaya göre de değişim göstermektedir (Teke ve Arslan, 2018). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF)" çalışmasında, hipertansiyon prevalansı %33.7 olarak saptanmıştır (TEKHARF, 2003). Türkiye'de erişkin yaş grubunda 2012 yılında yapılan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (PatenT-2)'da hipertansiyon prevalansı %30.3 olarak saptanmıştır. Prevalans kadınlarda %32.3 iken, erkeklerde %28.4 olarak rapor edilmiştir. Özellikle yaşın artmasıyla birlikte hipertansiyon prevalansının da arttığı bildirilmektedir. Ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer alan hipertansiyon, önlenebilir bir sağlık sorunudur (PatenT2, 2012). Ülkemizde nüfusun giderek yaşlanması; sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik, tütün ve alkol kullanımı gibi nedenler hipertansiyon sıklığını ve mortalitesini giderek arttırmaktadır (Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı 2010-2014). TEKHARF çalışması ile PATENT-2 çalışma sonuçları karşılaştırıldığında; hastalığa ilişkin farkındalık dokuz yılda %15'lik artış göstererek %40'dan %55'e yükseldiği aynı dönemde hipertansiyon ilaçları kullanım oranı %31'den %47'e çıktığı, hipertansiyon kontrolü de tüm hastalarda %8'den %29'a çıktığı ve antihipertansif ilaç kullananlarda ise bu oran %20'den %54.1'e yükseldiği görülmüştür (TEKHARF 2003; PatenT2 2012).

Hastanın hipertansiyon tanısı almasıyla birlikte ömür boyu sürecek bir tedavi süreci başlamaktadır. Hipertansiyon tedavisinde hedef, kan basıncının uygulanacak, diyet, yaşam tarzı değişikliği, farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi ve düzenli

kontrol ile normal sınırlara getirmek ve bunu sürdürmektir (Carey ve Whelton, 2018). Hipertansiyonun komplikasyonlarının önlenmesi için hastaların antihipertansif tedavisine uyum sağlanması önemlidir (Vatansever ve Ünsar 2014), Hipertansiyon tedavisinde en önemli sorun, hipertansiyon hastalarının ömür boyu sürecek tıbbi tedaviye uyum sağlayamamalarıdır. Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ), hipertansiyon hastalarının yarısının tanı aldıktan bir yıl içerisinde hipertansiyon ile ilgili tıbbi izlemi bıraktıkları belirtmektedir. Gün ve Korkmaz'ın 2014 yılında yaptığı çalışmada hipertansiyon hastalarının sadece %15.8 inin tedaviye (ilaç kullanımı ve beslenme) tam uyumlu olduğu saptanmıştır (Gün ve Korkmaz 2014). Hipertansiyon tedavisine uyum inme riskini, koroner arter hastalığı ve kalp yetmezliği ve kronik böbrek yetmezliği riskini azaltmaktadır (Carey ve Whelton, 2018).

Bireylerin değişen durumlara göre davranış değişikliği yapabilmesi olarak tanımlanan uyum, tüm tedavi girişimlerinde başarılı olabilmenin ana unsurudur. Bireyler yaşamlarında karşılaştıkları sorunlara genel olarak uyum sağlayabilmelerine rağmen, hastalıklar söz konusu olduğunda bu durum zorlaşmaktadır. Özellikle hipertansiyon hastalarının, yaşam tarzlarında değişiklik yapmak zorunda kalmaları, düzenli ilaç kullanmaları, düzenli sağlık kontrollerine gitmeleri, çok yönlü kayıplar yaşamaları ve başkalarına bağımlılıklarının artması sebebiyle uyum sorunları ile karşılaşabilmektedir (Tel ve ark.2010; Carey ve Whelton, 2018).

Hipertansiyon hastalarında tedavi sürecine uyuma ilişkin ilerlemeler olmasına rağmen hala reçete edilmeyen ilaç kullanma, ilaç almayı unutma, yanlış zamanda ilaç alma, diyeteye uymama, sedanter yaşam, randevuları kaçırma ve hastalıkla ilgili bilgileri değerlendirememesi gibi davranışları olduğu çalışmalarda belirtilmektedir. Hastalarda uyumsuzluk hastaneye tekrarlı yatışlara, mortalite ve morbidite oranlarında artışa yol açmaktadır (Dikeç ve Kutlu 2015, Gün ve Korkmaz 2014).

Hipertansiyon hastaları ile yapılan bir çalışmada düşük eğitim seviyesi, komorbiditeler, uzun süredir hipertansiyon nedeniyle takip edilmek polifarmasi gibi nedenler uyumsuzluk için risk faktörleri olarak belirtilmiştir. Bu hastalarda tedaviye uyumsuzluk ve polifarmasinin ortadan kaldırılabilmesi için başta hipertansiyon hastaları olmak üzere diğer bireylere akılcı ilaç kullanımı konusunda ve sağlık okuryazarlığını

geliştirici nitelikte sağlık eğitimlerin verilmesi gerekliliği belirtilmiştir (Adalı, Til ve Çimen 2019).

Günümüzde hastaların tedaviye uyumunu etkileyen güncel faktörlerden biride sağlık okuryazarlığıdır. Sağlık sistemi karmaşıklaşırken bu sistemden yararlanan bireylerden beklentiler de artmaktadır. Kişilerden, kendileri ya da yakınlarının sağlık sorunlarının giderilmesi sürecinde gerekli hizmet ile ilgili bilgi almaları beklenmektedir. Bireyler ancak, sağlık ve sağlık hizmeti kavramları ile ilgili temel bilgilere ulaşma, anlama ve gerekleri yerine getirme yeterliliğine sahip olabilmeleri halinde bu karmaşık yapıda çözüm bulabilmektedirler (Ilgaz ve Gözüm, 2016).

Genel anlamda sağlık okur-yazarlığı; bireylerin sağlıklarını korumak ve geliştirmek, hastalıkları önlemek ve yaşam kalitelerini yükseltmek için kendileriyle ilgili sağlık bakım kararlarını almaları ve sağlıklarıyla ilgili yargıda bulunabilmek için gerekli olan sağlık bilgilerine ulaşma, ulaşılan bilgileri anlayabilme, değerlendirebilme ve uygulama konusunda bilgi beceri içeren bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (DSÖ, 2013). Sağlık okur-yazarlığı sadece okuma ve yazma olmayıp karmaşık konuları dinleyerek anlamayı, analiz yapmayı ve bu becerileri sağlıkla ilgili durumlarda karar verebilmede kullanabilmeyi de kapsamaktadır (Nutbeam, 2000). Sağlık okur-yazarlığı, sağlık hizmeti sunan kişiler ile sağlık hizmetinden yararlanan hastalar arasındaki paylaşımların artmasını sağlayarak hasta ve sağlık personellerinin birbirini daha iyi anlamalarını sağlamaktadır. Ayrıca günümüzde hastalar kendi tedavi ve bakımlarına aktif olarak katılmak istemektedir. Tüm bu etmenlerin gerçekleşebilmesi ve hastaların tedavi sürecine uyum sağlayabilmeleri için bireylerin sağlık okur-yazarlık düzeylerinin yüksek olması gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan hastalar sağlıklarıyla, hastalıklarıyla ve tedavi süresi ile ilgili okuduklarını anlayamamakta, sağlık profesyonelleri ile iletişim kurmakta zorlanmakta bu nedenle tıbbi durumlarını ve tedavi süreçlerini yeterince iyi yönetemedikleri belirtilmektedir (Balçık ve Taşkaya, 2014).

Davis ve arkadaşlarına göre (1998), hastanelere geç başvuran bireyler sağlık hizmetlerinden zamanında ve etkin faydalanamayacakları için hastalığa bağlı komplikasyonlarda, hastaneye yatış oranında ve sağlık maliyetlerinde artışa neden olur. Sağlık okuryazarlığı ve hasta eğitimi, hastalık yönetiminde önemli bir faktördür.

Öncelikle toplumun sağlık okuryazarlığı oranının ve farkındalık düzeylerinin belirlenmesi ve yükseltilmesi gerekmektedir (Davis ve ark., 1998).

Türkiye’de 2014 yılında yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasında, genel sağlık okuryazarlığı indeksi Avrupa ülkelerine göre düşük bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada toplumun %64,6’sının “yetersiz” sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu belirtilmiştir (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, 2014). Hipertansiyon hastalarının sağlık okuryazarlıklarının düşük olması verilen sağlık eğitimlerini anlamasına, tedavi sürecini anlamalarını ve iyi yönetmelerini, ilaçları düzenli kullanmalarını yaşam tarzı değişikliği yapmalarını engelleyebilmektedir. Sağlık okuryazarlığının artması ayrıca hastaların tanıları kabul etmelerinde ve tedaviye aktif katılım için gereken davranışsal değişiklikleri anlamada da kritik bir rol oynar. Hastaların hipertansiyon ataklarıyla acil servis kullanımını, yeniden hastane yatışları ve hipertansiyona bağlı komplikasyonları artırarak mortalite ve morbiditeyi de arttırabilir. Sağlık sistemi içerisinde ise tedavi maliyetinin artmasına neden olacaktır (Du ve ark., 2018; Halladay ve ark., 2017; Levinthal ve ark., 2008; Pandit ve ark., 2009; Wolf ve ark., 2005; Gazmararian ve ark., 2003). Hipertansiyonlu hastaların yaklaşık yarısında (%48) işlevsel sağlık okuryazarlığı yetersiz bulunmuştur. Bu hastaların hastalıkları, önemli yaşam tarzı değişiklikleri ve gerekli özyönetim becerileri hakkında önemli ölçüde daha az bilgiye sahip oldukları belirlenmiştir (Williams ve ark., 1998). Yapılan başka bir çalışmada ise sağlık okuryazarlığı kan basıncı kontrolünün bağımsız bir belirleyicisi olarak saptanmıştır (Pandit ve ark., 2009).

Hastaların ilaç tedavisine uyum sağlamasında ve sağlık okuryazarlıklarının arttırılmasında sağlık personeline özellikle eğitim rolüyle hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Tedavi sürecine uyumsuz hastalar hipertansif ataklarla yada buna bağlı diğer komplikasyonlarla sık sık kardiyoloji polikliniğine başvurmakta yada kardiyoloji kliniğine yatışlar yapmaktadır. Bu süreç içinde birinci ve ikinci basamakta çalışan doktor ve hemşirelerin hastalarla kurdukları iletişim ve verdikleri eğitim sağlık okuryazarlığının ve tedaviye uyumun arttırılmasında son derece önemlidir. Hastaların sağlık okuryazarlığı artırılarak tedaviye uyumları sağlanıp yaşanan komplikasyonlar azaltılabilir (Du ve ark., 2018).

Bu araştırmaya kronik bir hastalık olan hipertansiyon çoklu ilaç kullanma, zamanında ilaç alma, diyete uyma, fiziksel aktivite, düzenli doktor randevusu ve hastalıkla ilgili bilgileri değerlendirme gibi çoklu davranış ve dikkat gerektirdiği için sağlık okuryazarlığı tedaviye uyum arasındaki ilişkiyi incelemek için hipertansiyon hastaları alınmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular ile hipertansiyon hastalarının işlevsel sağlık okuryazarlığının tedaviye uyum, hastalık yönetimi ve hastaların hastalıkları hakkındaki bilgilerini geliştirme ve tedavi planlarına uyma çabalarını arttırması beklenmektedir. Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumu ve sağlık okuryazarlık düzeyleri, ilişkileri ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

Yirminci yüzyılda dünyada eğitim ve gelir düzeyinin yükselmesi, beslenme alışkanlıklarının farklılaşması, bulaşıcı hastalıkların daha etkin kontrol edilebilmesi gibi faktörler beklenen yaşam süresini arttırmıştır. Yaşlı nüfusun çocuk nüfusundan daha fazla artması, toplumda görülen sağlık sorunlarının çocukluk çağı hastalıklarından yaşlı nüfusta görülen kronik hastalıklara doğru kaymasına neden olarak kronik hastalıkların görülme sıklığında artışa neden olmuştur (Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı, 2015-2020).

Kronik hastalıklar, genellikle yavaş ilerleyen ve tıbbi girişimlerle tedavi edilmeyen hastalığın derecesini azaltmak ve hastanın yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla hastalığıyla ilgili en üst düzeyde sorumluluk alması için sürekli tıbbi tedavi, periyodik olarak izlem ve bakım gerektiren uzun süreli hastalıklardır. Dünya sağlık örgütü 2018 yılı verilerine göre, kronik hastalıklar nedeniyle dünyada 2016 yılında yaklaşık 41 milyon kişinin öldüğü belirtilmektedir. Bu ölümlerin büyük çoğunluğunu kardiyovasküler hastalıklar oluşturmaktadır (17.9 milyon bu tüm bulaşıcı olmayan hastalıkların %44'ünü oluşturur) (DSÖ Kronik Hastalık Raporu, 2018). Ülkemizde nüfus yaşlı nüfusun artması ile kronik hastalık yükü artış göstermektedir ve bu durum sağlık sisteminin mali yükünü arttırmaktadır (DSÖ Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne Yönelik Küresel Eylem Planı, 2013-2020). TÜİK ‘‘Ölüm Nedeni İstatistikleri’’ 2015 verilerine göre, 2014 yılında %40’ını oluşturan dolaşım sistemi hastalıkları 2015 yılında %40,3’ünü oluşturarak birinci sırada yer almaya devam etmiştir. 2020 yılında dünya üzerinde meydana gelen tüm ölümlerin %75’inin kronik hastalıklara bağlı olacağı öngörülmektedir. Ülkemizde kronik hastalıklar alanında önemli başarılar kaydedilmesine rağmen, ölüm sebepleri genellikle gelişmiş toplumlardaki gibi kronik hastalıklar sebebiyle olmaktadır (Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı, 2015-2020).

Kronik hastalıklar düşük ve orta gelir düzeyli ülkelerde daha ağır bir yük oluşturmakta ve ölümlerin %80’ini oluşturmaktadır. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülke ekonomilerine baktığımızda kronik hastalıklar finansal ve ekonomik açıdan büyük risk oluşturmakta ve sağlık hizmeti sunum sistemlerinin sürdürülebilirliği konusunda tehdit yaratmaktadır. Düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde ise daha

fazla yük oluşturmakta, sağlık hizmeti, tedavi ve bakım ücretleri kişileri hızla fakirlik sınırının altına düşürebilmektedir (Erkoç ve Yardım, 2011).

Kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölümler gelişmiş ülkelerde azalırken gelişmekte olan ülkelerde ise artış göstermektedir. Ancak toplumların yaşlanması ve beklenen yaşam süresinin uzamasıyla birlikte gelişmiş ülkelerde kalp ve damar hastalarının sayısı ve bunlara bağlı bakım ve mali yükte de artış görülmektedir. Kalp damar hastalıkları içinde hipertansiyon önemli bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır (Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı, 2015-2020).

2.1. Hipertansiyon

Hipertansiyon olarak da bilinen yüksek kan basıncı, koroner kalp hastalığı, kronik böbrek yetmezliği ve iskemik olduğu kadar hemorajik inme için de önemli bir risk faktörüdür. Kontrol altına alınmazsa, kan basıncının artması nedeniyle oluşan komplikasyonlar kalp yetmezliği, periferik damar hastalığı, böbrek yetmezliği, retina kanaması, görme bozukluğu, felç ve demanstır. Hipertansiyon tüm dünya ülkelerinde erişkin nüfusun büyük bir kısmını etkileyen, yüksek oranda morbidite ve mortaliteye neden olan ve kan basıncının sistolik ≥ 140 mm/Hg ve diyastolik ≥ 90 mm/Hg üzerine çıkması şeklinde ifade edilen bir sağlık sorunudur (Üstü ve Uğurlu, 2018). Ciddi komplikasyonlara yol açan önemli kronik hastalıklar arasında sayılan hipertansiyon prevalansı coğrafik, kültürel, demografik, beslenme ve genetik faktörler temelinde büyük değişkenlikler göstermektedir (DSÖ, 2015). Hipertansiyon, toplumun büyük bir kısmını ilgilendiren kardiyovasküler hastalıklar içinde en sık görülen hastalıktır. Tedavi edilmediği takdirde kalp yetersizliği, iskemik kalp hastalıkları, kronik böbrek yetmezliği, inme, görme kaybı vb pek çok hastalığa sebep olabilmektedir. Ayrıca hipertansiyon bütün ölümlerin %20-50'sine sebep olan kardiyovasküler hastalıklar içinde temel risk faktörlerindedir (Öztürk, 2011).

2.1.1. Hipertansiyonda tanı

Erişkinlerde her klinik muayenede KB mutlaka ölçülmeli ve 30 saniyeden daha kısa olmamak koşulu ile nabız sayılmalıdır. Bunun yanı sıra hastanın risk faktörlerini belirlemek ve sekonder hipertansiyon nedenlerini sorgulamak amacıyla mutlaka ayrıntılı

tıbbi öyküsü alınmalı, sistemik fiziksel muayene ve gerekli laboratuvar incelemeleri yapılmalıdır. Standart kan basıncı ölçümü sağlık personeli tarafından yapılmalı. Ölçüm öncesi hastanın oturur durumda en az 5 dakika dinlenmesine izin verilmeli, avuç açık, kol kalp seviyesinde ve bir seferde en az iki ölçüm yapılarak (en az 2 dakika ara ile) ortalaması kaydedilmelidir. İlk değerlendirmede KB 140/90 mmHg ve üzerinde saptanan hastalar tanının doğrulanması için mutlaka ikinci kez muayeneye çağrılmalıdır. Hastaya sözlü, hatta gerekirse yazılı bilgiler verilmelidir ve böylece hastalığın önemini fark etmesi sağlanmalıdır. Ölçülen KB Evre 1 düzeyinde olan hastalar 2–4 hafta içerisinde, Evre 2 düzeyinde olan hastalar ise en geç 1–2 hafta sonra ikinci muayeneye çağrılmalıdır. Hastanın ev KB ölçümleri sonrası gelmesi mümkün görünmüyorsa istenecek rutin laboratuvar tetkiklerinin sonuçlarını göstermeye geldiğinde (genellikle 1–2 gün sonra olur) ikinci KB ölçümleri yapılabilir. Klinikte birkaç kez yapılan ölçümlerin ortalaması Evre 3 hipertansiyon düzeyinde olan hastalarda ev KB ölçümü önermeden, o klinik muayene sonrasında hemen antihipertansif ilaç tedavisine başlanmalıdır. Hastalarda hedef organ hasarı açısından klinik ipuçları mevcutsa yine vakit geçirmeden tedaviye başlanmalıdır (Türk hipertansiyon uzlaşısı raporu, 2019; ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu, 2013).

