



T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**HİPERTANSİYON TANILI GERİATRİK BİREYLERDE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI İLE ANTİHİPERTANSİF İLAÇ TEDAVİSİNE
UYUM ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

PINAR ERMAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

PROF. DR. GÜLER BALCI ALPARSLAN

ESKİŞEHİR, 2023



T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**HİPERTANSİYON TANILI GERİATRİK BİREYLERDE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI İLE ANTİHİPERTANSİF İLAÇ TEDAVİSİNE
UYUM ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

PINAR ERMAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

PROF. DR. GÜLER BALCI ALPARSLAN

ESKİŞEHİR, 2023

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Güler BALCI ALPARSLAN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

PINAR ERMAN

ÖZET

Başlık: Hipertansiyon tanılı geriatrik bireylerde sağlık okuryazarlığı ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi

Amaç: Bu araştırma hipertansiyon tanılı geriatrik bireylerde sağlık okuryazarlığı ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanan tanımlayıcı- kesitsel araştırma türündedir.

Gereç-yöntem: Bu araştırma için 01.01.2021- 30.06.2021 tarihleri arasında Gebze Fatih Devlet Hastanesi kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, dahiliye ve nefroloji servislerinde veri toplanılmış olup, örneklem seçim kriterlerine uyan 284 yaşlı birey ile yürütülmüştür. Araştırma verilerinin toplanmasında tanımlayıcı özellikler veri toplama formu, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ve Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği (AİTUÖ) kullanıldı. Araştırmada kullanılan ölçekler ile demografik karşılaştırmalarda Independent Sample T-Test ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Çalışmada nitel (kategorik) değişkenler arasında ilişki olup olmadığı Ki Kare analizi ile incelenmiş ve Pearson Ki Kare ve Fisher Exact testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada bireylerin yaş ortalaması 73.15 ± 7.18 yıl, %51.1' i kadın, %48.9' u erkektir. Bireylerin %47.9' u 180 ay ve üzerinde hipertansiyona sahiptir, Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin çoğunluğu (%27.8) yetersiz sağlık okuryazarlığına sahiptir. Kadınların %87.7' si mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyi de artmaktadır. Kan basıncı evde olan yakını tarafından ölçülen kişilerin %37.2' si mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Bireylerin %85.6' sı antihipertansif ilaç tedavisine uyumludur. Evde tansiyon aleti bulunan bireylerin %84.4' ü ve yakını tarafından tansiyonu ölçülen bireylerin %82.6' sı ilaç tedavisine uyumludur. Diüretik ilaç kullanan bireylerin %39.9'u ilaç tedavisine uyumludur.

Sonuç: Çalışmada yapılan analiz sonucunda TSOY düzeyleri ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, geriatrik birey, sağlık okuryazarlığı, antihipertansif ilaç tedavisine uyum, hemşirelik.

SUMMARY

Title: Investigation of the relationship between health literacy and compliance with antihypertensive drug treatment in geriatric individuals with hypertension

Introduction: This study is descriptive- cross sectional study designed to examine the relationship between health literacy and compliance with antihypertensive drug treatment in geriatric individuals with hypertension.

Materials and Methods: For this research, data were collected in cardiology, cardiovascular surgery service, internal medicine and nephrology services of Gebze Fatih State Hospital between 01.01.2021 and 30.06.2021 and it was carried out with 284 elderly individuals who met the sample selection criteria. Descriptive characteristics data collection form, Turkish Health Literacy Scale (TSOY-32) and Antihypertensive Drug Treatment Adherence Scale (AİTUÖ) were used to collect research data. T- Test and One-Way Analysis of Variance (ANOVA) analysis were used for demographic comparisons with the scales used in the study. In this study whether there is a relationship between qualitative (categorical) variables was examined by Chi-Square analysis Pearson Chi-Square and Fisher Exact tests were used.

Results: In this study, the mean age of individuals was 73.15 ± 7.18 year, %51.1 were female, %48.9 were male. %47.9 of individuals have hypertension for 180 months. The majority (%27.8) of elderly individuals participating in the study have insufficient health literacy. %87.7 of women have excellent health literacy. As the age increases, the level of health literacy also increases. %37.2 of people whose blood pressure is measured by their relatives at home have excellent health literacy. %85.6 of individuals are compatible with antihypertensive drug therapy %84.4 of individuals who have a blood pressure monitor at home and %82.6 of individuals whose blood pressure is measured by their relatives are compatible with drug therapy. %39.9 of individuals using diuretic drugs are compatible with drug therapy.

Conclusion: As a result of the analysis performed in the study, no significant relationship was found between TSOY levels and compliance with antihypertensive drug therapy.

Key Words: Hypertension, elderly individual, health literacy, accordance to antihypertensive drug therapy, nursing.