Kategori	Sistolik		Diyastolik
Optimal	<120	ve	<80
Normal	120-129	ve/veya	80-85
Yükseknormal	130-139	ve/veya	85-89
Grade 1 hipertansiyon	140-159	ve/veya	90-99
Grade 2 hipertansiyon	160-179	ve/veya	100-109
Grade 3 hipertansiyon	>180	ve/veya	>110
İzole sistolik hipertansiyon	>140	ve	>90

Avrupa Hipertansiyon ve Avrupa Kardiyoloji Derneği, ESH/ESC 2013

2.1.2. Hipertansiyonun epidemiyolojisi

Hipertansiyon küresel bir sağlık sorunudur. Yüksek kan basıncının, tüm nedenlere bağlı ölümlerin yaklaşık %12,8'ni oluşturduğu tahmin edilmektedir. Erişkinlerde hipertansiyon prevalansının DSÖ verilerine göre %40'ın üzerinde olduğu

gösterilmiştir. 2015 yılında, düşük gelirli ülkelerdeki nüfusun %28'i, yüksek gelirli ülkelerdeki nüfusun %18'i yüksek tansiyona sahip olduğu belirtilmektedir. (DSÖ Kronik Hastalık Raporu, 2018). Hipertansiyon, kardiyovasküler mortalitenin önde gelen nedenlerinden biridir. Dünyada her yıl 7.5 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır ve küresel ölümlerin toplam %12,8'ini oluşturmaktadır. Yapılan projeksiyonlara göre 2030 yılında 23 milyon kardiyovasküler ölümün hipertansiyon (HT) ile ilişkili olacağı ve bu ölümlerin %85'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşeceği bildirilmiştir (Sözmen, 2015).

Ülkemizde 2003 yılında yapılan PatenT1 çalışmasında hipertansiyon prevalansının %31.8 olduğu, farkındalık oranının %40 ve antihipertansif tedavi alma oranının %31 ve tedavi alanlarda dahi kan basıncı kontrolünün %20 gibi yetersiz oranda olduğu tespit edilmiştir (Arıcı ve ark., 2003). 2012 yılında yinelenen PatenT2 çalışmasında da hipertansiyon prevalansının %30.3 olduğu, hipertansiyon farkındalık oranının %54.7'ye çıktığı, antihipertansif ilaç kullanımının %47.5 olduğu ve antihipertansif ilaç alanlarda kan basıncının kontrol altına alınma oranının %53'e yükseldiği saptanmıştır. Bu sonuçlar her 10 kişiden 3'ünün hipertansif olduğunu, hipertansiyonun farkındalığı, tedavi ve kontrolünde olumlu gelişmeler meydana geldiğini, ancak yine de farkındalık ve tedavi oranlarının yetersiz olduğunu göstermektedir (PatenT2).

2.1.3. Hipertansiyonda risk faktörleri

Kronik hastalıklar içerisinde hastalık yükü açısından ilk sıralarda yer alan kalp ve damar hastalıklarının olumlu olan yönü ise büyük ölçüde “önlenebilir” olmalarıdır. Hipertansiyon için global kronik hastalıkların önlenmesi hedefi, 2025 yılına kadar artmış kan basıncı prevalansında %25'lik nispi bir azalma sağlamaktır (DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Raporu, 2018) Dünya sağlık örgütü 2030 yılına kadar kronik hastalıklara bağlı ölümleri üçte bir oranında azaltmak için kronik hastalıklar özellikle kalp damar hastalıkları için kilit risk faktörlerini azaltmaya yönelik eylem planında tütün kullanımı, hava kirliliği, sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite, alkol kullanımı yanı sıra erken tanı ve tedavi sürecine uyum sağlanması gerektiğini vurgulamaktadır (DSÖ Sağlık İstatistikleri, 2018; Türk hipertansiyon uzlaşması raporu, 2015, 2019).

2.1.3.1. Tütün kullanma

Dünyadaki 10 yetişkinden 6'sı tütün kullanmakta ve 10 ölümden biri tütün kaynaklı yaşanmaktadır (DSÖ Global Tütün Kullanımı Raporu, 2017). Ülkemizde genellikle sigara içme biçiminde görülen tütün kullanımı; kalp-damar hastalıkları için önemli bir risk faktörüdür. Sigara içimi, aterosklerotik hastalıklar ve hipertansiyon insidansı arasında çok güçlü ve pozitif bir korelasyon olduğu belirtilmektedir. Sigara orta yaştaki yetişkinlerde kalp damar hastalıklarına bağlı ölümlerin %25'ine neden olmaktadır. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Küresel Yetişkin Tütün araştırmasına göre 15 yaş üzeri nüfusun %27,1'inin sigara içtiği saptanmıştır (Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2012). Avrupa'daki ülkelerde yapılan EURIKA araştırmasında, ülkemizde aktif sigara içiciliği %23,7 ile Avrupa ortalaması olan %21,3'e oldukça yakın bulunmuştur (Banegas ve ark., 2011).

Tütün kullanımının nikotinin semptomimetik etkileri nedeniyle kan basıncında, kalp hızında ve miyokard kontraktilitesinde ani yükselmelere neden olabileceği belirtilmektedir (Pankova ve ark., 2015).

Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi", 21 Mayıs 2003 tarihinde, Cenevre'de DSÖ'nün önerisiyle 28 Nisan 2004 tarihinde Sağlık Bakanlığı tarafından imzalanmış ve Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi 27 Şubat 2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Çalışanların ve halkın dumansız hava soluma hakkını sağlamak korunmak için topluma hizmet verilen yerlerde tütün ürünlerinin tüketilmemesi ile ilgili kanun 19 Temmuz 2009 tarihinde yürürlüğe girmiştir (Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi, 2008; Türk hipertansiyon uzlaşısı raporu, 2015).

2.1.3.2. Alkol kullanma

Alkolün kullanımı, her yıl dünyada 2.5 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır (DSÖ Alkol Kullanımını Azaltma Stratejileri, 2010). Alkol tüketimi, en fazla iskemik kalp hastalıklarına neden olmaktadır. Hipertansif kalp hastalıkları, trafik kazaları ve karaciğer sirozu ölümleri de alkole bağlı meydana gelen ölümler içerisinde yer almaktadır (Kılıç, 2011).

Günlük 28-55 g etil alkol miktarını geçen kişilerde hipertansiyon prevalansı fazladır. Bu hastalarda akut kan basıncı yükselmesi görülmektedir. Alkol antihipertansif ilaçların etkisini azaltmakta ve inme riskini artırmaktadır. Hafta sonu alkol kullanım miktarı yüksek olan kişilerde (5 veya daha fazla double) hafta başında kan basıncı ölçümlerinde akut alkol kesilmesine bağlı olarak yükseklik saptanabilir. Alkol tüketim miktarının az olması ya da hiç olmaması koroner arter hastalığı mortalitesi ve morbiditesini azaltmaktadır (Türk Hipertansiyon Uzlaşısı Raporu, 2015, 2019).

Türkiye’de alkol alımının önlenmesiyle yıllık iskemik kalp hastalığı nedeniyle meydana gelen 3540 ölüm, hemorajik inme nedeniyle meydana gelen 2088 ölüm önlenir (Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması, 2007).

2.1.3.3. Yetersiz fiziksel aktivite

Mortalite nedenlerine bakıldığında yetersiz fiziksel aktivite 4. risk faktörünü oluşturmaktadır. Her yıl 3.2 milyon ölüm yetersiz fiziksel aktivite ile ilişkilidir. DSÖ, yetersiz fiziksel aktiviteye sahip olan kişilere haftada en az 150 dakika orta şiddette fiziksel aktivite önermektedir. Yeterli fiziksel aktivite kalp hastalıkları, inme, kan basıncı, kan şekeri ve kan kolesterolünün normal sınırlar içinde kalmasında çok önemli bir etkidir (DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Raporu, 2018). Ülkemizde, Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Araştırması sonuçlarına bakıldığında; kadınların %87’si, erkeklerin ise %77’si yeterli fiziksel aktivite yapmamaktadır. Ayrıca fiziksel aktivite stres, anksiyete ve depresyonu azaltır, işlevsel kapasiteyi artırarak kalp damar sağlığının korunmasına katkı sağlar (Sağlık Risklerinin Önlenmesi raporu, 2002; Türk hipertansiyon uzlaşısı raporu, 2015, 2019).

2.1.3.4. Obezite

Kişilerin ağırlıklarının boy uzunluğuna bölünmesi ile hesaplanan BKİ, kişilerin zayıf, normal, obez olup olmadıklarını belirlemek için kullanılan önemli bir ölçüttür. 1975 ve 2016 yılları arasında, dünya çapında obezite prevalansı neredeyse üç katına çıkmıştır. 2016’da 18 yaş ve üstü 1,9 milyardan fazla insan aşırı kilolu ve 650 milyondan fazlası ise obez olarak kabul edilmiştir. Önceden yüksek gelirli ülkelerde bir sorun olarak görülse de, düşük ve orta gelirli ülkelerde artmaya ve birçok sağlık

sorunlarında neden olmaya devam etmektedir. Yaşam boyu, fazla kilolu ve obez olmak çoklu olumsuz sağlık sonuçları ile ilişkilidir. Obezite büyük ölçüde önlenemez niteliktedir. Obezite artmış hipertansiyon riski, birçok kronik hastalık (diyabet, koroner kalp hastalığı, felç ve kanser gibi) ve obstrüktif uyku apnesi ve osteoartriti içeren durumlar ile ilişkili bir durumdur (DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Raporu, 2018).

Obezite ve kan basıncı yüksekliği arasında paralel bir ilişki vardır. Obezite ile ilişkili hipertansiyonun diğer tahmin edicileri, viseral veya retroperitoneal yağ dağılımıdır. Obez olan hipertansif hastalarda sempatik aktivitede artış, artmış renal sodyum emilimi ve bozulmuş renal basınç natriürezisi nedeniyle daha yüksek kardiyak output ve endotel bağımlı damar genişlemesinde azalmaya bağlı olarak periferik vasküler dirençte artış nedeniyle yüksek kardiyak output vardır. Plazma aldosteron ve endotelin artmıştır. Kardiyak outputtaki artış, preload artışına neden olur. Bu, artmış diyastolik hacim ve basınçla sonuçlanarak sol ventrikül dilatasyonuna yol açar. Sol ventrikül duvarı kalınlaşması, artmış yükü sekonder olarak ortaya çıkar ve konjestif kalp yetmezliği riskini artırır. Obez olan hastalarda sıklıkla bulunan diyabet, böbrekler üzerinde yıkıcı bir etki yaratır ve böbrek yetmezliği insidansını artırır (Tchernof ve Despres, 2013; García ve ark., 2017).

Hipertansif hastaların çoğunda başlangıçta 5 kg civarında kilo kaybı, kan basıncında anlamlı düşme sağlamaktadır. Kontrollü klinik çalışma sonuçlarına göre 1 kg zayıflama sistolik kan basınçlarında 1.6 mmHg ve diyastolik kan basınçlarında 1.3 mmHg düşme sağlamaktadır. Zayıflama ile birlikte fiziksel aktivite uygulanması durumunda kan basıncında düşme daha da artmaktadır. Kilo kaybı ile birlikte başlangıçta yoğun natriürez meydana gelmekte, daha sonra ise sempatik aktivite azalmakta ve insülin sensitivitesinde düzelme ile birlikte kan basıncında uzun süreli düşüklük sağlanmaktadır (Türk hipertansiyon uzlaşma raporu, 2015).

Vejetaryen diyet: Vejetaryen bireylerin kan basıncı daha düşük bulunmaktadır. Hipertansif hastaların vejetaryen diyeti uygulamaları durumunda, 6 haftalık süre içinde sistolik kan basıncı ölçümlerinde ortalama 5 mmHg'lık bir düşme olduğu saptanmıştır.

Lifli gıda alımı: Hipertansiyon gelişiminde relatif risk analizinin yapıldığı 4 yıllık izlemi olan bir çalışmada günde 12 g dan daha az lif içeren besin alan bireylerde, günde 24 g lif içeren besin alan bireylere göre relatif risk 1.6 defa daha fazla bulunmuştur. Lifli

gıdalar içerisinde daha fazla potasyum ve daha az sodyum yer almaktadır (ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu, 2013; Türk hipertansiyon uzlaşısı raporu, 2015; Kruger, Ham ve Prohaska, 2009).

2.1.3.5. Tuz tüketimi

Yüksek oranda tuz tüketilen bir diyet tüketmek tansiyon artışına katkıda bulunur ve kalp hastalığı ve felç riskini artırır. Riski azaltmak için, önerilen günlük sodyum alımı 2-5 gram arasındadır. Küresel kronik hastalıkları önleme stratejisinde 2025 yılına kadar ortalama tuz alımında popülasyon %30 azalma sağlamak olarak belirlenmiştir. 2010 yılı verilerine göre dünya genelinde insanların günlük ortalama 9-12 gr tuz tükettikleri belirtilmektedir (DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Raporu, 2018). Ülkemizde Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin 2008'de gerçekleştirdiği SALTürk-1 çalışmasında günlük tuz tüketim miktarının 18gr/gün olduğu saptanmıştır. 2012'de tekrarlanan SALTürk-2 çalışmasında günlük tuz tüketiminin biraz azalmakla birlikte 15gr/gün saptanmıştır. Ayrıca SALTürk-2 çalışmasına göre diyetdeki tuz kaynaklarına bakıldığında günlük olarak tüketilen tuzun %55.5'i yemeklere eklenen tuzdan, %31.9'u ekmek tuzundan, %12.6'sı ise sofraya tuzundan geldiği saptanmıştır. Sağlık açısından bakıldığında; tuzdaki sodyum organizmanın sıvı dengesinin ve kan basıncının düzenlenmesinde etkin rol oynar. Tuz alımının fazla olması, vücutta daha fazla su tutulmasına ve bunun sonucunda da kan basıncının yükselmesine neden olmaktadır (Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı, 2017-2021).

2.1.4. Hipertansiyonun fizyopatolojisi

Esansiyel hipertansiyonun patogenezi, çok faktörlü ve oldukça karmaşıktır. Böbrek, hipertansif süreçlere hem katkıda bulunan hem de hedef organıdır ve hastalık, çoklu organ sistemlerinin etkileşimini ve bağımsız veya birbirine bağımlı yolların sayısız mekanizmasını içerir. Hipertansiyonun patogenezinde önemli rol oynayan faktörler arasında genetik, sempatik sinir sistemi ve renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi gibi nörohormonal sistemlerin aktivasyonu, obezite ve diyetle alınan sodyum bulunur. Esansiyel hipertansiyonun ilerlemesi, 10-30 yaş arası kişilerde

prehipertansiyonla başlar (artan kalp debisi ile); daha sonra 20-40 yaş arası kişilerde (artan periferik direnç belirgindir) erken hipertansiyon, daha sonra 30-50 yaş arası kişilerde hipertansiyon ve son olarak, 40-60 yaşları arasındaki kişilerde karmaşık hipertansiyon ortaya çıkar (Hall ve ark., 2012).

Normal kan basıncının düzenlenmesi karmaşık bir işlemdir. Arteriyel kan basıncı, kardiyak output ve periferik vasküler direncin bir ürünüdür. Kardiyak outputu etkileyen faktörler; sodyum alımı, böbrek fonksiyonları ve minerakokortikoidlerdir. İnotropik etkiler, hücre dışı sıvı hacminin artırılması ve kalp atım hızı ve kasılma oranında bir artışla meydana gelir. Periferik vasküler direnç sempatik sinir sistemine (SNS), humoral faktörlere ve lokal oteoregülasyona bağlıdır. Damar, sempatik liflerden oldukça zarar görür. Sempatik sinir sistemi ise, arteriyel kan basıncı üzerindeki etkilerini vazokonstriktör alfa etkisi veya vazodilatör beta etkisi ile üretir. Renal arter basıncının düşmesi, renin salgılanmasının artmasına ve sodyum tutulumunu teşvik eden sempatik aktivasyona neden olur. Benzer şekilde, arteriyel barorefleks sisteminin arteriyel kan basıncının anlık regülasyonundaki rolü iyi bilinmektedir. Her ne kadar barodeptörlerin elektriksel olarak uyarılması, tedaviye dirençli hipertansiyonu olan insanlarda arteriyel kan basıncında belirgin bir azalmaya neden olsa da, uzun vadeli arteriyel kan basıncı kontrolündeki önemi tartışmalıdır. Periferik vasküler direnç üzerindeki humoral etki, vazokonstriktörler (örneğin endotelin, anjiyotensin II, katekolaminler) veya vazodilatörler (örneğin nitrik oksit, prostaglandinler, kininler) gibi araçlardan kaynaklanmaktadır. Ek olarak, kan viskozitesi, vasküler duvar yapısı ve kan akış hızı, insanlarda arteriyel kan basıncının vasküler ve endotel fonksiyonu ile düzenlenmesi ile potansiyel bir ilgiye sahiptir. Hipertansiyonda tek organ tutulumu, hipertansif acil durumlar ile başvuran hastaların yaklaşık %83'ünde bulunur. Hastaların %14'ünde iki organ tutulumu, hipertansif bir acil durumla başvuran hastaların yaklaşık %3'ünde multiorgan tutulumu (>3 organ sistemleri) bulunur (Hall ve ark., 2012).

2.1.5. Hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar

Hipertansif acillerde, sol ventrikül sistemik vasküler dirençteki akut artışı telafi edememektedir. Bu sol ventrikül yetmezliği, akciğer ödemi veya miyokard iskemisine yol açabilir. Kronik hipertansiyon, arteriyel sertliği artırır, sistolik kan basıncını ve

nabız basınıını artırır. Bu faktörler koroner perfüzyon basınçlarını düşürür, miyokard oksijen tüketimini artırır ve sol ventrikül hipertrofisi gelişmesine yol açar. Bu tablo miyokarda artmış yüke cevaben yapısal değişiklikler neden olur. Kardiyak miyositler, yüksek basınca karşı kalbin daha güçlü bir şekilde pompa yapmasına hipertrofiyle tepki verir. Bununla birlikte, sol ventrikülün kasılma fonksiyonu sonraki aşamalara kadar normal kalır. Sonunda, sol ventrikül hipertrofisi, diyastolik dolumu ve strok hacmini sınırlandırır. Sol ventrikül diyastolik fonksiyonu, uzun süredir devam eden hipertansiyonda belirgin bir şekilde bozulmuştur. Diyastolik disfonksiyonun mekanizmaları, görünüşte diyastol sırasında sol ventrikülün pasif gevşemesinde bir bozulma gibidir. Zamanla, sol fibroz doku oluşabilir. Sol ventrikül erken diyastolde gevşemediğinden sol ventrikül diyastol sonu basıncı artar, geç diyastolde sol atriyal basınç artar. Hipertansiyona kardiyak tutulum sol ventrikül hipertrofisi, sol atriyal genişleme, aort kökü dilatasyonu, atriyal ve ventriküler aritmi, sistolik ve diyastolik kalp yetmezliği ve iskemik kalp hastalığı şeklinde kendini gösterir. sol ventrikül hipertrofisi, erken ölüm ve morbidite riskinde artış ile ilişkilidir. Ayrıca koroner arterioller direncin artması, hipertrofik miyokarda kan akışının azalmasına neden olur ve arterioskleroz gelişmemesine rağmen anjina ile sonuçlanır. Hipertansiyon, düşük oksijen arzı ve diğer risk faktörleri ile birlikte, aterogenez sürecini hızlandırır, böylece miyokarda oksijen iletimini daha da azaltır. Hipertansiyon, ST yükselmeli miyokard enfarktüsü, ST yükselmez miyokard infarktüsü, kararsız angina veya perkütan koroner girişim geçiren stabil angina pectoris hastalarında yüksek mortalite ile de ilişkilendirilmiştir (Saluveer ve ark., 2017).

2.1.6. Hipertansiyon ve serebrovasküler hastalık

Serebral otoregülasyon, serebral damar yapısının çok çeşitli perfüzyon basınçları boyunca sabit bir beyin kanı akışını sürdürme konusundaki doğal yeteneğidir. Kan basıncındaki ani ve hızlı yükselmeler, hiperperfüzyona ve artmış beyin kan akışına neden olabilir; bu da intrakranial basınç ve serebral ödemde artışa yol açabilir. Kronik hipertansiyonu olan hastalar, otoregülatuar sistemleri bozulmadan önce, daha yüksek ortalama arter basınçlarını tolere edebilir. Bununla birlikte, bu tür hastalar aynı zamanda serebrovasküler dirence de sahiptirler ve akış azaldıkça, özellikle kan basıncı

normotansif aralıklara düşürüldüğünde, beyin iskemisine daha yatkın hale gelebilirler (Warnet ve ark., 2016).

2.1.7. Hipertansiyon ve böbrek hastalığı

Hipertansiyon, böbrek hastalığı olan hastalarda sık görülür, kronik hipertansiyon, böbreğin küçük arterlerinde patolojik değişikliklere neden olur. Hipertansif hasar oluştuğunda, renal arterler endotel disfonksiyonu ve renal otoregülasyonu değiştiren bozulmuş vazodilatasyon geliştirir. Böbrek kan basıncını düzenleme sistemi bozulduğunda, intraglomerüler basınç, sistemik arter basıncı ile doğrudan değişmeye başlar, böylece kan basıncı dalgalanmaları sırasında böbreğe kan akımı ve renal arterlerde ve eferent arteriollerde basınç değişimi kontrol edilemez. Hipertansif bir kriz sırasında bu, akut böbrek iskemisine ve nefron hasarına yol açabilir. Renal arterlerde ve eferent arteriollerde hacim ve basınç değişimi glomerüler hastalığı olan hastalarda (nefrotik ve nefritik sendrom) hipertansiyonun ana nedenidir. Vasküler hastalığı olan hastalarda hipertansiyon, sıklıkla iskemiye ikincil olan renin-anjiyotensin sisteminin aktivasyonunun sonucudur. Hacim artması ve renin-anjiyotensin sisteminin aktivasyonu kombinasyonu kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda hipertansiyonun arkasındaki ana faktör olarak görülmektedir. Renin-anjiyotensin sistemi aktiviteleri böbrek hastalığının ilerlemesini etkiler. Anjiyotensin II afferent ve efferent arteriyoller üzerinde etki eder, ancak daha fazla, efferent arteriyoller üzerinde etki eder, artan intraglomerüler basınca ve ardından da mikroalbuminüriye yol açar. Glomerüler arteriyolar direncin artması ile birlikte böbrek kan akışındaki azalma, efferent glomerüler arteriyollerde vazokonstriksiyona bağlı ikincil glomerüler hidrostatik basıncı artırır. Sonuç, glomerüler hiperfiltrasyondur, ardından glomerüloskleroz gelişimi ve böbrek fonksiyonunun daha da bozulmasına ve kronik böbrek yetmezliğine neden olur (Heilpern, 2008).

2.1.8. Hipertansiyon ve oküler değişiklikler

Hipertansif oküler değişikliklerin patofizyolojik etkileri malign hipertansiyondan akut değişikliklere ve uzun vadeli sistemik hipertansiyondan kronik değişikliklere kadar gidebilir

Akut hipertansif retinal lezyonlar:

Fokal intraretinal periarteriolar transudalar

İç retinal iskemik lekeler

Mikroanevrizmalar

Kronik hipertansif retinal değişiklikler:

Arteriyoskleroz

Retina kanamaları

Sinir lifi tabakası kayıpları

Artmış vasküler tortuosity

2.1.9. Hipertansiyon ve metabolik sendrom

Metabolik sendrom, aterosklerotik kardiyovasküler hastalıkların gelişimini doğrudan destekleyen metabolik risk faktörleridir. Dislipidemi, hipertansiyon ve hiperglisemi en yaygın olarak bilinen metabolik risk faktörleridir. Bu risk faktörlerinin kombinasyonu, insanlarda protrombotik, proinflamatuvar bir duruma neden olur ve aterosklerotik kardiyovasküler hastalık için yüksek risk oluşturur (Redon ve ark., 2009).

2.1.10. Hipertansiyonda tedavi stratejileri**2.1.10.1. Yaşam tarzı değişiklikleri**

Yaşam tarzı önlemleri hipertansiyonun önlenmesi ve tedavi açısından önemlidir. Ama yüksek risk düzeyi olan hastaların ilaç tedavisine başlanmasını asla geciktirmemeleri gerekir. Yaşam tarzı değişiklikleri hipertansif olmayan kişilerde hipertansiyonu güvenilir ve etkin bir şekilde geciktirebilir veya önleyebilir, 1. derece hipertansif hastalarda medikal tedaviyi geciktirebilir veya önleyebilir ve medikal tedavi görmekte olan hipertansif kişilerde KB düşüşüne katkıda bulunarak antihipertansif ajanların sayısının ve dozunun düşürülmesine olanak verir. KB düşürücü etkisinin yanı sıra yaşam tarzı değişiklikleri diğer KV risk faktörlerinin kontrolüne de katkıda bulunur. Kan basıncını düşürücü etkisi gösterilmiş olan yaşam tarzı önerileri: 1) tuz kısıtlaması; 2) alkolün ölçülü tüketimi; 3) sebze ve meyvelerin çok tüketilmesi ve az yağlı ve diğer diyet türleri; 4) kilo verme ve kiloyu koruma; 5) düzenli egzersiz yapma ve 6) sigara ve alkolü bırakma (ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu, 2013).

2.1.10.2. Farmakolojik tedavi

Beta-blokerler, Diüretikler, Kalsiyum antagonistleri, Anjiyotensin-dönüştürücü enzim inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerleri ve Renin inhibitörleri (ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu, 2013).

2.2. Tedaviye Uyum

Uyum, tüm tedavi girişimlerinde başarılı olabilmenin ana unsuru olup, bireyin değişen durumlara göre davranış değişikliği yapabilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bireyler yaşamlarında karşılaştıkları sorunlara genel olarak uyum sağlayabilmelerine rağmen, hastalıklar söz konusu olduğunda bireylerin uyumları büyük ölçüde etkilenebilmektedir. Özellikle kronik hastalıklara sahip olan bireyler, yaşam tarzlarında değişiklik yapmak zorunda kalmaları, çok yönlü kayıplar yaşamaları ve başkalarına bağımlı olmaları sebebiyle uyum sorunları ile karşılaşmaktadır. Hastalıklarda hastaların uygulanan tedaviye uyum sağlamaları tedavinin başarılı olması ve hastalık prognozunun olumlu yönde seyretmesi için önemli koşullardandır (Tel ve ark., 2010).

Tedaviye uyum, hastaların sağlık otoritelerinin önerilerini kabul etmesi ve sağlık önerilerine uyması olarak tanımlanabilir. Bu tanıma göre tedaviye uyum yalnızca hekim tarafından reçete edilen ilaçların kullanılması şeklinde dar bir çerçevede değerlendirilmeyip, hastaların sağlık çalışanları tarafından hastalara sunulan önerilere uyması şeklinde geniş bir alan içerisinde değerlendirilmelidir (Chuidak ve ark., 2017). Tedaviye uyumu, hasta ve bakım verici pozisyonda olan kişinin hastayla ilgili bakım ve tedavi kararlarına katılım konusunda işbirliği içinde olmalarını ifade eder. Randevu programına uymak, tedavi programını başlayıp devam ettirmek, reçete edilen ilaçları ilaçları önerilen şekliyle kullanmak hastalığına özgü diyet önerilerine uyum sağlamak, tedaviye uyumun öğeleridir (Abel ve ark.,2017). Kronik hastalıkların tedavi edilebilmesi için, tedaviye uyum temel koşullardan biridir. Ancak, reçete edilen ilaçları gelişmiş ülkelerde hastaların %50'si, gelişmekte olan ülkelerde ise yarısından fazlası önerilen süre ve dozda kullanmamaktadır. Kan basıncını düşüren ilaçlara uyumsuzluk sadece bireyin sağlığı için ölümcül değildir, aynı zamanda maliyetlidir (Hayrettin ve ark., 2019). Bu durum sağlığı geliştirmesinin önüne geçmekte ve aynı zamanda ülke ekonomisine yük getirmektedir (Dikeç ve Kutlu, 2015; Alsolami ve ark., 2015).

Hastalar genellikle doktorun reçete etmediği ilaçları kullanmak, reçete edilen ilaçları kullanmamak ya da önerilen şeklin dışında kullanmak, randevulara katılmamak ve buna benzeyen olumsuz diğer davranışlarda bulunmak gibi çok boyutlu tedaviye uyumsuzluk sergilemektedir. Hastalarda hastaneye tekrarlı yatışlara sebep olan tedaviye uyumsuzluk klinik uygulamalarda çok sık karşılaşılan önemli bir sorundur (Çakır ve ark., 2010).

Tedaviye uyum veya uyumsuzluk ya hep ya hiç şeklinde olmayıp, tam uyum, kısmi uyum veya hiç uymama şeklinde görülebilir. Bazen zaman içinde uyum bozuklukları ve parça halinde uyumsuzluk durumları ile karşılaşılabilir. Bu durum tamamen uyumsuzluğa göre daha istendik olandır. Bazen de tedaviye uyumsuzluk reçete edilmeyen ilaçları kullanmak şeklinde ortaya çıkabilir. Hastaların ilacını alıp, ilaç dozlarını atlaması ya da fazla alması şeklinde görülen kısmi uyum, en fazla görülen uyumsuzluktur. Tedaviye uyum sorunu olan bu hastalarda ise hastaneye yeniden yatış, morbidite ve mortalite artmakta, buna bağlı olarak mesleki ve ailesel sorunlar ortaya çıkmakta ve hastanın yaşam kalitesi azalmaktadır (Dikeç ve Kutlu, 2015).

2.2.1. Hipertansiyonda tedaviye uyum

Hipertansiyon tedavisinde amaç; kan basıncının normal değerler içinde olmasını sağlamak ve kardiyovasküler nedenlere bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır (Ülger ve Cankurtaran 2008). Hipertansiyon varlığının bilinmemesi ya da etkili tedavi edilmemesi nedeniyle bireyler önlenebilir ancak ölümcül olabilen çeşitli kalp hastalıkları, iskemik ve hemorajik inme, damar hastalıkları, böbrek yetmezliği ve görme bozuklukları riskine sahiptirler. Hipertansiyon tanısı alan bireylerde, hastalığa bağlı morbidite ve mortalite oranlarını azaltmak, yaşam kalitesini yükseltmek, hastalığa bağlı oluşabilecek komplikasyonları önlemek hastalık ve tedavi programına uyum ile sağlanabilmektedir. Hipertansiyon tedavi aşamasında kan basıncının normal sınırlarda seyretmesi için bireylerin uyumunu artırmak, tedavide başarılı olmanın önemli etkenlerindedir (Hacıhasanoğlu, 2009; Odusola ve ark., 2014).

Dünyanın birçok kırsal bölgesinde: açlık, yoksulluk, salgın hastalıklar ve eğitimsizlik gibi olumsuz durumların yüksek oranda görülmesi, sağlık, eğitim, ulaşım, tarım ve su kaynakları gibi koşulların kötü olması kaliteli yaşam ve tedaviye uyuma

engel olarak görülmektedir (Planas ve ark., 2016). Çin'de hipertansiyon tahmini prevalansı kentsel alanlarda %38,6 ve kırsal alanlarda %43'dir (Wang ve ark., 2013). Goldilocks ve Lewis (2007)'in Nikaragua 'da kırsal alanda, birinci basamak hastanede yaptığı çalışma sonucunda; yaygın yoksulluk, düşük eğitim seviyesi ve yetersiz sağlık imkanları ile devam eden sorunlara bağlı olarak hipertasyonda farkındalık ve kontrol düzeyi düşük bulunmuştur. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) (2010) sonuçlarına göre; bireylerde hipertansiyon farkındalığı %58,1 olarak bulunmuş, kentsel farkındalık oranı %61,1, kırsal farkındalık oranı %53,7 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ülkemizde Gün ve Korkmaz'ın 2014 yılında yaptığı çalışmada hipertansiyon hastalarının sadece %15,8 inin tedaviye (ilaç kullanımı ve beslenme) tam uyumlu olduğu saptanmıştır. Yaş arttıkça beslenme uyum skorunun azaldığı, hipertansif sınıflandırma yükseldikçe ölçek total ve medikal uyum düzeyinin düştüğü, kan basıncını ölçtürme sıklığının uyumu olumlu etkilediği ve tedavi süresi uzadıkça uyumun arttığı bulunmuştur (Gün ve Korkmaz, 2014).

Chudiak ve ark., (2018) çalışmasında HT hastalarında tedaviye uyumun orta düzeyde olduğu ve erkeklerin ve kırılan yaşlıların uyumunun kötü olduğu ve yüksek eğitim düzeyine sahip hastaların umunun daha iyi olduğu saptanmıştır (Chuidak ve ark., 2018).

Song ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da çalışmaya katılan 308 HT hastasının %27,9'unun mükemmel uyum gösterdiği ve % 72,1'inin tedaviye uyumunun ise mükemmel olmadığı bildirilmiştir (Song ve ark., 2011). Uyumu etkileyen faktörler ise eğitim, doktor hasta ilişkisi ve co-morbidite olarak saptanmıştır (Alsolami ve ark., 2015).

2.3. Sağlık Okuryazarlığı

Günümüz sağlık sisteminde bireylerin kendilerine verilen sağlık hizmeti hakkında bilgili olmaları, sağlığı korumak ve geliştirmek için farkındalık geliştirmeleri, kendi sağlık bakımları ile ilgili doğru kararlar vermeleri, sağlık bakımı ile ilgili sorumluluk ve haklarından haberdar olmaları beklenmektedir. Ancak teknolojinin sürekli olarak değişim ve gelişim göstermesi, tanılama sürecinin karmaşıklığı

okuryazarlık düzeyinin yetersiz olması, kültürel farklılıklar, yaşa bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel ve bilişsel değişiklikler gibi faktörler bireylerin öz bakımlarını, öz-etkililiklerini, sunulan hizmetlerin kullanımını ve sağlık ekibi ile iletişimi etkileyebilmektedir. Tüm bu süreçlerde sağlık hizmetini sunan ve bu hizmetten faydalanan bireyler arasında sağlıklı bir iletişim kurabilmek, sağlık ile ilgili bilgileri aramak ve anlamak için, sağlık okuryazarlığı önemli bir faktör olarak görülmektedir (Akalin, 2012; Fertman ve Allensworth, 2012).

Sağlık okuryazarlığı okuma-yazma becerilerinin dışında sağlıklı davranışlar, ilaçların etkin kullanımı, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanılacağı konusunda bilgi sahibi olmak, aydınlatılmış onam formlarının içeriğini anlamak ve imzalamak konusunda fikir sahibi olmak, evdeki tıbbi cihazları doğru kullanabilmek, öz bakım ve hastalık yönetimi hakkında kararlar verebilmek, bakım verici rolünü üstelenebilmek gibi sağlık bilgilerini kavrama ve değerlendirme yetisini içermektedir (Barret ve Puryear, 2006). Yapılan çalışmada düşük sağlık okuryazarlığı becerileri ve diyabet, astım veya hipertansiyon gibi kronik hastalıkları olan hastaların, hastalıkları ve tedavisi hakkında daha az bilgiye sahip olmalarının yanı sıra okur-yazar hastalardan daha az öz-yönetim becerisine sahip olduğunu belirtmiştir (Gazmararian ve ark., 2003). Dünyada insanların sağlık okuryazarlığı durumuna bakıldığında, gelişmiş ülkelerden biri olan Amerika'da Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesine göre yetişkin nüfusun %53'ünün sağlık okuryazarlığının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Kutner ve ark., 2006). Kronik hastalığı olan bireylerin fonksiyonel sağlık okuryazarlıklarını ölçen bir çalışmada, 60 yaş ve üzeri hastaların %81'inde sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu saptanmıştır (Gazmararian ve ark., 2003). Avrupa Birliği'ne üye sekiz ülkede yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasına göre (2012) ülkeler alınan puanlara göre dört grup olarak değerlendirilmiştir (yetersiz, sorunlu, yeterli, çok iyi). Ülkelerdeki insanların %2 ve %27 arasında değişen oranlarında yetersiz sağlık okuryazarlığı puanı aldığı belirlenmiştir. The European Health Literacy Project, 2009- 2012). Türkiye'de ise sağlık okuryazarlığı araştırması 2014 yılında Avrupa Birliği (HLS-EU) anketi kullanılarak Türkiye'yi temsil eden 12 bölgede gerçekleştirilmiştir (Durusu Tanrıöver ve ark., 2012). Araştırma sonucuna göre Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlığı indeksi 50 puan üzerinden 30.4 olarak tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı açısından Türkiye ve Avrupa ortalamaları karşılaştırıldığında Türkiye'de yetersiz sağlık okuryazarlığı

%24.5, sorunlu sağlık okuryazarlığı %40.1 olarak bulunmuştur. Ülkemizin sağlık okuryazarlığı ortalamaları her alanda daha düşük olup Avrupa ortalamalarının altında olduğu tespit edilmiştir (Durusu Tanrıöver ve ark., 2012; Yılmaz ve Tiraki, 2016) İlk olarak 1990 yılında DSÖ ve AMA raporlarında sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkinin öneminden bahsedilmiştir (Akalin, 2012).