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN	
ÖZET.....	iv
SUMMARY.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Yaşlılık, Yaşlanma ve Yaşlılık Demografisi	4
2.1.1. Yaşlıda görülen fizyolojik değişimler	5
2.2. Hipertansiyona Giriş	8
2.2.1. Hipertansiyonun sınıflandırılması.....	10
2.2.2. Hipertansiyonun patofizyolojisi ve risk faktörleri	15
2.2.3. Hipertansiyonda belirti ve bulgular	16
2.2.4. Hipertansiyonun komplikasyonları.....	16
2.2.5. Hipertansiyonda tanı ve tedavi.....	17
2.2.6. Hipertansiyonda ilaç tedavisine uyumun önemi	20
2.2.7. Hipertansiyonun kontrolünde hemşirelik bakımı ve hemşirenin rolü.....	21
2.3. Yaşlıda Hipertansiyon	21
2.3.1. Yaşlıda hipertansiyonun nedenleri	22
2.3.2. Yaşlıda hipertansiyonun klinik bulguları ve tedavisi	23
2.3.3. Yaşlı bireylerde hipertansiyon yönetimi ve antihipertansif ilaç tedavisine uyumda hemşirelik bakımı	24
2.4. Sağlık Okuryazarlığı	25
2.4.1. Sağlık okuryazarlığı tarihçesi ve tanımları	25
2.4.2. Hipertansiyonda sağlık okuryazarlığının önemi	27
2.4.3. Sağlık okuryazarlığında hemşirenin sorumlulukları	28
2.5. Yaşlı Hipertansif Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Antihipertansif İlaç Tedavisi İlişkisi.....	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM	30
3.1. Araştırmanın Etik Kurul Onayı	30

3.2. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	30
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	31
3.5. Araştırmanın Uygulanması	32
3.5.1. Veri toplama araçları	32
3.5.2. Araştırmanın uygulama akışı	33
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	33
3.7. Araştırma Verilerin Değerlendirilmesi	34
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	34
4. BULGULAR.....	35
4.1. Geriatrik Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile Hastalık ve Bakım Özelliklerinin İncelenmesi.....	35
4.2. Geriatrik Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	37
4.3. Geriatrik Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İncelenmesi	39
4.4. Geriatrik Bireylerin Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Durumlarının İncelenmesi.....	44
5. TARTIŞMA.....	48
5.1. Bireylerin Sosyodemografik, Hastalık ve Bakım Özelliklerinin Tartışılması	48
5.2. Bireylerin TSOY ile Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Durumu Arasındaki İlişkinin Tartışılması	52
5.3. Bireylerin TSOY Düzeylerinin Tartışılması	52
5.3.1. TSOY düzeyleri ile sosyodemografik özelliklerinin ilişkilerinin tartışılması	53
5.3.2. TSOY ile hastalık ve bakım özelliklerinin ilişkilerinin tartışılması.....	56
5.4. Bireylerin Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Durumunun Tartışılması	58
5.4.1 Antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumları ile sosyodemografik özelliklerin ilişkilerinin tartışılması.....	60
5.4.2. Antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumları ile hastalık ve bakım özelliklerinin ilişkilerinin tartışılması.....	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63

6.1. Sonuç.....	63
6.2. Öneriler	63
7. KAYNAKÇA DİZİNİ.....	65



TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 2.1.	Hipertansiyonun Nedene Yönelik Sınıflandırılması (HT Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022).....	12
Tablo 2.2.	ESC/ESH 2018 kılavuzuna göre sınıflandırma (William vd., 2018).....	13
Tablo 2.3.	Amerika HT Kılavuzuna (AHA/ACC) göre yetişkinlerde kan basıncı sınıflandırılması (Whelton vd., 2018)	13
Tablo 2.4.	Klinik kan basıncı değerlerine göre kan basıncı sınıflandırılması (Aydoğdu vd., 2019)	13
Tablo 4.1.	Geriatrik bireylerin sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi	35
Tablo 4.2.	Geriatrik bireylerin hastalık ve bakım ile ilgili özelliklerinin incelenmesi	36
Tablo 4.3.	Ölçeklere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerin incelenmesi.....	37
Tablo 4.4.	Geriatrik bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi	38
Tablo 4.5.	Geriatrik bireylerde sağlık okuryazarlığı ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi	38
Tablo 4.6.	Geriatrik bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi	39
Tablo 4.7.	Geriatrik bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sosyodemografik özelliklere göre dağılımının incelenmesi	39
Tablo 4.8.	Geriatrik bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yaş değişkeni bakımından incelenmesi	41
Tablo 4.9.	Geriatrik bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin hastalık ve bakım özelliklerine göre dağılımının incelenmesi.....	42
Tablo 4.10.	Geriatrik bireylerin antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumlarının incelenmesi	44

TABLolar DİZİNİ (Devam Ediyor)