Yapılan çalışmalar sonucu sınırlı/yetersiz sağlık okuryazarlığının sağlığa etkilerine bakıldığında; “sağlığı korumak ve geliştirmekle ilgili bilgi/ davranış eksikliği, sağlık hizmetlerini kullanmaya ilişkin sorunlar, fiziksel hastalıklar yetersiz öz-etkililik ve özbakım davranışı, sağlık eğitimlerini anlamada güçlük, kronik hastalık yönetiminde yetersizlik ve tedaviye uyum sağlayamama, akıllı ilaç kullanamama, sağlıkla ilgili iletilen mesajları iyi anlayamama, hastaneye yatışlarda artış ve acil servislere daha fazla başvuru yaptıkları ma ve bu durumun yüksek mortalite ile de ilişkili olduğu bildirilmektedir (Aboumatar ve ark., 2013).

Yapılan sistematik bir derlemede düşük sağlık okuryazarlığının sağlıkla ilgili maliyetleri oranında arttırdığı tespit edilmiştir (Gazmamarian, 2003). Bireylerin sağlık hizmetlerinden gereksinimleri ölçüsünde yararlanmaları gerekir. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip yaşlılar, azınlıklar, düşük eğitilmiş ve düşük gelire sahip bireyler sağlık hizmetlerinden yararlanmada eşitsizliklerle karşılaşmaktadırlar. Genel eğitim ve gelir düzeyi düşük olan gruplarda, azınlık gruplarında, yakın zamanda göç etmiş olanlarda, genel sağlık düzeyi düşük olanlarda, uzun süreli sağlık sorunu olanlarda ve yaşlılarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olduğu bulunmuştur (The European Health Literacy Project, 2009- 2012).

Türkiye’de yapılan bir çalışmaya göre benzer şekilde düşük eğitim düzeyi ve düşük gelirin düşük sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmaya göre kadınlar düşük sağlık okuryazarlığı açısından risk grubu içinde yer (Yılmaz, 2016).

Sağlık okur-yazarlığı, sağlık hizmeti sunan kişiler ile sağlık hizmetinden faydalanan hastalar arasındaki sorumlulukların paylaşılmasını ve her iki tarafın da birbirini daha iyi anlamalarını sağlamaktadır. Ayrıca günümüzde hastalar kendi tedavi ve bakım kararlarına aktif olarak katılmak istemektedir. E- sağlık okuryazarlığı için ve integratif tedavilerden de etkin bir şekilde faydalanmak için bireylerin özellikle

kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık okur-yazarlığı düzeylerinin yüksek olması gerekmektedir (Balçık ve Taşkaya, 2014).

2.4. İlaç Uyumunda ve Sağlık Okuryazarlığında Hemşirenin Sorumlulukları

İlaç tedavisinin başarılı olmak, hastanın uygulanan tedavi girişimine uyumu ile doğrudan ilişkilidir. Bu uyumun sağlanması için hasta ve hasta yakınları ile hekim ve hemşire arasında iyi bir iletişim olması gerekmektedir (Oktay ve Akıcı, 2001).

Hemşirelik mesleğinde temel işlevlerden birisi ilaç uygulamasıdır. Genellikle doktorun reçete ettiği ilacı hemşire hastaya uygular veya nasıl kullanılması öğretir. Hemşire hastayı en iyi tanıyan ve uygulanan ilacın istenilen etkiyi sağlayıp sağlamadığını en iyi gözlemleyen sağlık profesyoneli. Hemşire hastaya uygulanan ilacın etkilerini ve istenmeyen etkilerini bilmelidir. Hastanın kendi sağlık durumu ve kullandığı ilacın etki ve yan etkilerini anlayabilmesi için, hemşireye büyük sorumluluk düşmektedir (Atabek, 1994).

Hemşireler hipertansiyon hastalarına verdikleri eğitimlerde kardiyovasküler risk faktörleri, tedaviyi ertelemenin ya da ara vermenin riskleri, diyet uygulamasının ve fiziksel egzersizin önemi, kan basıncını kontrol etmenin yöntemi ve stres yönetiminin önemi vurgulanmalıdır. İlaç önerilen şekilde kullanma konusunda yapılacak eğitimler ile hastanın ilaç kullanımına uyumu sağlanabilmektedir (Dalak, 2010; Hacıhasanoğlu ve ark., 2011)

Hemşireler tarafından yaşam tarzı ve ilaç tedavisi uyumuna etkisini değerlendirmek için yapılan bir çalışmada, hipertansif bireylere verilen sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve ilaca uyumu arttırmaya yönelik eğitim sonrasında hipertansif bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında olumlu yönde değiştiği ve hastaların tamamının ilaçlarını önerilen doz ve sıklıkta kullandıkları görülmüştür (Irmak ve ark., 2007).

Tedaviye uyumu etkileyen önemli faktörlerden biri sağlık okuryazarlığıdır. Bireyler sağlık bakım ortamına girdiklerinde; başvuru belgeleri, bilgilendirme broşürleri, reçeteler, tasfiye belgeleri, onay formları, onay yönergeleri gibi okuma materyalleri ile karşılaşılır. Ne yazık ki, sağlık hizmeti kurumunun eğitim talepleri ile hastaların okuma kabiliyeti arasındaki boşluk artmaya devam etmektedir. Bu sorun,

günümüzün sağlık ortamının baskısı ile daha da artmaktadır; doktorlar ve hemşireler hasta eğitimi için daha az zamana sahiptir. Hastaları kendi kendine yönetme konusunda bilgilendirmek için zaman yetersizliği ile başa çıkmak için, doktorlar ve hemşireler çoğunlukla yazılı bir belgeye güvenerek, sağlık okuryazarlığı zayıf olan hastaları önemli bir dezavantajda bırakmaktadır. Bu çalışmanın gösterdiği gibi, eğitim talepleri ile hastanın sağlık okuryazarlığı arasındaki fark, hastalıkları ve tedavilerini daha iyi anlamalarına neden olmaktadır. Dahası, bu durum daha kötü sağlık sonuçlarına ve daha yüksek sağlık hizmeti maliyetlerine yol açmaktadır. Daha başarılı olmak için gelecekteki hasta eğitimi çabaları, hastaların sağlık okuryazarlıklarını dikkate almalıdır. Hastaların hastalıklarını anlamak ve öz bakım faaliyetlerini yerine getirmek için gerekli olan temel materyali kavramalarını rutin olarak kontrol eden bir sistem oluşturmak için çaba gösterilmelidir (Gazmamarian, 2003).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Tasarımı

Bu çalışma bir Şehir Hastanesi dahiliye ve kardiyoloji servislerinde hipertansiyon tanısı ile yatan ve polikliniklere ayaktan başvuran hipertansiyon hastalarının tedaviye uyum ve sağlık okuryazarlık düzeyleri ile etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları

- 1- Hipertansiyonu olan bireylerde tedaviye uyum düzeyi ve etkileyen faktörler nedir?
- 2- Hipertansiyonu olan bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkileyen faktörler nedir?
- 3- Hipertansiyonu olan bireylerde tedaviye uyum ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki var mı?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Ocak -Haziran 2018 tarihleri arasında bir Şehir Hastanesi dahiliye ve Kardiyoloji poliklinik ve servisinde yapılmıştır.

3.4. Araştırma Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini bir Şehir Hastanesi kardiyoloji ve dahiliye polikliniğine başvuran ve en az 6 aydır hipertansiyon tanısı alan hastalar oluşturmuştur. Anketi uygun şekilde dolduran 348 birey araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Örnek seçiminde, olasılıksız örnekleme yönteminden belirli bir kuruma başvuranların seçildiği gelişigüzel örnekleme yönteminden yararlanılmıştır.

Araştırmaya alınma ölçütleri

- *18 yaş ve üzeri olan,
- * Fiziksel ve bilişsel açıdan sorulan soruları cevaplamaya uygun olan,
- *Gönüllü olan,
- *İletişim sorunu olmayan,
- *En az 6 aydır hipertansiyon tanısı alan,
- *En az bir tane antihipertansif ilaç kullanan

3.5. Veri Toplama Araçları ve Tekniği

3.5.1. Veri toplama araçları

Araştırmada veriler araştırmacı tarafından oluşturulan veri toplama formu, Hill–Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Formlar yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

Veri Toplama Formu: Araştırmacı tarafından literatür taranarak hipertansiyon tanısı olan bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, sosyal güvencesi, tanı zamanı, hastalığın süresi, hastalıkla ilgili tedaviye uyum, kan basıncı ölçtürme sıklığı, başka kronik hastalık varlığı gibi bilgileri içeren sorulardan olacak şekilde hazırlanmıştır.

Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği: Kim, Hill ve Levine tarafından geliştirilmiş (Kim ve ark., 2000), Türkçe geçerlilik güvenilirliği Karademir ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Ölçeğin total puanı dışında görüşme, medikal ve beslenme alt boyutları vardır. Ölçek 4'lü likert tipi 14 sorudan oluşmaktadır. Cevaplar (0) “Hiçbir zaman”, (1) “Bazen”, (2) “Çoğu zaman” ve (3) “Her zaman” seçeneklerini içermektedir. Ölçeğin 6. sorusu hariç olmak üzere diğer maddelerinin tümü olumsuz soru şeklindedir. Ölçeğin total, medikal, beslenme ve görüşme alt boyutu uyum puanlarının yorumlanması ile ilgili olarak puanlara bakılır; eğer birey tüm sorulara en olumlu yanıtları vererek toplamda “0” puan almış ise tam uyumlu olarak değerlendirilir. Sıfırdan farklı puanlar ise uyumsuzluğun düzeyini yansıtır. Sorular olumsuz soru şeklinde olduğu için puan yükseldikçe uyum azalır. Karademir ve arkadaşları tarafından (2009) ölçeğin bütünü için 0.83 olarak belirtilen Cronbach alfa

değeri, bu çalışmada 0.74 olarak bulunmuştur (Kim ve ark., 2000; Karademir ve ark., 2009).

Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği: Sorensen tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Aras ve Bayık Temel tarafından 2017 yılında yapılmıştır (Sorensen ve ark., 2013; Toçi ve ark., 2013; Aras ve Bayık Temel, 2017). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 25 madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bilgiye Erişim beş madde içermektedir (1-5), bu alt ölçekten alınacak mini mum puan 5, maksimum puan 25'dir. Bilgileri Anlama yedi madde içermektedir (6-12), bu alt ölçekten alınacak minimum puan 7, maksimum puan 35'dir. Değer Biçme/ Değerlendirme alt ölçeği sekiz madde içermektedir (13-20), bu alt ölçekten alınacak minimum puan 8, maksimum puan 40'dır. Uygulama/ Kullanma alt ölçeği de beş madde (21-25) içermektedir, bu alt ölçekten alınacak minimum puan 5, maksimum puan 25'dir. Tüm ölçek için minimum puan 25 ve maksimum puan 125'dir. Ölçek maddeleri katılımcılar tarafından "5: hiç zorluk çekmiyorum, 4: Az zorluk çekiyorum, 3: biraz zorluk çekiyorum, 2: Çok zorluk çekiyorum, 1: Yapamayacak durumdayım/ hiç yeteneğim yok/ olanaksız" şeklinde likert yapıda yanıtlanır. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu yapıdadır, ters madde bulunmamaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.90 ile 0.94 arasında değişmektedir (Toçi ve ark., 2013b). Düşük puanlar sağlık okuryazarlığı durumunun yetersiz, sorunlu ve zayıf olduğunu, yüksek puanlar ise yeterli ve çok iyi olduğunu göstermektedir. Alınacak puan arttıkça bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır (Toçi ve ark., 2013b). Bu çalışmada Cronbach Alfa değeri 0.92 bulunmuştur.

3.5.2. Veri toplama

Bu süreç tamamlandıktan sonra önce 5 hastaya ön uygulama yapılmış ve gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra araştırmanın verileri toplanmaya başlanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından haftanın iki günü polikliniğe gelen hipertansiyon hastaları ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Anket formu ortalama 20-30 dakikada doldurulmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve anket formunu uygun şekilde cevaplayan 348 bireye ulaşılmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırmanın kurumlarda yürütülebilmesi için Bozok Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'na başvurulmuş ve araştırmanın uygulanabileceğine dair etik kurul kararı alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı kurumdan, çalışmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu ile yazılı başvuruda bulunularak yazılı izinler alınmıştır. Araştırmada Helsinki Bildirgesi'nde yer alan etik ilkelere uyulup bireylere ait bilgilerin gizlilikleri korunmuştur. Araştırmacı tarafından hastalara araştırmanın amacı açıklanarak yazılı onayları alınmıştır. Araştırmaya katılmaya isteklilik, gönüllülük ilkesine özen gösterilerek, katılımcıların sözlü ve yazılı onamları alınarak uygulamaya başlanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Kullanılan verilerin normal dağılımını belirlemek için Shapiro-Wilk testi yapılmıştır. Elde edilen veriler, tanımlayıcı istatistikler (yüzdeler, ortalama, standart sapma), iki grup karşılaştırmasında bağımsız gruplarda t testi, ikiden fazla grup karşılaştırmasında One Way Anova ve Pearson Korelasyon testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Bütün testlerde sonuçlar %95 güven aralığında $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n:348)

Özellikler	<i>n</i>	%
Cinsiyet		
Kadın	228	65.5
Erkek	120	34.5
Yaş Grupları		
27-55 yaş	60	17.2
56-65	143	41.1
66-75	98	28.2
76 yaş ve üstü	47	13.5
Yaş (Yıl. Ort.±SS) (min-max)	62.33±12.24 (27.0-88.0)	
Medeni Durum		
Evli	266	76.4
Bekar	82	23.6
Öğrenim Durumu		
Okuryazar	128	36.8
İlköğretim	148	42.5
Lise ve üstü	72	20.7
Meslek Durumu		
Ev hanımı	195	56.0
Memur	41	11.8
Emekli	112	32.2
Gelir Durumu		
Gelir giderden fazla	38	10.9
Gelir gidere eşit	176	50.6
Gelir giderden az	134	38.5
Yaşanılan yer		
Şehir merkezi	152	43.7
İlçe	88	25.3
Köy	108	31.0
Yaşadığı aile		
Geniş aile	45	12.9
Çekirdek aile	266	76.4
Yalnız	37	10.6

Tablo 4.1’de çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Hastaların %65.5’inin kadın, %41.1’inin 56-65 yaş grubunda, yaş ortalamasının 62.33 ± 12.24 yıl, %76.4’ünün bekar, %42.5’inin ilköğretim mezunu, %56’sının ev hanımı ve %56.6’sının gelir düzeyinin gidere denk olduğu saptanmıştır. Hastaların %43.7’sinin şehir merkezinde, %76.4’ünün ise çekirdek aile ile yaşadığı bulunmuştur.

Tablo 4.2. Hastaların hipertansiyona dair özelliklerinin dağılımı (n:348)

Özellikler	n	%
Beden Kütle İndeksi		
Normal (20-25)	53	15.2
Kilolu (25.01-30)	121	34.8
1.Derece obez (30.01-35)	110	31.6
2.Derecede obez (35.01 ve üstü)	64	18.4
Hipertansiyon yılı		
1-5	103	29.6
6-10	87	25.0
11 ve üstü	158	45.4
Tedaviyi Etkileyen Öncüllere Uyma Durumu¹		
Tuzsuz diyetle Uyma Durumu		
Evet	246	70.7
Hayır	102	29.3
Az yağlı Diyetle Uyma durumu		
Evet	216	62.1
Hayır	132	37.9
Fiziksel Aktiviteye Uyma Durumu		
Evet	129	37.1
Hayır	219	62.9
Stresle Etkin Başetme Durumu		
Evet	36	10.3
Hayır	312	89.7

Tablo 4.2. Devamı...Hastaların hipertansiyona dair özelliklerinin dağılımı (n:348)

Kilo Kontrolü		
Evet	60	17.2
Hayır	288	82.8
Sigarayı Bırakma		
Bırakan	39	11.2
Bırakmayan	309	88.8
Kan Basıncı Takibi		
Evet	260	74.7
Hayır	88	25.3
Sistolik kan basıncı		
139 mmHg ve altı	125	35.9
140 mmHg ve üstü	223	64.1
Diastolik kan basıncı		
89 mmHg ve altı	198	56.9
90 mmHg ve üstü	150	43.1
İlaç Tedavisine Başlama Yılı		
1-5	109	31.3
6-10	91	26.1
11 ve üstü	148	42.5
Hipertansiyon atağıyla sağlık kuruluşuna başvurma durumu		
Evet	120	34.5
Hayır	228	65.5
Hipertansiyon atağı nedeniyle hastaneye başvurma (Yıl. Ort.±ss)(min-max)		
1.21±2.68 (0-20)		
Kan basıncı ölçtürme sıklığı		
Hergün	171	49.1
Haftada 1 veya 2 kez	112	32.2
Ayda 1 kez	38	10.9
Hiç ölçtürmeyen	27	7.8
Kan basıncı ölçümünüzü yapan kişi		
Sağlık kuruluşu çalışanı	105	30.2
Evde yakını	243	69.8

Tablo 4.2. Devamı Hastaların hipertansiyona dair özelliklerinin dağılımı (n:348)

Hipertansiyon ile ilgili eğitim alma durumu		
Evet	204	58.6
Hayır	144	41.4
Hipertansiyon ile ilgili eğitim alınan kişi (n:204)		
Doktor	181	52.0
Hemşire	23	6.6
Kronik Hastalık Durumu		
Var	200	57.5
Yok	148	42.5
Kronik Hastalıklar¹ (n:200)		
Nörolojik sistem hastalığı	7	3.5
Kardiyovasküler sistem hastalığı	28	14.0
Endokrin sistem hastalığı	142	71.0
Gastrointestinal sistem hastalığı	16	8.0
Solunum sistem hastalığı	41	20.5

¹ *Birden fazla cevap verilmiştir.*

Hastaların beden kütle indeksi ve hipertansiyona dair özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2’de verilmiştir. Hastaların %34.8’inin kilolu olduğu, %88.2’sinin sosyal güvencesinin tedavi masraflarını karşıladığı, %45.4’ünün 11 ve üstü yıldır hipertansiyon hastası olduğu belirlenmiştir. Hastaların tedaviye uyum durumunun öncülleri incelendiğinde; %70.7’sinin tuzsuz diyet, %62.1’inin az yağlı diyet ve %37.2’inin fiziksel aktiviteye uyduğu saptanmıştır. Hastaların %89.7’sinin stresle etkin baş edemediği, %82.8’inin kilo kontrolü yapmadığı ve %88.8’inin ise sigarayı bırakmadığı bulunmuştur.

Hastaların %64.1’inin sistolik kan basıncının 140 mmHg üstünde olduğu, %43.1’inin diyastolik kan basıncının 90 mmHg üstünde olduğu, %42.5’inin 11 ve üstü yıldır ilaç kullandığı belirlenmiştir. Hastaların hipertansiyon atağı nedeniyle bir yılda hastaneye başvurma ortalamasının 1.21 ± 2.68 (0-20) olduğu, %49.1’inin her gün kan basıncını ölçtüğü, %69.8’inin kan basıncını evde yakınına ölçtüğü, %58.6’sının hipertansiyon tedavisi ile ilgili eğitim aldığı ve eğitim alan hastaların %6.6’sının

hemşireden ve %52.0'nin ise doktordan eğitim aldığı saptanmıştır. Hastaların %57.5'inin başka kronik hastalığa sahip olduğu ve %71'ini endokrin hastalığı olduğu görülmüştür.

Tablo 4.3. Hastaların Hill- Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin puanlarının dağılımı

Hill- Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Alt Boyutları	<i>n</i>	$\bar{x} \pm SS$	Min.	Max.
Medikal	348	2.89±2.64	0	15.0
Tuz tüketimi	348	1.76±1.60	0	7.0
Görüşme	348	2.49±160.51	0	9.0
Toplam Puan	348	7.15±3.95	0	24.0
Tam uyum(0) (%12,9)				
Uyumsuz (≥ 1) (87,1)				

Tablo 4.3'de hastaların Hill- Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği ve Alt Boyutlarına ilişkin puanlarının dağılımı verilmiştir. Hastaların medikal alt boyutundan, beslenme alt boyutundan, görüşme alt boyutundan ve toplam ölçekten aldıkları puan ortalamaları sırayla; 2.89±2.64, 1.76±1.60, 2.49±1.51 ve 7.15±3.95'dir

Tablo 4.4. Hastaların sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin puanlarının dağılımı

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları	<i>n</i>	$\bar{x} \pm SS$	Min.	Max.
Bilgiye Erişim	348	10.14±3.78	5.0	23.0
Bilgileri Anlama	348	18.44±5.77	7.0	32.0
Değer Biçme/Değerlendirme	348	14.58±6.11	8.0	34.0
Uygulama/Kullanma	348	8.68±2.95	5.0	21.0
Toplam Puan	348	51.86±15.17	25.0	100.0

Tablo 4.4’de hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Puanlarının Dağılımı verilmiştir. Hastaların medikal alt boyutundan, bilgiye erişim alt boyutundan, bilgileri anlama alt boyutundan, değer biçme/değerlendirme alt boyutundan, uygulama/kullanma alt boyutundan ve toplam ölçekten aldıkları puan ortalamaları sırayla; 10.14±3.78, 18.44±5.77, 14.58±6.11, 8.68±2.95 ve 51.86±15.17’dir.

Tablo 4.5. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin puanlarının dağılımı (n:348)

Özellikler	<i>n</i>	Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme/ Değerlendirme	Uygulama/ Kullanma	Toplam Puan
Cinsiyet		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Kadın	228	10.02±3.57	18.85±5.94	14.11±5.80	8.37±2.97	51.37±14.96
Erkek	120	10.38±4.15	17.66±5.36	15.46±6.60	9.28±2.84	52.80±15.59
Test		t: -0.847 p=0.397	t: 1.838 p=0.067	t: -1.963 p=0.050	t: -2.741 p=0.006	t: -0.831 p=0.407
Yaş Grupları						
27-55 yaş	60	8.88±2.93*	15.20±4.38*	13.30±4.88*	8.40±2.07	45.78±11.78*
56-65	143	9.72±3.31	17.96±5.45	13.60±5.19	8.34±2.63	49.63±12.87
66-75	98	11.08±4.06	20.41±5.95	16.12±7.09	9.31±3.48	56.93±17.13
76 yaş ve üstü	47	11.10±4.74	19.95±5.92	16.00±7.06	8.78±3.49	55.85±17.13
Test		F:6.105 p=0.000	F:12.698 p=0.000	F:5.204 p=0.002	F:2.331 p=0.074	F:9.641 p=0.000
Medeni Durum						
Evli	266	9.95±3.66	18.09±5.58	14.32±5.93	8.59±2.76	50.96±14.61
Bekar	82	10.76±4.08	19.60±6.23	15.41±6.64	8.98±3.52	54.78±16.64
Test		t: -1.170 p=0.089	t: -2.093 p=0.037	t: -1.410 p=0.159	t: -1.044 p=0.297	t: -1.996 p=0.047
Öğrenim Durumu						
Okuryazar	128	11.56±3.96*	21.80±5.16*	16.16±6.41*	9.25±3.14*	58.78±14.56*
İlköğretim	148	9.61±3.42	17.32±5.27	13.97±6.09	8.31±2.88	49.22±14.29
Lise ve üstü	72	8.72±3.34	14.79±4.61	13.01±4.94	8.45±2.62	44.98±13.19
Test		F:16.894 p=0.000	F:49.770 p=0.000	F:7.653 p=0.000	F:3.857 p=0.022	F: 26.291 p=0.000
Meslek Durumu						
Ev hanımı	195	10.09±3.66	19.01±6.01	14.46±5.90	8.46±3.00	52.03±15.34
Memur	41	9.26±3.666	15.80±5.67*	14.87±6.47	8.85±2.94	48.80±16.07

Tablo 4.5. Devamı...Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin puanlarının dağılımı (n:348)

Emekli	112	10.55±3.98	18.42±5.13	14.68±6.38	9.02±2.86	52.69±14.54
Test		F:1.780 p=0.170	F:5.367 p=0.005	F:0.102 p=0.903	F:1.373 p=0.255	F:1.014 p=0.364
Gelir Durumu						
Gelir giderden az	38	9.10±3.94	18.36±6.08	16.39±7.57*	9.47±3.87	53.34±18.25
Gelir gidere eşit	176	9.40±3.66	17.41±5.44	13.52±5.50	8.11±2.64	48.47±13.61
Gelir giderden fazla	134	11.41±3.56*	19.82±5.86*	15.45±6.20	9.21±2.92	55.91±15.23*
Test		F:13.137 p=0.000	F:6.87. p=0.001	F:5.806 p=0.003	F:6.962 p=0.10	F:9.814 p=0.000
Yaşanılan yer						
Köy	152	9.35±3.92	17.08±5.69	14.05±6.13	8.56±3.01	49.05±15.40
İlçe	88	10.32±3.32	18.59±5.13	13.42±5.19	8.26±2.57	50.60±12.18
Şehir merkezi	108	11.11±3.71*	20.25±5.5.92*	16.27±6.46*	9.21±3.12	56.85±15.93*
Test		F:7.196 p=0.001	F:10.008 p=0.000	F:6.512 p=0.002	F:2.774 p=0.064	F:9.141 p=0.000
Yaşadığı aile						
Geniş aile	45	10.33±4.32	18.40±6.47	14.95±7.35	7.88±3.53	51.57±17.30
Çekirdek aile	266	9.96±3.58	18.30±5.63	14.33±5.85	8.68±7.72	51.28±14.59
Yalnız	37	11.24±4.34	19.54±5.95	15.91±6.31	9.72±3.54*	56.43±16.16
Test		F:1.938 p=0.146	F:0.745 p=0.476	F:1.188 p=0.306	F:4.005 p=0.019	F:1.889 p=0.153

Tablo 4.5' de hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin puanlarının dağılımı yer almaktadır. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği değer biçme/değerlendirme ve uygulama/kullanma alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları ile cinsiyet durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Erkeklerin kadınlara göre puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hastaların bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değer biçme/değerlendirme alt boyutlarından ve toplam ölçekten aldıkları puan ortalamaları ile yaş grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). 27-55 yaş grubundaki hastaların puan ortalamalarının diğer gruptaki bireylere göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Bekar hastaların bilgileri anlama alt boyutundan aldıkları puan daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Hastaların bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değer biçme/değerlendirme alt boyutlarından ve toplam ölçekten aldıkları puan ortalamaları ile öğrenim grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Okuryazar olan hastaların puan ortalamalarının diğer gruptaki bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Memur hastaların bilgileri anlama alt boyutundan aldıkları puan daha düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Hastaların bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değer biçme/değerlendirme, uygulama/kullanma alt boyutlarından ve toplam ölçekten aldıkları puan ortalamaları ile gelir durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Geliri giderden fazla olanların bilgiye erişim puan ortalamasının, değer biçme/değerlendirme ve uygulama/kullanma puan ortalamasının yüksek, geliri gidere denk olanların bilgiyi anlama puan ortalamasının düşük, geliri giderden fazla olanların toplam ölçek puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır. Şehir merkezinde yaşayan hastaların bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değer biçme/değerlendirme alt boyutlarından ve toplam ölçekten aldıkları puan ortalamaları diğer bireylere göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yalnız yaşayan hastaların uygulama/kullanma alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları diğer bireylere göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo 4.6. Hastaların beden kütle indeksi, hipertansiyona dair özelliklerine göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin puanlarının dağılımı (n:348)

Özellikler	<i>n</i>	Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Bıçme/ Değerlendirme	Uygulama/ Kullanma	Toplam Puan
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Sosyal güvencenin tedavi masraflarını karşılama durumu						
Evet	307	10.25±3.76	18.27±5.80	14.22±5.89*	8.69±2.99	51.43±15.10
Kısmen	36	9.36±3.87	19.83±5.59	17.52±7.21	8.63±2.85	55.36±16.39
Hayır	5	9.40±4.33	19.20±4.65	15.40±6.02	9.00±1.87	53.00±7.03
Test		F:0.991 p=0.372	F:1.220 p=0.297	F:4.852 p= 0.008	F:0.033 p=0.968	F:1.090 p=0.337
Hipertansiyon yılı						
1-5	103	9.68±3.78	17.13±5.82*	14.37±6.33	8.39±2.88	49.60±14.95
6-10	87	10.26±3.68	18.31±5.51	14.35±5.41	8.65±2.88	51.58±13.95
11 ve üstü	158	10.37±3.82	19.37±5.74	14.84±6.35	8.89±3.04	53.50±15.84
Test		F:1.097 p=0.335	F:4.844 p= 0.008	F:0.258 p=0.773	F:0.900 p=0.407	F:1.090 p=0.125
Kan basıncı ölçtürme sıklığı						
Hiç ölçtürmeyen	171	9.95±3.53	17.91±5.48	13.49±6.02*	8.45±2.67	49.82±14.43*
Ayda 1 kez	112	10.42±4.20	18.29±6.27	15.36±5.89	8.84±3.12	52.93±16.33
Haftada 1 veya 2 kez	38	10.28±2.82	20.26±5.09	14.84±5.80	8.52±2.88	53.92±12.98
Hergün	27	9.96±4.66	19.92±5.83	17.85±6.62	9.74±3.84	57.48±16.20
Test		F:0.385 p=0.764	F:2.386 p=0.069	F:5.187 p= 0.002	F:1.646 p=0.178	F:2721 p= 0.044
Kan basıncı ölçümünüzü yapan kişi						
Sağlık kuruluşu çalışanı	105	10.29±4.07	19.33±5.79	15.67±6.20	8.51±3.14	53.81±14.99
Evde yakını	243	10.08±3.65	18.06±5.73	14.11±6.02*	8.76±2.87	51.02±15.20
Test		t: 0.482 p=0.630	t: 1.886 p=0.060	t:2.204 p= 0.028	t:-0.726 p=0.468	t:1.580 p=0.115

Tablo 4.6. Devamı....Hastaların beden kütle indeksi. hipertansiyona dair özelliklerine göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin puanlarının dağılımı (n:348)

Hipertansiyon tedavisi ile ilgili eğitim alma durumu						
Hayır	204	9.44±3.36	17.58±5.45	13.17±5.68	8.16±2.67	48.36±13.45
Evet	144	11.14±4.11	19.67±6.01	16.57±6.16	9.43±3.17	56.83±16.11
Test		t: -4.243 p=0.000	t: -3.375 p=0.001	t:-5.305 p=0.000	t:-4.049 p=0.000	t:-5.326 p=0.000
Hipertansiyon tedavisi ile ilgili eğitim alınan kişi (n:204)						
Doktor	181	9.46±3.41	17.59±5.54	13.03±5.55	8.14±2.72	48.23±13.38
Hemşire	23	9.39±3.14	17.00±4.35	13.78±6.19	8.39±2.48	48.56±13.33
Test		t: 0.105 p=0.917	t: 0.492 p=0.623	t:-0.601 p=0.548	t:-0.415 p=0.679	t:-0.111 p=0.912
Ek kronik hastalık durumu						
Hayır	200	10.13±3.76	18.87±6.04	14.20±6.40	8.51±3.08	51.72±15.81
Evet	148	10.16±3.81	17.87±5.35	15.09±5.68	8.93±2.76	52.06±14.31
Test		t: -0.066 p=0.947	t: 1.587 p=0.113	t:-1.343 p=0.180	t:-1.318 p=0.188	t:-0.211 p=0.833

Tablo 4.6’da hastaların beden kütle indeksi, hipertansiyona dair özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin puanlarının dağılımı verilmiştir.

Sosyal güvencesi tedavi masraflarını karşılayan hastaların değer biçme/değerlendirme alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları diğer bireylere göre daha düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

1-5 yıldır hipertansiyon hastası olan karşılayan hastaların bilgileri anlama alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları diğer bireylere göre daha düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Kan basıncını her gün ve yakınına ölçtüren hastaların değer biçme/değerlendirme alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları diğer bireylere göre daha düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Hastaların bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değer biçme/değerlendirme, uygulama/kullanma alt boyutlarından ve toplam ölçekten aldıkları puan ortalamaları ile hipertansiyon tedavisi ile ilgili eğitim alma durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim alan hastaların puan ortalamalarının almayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değer biçme/değerlendirme, uygulama/kullanma alt boyutlarından ve toplam ölçekten aldıkları puan ortalamaları ile hipertansiyon tedavisi ile ilgili eğitim alınan kişi ve kronik hastalık varlık durumu ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre Hill- Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin puanlarının dağılımı (n:348)

Özellikler	n	Medikal	Beslenme	Görüşme	Toplam Puan
Cinsiyet		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Kadın	228	2.71±2.51	1.60±1.49	1.39±1.58	5.71±3.75
Erkek	120	3.23±2.86	2.10±1.77*	1.49±1.36	6.82±4.23*
Test		t: -1.742 p=0.082	t: -2.749 p=0.006	t:-0.541 p=0.589	t:-2.496 p=0.013
Yaş Grupları					
27-55 yaş	60	2.40±2.06	1.91±1.86	1.88±1.26	6.20±3.63
56-65	143	3.06±2.67	1.72±1.67	1.36±1.73	6.14±3.93
66-75	98	3.04±2.91	1.78±1.46	1.42±1.39	6.25±4.31
76 yaş ve üstü	47	2.70±2.77	1.74±1.36	1.06±1.22*	5.51±3.69
Test		F1.074 p=0.360	F:0.215 p=0.886	F:2.846 p=0.038	F:0.413 p=0.744
Medeni Durum					
Evli	266	2.93±2.64	1.80±1.64	1.41±1.58	6.15±3.96
Bekar	82	2.90±2.92	1.40±2.17	1.20±1.31	5.50±4.19
Test		t: 0.042 p=0.966	t: 0.763 p=0.446	t: 0.421 p=0.674	t: 0.515 p=0.617
Öğrenim Durumu					
Okuryazar	128	3.29±2.89	1.68±1.45	1.49±1.64	6.46±4.25
İlköğretim	148	2.62±2.24	1.81±1.66	1.28±1.48	5.72±3.55
Lise ve üstü	72	2.73±2.88	1.86±1.76	1.62±1.32	6.22±4.16
Test		F:2.414 p=0.091	F:0.374 p=0.688	F:1.399 p=0.248	F: 1.267 p=0.283
Meslek Durumu					
Ev hanımı	195	2.81±2.63	1.62±1.50	1.38±1.61	5.82±3.87
Memur	41	3.26±3.27	1.97±1.90	2.04±1.18*	7.29±4.23
Emekli	112	2.90±2.42	1.97±1.64	1.27±1.39	6.15±3.94
Test		F:0.507 p=0.603	F:2.073 p=0.127	F:4.141 p=0.017	F:2.377 p=0.094
Gelir Durumu					
Gelir giderden fazla	38	3.36±3.70	2.00±1.62	1.18±1.06	6.55±5.06
Gelir gidere eşit	176	3.06±2.58	1.64±1.50	1.31±1.51	6.02±3.72
Gelir giderden az	134	2.52±2.33	1.88±1.72	1.64±1.59	6.06±3.92
Test		F:2.276 p=0.104	F:1.300 p=0.274	F:2.405 p=0.092	F:0.281 p=0.756
Yaşanılan yer					
Şehir merkezi	152	2.84±2.962.	1.55±1.41*	1.44±1.70	5.84±4.04
İlçe	88	2.59±1.96	1.75±1.56	1.20±1.29	5.54±3.34*
Köy	108	3.21±2.63	2.10±1.84	1.59±1.38	6.90±4.19
Test		F:1.393 p=0.250	F:3.658 p=0.027	F:1.614 p=0.201	F:3.466 p=0.032
Yaşadığı aile					
Geniş aile	45	2.71±2.76	1.95±1.69	1.51±2.00	6.17±4.19
Çekirdek aile	266	2.90±2.62	1.77±1.64	1.39±1.45	6.07±3.94
Yalnız	37	3.00±2.71	1.59±1.23	1.62±1.23	6.21±3.86
Test		F:0.141 p=0.868	F:0.515 p=0.598	F:0.448 p=0.639	F:0.031 p=0.969

Cronbach alfa:0.728

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre Hill- Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin puanlarının dağılımı tablo 4.7’de verilmiştir.