Tablo 4.11. Geriatrik bireylerin antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımının incelenmesi	45
Tablo 4.12. Geriatrik bireylerin antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumlarının yaş değişkeni bakımından incelenmesi	45
Tablo 4.13. Geriatrik bireylerin antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumlarının hastalık ve bakım özelliklere göre dağılımının incelenmesi	46



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. G*POWER analiz raporu	31
--	----



SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACEİ	: Anyiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörü
AHA/ACC	: Amerikan Hipertansiyon Kılavuzu
AİTUÖ	: Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği
ARB	: Anjiyotensin Reseptör Blokeri
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DKB	: Diyastolik Kan Basıncı
DM	: Diyabetes Mellitus
ESC	: European Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Derneği)
ESH	: European Society of Hypertension (Avrupa Hipertansiyon Derneği)
HintT	: Türk Hipertansiyon İnsidans Çalışması
HT	: Hipertansiyon
JNC	: Joint National Committee
KB	: Kalp debisi
KKB	: Kalsiyum kanal blokeri
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
mmHg	: milimetre cıva
NICE	: National Institute for Health and Care Excellence
NSAİİ	: Nonsteroid antiinflamatuvar ilaç
OSAS	: Obstrüktif Uyku Apne Sendromu
Patent 2-2012	: Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması
Patent T- 2003	: Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması 1
PRA	: Plazma Renin Aktivitesi
PVD	: Periferik Vasküler Direnç
RAS	: Renin Anjiyotensin Sistemi
SKB	: Sistolik Kan Basıncı
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışması
THURP	: Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu
TSOY-32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği -32
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO/ DSÖ	: World Health Organisation/ Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 yaş ve üstü bireylerin nüfusu 2015 yılında 900 milyon iken 2050 yılına gelindiğinde 2 milyar olması öngörülmektedir (Duru Aşiret, 2019 s. 1-2; Ercan Şahin & Emiroğlu, 2013). Bugün dünya nüfusu içerisinde yaşlıların en fazla olduğu ülke %28.2 oranı ile Japonya, en düşük sayıda olduğu ülke ise %1.4 oranıyla Birleşik Arap Emirlikleridir. Türkiye ise %9.7 oranıyla dünya ortalamasının %0.1 üzerindedir (TÜİK, 2022). Dünyada 2010-2015 döneminde doğuşta beklenen yaşam süresi 69 yıl iken 2045-2050 yılları arasında ise tahminlere göre 76 yıl olacağı ifade edilmektedir (Karadakovan, 2014 s. 6-7). Dolayısıyla doğuşta beklenen yaşam süresi uzadığı için dünya nüfusu belirtilen verilere göre artmaktadır. Dolayısıyla yaşam süresinin uzamasıyla geriatrik bireylerin sağlık problemlerinin ve kronik hastalıklarının görülmesi artmıştır (Özdemir vd., 2016; Efe Arslan & Kılıç Akça, 2020). Türkiye’de 65 yaş ve üstü nüfus 2017 yılında 6 milyon 895 bin 385 kişi iken son beş yılda bu sayı %22.6 oranında artarak 2022 yılında 8 milyon 451 bin 669 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı ise %9.9’ dur. (TÜİK, 2023). Nüfus projeksiyonlarına göre Türkiye nüfusu yaşlanmaya devam edecektir çünkü doğuşta beklenen yaşam süresi uzamaktadır. Yüzdesel olarak bakılacak olursa 65 yaş ve üstü bireylerin oranı 2023 yılında %10,2, 2030 yılında ise %12, 2050 yılında %17.6, 2080 yılında ise %25.6 olacağı bildirilmiştir (TÜİK, 2018; Ercan Şahin & Emiroğlu, 2013).

Hipertansiyon ülkemizde ve dünyada sık görülen bir kronik hastalıktır. Özellikle geriatrik bireylerde yaş ilerledikçe görülme sıklığı artan sağlık sorunlarının içerisinde yer alır (Özdemir vd., 2016; Ünsal Avdal, 2019, s.172-173). Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması (Patent2) raporunda yaşın artmasının kan basıncını arttırmada anlamlı bir etkisi olduğunu vurgulanmıştır. Aynı raporda tüm popülasyonda hipertansiyonun görülme oranı %30.3 dür Geriatrik hipertansiyon oranı ise bu rapora göre ülkemizde 60-69 yaş aralığında görülme oranı %67,9, 70-79 aralığında %85.2, 80 yaş üstünde ise %76.3 olduğu belirtilmiştir (Şengül vd., 2016). Hipertansiyon kronik hastalık olduğu için, hastalığın yönetiminde geriatrik bireyin tedaviye uyumu, yaşam alışkanlıkları, ilaç tedavisine uyumu oldukça önemlidir.