Erkek, bekar olan hastaların beslenme alt boyutu ve toplam puan ortalamaları kadınlara göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). 76 yaş ve üstü hastaların görüşme alt boyutu diğer bireylere göre daha düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Hastaların medikal, beslenme, görüşme alt boyutlarından ve toplam ölçekten aldıkları puan ortalamaları ile öğrenim durumu, medeni durum, yaşadığı aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Memur hastaların görüşme alt boyutundan aldıkları puanın diğer bireylere göre yüksek, ilçede yaşayan hastaların beslenme alt boyutundan ve toplam ölçekten aldıkları puanın ise daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.8. Hastaların beden kütle indeksi. Hipertansiyona dair özelliklerine göre Hill- Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin dağılımı (n:348)

Özellikler	n	Medikal $\bar{X} \pm SS$	Beslenme $\bar{X} \pm SS$	Görüşme $\bar{X} \pm SS$	Toplam Puan $\bar{X} \pm SS$
Sosyal güvencenin tedavi masraflarını karşılama durumu					
Evet	307	2.86±2.64	1.81±1.62	1.43±1.52	6.11±4.01
Kısmen	36	3.16±2.78	1.44±1.43	1.47±1.42	6.08±3.67
Hayır	5	2.40±2.19	2.00±2.00	0.80±1.30	5.20±2.28
Test		F:0.290 p=0.749	F:0.886 p=0.413	F:0.448 p=0.639	F:0.132 p=0.876
Hipertansiyon yılı					
1-5 yıl	103	3.08±2.39	1.90±1.90	1.46±1.34	6.45±4.06
6-10 yıl	87	2.90±2.60	1.62±1.49	1.22±1.16	5.75±3.96
11 yıl ve üstü	158	2.75±2.54	1.77±1.45	1.51±1.76	6.05±3.88
Test		F:0.479 p=0.620	F:0.725 p=0.485	F:1.062 p=0.347	F:0.750 p=0.473
Kan basıncı ölçtürme sıklığı					
Hergün	171	2.36±1.73	1.55±1.44	1.12±1.49	5.04±3.04
Haftada 1 veya 2 kez	112	3.02±2.94	1.95±1.79	1.91±1.53*	6.90±4.15
Ayda 1 kez	38	3.18±2.64	2.00±1.57	1.26±1.32	6.44±4.41
Hiç ölçtürmeyen	27	5.25±4.35*	2.11±1.76	1.59±1.30	8.96±5.30*
Test		F:10.473 p=0.000	F:2.185 p=0.090	F:6.838 p=0.000	F:11.307 p=0.000
Kan basıncı ölçümünü yapan kişi					
Sağlık kuruluşu çalışanı	105	3.12±3.16	1.66±1.75	1.44±1.20	6.23±4.43
Evde yakını	243	2.79±2.39	1.82±1.54	1.42±1.63	6.04±3.74
Test		t: 1.066 p=0.287	t: -0.884 p=0.346	t:0.134 p=0.893	t:0.425 p=0.346
Hipertansiyon tedavisi ile ilgili eğitim alma durumu					
Evet	204	2.86±2.49	1.55±1.41	0.99±1.53	5.41±3.72
Hayır	144	2.93±2.85	2.09±1.81*	2.04±1.25*	7.07±4.08*
Test		t: -0.259 p=0.796	t: -3.097 p=0.002	t:-6.797 p=0.000	t:-3.94623 p=0.000
Hipertansiyon tedavisi ile ilgili eğitim alınan kişi (n:204)					
Doktor	181	2.88±2.56	1.56±1.38	1.02±1.57	5.47±3.75
Hemşire	23	2.34±1.77	1.21±1.08	0.73±1.17	4.30±2.13
Test		t: 0.983 p=0.327	t: 1.153 p=0.250	t:0.832 p=0.406	t:1.444 p=0.150
Kronik Hastalık Durumu					
Var	200	2.71±2.45	1.66±1.56	1.25±1.60	5.62±3.79
Yok	148	3.14±2.87	1.93±1.66	1.67±1.34	6.75±4.09
Test		t: -1.508 p=0.133	t: -1.562 p=0.119	t:-2.615 p=0.009	t:-2.656 p=0.008

Tablo 4.8’ de hastaların beden kütle indeksi. hipertansiyona dair özelliklerine göre Hill- Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin dağılımı verilmiştir.

Kan basıncını haftada 1 veya 2 kez ölçtüren hastaların görüşme, hiç ölçtirmeyen hastaların medikal alt boyut ve toplam ölçekten aldıkları puanın daha yüksek olduğu bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hipertansiyon ile ilgili eğitim almayan hastaların beslenme, görüşme alt boyutlarından ve toplam ölçekten aldıkları, kronik hastalığı olan hastaların ise görüşme alt boyutlarından ve toplam ölçekten aldıkları puanların diğer bireylere göre daha yüksek olduğu bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların medikal, beslenme, görüşme alt boyutlarından ve toplam ölçekten aldıkları puan ortalamaları ile beden kütle indeksi, hipertansiyon yılı, sosyal güvencenin tedavi masraflarını karşılama durumu, kan basıncı ölçümünü yapan ve hipertansiyon tedavisi ile ilgili eğitim alınan kişi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyutları ve Hill- Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği ve alt boyutları ölçek puanları arasındaki ilişkisi

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Hill- Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği			
	Medikal r_s : p	Beslenme r_s : p	Görüşme r_s : p	Toplam Puan r_s : p
Bilgiye Erişim	-0.054 0.31	-0.002 0.972	0.092 0.086	-0.005 0.932
Bilgileri Anlama	-0.005 0.93	-0.084 0.118	0.021 0.693	-0.030 0.581
Değer Bicme/Değerlendirme	-0.074 0.16	-0.002 0.974	0.022 0.680	-0.059 0.271
Uygulama/Kullanma	0.102 0.57	0.018 0.743	0.050 0.357	0.031 0.562
Toplam Puan	-0.343 0.017	-0.139 0.032	-0.276 0.023	-0.396 0.012

rs = Pearson korelasyon

Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve alt boyutları ve Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum ölçeği ve alt boyutları ölçek puanları arasındaki ilişkisi tablo 4.9'da verilmiştir.

Ayrıca Sağlık Okur Yazar Ölçeği toplam puanları ile Hill- Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum toplam ölçek puanları ($r_s=-0.396$) arasında orta düzeyde negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği; bilgileri anlama alt boyut puanları ile Hill- Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği; medikal ($r_s= -0.343$), beslenme ($r_s=- 0.139$) ve görüşme alt boyutu ($r_s= -0.276$) ölçek puanları arasında zayıf düzeyde negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.10 Hastaların Bazı Özellikleri ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği arasındaki ilişkisi

Özellikler	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Hill- Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği
	r_s: p	r_s: p
Yaş	0,251** 0.000	-0.106 0.048
Diyastolik Kan basıncı	0.061 0.254	-0.043 0.422
Sistolik Kan basıncı	0.062 0.251	0.101 0.061
Hipertansiyon atağı nedeniyle bir yılda hastaneye başvurma sayısı	0.052 0.334	0.019 0.731
Hastalık süresi	0.147 0.008	0.031 0.563
İlaç kullanma süresi	0.156** 0.004	-0.052 0.330
Kan basıncı ölçtürme sıklığı	0.139 0.010	-0.272 0.000
Yılda hastaneye gitme sayısı	0.210 0.695	-0.075 0.162

r_s= Pearson korelasyon

Tablo 4.10' da hastaların bazı özellikleri ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Arasındaki İlişkisi verilmiştir.

Hastaların Sağlık Okur Yazar Ölçeği toplam puanları ile yaş ($r_s = 0.251$), hastalık süresi ($r_s = 0.147$), ilaç kullanma süresi ($r_s = 0.156$) ve kan basıncı ölçtürme sıklığı ($r_s = 0.139$) arasında zayıf düzeyde pozitif yönde ve eğitim durumu ($r_s = -0.101$) arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Hastaların Hill- Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum toplam ölçek puanları ile yaş ($r_s = -0.106$) kan basıncı ölçtürme sıklığı ($r_s = -0.272$) ve eğitim durumu ($r_s = -0.101$) arasında negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

5. TARTIŞMA

Hastaların Hill- Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hipertansiyon hastalarında hastalığa bağlı morbidite ve mortalite oranlarını azaltmak, yaşam kalitesini yükseltmek ve komplikasyonları önlemek hastaların tedavi programına uyumu ile sağlanabilmektedir. Literatür, sosyo-demografik özellikler, sağlık desteği ve sağlık okur yazarlığı gibi faktörlerin hipertansif hastalarda antihipertansif ilaçlara uymamaya katkıda bulunan çeşitli faktörler olarak tanımlamıştır. Bu faktörlerin kültürel yapılara göre ele alınması hipertansiyonun başarılı kontrolüne ve yönetimine yönelik önemli bir adımdır. Çok sınırlı araştırma, hipertansiyon hastalarının sağlık okuryazarlık ve antihipertansif tedaviye uyum düzeylerini bu örnekleme (n=348) değerlendirmiştir. Hipertansiyonun tedavi aşamasında kan basıncının normal sınırlarda seyretmesi için bireylerin tedaviye uyumunu artırmak tedavide başarılı olmak için oldukça önemlidir. Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumu ve sağlık okuryazarlık düzeyleri, ilişkileri ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılan bu çalışmada, hastaların Hill-Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği puan ortalamaları 6.10 ± 3.95 (0-15)'dir. Hastaların sadece %12,9'unun tedaviye tam uyum sağladığı belirlendi. Ülkemizde Gün ve Korkmaz'ın 2014 yılında yaptığı çalışmada ise hipertansiyon hastalarının sadece %15,8'inin tedaviye tam uyum sağladığı saptanmıştır (Gün ve Korkmaz 2014). Bulgularımız ülkemizde yapılan çalışmalarla benzerdir. Yurt dışında Hill-Bone hipertansiyon ilaç tedavisi uyum ölçeğiyle farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda hastaların yaklaşık %27,9-72,5'i tam uyum bildirmişlerdir (Mohammad ve ark., 2015; Li ve ark., 2012; Chuidak ve ark., 2017; Spikes ve ark., 2019; Alsolami ve ark., 2015; Nashilongo ve ark., 2017). Bulgularımız yurt dışı literatürüyle farklılık göstermekte ve hastaların uyum oranları düşüktür. Dünyanın birçok kırsal bölgesinde olduğu gibi çalışmanın yapıldığı yerde yoksulluk ve eğitimsizlik gibi olumsuz durumların yüksek oranda görülmesi ayrıca sağlık sistemi ve kültürel farklılıklarda tedaviye uyuma engel olabilmektedir. Sonuçlarımızdaki fark, kullanılan farklı metodolojiler, çalışma popülasyonu ve ortamlar ile de açıklanabilir. Hill-Bone Hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği göre hastaların medikal, beslenme, görüşme alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları sırayla; 2.89 ± 2.64 , 1.77 ± 1.60 ve 1.43 ± 1.51 'dir.

Araştırmamızda da en fazla hastaların ilaç tedavisine uyum düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Chuidak ve ark., (2017) yaptıkları çalışmada da en iyi uyumun görüşme alt boyutunda en kötü uyumunda ilaç uyumunda olduğu belirtilmiştir.

Bu çalışma tedaviye uyumda hem hastanın sosyo-demografik ve hastalık özellikleri hem de hasta sağlık okur-yazarlığına odaklandı. Cinsiyet, yaş, komorbidite varlığı, yaşanan yer, hastalık süresi, hastalık ve tedavi hakkında formal eğitim alma tam uyumsuzluğun önemli belirleyicileri olduğu belirlendi. Araştırmamıza dahil edilen erkeklerin beslenme, medikal alt boyutunun ve HT tedavisine uyum toplam puanları daha düşük bulundu. Literatürde hastaların cinsiyetinin tedaviye uyumda önemli olduğu belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyumunun incelendiği birçok çalışmada araştırmamızla paralel şekilde kadınların erkeklerden daha fazla uyuma sahip oldukları saptanmıştır (Erci ve ark., 2018; Özdemir ve ark., 2016; Gün ve Korkmaz, 2014; Li ve ark., 2012; Chudiak ve ark., 2017). Ülkemizdeki kadınların çalışma hayatında daha az yer alması tedavileri ile ilgilenmek için daha fazla zamana sahip olmaları gibi sebeplerle erkeklere göre uyumlarının daha yüksek olduğu söylenebilir. Bu araştırmada 75 yaş üstü, emekli ve komorbiditesi olan hastaların hipertansiyon tedavisine uyumunun ve görüşme alt boyutuna uyumun daha iyi olduğu bulundu. Krousel-Wood ve ark., (2009) çalışmasında da yaşlı bireylerin %51.7'sinin ilaç kullanımına yüksek düzeyde uyumlu olduğu saptanmıştır. Bulgularımız literatürle benzerdir. Yaşlılarda emeklilik nedeniyle iş ve sosyal sorumlulukların azalması ve tedavileri ile ilgilenmek için daha fazla zamana sahip olmaları ve ölüm korkusu gibi sebeplerle doktor randevularına uyma ve tedaviye ilginin daha fazla olduğu düşündürebilmektedir. Alsolami ve ark., (2015) Hipertansiyon hastalarında komorbiditelerin tedaviye tam uyumda önemli belirleyici olduğunu belirtmiştir. Yapılan önceki çalışmalarda da hem hipertansiyon hem de diyabeti olan hastaların birden fazla ilaca bağlı olma durumunun uyumu arttırıcı bir faktör olabileceği belirtilmiştir. Bunun nedeninin ise yaşanan çoklu semptomları gidermek için tedaviye uymaları konusundaki deneyimleridir. (An ve Nichol, 2013; Loeppke ve ark., 2011). Mesai zorunluluğu olan hastaların ölçeğin medikal ve görüşme uyumunun düşük olduğu belirlendi. Literatürde benzer bir bulgu olmamakla birlikte ülkemizde memurların 08.00-17.00 arası mesai zorunluluğu ve çalışma koşulları sebebiyle doktor randevularına zaman ayıramadıkları söylenebilir. Kan basıncını her gün düzenli takip

eden hastaların medikal, beslenme, görüşme ve Hill-Bone toplam ölçek uyumlarının daha iyi olduğu saptanmıştır. Gün ve Korkmaz (2014) yaptığı çalışmada da kan basıncının her gün düzenli ölçtüren hastaların tedaviye uyumları yüksek bulunmuştur.

Hastaların sağlık durumları hakkındaki bilgileri, tedavi ve ilaç tedavisi konusundaki inançlarını belirleme eğilimindedir ve sağlık hizmeti sunanlar, ilaçlar ile ilgili hipertansif hastalara bilgi ya da eğitim desteği sağlayamadığında, hastaların ilaç alma gerekliliği konusundaki inançları azalır ve seviyeleri endişe artar. Hipertansiyon ile ilgili sağlık personelinin (Doktor/hemşire) formal eğitim alan hastaların beslenme, görüşme ve toplam ölçek uyumlarının iyi olduğu bulundu. Hastalıkla ilgili yeterli bilgiye sahip hastalar kan basıncını kontrol etme amacını, gelişebilecek komplikasyonları ve sonuçlarını, antihipertansif tedavilerle ilişkili potansiyel yan etkileri daha iyi anlayabilirler. Hastanın sağlık durumu ve tedavisi ile ilgili bilgisini artırmak, hastada farkındalık yaratabilir ancak uyum sağlamak için zamana ihtiyaç duyar (Magadza, Radloff ve Srinivas, 2009). Bu çalışmalar, yeni tanı almış hipertansiyonlu hastaların tedavilerine düşük düzeyde bağlılık gösterme ihtimalinin daha yüksek olduğunu göstermiştir (Mazzaglia ve ark., 2009). Son zamanlarda yeni bir tedaviye başlayan hastalar genellikle ilacın istenmeyen yan etkilerini yaşarlar; bu da idrar yapma sıkıntısı ya da sersemlik sıklığında bir artış anlamına oluşabilir ve hastaların düzenli ve uzun süreli ilaç kullanımına uyum sağlama yeteneklerini de etkileyebilir. Ancak çalışmamızda hastalık süresi arttıkça tedaviye uyumun azaldığı görüldü. Çalışmamızdaki farklılık hipertansiyon hastalarının hastalıkla ilgili tedavi süresince zaman zaman yaşadıkları hipertansiyon atakları, diyet düzenlemeleri ve ilaç kullanımı, ilaç yan etkileri konusunda bıkkınlığa bağlı olduğu söylenebilir.

Tedaviye uyum, etkili antihipertansif tedavinin ön şartıdır. Uyumsuzluk sağlık durumunun bozulmasına, hayatı tehdit eden komplikasyonlara ve hatta ölüme neden olabilir. Kronik hastalığı olan bireylerin tedavi ve bakımı kapsamlı eğitim ve takip gerektirir. Ülkemizde gelişen sağlık teknolojileri ve sağlık hizmetinin ulaşılabilir olması hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu desteklemektedir. Hastanın hastalığı hakkında verilen eğitimleri anlaması, sağlık teknolojilerini takip edebilmeleri ve takiplerini yaptırabilmesi için iyi bir sağlık okuryazarlığına sahip olması gerekir. Sağlık okuryazarlığı, "bireylerin, sağlıkla ilgili uygun kararlar alması için gerekli olan temel sağlık bilgisini ve hizmetlerini edinme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma

derecesidir. Kronik hastalıkların oluşumunda ve tedaviye uyumsuzlukta bilgi eksikliğinin ve sağlıkla ilgili olumsuz davranışların payı büyüktür (Taş ve Akış, 2016; Yılmaz ve Çetinkaya, 2016). Küresel hastalık yükünün %47,0'sini oluşturan kronik hastalıkların öz yönetiminde sağlık okuryazarlığı önemli rol oynamaktadır. Hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığının tedaviye uyumla ilişkisini belirlemek amacıyla yaptığımız bu araştırmada; hastaların düşük düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip oldukları saptanmıştır. Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlık indeksi'ne bakılan bir çalışmada 30,4 olarak bulunmuştur. Kategorik değerlendirmede toplumun %64,6'sının “yetersiz” (%24,5) veya “sorunlu” (%40,1) sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, yaklaşık 53 milyonluk Türkiye erişkin nüfusu göz önüne alındığında, yaklaşık 35 milyon kişinin “yetersiz” ve “sorunlu” sağlık okuryazarlığına sahip olduğuna işaret etmektedir.

Bu araştırmada hastaların sağlık okuryazarlığı ölçeği bilgileri uygulama/kullanma alt boyutunu cinsiyete göre değerlendirdiğimizde erkeklerin kadınlara göre daha yüksek olduğu görüldü. Yapılan başka bir çalışma sonuçları da araştırma bulgularımıza benzer şekilde erkeklerde sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Halladay ve ark., 2017). Ülkemizde erkek cinsiyetin çalışma hayatında ve ev dışında daha fazla yer alması ve dolayısıyla sosyal etkileşiminin daha fazla olması, ayrıca kadının bakıcılık rollerinin olması ve sağlık bakım önceliklerinin daha geride olması gibi faktörler sebebiyle erkeklerde bilgiyi uygulama/kullanma alt boyutunun daha yüksek olduğunu düşünülebilir.

Araştırmamızda 27-55 yaş grubundaki hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamalarının diğer gruptaki bireylere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Halladay ve ark., (2017) yaptıkları çalışmada ise çalışmamıza benzer biçimde yaşlılarda sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yaşlılarda algılama ve yorumlama gibi bilişsel fonksiyonların azalmasıyla birlikte sağlık okuryazarlığının da azaldığı düşünülse de (Levinthal ve ark., 2008) artan yaşla birlikte bilgi birikimi ve hastalıkları ile ilgili kötü sonuçların oluşacağı kaygısı sağlıkları ile ilgili bilgileri anlama, yorumlama, doğru sağlık davranışlarını benimseme konusunda daha istekli ve dikkatli oldukları düşünülebilir.

Araştırmamızda hastaların medeni durumuna göre hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puanları incelendiğinde; bekar bireylerin bilgileri anlama alt boyutunun puanları daha yüksektir. Ancak Çimen ve Temel (2017)'in bulgularına göre evli bireylerin bekar olanlara göre okuryazarlık puanları daha yüksektir. Çalışmamızda çıkan bulgulardaki bu farklılığın sebebinin evli bireylerde evliliğin getirdiği rutin işlerle harcanan zamanın insanların sosyalleşme, öğrenme ve yaşamı açısından önemli fırsatlardan yoksun kalmasına sebep olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmamızda bireylerin eğitim durumlarına göre bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değer biçme/değerlendirme alt boyutlarından ve toplam ölçekten aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde okuryazar grubunda yer alan bireylerin puan ortalamalarının diğer gruptaki bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Araştırmamızda hastaların meslek durumuna göre bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puanları incelendiğinde; memur bireylerin bilgileri anlama alt boyutundan aldıkları puan daha düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yurtdışında yapılan çalışma sonuçları ise bizim çalışmamızdan farklı olarak eğitim seviyesi arttıkça sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Levinthal ve ark., 2008). Dunning Kruger sendromuna göre uzmanlık ve bilgi arttıkça özgüven düşmektedir. Eğitimsiz ve düşük entelektüel beceriye sahip insanlar ne ölçüde niteliksiz olduklarını fark edemezler ve niteliklerini abartarak her şeyi eğitilmiş kişilerden daha iyi bildiklerini düşünürler. Araştırma sonuçlarımızda da böyle bir tablonun olduğu görülmüştür. Yine benzer şekilde araştırmamıza göre; köyde yaşayan bireylerin bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değer biçme/değerlendirme alt boyutlarından ve toplam ölçekten aldıkları puan ortalamaları diğer bireylere göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Çimen ve Temel, (2017) 'in bulgularında bizim çalışmamızdan farklı olarak köy kasaba gibi küçük yerleşim birimlerinde yaşayan bireylerin ölçek puan ortalaması en düşük büyük şehirde yaşayanların ise en yüksektir. Bu farklılığın sebebi şundan kaynaklanıyor olabilir: Günümüz sağlık sisteminde haftada bir gün aile hekimliği bünyesinde köyde yaşayan bireylere sağlık hizmeti sunulmakta ve dolayısıyla köyde yaşayan bireylerin sağlık eğitimi almak için gerekli kaynaklara ulaşmalarının önünde bir engel bulunmamaktadır. Köyde yaşayan bireyler acil durumlarda hastaneye ulaşımın zorluğu ve dolayısıyla evde komplikasyon yaşama korkusu gibi faktörler sebebiyle sağlıkları ile ilgili bilgileri daha dikkatli dinleme ve

yorumlama eğiliminde olabilirler. Araştırmamızda yalnız yaşayan bireylerin uygulama/kullanma alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları diğer bireylere göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yalnız yaşayan bireylerin kendilerine ve sağlık bakımlarına daha çok vakit ayırabilmelerine paralel olarak sağlıkları ile ilgili doğru davranışları daha kolay uygulayabildikleri düşünülebilir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

- Hastaların %64.1'inin sistolik kan basıncının 140 mmHg üstünde olduğu, %43.1'inin diyastolik kan basıncının 90 mmHg üstünde olduğu,
- %42.5'inin 11 ve üstü yıldır ilaç kullandığı,
- Hastaların tedaviye uyum durumunun öncülleri incelendiğinde; %70.7'sinin tuzsuz diyetle, %62.1'inin az yağlı diyetle ve %37.2'inin fiziksel aktiviteye uyduğu,
- Hastaların Hill-Bone tedaviye uyum ölçeğine göre sadece %12.7'sinin tedaviye tam uyum sağladığı,
- Hastaların sağlık okur yazarlığı düzeylerinin düşük olduğu,
- Eğitim düzeyi artıkça sağlık okuryazarlık düzeyinin düştüğü ancak tedaviye uyumda etkili olmadığı,
- Ayrıca Sağlık Okur Yazar Ölçeği toplam puanları ile Hill- Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum toplam ölçek puanları arasında negatif yönde ilişki olduğu yani sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça tedaviye uyumun arttığı saptandı.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Çalışmanın tek merkezde yürütülmesi ve örneklem sayısının sınırlı olmasına rağmen Hipertansiyonda tedaviye uyum ve sağlık okuryazarlığı hakkında önemli veriler elde etmemizi sağlamıştır.

Bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler ortaya konulmuştur;

- Tedavinin ön önemli şartlarından biri olan tedavi uyumunun sağlanabilmesi için hastalara hemşireler tarafından hastalık ve tedaviye uyum konusunda eğitimler verilmesi,
- Yeni bir kavram olarak tartışılan sağlık okuryazarlığının hastalık yönetimi üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla farklı kronik hastalık tanısı olan hastalarda da sağlık okuryazarlık düzeyinin incelenmesi,
- Sağlık okuryazarlık düzeyi ve eğitim düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesinde daha kapsamlı araştırmaların yapılması,

- Hipertansiyonu olan hastalarda tedaviye uyum ve sağlık okuryazarlığının tedaviye uyuma etkisini belirlemek amacıyla yaptığımız çalışmanın daha geniş bir örnekleme grubunda farklı kronik hastalıklar üzerinde de çalışılması önerilebilir.



7. KAYNAKÇA

AB Avrupa Komisyonu Sağlık ve Tüketiciyi Koruma Genel Müdürlüğü. Genel Müdürlük - Halk Sağlığı G3. (2002). Sağlıkın İyileştirilmesi ve İzlenmesi; Sağlık Risklerinin Önlenmesi. AB Avrupa Komisyonu, Lüksemburg, 34-39.

Abel, D., Holloway, T., Kladar, R., Meier, P., Ahl, D., Harkey, M., Schuetter, S., and Patz, J. (2017). Response of power plant emissions to ambient temperature in the Eastern United States *Environ. Sci. Technol.*, 51 5838-46.

Aboumatar, HJ., Carson, KA., Beach, MC., Roter, DL., Cooper, LA. (2013). The impact of health literacy on desire for participation in healthcare, medical visit communication, and patient reported outcomes among patients with hypertension. *J Gen Intern Med.*, 28(11), 1469-1476.

Adalı, M., Til, A. ve Çimen, Y. (2019). PAÜ hastanesi kardiyoloji polikliniğine başvuran hipertansiyon hastalarında polifarmasi ve etkileyen faktörler. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 12(1), 93-100.

Akalın, E. (2012). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Neden Önemlidir? Erişim: 10.09.2015. <http://www.saglikpolitikalari.org/images/dosyalar/saglik-okuryazarligi-neden-onemli-erdal-akalin-2012.pdf>

Alsolami, F., Xiang-Yu, H., & Correa-Velez, I. (2013). An Arabic instrument to measure medication adherence in Saudi hypertensive patients. *Middle Eastern Journal of Family Medicine*, 7(11), 17-23.

Alsolami, F., Xiang-Yu, H., & Correa-Velez, I. (2015). Factors Affecting Antihypertensive Medications Adherence among Hypertensive Patients in Saudi Arabia. *American Journal of Medicine and Medical Sciences*, 5(4), 181-189.

An, J., & Nichol, M. B. (2013). Multiple Medication Adherence and its Effect on Clinical Outcomes Among Patients With Comorbid Type 2 Diabetes and Hypertension. *Medical Care*, 51(10), 879-887.

Atabek, T. (1994). İlaç hatalarının önlenmesinde hemşirenin sorumlulukları. *Hemşirelik Bülteni*, 8(31), 97-105.

Baker, J.B. (2005). The Selectivity of β -adrenoceptor Antagonists at the Humon β_1 , β_2 and β_3 Adrenoceptors. *British Journal of Pharmacology*, 144, 317-322.

Balçık, P. ve Taşkaya, S. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 321-326.

Banegas, JR1., López-García, E., Dallongeville, J., Guallar, E., Halcox, JP., Borghi, C., Massó-González, EL., Jiménez, FJ., Perk, J., Steg, PG., De Backer, G., Rodríguez-Artalejo F. (2011). Achievement of treatment goals for primary prevention of cardiovascular disease in clinical practice across Europe: *the EURIKA study.*, 32(17), 2143-52.

Barrett, S.E., & Puryear, JS. (2006). Health literacy: improving quality of care in primary care settings. *journal of health care for the poor and underserved*, 17(4),690-697.

Çakır, F., İlhem, C., Yener, F. (2010). Kronik psikotik hastalarda taburculuk sonrası takip ve tedaviye uyum. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 50–9.

Carey, RM., Whelton PK. (2018). Yetişkinlerde yüksek tansiyonun önlenmesi, tespiti, değerlendirilmesi ve yönetimi: 2017 Amerikan Kardiyoloji Koleji / Amerikan Kalp Derneği Hipertansiyon Kılavuzunun Konusu Özeti. *Ann Intern Med.*, 168(5), 351-358.

Çatı, K., Karagöz Y., Yalman, F., Yusuf, Ö. (2018). Sağlık okuryazarlığının hasta memnuniyeti üzerine etkisi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 14(1), 67-88.

Colbert, A. M., Sereika, S. M., & Erlen, J. A. (2013). Functional health literacy, medication-taking self-efficacy and adherence to antiretroviral therapy. *Journal of advanced nursing*, 69(2), 295-304.

Chudiak, A., Jankowska-Polanska, Uchmanowicz, I. (2017). Effect of frailty syndrome on treatment compliance in older hypertensive patients. *Clinical Interventions in Aging.*, 12, 805–814.

Dalak, H. (2010). *Esansiyel hipertansiyonu olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sosyal destek arasındaki ilişki*. (yüksek lisans tezi). Mersin Üniversitesi. Mersin.

Dikeç, G., ve Kutlu, Y. (2015). Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: tedaviye uyum programı. *Journal of Psychiatric Nursing*, 6(1), 40-46.

Du, P., Xie, Y., F., Wang, S. J., Zhao, H., Zhang, Z., Wu, B., Li, F. (2014). Potential sources of and ecological risks from heavy metals in agricultural soils, Daye City, China. *Environ. Sci. Pollut. Res.*, 22, 3498-3507.

Durusu Tanrıöver, M., Yıldırım, H.H., Demiray Ready, N., Çakır, B., & Akalın, E.H. (2012). Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması, Erişim: 01.10.2019. <http://www.saglikxen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/8dcec50aa18c21cdaf86a2b33001a409.pdf>

Durusu-Tanrıöver, M., Yıldırım, H.H., Demiray-Ready, FN., Çakır, B., Akalın HE. (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Sağlık-Sen Yayınları, 1; 14-94 Ankara.

Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi Milletlerarası Sözleşme, Resmi Gazete, Erişim: 6 Nisan 2018. <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/12/20041225.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/12/20041225.htm>

Erci, B., Elibol, M., Aktürk, Ü. (2018). Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(2), 79-92.

Erdem, N., Karabulutlu, E., Okanlı, A., Tan, M. (2004). Hemodiyaliz hastalarında umutsuzluk ve yaşam doyumu. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1-14.

Erkoç, Y., Yardım, N. (2011). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. *Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele politikaları*. Ankara: Anıl Matbaası, 15-17.

ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu 2013. *Türk Kardiyol Dern Arş.*, 2014, Suppl. 4

ESH/ ESC (2013). TheTask Force for the management ofarterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension*, 31, 1281–57.

Fertman, CI. & Allensworth, DD. (2012). *Sağlığı geliştirme programları: teoriden pratiğe*. Sağlık Bakanlığı, Yayın no: 882. Ankara.

Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Peel, J., Baker, D. W. (2003). Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Education and Counseling*, 51, 267-275.

Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020. Erişim:15.06.2019, <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>

Goldilocks, N., Lewis, J. (2007). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in a rural Nicaraguan sample. *Journal of Human Hypertension*, 21, 815-17, <http://dx.doi.org/10.1038/sj.jhh.1002225>.

Gün, Y., Korkmaz, M. (2014). Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(2), 98-108.

Hacıhasanoğlu, R. (2009). Hipertansiyon da tedaviye uyumu etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, (2), 167-72.

Hacıhasanoğlu, R. (2009). Hipertansiyon yönetiminde hemşirenin sorumlulukları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12), 154-164.

Hacıhasanoğlu, R. (2015). Hipertansiyonda tedaviye uyum ve öz-bakım yönetimi. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 6(11), 151-159.

Hacıhasanoğlu, R., Gozum, S. (2011). The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and bmi in a primary health care setting. *J Clin Nurs.*, 20 (5-6), 692-05.

Hall, JE., Granger, JP., do Carmo JM, (2012). Hypertension: physiology and pathophysiology. *Compr Physiol*, 2(4), 2393-442.

Halladay, JR., Donahue, KE., Cené, CW., Li Q, Cummings, DM., Hinderliter, AL., Miller, CL., Garcia, BA., Little, E., Rachide, M., Tillman, J., Ammerman,

AS., DeWalt, D. (2017). The association of health literacy and blood pressure reduction in a cohort of patients with hypertension: The heart healthy lenoir trial. *Patient Educ Couns*, 100(3), 542-549.

Hayrettin, K., Mehmet, Y., Şenay, U., Oben, B., Cem, K., Belgüzar, K., Mehmet, U. (2009). The effect of the content of the knowledge on adherence to medication in hypertensive patients. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 09(03), 183-188.

Heilpern, K. (2008). Pathophysiology of hypertension. *Ann Emerg Med*, 51(3 Suppl), 5-6.

Hengstler, P., Battegaya, E., Cornuz, J., Bucher, H., Battegaya, M. (2002). Evidence for prevention and screening: recommendations in adults. *Swiss Med Wkly*, 132, 363-373.

İlgaz, A., Gözüm, S. (2016). Tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının güvenilir kullanımı için sağlık okuryazarlığının önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 9, 67-77.

İrmak, Z., Düzöz, TG., Bozyer, İ. (2007). Effect of An Education Programme on the Lifestyle Change and Compliance to Drug Therapy of Hypertensive Patients. *Journal of Hacettepe University School of Nursing*, 39-47.

Kılıç, M. (2011). Kronik hastalıkların önlenmesinde davranışsal risk faktörlerinin önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(6), 14-20.

Krousel-Wood, M. A., Muntner, P., Islam, T., Morisky, D. E., & Webber, L. S. (2009). Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: Perspective of the cohort study of medication adherence among older adults (CoSMO). *Medical Clinics of North America*, 93(3), 753-769.

Kruger, J., Ham, SA., Prohaska, TR. (2009). Behavioral risk factors associated with overweight and obesity among older adults: the 2005 National Health Interview Survey. *Preventing Chronic Disease*, 6(1), 1-17.

Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., Paulsen, C., White S. (2006). The health literacy of America's adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. Washington, DC: U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics, Erişim: 01.06.2019, <https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf>

Leventhal, H., Weinman, J., Leventhal, EA., Phillips, LA. (2008). Health Psychology: the Search for Pathways between Behavior and Health. *Annu Rev Psychol.*, 59, 477-505.

Li, W.-W., Stewart, A. L., Stotts, N., & Froelicher, E. S. (2006). Cultural factors associated with antihypertensive medication adherence in Chinese immigrants. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(5), 354-60.

Li, X., Yan, W., Agrama, H., Jia, L., Jackson, A., Moldenhauer, K. (2012). Unraveling the complex trait of harvest index with association mapping in rice. *PLoS ONE* 7: e29350.

Loeppke, R., Haufle, V., Jinnett, K., Parry, T., Zhu, J., Hymel, P., & Konicki, D. (2011). Medication Adherence, Comorbidities, and Health Risk Impacts on Workforce Absence and Job Performance. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53(6), 595-604.

Magadza, C., Radloff, S. E., & Srinivas, S. C. (2009). The effect of an educational intervention on patients' knowledge about hypertension, beliefs about medicines, and adherence. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 5(4), 363-375.

Mancusa, MJ. (2008). Health Literacy: A Concept / Dimensional Analysis, *Nursing and Health Sciences*, 10, 248-255.

Mohammad Mohseni Mehrana, Mohammad R. Norasfarda, Mahmood Abedinzadeb, Korosh K. (2015). Lamium album or urtica dioica? Which is more effective in decreasing serum glucose, lipid and hepatic enzymes in streptozotocin induced diabetic rats: a comparative study. *Afr J Tradit Complement Altern Med.*, 12(5), 84-88.

Nashilongo, M. M., Singu, B., Kalemeera, F., Mubita, M., Naikaku, E., Baker, A. (2017). Assessing adherence to antihypertensive therapy in primary health care in Namibia: findings and implications. *Cardiovasc. Drugs Ther.*, 31, 565-578.

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, 259-267.