Dünya sağlık örgütünün raporuna göre bireylerin tedaviye uyumunu ilaç kullanımı, yaşam değişiklikleri oluşturma ve istekli olma- tedaviye katılma, davranış değişikliği oluşturmaktır. Tedaviye uyum sağlık okuryazarlığı düzeyinin de etkisi ile

birey başta olmak üzere ailesi, sağlık ekibini ve bireyin çevresini içermektedir. Geriatrik birey zaman içinde değişen mental, emosyonel, fizyolojik, psikolojik durumlardan dolayı tedaviye uyum istenen düzeyde olmayabilir. Geriatrik bireyin sağlık okuryazarlık düzeyinin de etkisiyle ailenin bakım davranışı, bireyin sağlıkla ilgili düşünceleri- davranışları, düzenli olarak sağlık kuruluşuna başvurma, antihipertansif ilaç kullanımı gibi durumlar bireyin hipertansiyonu ve komplikasyonlarını yönetebilme gücünü etkiler (Özdemir vd., 2016; Efe Arslan & Kılıç Akça, 2020; Ünsal Avdal, 2019, s.172-173; Balcı Alparslan vd., 2019, s. 32-33). Yaşlı bireylerde ilaç tedavisine uyumsuzluk hastaneye yatışların, hipertansiyonun komplikasyonlarının görülmesine neden olur. Rajrupa ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hipertansiyonu olan geriatrik bireylerin ilaç tedavisine uyumunun olmadığı görülmüştür (Rajpura & Nayak, 2014). Bu durum hastaneye yatışların artmasına, komplikasyonların ortaya çıkmasına neden olur.

Sağlık okuryazarlığı; iyi bir özyönetimi, bireylerin alacağı uygun sağlık hizmetlerinin kararını verebilmek için gerekli olan temel sağlık hizmetlerini elde etme, tedaviyi ve hastalığın getirdiği belirti bulguları elde etme, işleme ve anlama kapasitesi olarak tanımlanabilir (Shaying vd., 2018). Hipertansiyon kronik bir hastalık olduğu için hipertansiyon yönetimi için bireylerin yaşam şekillerinde, davranışlarında değişiklik yapması, koruyucu davranışlar geliştirmesi gerektiği daha önce vurgulanmıştır. Tüm bunların gerçekleşmesi için ise bireyin bilgi kaynağına ulaşma, bilgileri doğru kullanması gereklidir. Bu uygulamaları gerçekleştirirken doğru bilgiler çerçevesinde sağlığın korunması ve geliştirilmesi, var olan sağlık probleminin komplikasyonlarının önlenmesi için yaşam boyu yapılan uygulamaların istek ve kapasite doğrultusunda gerçekleşmesine sağlık okur- yazarlığı denilmektedir. Geriatrik bireylerde sağlık okur- yazarlık düzeyi, bireyin beraberinde getirdiği yaşamsal değişikliklerle yakından ilgilidir (Bilir, 2014). Hipertansiyon hastalığı da yaşam boyu alışkanlıkları- davranışlarla ilgili olduğu için sağlık okuryazarlığı hipertansif geriatrik bireyin hastalığını kontrol etmede önemlidir. Yapılan bir araştırma çalışmasında hipertansiyon kontrolünde sağlık okur-yazarlık düzeyini belirlemeye yönelik araştırmalara ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır (Öncü, 2018). Diğer bir çalışmada hipertansiyonu olanlarda kronik hastalığı yönetebilmek ve izlem ve koordinasyon alanlarındaki yetersizleri gidermek için sağlık okuryazarlığına yönelik çalışmalar yapılması gerektiği belirtilmiştir. Çünkü sağlık okur-yazarlığındaki yetersizlikler

olumsuz sağlık çıktılarına, riskli sağlık davranışlarına, hastaneye yatışların artmasına ve maliyetlerin artmasına neden olmaktadır (Öncü vd., 2018). Sonuç olarak geriatrik bireylerde mental, emosyonel, fizyolojik ve psikolojik değişiklikleri göz önüne olarak sağlık okur-yazarlık düzeyi hipertansiyonun yönetiminde önemli bir alana sahiptir (Öncü vd., 2020).

Ülkemizde hipertansiyonda ilaç kullanımında sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olarak yapılan çalışmalar mevcuttur. Ancak geriatrik yaş grubunda olup, hipertansiyon tanılı hastalarda antihipertansif ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığının ilişkisi ile ilgili nesnel verilere ihtiyaç vardır. Çünkü geriatrik bireyler genellikle çoklu antihipertansif ilaç kullandıkları için sağlık okuryazarlık düzeyi onların ilaca uyumlarını ne şekilde etkilediğine dair verilerin değerlendirilmesi gereklidir. Bu alışma sonucunda ortaya çıkacak veriler ile geriatrik bireylerdeki sağlık okuryazarlık düzeyi ile antihipertansif ilaç kullanımına uyumun ilişkisinin değerlendirilmesi nesnel verilere göre yapılabilecektir.

Bu çalışmanın amacı Gebze Fatih Devlet Hastanesi'nin kardiyoloji, nefroloji ve dahiliye servislerinde yatarak tedavi gören 65 yaş ve üstü bireylerde sağlık okuryazarlığı ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Araştırma Soruları:

1. Gebze Fatih Devlet Hastanesi'nde geriatrik bireylerde antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumu nedir?
2. Gebze Fatih Devlet Hastanesi'nde geriatrik bireylerde sağlık okur-yazarlık düzeyi nedir?
3. Gebze Fatih Devlet Hastanesi'nde geriatrik bireylerde sağlık okur-yazarlığı ile antihipertansif ilaç kullanımı arasındaki ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık, Yaşlanma ve Yaşlılık Demografisi

Yaşlılık ve yaşlanma kelimeleri her zaman birbirlerine karıştırmaktadır. Yaşlılık toplum içinde belirli bir yaşı geçmiş olan kişiler için kullanılmaktadır ve insan doğasının önemli evrelerinden biri olarak ele alınır (Duru Aşiret, 2019 s. 2; Özkul & Kalaycı, 2015). Yaşlılığın sözlük anlamı; yaşlı olma, artmış yaştan etkilerini gösterme halidir (Beğzer & Yavuzer, 2012). Kavramsal açıdan yaşlılık tanımlamaları şu şekildedir; DSÖ' ye göre 'Yaşamsal fonksiyonların sürekli azalması, tüm organizmanın verimliliğinin azalması ve çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalmasıdır (Duru Aşiret, 2019 s. 2-3; Ardahan, 2010). Yaşlılık yapısal ve fonksiyonel değişimlerin yaşandığı ve buna bağlı olarak korunma, gözetim ve bakıma ihtiyaç duyulan bir dönemdir (Şahin vd., 2012). Ayrıca yaşlılık tüm yaşam faaliyetlerinde azalma, üretkenlikte, yeterli olmada, bağımsız olarak rollerini yerine getirmede azalma demektir (Adıbelli, Türkoğlu & Kılıç, 2013). Yaşlılık yalnızca biyolojik olarak ifade edilmemekte olup yaşlılığı daha iyi tanımlayabilmek için kültürel, kronolojik, sosyal, psikolojik boyutlarıyla ele alınması gereklidir. Bu bağlamda yaşlılık yalnızca biyolojik değil, psikolojik, sosyal, duygusal olarak da geçmiş dönemlerine göre etkinliğin azalmasıdır, gerilemesidir (Ardahan, 2010; Aközer vd., 2010; Yerli, 2017).

Yaşlanma önlenemeyen, kronolojik, sosyolojik, biyolojik ve psikolojik boyutta olan bir gerilemedir ve yaş alma ifadesiyle doğuştan itibaren başlayan bir süreci ifade eder (Ardahan, 2010; Duru Aşiret, 2019 s. 3). Yaşlanma, yaşam faaliyetlerinde, üretkenlikte, yeterlilikte, bireysellik ve bağımsızlıkta azalmadır (Adıbelli vd., 2013). Yaşlanma süreci doğumla birlikte başlar ve canlıların doğumdan ölüme kadar sabit kalmayıp değişimle birlikte devam eder (Erkuran, 2020).

Dünyada Yaşlılık Demografisi: Dünyada yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 yaş ve üstü bireylerin nüfusu 2015 yılında 900 milyon iken 2050 yılına gelindiğinde 2 milyar olması öngörülmektedir (Duru Aşiret, 2019 s. 1-2; Ercan Şahin & Emiroğlu, 2013). TÜİK 2021 yılının verilerine göre dünya nüfusu içerisinde yaşlıların en fazla olduğu ülke (%28.7) Japonya, en düşük olduğu ülke ise Birleşik Arap Emirlikleri (%1.4) dir (TÜİK, 2022). Dünyada 2010-2015 döneminde doğuştan beklenen yaşam süresi 69 yıl iken 2045-2050 yılları arasında ise tahminlere göre 76 yıl olacağı ifade

edilmektedir (Karadakovan, 2014 s. 6-7). Dolayısıyla doğu'da beklenen yaşam süresi uzadığı için dünya nüfusu belirtilen verilere göre artmaktadır.

Türkiye’de Yaşlılık Demografisi: Türkiye’de 65 yaş ve üstü nüfus 2017 yılında 6 milyon 895 bin 385 kişi iken son beş yılda bu sayı %22.6 oranında artarak 2022 yılında 8 milyon 451 bin 669 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı ise %9.9’ dur (TÜİK, 2023). Nüfus projeksiyonlarına göre Türkiye nüfusu yaşlanmaya devam edecektir çünkü doğu'da beklenen yaşam süresi uzamaktadır. Yüzdesel olarak bakılacak olursa 65 yaş ve üstü bireylerin oranı 2023 yılında %10,2, 2030 yılında ise %12, 2050 yılında %17.6, 2080 yılında ise %25.6 olacağı bildirilmiştir (TÜİK, 2018 ; Ercan Şahin & Emiroğlu, 2013).