Oduola, AO., Hendriks, M., Schultsz, C., Bolarinwa, OA., Akande, T., Osibogun, A. (2014). Perceptions of inhibitors and facilitators for adhering to hypertension treatment among insured patients in rural nigeria: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 14, 624-30.

Oktay, Ş., Akıcı, A. (2001). Yaşlılarda ilaç kullanımı ve rasyonel farmakoterapi kararı verme süreci. *Türk Geriatri Dergisi*, 4(3), 127-133.

Onat, A., Can, G., Yüksel H., Ademoğlu, E., Ünaltuna, N., Kaya, A. ve Altay, S. (2017). Erişkinlerimizde kalp hastalıkları prevalansı, yeni koroner olaylar ve kalpten ölüm sıklığı. *TEKHARF Çalışması*, 2, 20-26.

Onat, A., Yazıcı, M., Sarı, İ., Türkmen, S., Buzunlar, B., Uyar, H., Özmay, M., Keleş, İ., Sansoy, V. (2003). TEKHARF Tarama Takibi: Ölüm ve Koroner Olaylara İlişkin Sonuçlar Şehirlielerde Mortalitenin Azaldığına İşaret. *Türk Kardiyol Dern Arş* 3(1), 762-69.

Öncü, E., Vayisoğlu, S. K., Güven, Y., Aktaş, G., Ceyhan, H., & Karakuş, E. (2018). Hipertansiyonu Olan Bireylerin Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri Ve Sağlık Okur-Yazarlığı İle İlişkisi. *The Anatolian Journal of Family Medicine*, 1(1), 31-32.

Özdemir, Ü. ve Taşcı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1, 57-72.

Özdemir, Ö., Akyüz, A. ve Doruk, H. (2016). Geriatrik hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları. *Medical Journal of Bakırköy*, 12(4), 195-201.

Öztürk, A. (2011). *Kronik hastalık epidemiyolojisi*. Y. Öztürk & O. Günay (Ed.). Halk sağlığı genel bilgileri (s. 673-992). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları.

Pandit, A. U., Tang, J. W., Bailey, S. C., Davis, T. C., Bocchini, M. V., Persell, S. D., Wolf, M. S. (2009). Education, literacy, and health: Mediating effects on hypertension knowledge and control. *Patient Education and Counseling*, 75, 381-385.

Pankova, A., Kralikova, E., Fraser, K., Lajka, J., Svacina, S., & Matoulek, M. (2015). No difference in hypertension prevalence in smokers, former smokers and non-smokers after adjusting for body mass index and age: a cross-sectional study from the Czech Republic, 2010. *Tobacco induced diseases*, 13(1), 24.

Planas, AJ., Greiner, L., Greiner, PA. (2016). Hypertension and related lifestyle factors among persons living in rural Nicaragua. *Applied Nursing Research*, 29, 43-46.

Redon, J., Cifkova, R., Laurent, S., Nilsson, P., Narkiewicz, K., Erdine, S., Mancia, G. (2009). Mechanisms of hypertension in the cardiometabolic syndrom. *J Hypertens*, 27(3), 441-51.

Saluveer, O., Redfors, B., Angeras, O. (2017). Hypertension is associated with increased mortality in patients with ischaemic heart disease after revascularization with percutaneous coronary intervention - a report from SCAAR. *Blood Press.*, 26(3), 166-73.

Satman, I., Yilmaz, T., Sengül, A. (2002). Population- based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care*, 25(9), 1551-1556.

Song, B., Guo, G., Lei, M., Wang, Y. (2018). Assessments of contamination and human health risks of heavy metals in the road dust from a mining county in Guangxi, China. *Hum. Ecol. Risk Assess. Int. J.*, 24, 1606-1622.

Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 25, 72-80.

Sözmen, K., Ergör G., Ünal B. (2015). Hipertansiyon sıklığı, farkındalığı, tedavi alma ve kan basıncı kontrolünü etkileyen etmenler. *Dicle Tıp Dergisi*, 42 (2), 199-207.

Taş, T. A., & Akış, N. (2016). Sağlık okuryazarlığı. *Sted*, 25(3), 119-124.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2015). *Türkiye kalp ve damar hastalıkları önleme ve kontrol programı*. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.

Tchernof, A., Després, JP. (2013). Pathophysiology of human visceral obesity: an update. *Physiol Rev.* 93, 359-404.

Teke, N., ve Arslan, S. (2018). Kırsal alanda yaşayan hipertansiyonlu bireylerin ilaç tedavisine uyum özetkililik düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11 (2), 120-128

Tel, H., Doğan, S., Özkan, B., Çoban, S. (2010). Hasta yakınlarına göre kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1,7-12.

Temel, Ç. Z. (2017). Kronik Hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi ve sağlık okur yazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 105-125.

The World Health Organization Report 1998- Life in the 21st century: A vision for all. Retrieved. https://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf (01.10.2019)

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. *Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması*. PatenT2, 2012

Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu (2015). *Arch Turk Soc Cardiol*, 43(4), 402–409

Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması PatenT2, 2012. Türk hipertansiyon ve böbrek hastalıkları derneği. Erişim: 02.08.2019, <http://www.turkhipertansiyon.org/ppt/PatenT2.ppt>

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2016). Ölüm Nedeni İstatistikleri 2015. Haber Bülteni. Sayı: 21526.

Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu 2012. Erişim : 12.03.2019, www.tuik.gov.tr

Ülger, Z., ve Cankurtaran, M. (2008). Yaşlı hastalarda hipertansiyona yaklaşım. *Güncel İç Hastalıkları Dergisi*, 1(1): 49-62.

Üner S., Balcılar M., Ergüder, T. (2018). Türkiye Hane halkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara

Ünüvar, N., Mollahaliloğlu S., Yardım, N., Bora, B., Dirimeşe, V., Özkan, E., Varol, Ö. (2004). T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Türkiye Hastalık Yükü Çalışması, Ankara.

Vatansever, Ö., Ünsar, S. (2014). Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine uyum/öz etkililik düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 5(8), 66-74.

Wang, Z. (2013) Improved synchronous light scattering method for measuring baker's yeast biomass using thickened suspensions. *World J. Microbiol Biotechnol*, 29(8), 1531-6.

Warnert, EA., Rodrigues, JC., Burchell, AE. (2016). Is high blood pressure self-protection for the brain? *Circ Res* Dec 9. 119 (12), e140-51.

Williams, M. V., Baker, D. W., Parker, R. M., & Nurss, J. R. (1998). Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease - A study of patients with hypertension and diabetes. *Archives of Internal Medicine*, 158(2), 166-172.

World Health Organization (2011). *Global status report on noncommunicable diseases*. (2nd ed.). Geneva: WHO Press.

World Health Organization, (2015). A global brief on hypertension. *Silent killer, global public health crisis*. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/ (14.05.2018)

World Health Organization (2013). Health literacy. The solid facts. Erişim: 01.06.2019, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>

World Health Organization report on the global tobacco epidemic, (2017). Monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: World Health Organization; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Erişim: 12 Nisan 2018. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255874/9789241512824-eng.pdf;jsessionid=07903B4FB54A677D5B1A B7628DADF7D4?sequence=1>

World Health Organization Noncommunicable Diseases Country Profiles (2018). Erişim: 01.06.2019, <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>

World Health Statistics: Monitoring health for the SDGs (2018). Erişim: 01.07.2019, https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/

Yılmaz, M., ve Tiraki, Z. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür? *DEUHFED.*, 9(4), 142-147.

Yılmazel, G., & Çetinkaya, F. (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(1), 69-74.



8. EKLER

EK 1. Hasta bilgi formu

Hipertansiyon Hastalarında Tedaviye Uyum ve Sağlık Okuryazarlığının Belirlenmesi

Sayın katılımcı, bu çalışma, sizin sağlık ile ilgili bilgileri okuma ve anlama ve hipertansiyon tedavisine uyum durumunuzu belirlemek amacıyla yürütülecektir. Soru formunu yanıtlamanız için gerekli süre ortalama 20 dakikadır. Sorulara eksiksiz cevaplamanız çalışmanın doğruluğu yönünden önemli olacaktır. Elde edilen bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Kıymetli zamanınızı ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Doç.Dr. Nazan KILIÇ AKÇA
Hemşire Nuriye DOĞRUCAN

Anket no:

Anketin Uygulandığı Hastane:

1.Servis

2.Poliklinik

1) Yaşınız.....
basıncı:.....

Boy:.....

Kilo:.....

Kan

2) cinsiyetiniz

1.kadın

2.erkek

3) medeni durumunuz

1.evli

2.bekar

3.dul

4.boşanmış

4) eğitim durumunuz:

1.okuryazar

2.İlkokul

3.ortaokul

4.lise

5.üniversite ve üzeri

5) mesleğiniz nedir?

1.Ev hanımı

2. Memur

3.işçi

4.emekli

6) gelir durumunuz:

1.geliri giderinden fazla

2. Geliri giderine eşit

3. Geliri giderinden az

7) Sosyal güvenceniz hastalık tedavi masraflarını karşılıyor mu?

1.evet

2.kısmen

3.hayır

8) Yaşadığınız yer:

1. Şehir merkezi

2.İlçe

3.Köy

9) Yaşadığı aile tipi:

1.geniş aile

2.çekirdek aile

3.yalnız

yaşama

10) Hastalığınızın tanısını ne zaman aldınız?.....AY/YİL

11.Hastalığınızla ilgili tedavi önerilerine uyuyor musunuz?

1.evet

2.kısmen

3.hayır

12) hipertansiyonda hastalığınızla ilgili aşağıdaki tedavilerden hangisine uyuyorsunuz?(birden fazla cevap verilebilir)

1.Tuzsuz diyet

2.Az yağlı diyet

3.fiziksel aktivite

4.Stresle etkin baş etme

5.kilo kontrolü

6.sigara bırakma

7.Kan basıncı takibi

8.İlaç tedavisi

9.diğer.....

13) hipertansiyonda ilaç tedavisine başlayalı ne kadar yıl oldu?.....

14)Hastalığınızla ilgili ilaç tedavi önerilerine uyuyor musunuz?

1.evet

2.kısmen

3.hayır

15) Hastalığınızla ilgili ilaç dozlarınızı doktorunuza danışmadan değiştiriyor musunuz?

1.evet

2.hayır

16) hipertansiyon tanısı konulduktan sonra hipertansiyon atağıyla sağlık kuruluşuna başvurduunuz mu?

1.evet 2.hayır(İse 17.soruya geçiniz)

17)hipertansiyon atağı nedeniyle bir yılda kaç kez hastaneye başvurduunuz/yattınız?.....

18)Ne sıklıkla kan basıncınızı ölçtüyorsunuz?

1. Her gün 2. Haftada 1 kez 3. Haftada 2 kez

4. Ayda 1 kez

5. Hiç ölçtürmüyorum 6. Diğer (İse belirtiniz.....)

19)Kan basıncı ölçümünüzü genelde kim yapıyor?

1. Sağlık kuruluşunda(hemşire, doktor,ebe) 2. Eczacı

3. Evde yakını

4. Komşu

5. Diğer(İse belirtiniz.....)

20.hipertansiyondatedavi süreci İle ilgili eğitim aldınız mı?

1.Evet(İse kimden.....)

2.hayır

21.Başka kronik hastalığınız var mı?

1.Evet(İse

2.hayır

EK 2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

	Hiç zorluk çekmiyorum	Az zorluk çekiyorum	Biraz zorluk çekiyorum	Çok zorluk çekiyorum	Yapamayacak durumdayım
1.Hastalıklar hakkında bilgiyi bulabiliyor musunuz?					
2.Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?					
3.Sigara içme, şişmanlık gibi riskler hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
4.Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgi bulabiliyor musunuz?					
5.Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgi elde edebiliyor musunuz?					
1.İlaç kutularında bulunan prospektüslerin içeriğini anlayabiliyor musunuz?					
2.Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?					
3.Eczanelerde, hastanelerde yada doctor muayenehanelerinde bulunan sağlıkla ilgili tehlikeler hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz?					
4.Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
5.Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz					
6.Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?					
7.Ev, okul, işyeri, ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?					
1.Doktorunuzla ya da eczanızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?					
2.Tedavi seçeneklerinin tehlikelerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz					
3.Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?					
4.Tehlikeli davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?					
5.Diğer insanların yaptığı tehlikeli davranışlardan ders alabiliyor musunuz?					
6.Sağlık yetkilileri, arkadaşlar, aile ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz tehlikelerle ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?					
7.Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?					
8.Besinler ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin tehlikelerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
1.Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
2.Aşı yaptırma, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personelinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
3.Eğer isterseniz tehlikeli alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?					
4.Sağlıklı ürünlere ulaşabiliyor musunuz?					
5.Sağlık ile ilgili bilgileri yararınız için kullanabiliyor musunuz?					

EK 3. HİLL - BONE Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği

	Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Ne sıklıkla tansiyon ilacınızı almayı unutuyorsunuz?				
2. Ne sıklıkla tansiyon ilacınızı almamaya karar veriyorsunuz?				
3. Ne sıklıkla tuzlu besinler yiyorsunuz?				
4. Ne sıklıkla yemeden önce yemeğinizin üzerine tuz dökersiniz?				
5. Ne sıklıkla hazır (abur cubur) yemek yersiniz?				
6. Ne sıklıkla doktorunuzun ofisinden ayrılmadan bir sonraki randevu tarihini alırsınız?				
7. Ne sıklıkla randevularınızı kaçırsınız?				
8. Ne sıklıkla reçetenizi yazdırmayı unutursunuz?				
9. Ne sıklıkla tansiyon ilaçsız kalırsınız?				
10. Ne sıklıkla doktorunuza gitmeden önce tansiyon ilacınızı atlırsınız?				
11. Ne sıklıkla kendinizi iyi hissettiğiniz için tansiyon ilacınızı almamazlık edersiniz?				
12. Ne sıklıkla kendinizi kötü hissettiğiniz için tansiyon ilacınızı almamazlık edersiniz?				
13. Ne sıklıkla başkalarının tansiyon ilaçlarından alırsınız?				
14. Ne sıklıkla dikkatsizlik sonucu ilaç almamazlık edersiniz?				

EK 4. Etik Kurul İzni

4KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hipertansiyon hastalarında tedaviye uyum ve sağlık okur yazarlığının belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2018-KAEK-189_2018.03.21_12

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	DİL		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	14.03.2018	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLECE OLUR FORMU	14.03.2018	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	EDİTÖRYA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	ILAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2018-KAEK-189_2018.03.21_12	Tarih: 21.03.2018				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın çağrışımını gerektiren genetik, tıbbi, yaklaşımlar ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen noktalarda gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ilişkin karar etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamındaki yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyileştirici Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Bozok Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesi.
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Soykan DİNÇ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilgili		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Soykan DİNÇ	Genel Cerrahi	Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yavuz Selim İNTEPE	Geçmiş Hastalıklar	Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Ü. Ayça ÇAKMAK	Farmakoloji	Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Ü. Yavuz KANTERKİN	Kolaj Buzak Boğaz Hastalıkları	Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Ü. Mahmut Serdar BAŞÇİL	Biyoetik ve Etik Sorunları Çözüm Mühendisi	Bozok Üniversitesi Mühendislik Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Ü. Levent ALBAYRAK	Aile Tıp	Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Ü. Mehmet HAMAMCI	Nöroloji	Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Ü. Cihan GÜREL	Diş ve Zihni Hastalıklar	Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Ü. Yagur TURAN	Kardiyoloji	Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Soykan DİNÇ

İmza:

4KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hipertansiyon hastalarında tedaviye uyum ve sağlık okur yazarlığının belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2018-KAEK-189_2018.03.21_12

Dr. Öğr. Ü. Yasas HACİMUSALAR	Etilik Sağlığı ve Hastalıkları	Borçok Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Fatih TEMOÇEN	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	Yongat Sebze Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Ümit OTLU	Etilik Sağlığı	Yongat İl Sağlık Müdürlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Fatih DEMİRCİ	Hukuk	Yongat Davası	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Zinnat Yek. Mbb. Harun ASLAN	Zinnat	Yongat Belediyesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Soykan DİNÇ
İmza:

Not: Etik Kurul Başkanı, dışarıdan yer almadığı her toplantıda imza atmalıdır.

EK 5. Kurum İzinleri

T.C.
YOZGAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

YOZGAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - YOZGAT İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ
01/03/2018 16:01 - 92198657 - 771 - E-3059



Sayı : 92198657-771
Konu : İzin Alınması Hk.

BOZOK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 18/12/2017 tarihli ve 68447441-044-E.4365 sayılı yazınız.

İlgi tarihli ve sayılı yazınıza istinaden Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nuriye DOĞRUCAN' ın "Hipertansiyon Hastalarında Tedaviye Uyum ve Sağlık Okuryazarlığının Belirlenmesi" konulu anket çalışmasını Mart 2018 -Haziran 2018 tarihleri arasındaki çalışmalarının, sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımlarının gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, ankete katılacak hastaların rızalarının alınması, yapılacak çalışmanın sonucunun Sağlık Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla Birliğimize bağlı Yozgat Şehir Hastanesinde anket çalışması yapılması İl Sağlık Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüş olup; Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Formu yazımız ekinde gönderilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Uz. Dr. Cahit Bekir KAYHAN
İl Sağlık Müdürü V.

EK:
Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Formu (1 Sayfa)

Karatepe Mah.Ofis Üstü Yozgat Devlet Hastanesi Ek Bina:4 YOZGAT

Bilgi için:Şule ARIKAN

Faks No:0354 217 60 07

Unvan:HEMŞİRE

e-Posta:sule.arikan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Ş.ARIKAN

Telefon No:354 217 50 70 / 1197

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden dc843010-aa14-4cb4-bce1-32ea53d2e41e kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

9. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Nuriye Doğrucan Katrancı
Uyruğu : Türk
Doğum Tarihi ve Yeri : 18.12.1990 Kayseri
Medeni Durumu : Evli
Tel : 05414151575
e-mail : dogrucan_an38@hotmail.com

EĞİTİM

DERECE	KURUM	MEZUNİYET TARİHİ
LİSANS	CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ	2012
LİSE	MUSTAFA ÖZKAN ANADOLU LİSESİ	2008

İŞ DENEYİMLERİ

YIL	KURUM	GÖREV
2012	ÖZEL ERCİYES KARTAL HASTANESİ	HEMŞİRE
2012 -Halen	ATATÜRK MESLEKİ VE TEKNİK ANADOLU LİSESİ	ÖĞRETMEN

YABANCI DİL İngilizce