2.1.1. Yaşlıda görülen fizyolojik değişimler

Yaşlılık döneminde vücutta çeşitli değişimler oluşur. Brown Üniversitesi, Warren Alpert Tıp Fakültesi, Gerontoloji ve Sağlık Araştırmaları Merkezi Müdürü Prof. Dr. Richard W. Besdine 2017 yılında yaşlılıkta birlikte vücutta meydana gelen fiziksel değişimlerin sebebi olarak yaşam tarzı, davranış, diyet ve çevrenin önemli olduğunu ileri sürmektedir (Yerli, 2017). Yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişimler 50-60’lı yaşlarda gözle görülür biçimde başlarken, 70-80’li yıllarda değişimler belirgin olarak görülmektedir (Karadakovan, 2014 s. 279-280). Bireyin yaşadığı çevre, yaşam tarzı, ruhsal durum, genetik etkenler, sosyoekonomik durum bu değişimlerin oluşmasında etkilidir. Vücut sistemlerinde meydana gelen değişimler şu şekilde açıklanmaktadır; kardiyovasküler sistemde meydana gelen değişimler yaşlılarda mortalite ve morbitide oranını arttırmaktadır. Kalbin yapısında meydana gelen değişiklikler ve immobilité kalp yetmezliğine yol açar. Kalbin sertleşmiş yapısı ve kardiyak miyositlerin büyümesi sol ventrikülde hipertrofiye neden olur. Yaşlılarda kardiyovasküler alanda en fazla ateroskleroz görülür ve dolayısıyla hipertansiyon (HT) felç ve koroner arter hastalığı meydana gelir. Solunum sisteminde; yaşlılarda akciğer elastikiyetin azalması, solunum kaslarının zayıflaması, göğüs duvarı sertliğinin artması akciğer fonksiyonlarını azaltır, kemik mineral yoğunluğunun azalmasına bağlı olarak vertebral fraktürlerin meydana gelmesi solunum kapasitesinin azalmasına neden olur ve etkili olarak nefes alışverişi gerçekleşmez. Yaşlılarda bronşiyallerin çapları ve elastikiyeti yaşla birlikte azalırken Tip 3 kolajen miktarının artmasıyla alveollerde genişleme görülmekle birlikte alveol sayısı 65 yaş ve üstü bireylerde %40 oranında azalır (Kim vd., 2017). Akciğerlerde siliyer aktivitenin azalması, öksürük

refleksinin azalması yaşlılarda pnömoni görülme riskini artırır. Sinir sisteminde; yaşlılarda beyin hücrelerinde azalma (hipokampus ve prefrontal kortekste) meydana gelir ve alzheimer- demans gibi nörodejeneratif hastalıklar oluşur. Dolayısıyla yaşlılarda öğrenme güçlüğü, hafıza kaybı, ince motor beceri kaybı görülür. Ayrıca yaşlılarda spinal kordda nöron kaybı-hasarına bağlı olarak duyu kaybı meydana gelir ve eşlik eden diyabet gibi yara oluşumuna açık olan kronik hastalıklar varsa yara şiddeti artar. Ayrıca yaşlanma ile beyin damarlarında oluşan anatomik bozukluklardan dolayı inme riski artmaktadır. Sindirim sisteminde; yaşlılarda çiğneme-yutma fonksiyonlarındaki değişimler, nörolojik fonksiyon bozuklukları, dişlerin olmaması, protez dişler, tükürük sekresyonlarında ve koku almada azalma meydana gelmektedir. Ayrıca özofagus kaslarının zayıflaması, besinlerin iyi çiğnenememesi, sıvı gıdaları yutmada yaşanan zorluk yaşlıda aspirasyon riskini meydana getirir. Yaşlılarda besinlerin emiliminde yaşanan zorluk ilaç sindirimini etkileyip ilaçların kana geçmesini etkilemekle birlikte, kişide kilo kaybı, kaşeksi, konstipasyon, diyare ve anal sfinkterin yetersiz işlevine bağlı olarak fekal inkontinans görülür. Yaşlanma ile birlikte gastrik mukozada oluşan atrofiden dolayı parietal hücrelerde gastrik asit, pepsin, mukus ve prostoglandin seviyelerinde azalma gözlemlenmektedir. Bu etkilerden dolayı yaşlıların sindirim sisteminde işlev bozuklukları ve sindirim sistemi hastalıkları oluşmaktadır (Yıldırım vd., 2012; Kurt, 2019 s. 108-115.; Akdeniz vd., 2019; Ağar, 2020; Kim, 2016). Deri değişimleri; yaşlılığın en belirgin görüldüğü bölümdür. Dermisteki kollojen, elastin ve subkutan yağ dokusunun azalmasından dolayı yaşlılarda deri incilmesi ve kırışıklıklar bası yarası oluşma riski oluşur. Ayrıca yaşlılarda melanositlerin disfonksiyonuna bağlı kahverengi lekeler, hücre replikasyonlarının azalmasına bağlı epidermis incilmesi, elastikiyetin azalmasına bağlı deride sarkmalar, kıl foliküllerinin yoğunluğunun azalmasına bağlı saçlarda ve kıllarda dökülme, derinin vücut ısını düzenlemedeki fonksiyon bozukluğuna bağlı hipotermi, yağ bezlerinin hiperplazisine bağlı vücutta beyaz kabarcıkları oluşmaktadır. Yaşlıda görülen bu deri değişikliklerinden dolayı cilt kanseri, enfeksiyonlara yatkınlık artmaktadır (Kurt, 2019 s. 95-97; Ağar, 2020). Kas- iskelet sisteminde; yaşlılarda kaslarda görülen değişiklikler kas liflerinin sayısında ve boyutunda azalma, kapillerdeki azalma ve bağ dokunun artmasına bağlı olarak sarkopeni gelişimi, kemik mineral yoğunluğu ve miktarının azalması, kalsitonin ve parathormonun üretiminde oluşan dengesizlik, kan D vitamini düzeyinin azalmasına bağlı olarak kalsiyum emiliminin azalması ve mineral eksikliğine bağlı osteoblast – osteoklast dengesinin

bozulması sonucu osteoporoz, kırıklar, yürüme-denge sorunları osteoartrit ve osteopeni meydana gelir; kemik yapısı değişimlerinden dolayı boy kısalması ve kifoz, skolyoz gibi postür değişiklikleri meydana gelir (Kurt, 2019 s. 97-99; Akdeniz vd., 2019). Duyusal fonksiyon değişikliklerinde; yaşlılarda kornea duyarlılığı azalır, irisin rengi kaybolur, lens elastikiyeti ve gözyaşı azalır. Bu sebeplerden dolayı yaşlıların yakın ve uzağı görme yetisi azalır. Yaşlılar görmenin sağlanması için ışığa ihtiyaç duyarlar. Sinirsel bozukluklardan dolayı yaşlılarda bilateral işitme kaybı görülür, semisirküler alanlarda kıl folikülleri azalır. Bu sebeplerden dolayı yaşlı bireyde görme sorunları, kaza riskleri, kulak ve göz enfeksiyonlarına yatkınlık, iletişim sorunları, karanlık ve fazla ışığa duyarlılık oluşur (Kurt, 2019 s. 102-103). İmmün sistemde; immün sistem yaşlanmayla birlikte çok yönlü bir değişime uğrar. İmmün yaşlanma karşımıza otomimmün hastalıklar, enfeksiyonlar ve malignite olarak çıkar. (Belice & Bölükbaşı, 2020). Bu değişim yaşlıların immün sistemindeki tüm lökositleri etkiler. Alzheimer, kanser, otoimmün hastalıklarda dolaşımdaki nötrofil sayısında bir değişim saptanmamasına rağmen Fortin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada nötrofillerde fonksiyonel olarak değişimlerin meydana geldiği kaydedilmiştir (Desai vd., 2010). Endokrin sistem; bu sistemde yaşlanmayla birlikte en çok karşılaşılan durum kadınlarda görülen menopozdur. Kadınlarda menopozla birlikte östrojen seviyeleri azalır ve depresyon, vazomotor belirtiler, yağ kütlesinin artıp kas kütlesinin azalması ve osteoporoz oluşur. Erkeklerde ise yaşlanmayla birlikte testosteron düzeyi azalmaktadır. Bu sistemde görülen diğer değişimler; yaşlılarda böbreklerin vazopressine duyarlılığı azalır, dolayısıyla susuzluk yanıtı azalır ve yaşlıların dehidratasyon riski bulunmaktadır; melatonin düzeyi azalır ve vücudun sirkediyen ritmi bozulur; pankreas beta hücre disfonksiyonu ve insülin direnci yaşlıda subkutan yağ dokusunun artmasına neden olur (Ağar, 2020; Kurt, 2020 s. 105-107). Genitoüriner sistem; yaşlı erkeklerde prostat büyümesine bağlı olarak sık idrara çıkma ve idrar kaçırma görülür. Kadınlarda menopozla birlikte üretranın iç kalınlığının artması, üretral basıncın azalması, üretranın çevresindeki dokunun atrofi olmasından dolayı stres inkontinansı ya da urge inkontinans gerçekleşir. Yaşlanmayla birlikte bireylerde mesane kapasitesi azalır ve mesane kaslarında zayıflama görülür, glomerüler filtrasyon hızı düştüğü için de sıvı elektrolit dengesizliği ortaya çıkar; ayrıca kas atrofileri nedeniyle kreatinin klirensi azalır (Ağar, 2020; Kurt, 2019 s. 111-112). Yaşlılarda noktürinin meydana gelme sebebi ise plazma melatonin seviyesinin azalması, nörolojik disfonksiyon nedeniyle katekolaminlerin artışı, kronik

hastalıklardır (Çetin, 2018). Genital sistemde ise kadınlarda menapozla birlikte östrojen sebebiyle meme dokusunda atrofi görülür, uterus hacmi azalır ve vajinal duvarlar küçülür. Ayrıca yaşlı kadınlarda vajinal kuruluk, atrofik vajinit, cinsel işlev bozuklukları oluşur. Yaşlı erkeklerde testesteron oranı azalır ancak sperm ürerimi 90 yaşından sonra hızlı azalışa geçer, penil kan akımı azaldığı için ereksiyon süresi kısalmır, sperm kalitesi azalır fakat ereksiyon ve orgazm kabiliyeti ömür boyu sürer (Kurt, 2019 s. 111-112; Calleja Agius & Brincat, 2015). Hematolojik sistem; yaşlılarda anemi sıklıkla görülür. Bunun nedenleri olarak eritrosit yaşam süresinin azalması, demir emiliminin azalması, eritropoetine karşı kemik iliğinin yetersiz yanıt oluşturmastır. Ayrıca yaşlılarda B12 vitamin eksikliği de görülür. Bu nedenlerden dolayı yaşlı birey halsizlik, yorgunluk, çarpıntı, efor dispnesi, baş ağrısı gibi belirtiler yaşamaktadır (Kurt, 2020 s. 115-116; Polat, 2015). Diğer değişimler ise; bellek B hücreleri yaşlanmayla birlikte azalır. T hücre fonksiyonu azaldığı için hücre bağışıklık da azalmaktadır. Yaşlı naturel killer hücreler azalmış olarak sitotoksikite gösterir ve düşük seviyede sitokin üretir. Bundan dolayı yaşlıların enfeksiyonlara yatkınlıkları artar; IgE 'ye bağlı histamin serbestleşir ve yaşlılarda alerjik reaksiyonlar sık görülür. Influenzaya bağlı solunumsal hastalıklar yaşlı bireylerde sık görülür. Bundan dolayı yaşlılara aşılama önerilmektedir. Cinsiyet olarak da bakılacak olursa yaşlılıkla birlikte erkeklerin immün sistem değişiklikleri kadınlara oranla daha hızlı olduğu çalışmalarda belirtilmiştir (Bupp, 2015; Kurt, 2019 s. 104-105).

Yaşlanmayla birlikte kalp ve damarların yapısında bozulmalar meydana gelmesi ve kardiyovasküler alanda ateroskleroz oluşması yaşlı bireylerde HT görülme riskini arttırdığı daha önce vurgulanmıştır. Yaşlı bireyde HT yönetiminde HT' yi genel hatlarıyla incelemek önemlidir.

2.2. Hipertansiyona Giriş

HT ülkemizde ve dünyada sık görülen, bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar grubunun önemli üyesi olan, son yıllarda yaygın olarak karşılaşılan ve diğer organları etkileyen, edinsel ve genetik faktörlerin sebep olduğu, ayrıca dünya çapında erken ölümlere neden olan kardiyovasküler bir hastalıktır (World Health Organisation (WHO), 2019; Durmaz&Arslan, 2017; Balcı Alparslan, 2008; Keleş, 2013; Bayram vd., 2020; Sobierajski vd., 2022). HT erişkin ve geriatric bireylerde yaş ilerledikçe görülme sıklığı artan sağlık sorunları içerisinde yer alır (Balcı Alparslan, Akdemir & Babadağ, 2019, s. 7; Özdemir, Akyüz & Doruk, 2016; Ünsal Avdal, 2019, s.172-173;

Van Bussel vd., 2020). HT en sık görülen kronik hastalıklardan biri olmakla birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülen küresel sağlık sorunudur, ayrıca HT' nin meydana gelmesi önlenabilir ve tedavi edilebilir bir durumdur (Aydoğdu vd., 2019, s. 536; Naimi vd., 2017).

Arteriyel HT, çeşitli birçok karmaşık etmenleri ve bununla ilişkili faktörleri içermekle birlikte; kanın arter duvarlarında yaptığı basıncın sürekli artış eğiliminde olması olarak tanımlanan, en fazla küresel sağlık sorununa yol açarak hastalık yükü oluşturan sendrom olarak tanımlanmaktadır (Giles vd., 2009; Balcı Alparslan vd., 2019, s. 7-8). Sayısal değer olarak HT, erişkin grupta genellikle sistolik kan basıncı (SKB) 140 mmHg' dan ve/veya diyastolik kan basıncı (DKB) 90 mmHg'dan yüksek seyretmesi olarak açıklanmıştır. Diğer bir ifade ile kişide HT' nin varlığı, kişinin ortalama arter basıncının normal kabul değerinin üzerinde olması anlamına gelmektedir. İstirahat halinde ortalama arter basıncı 90 mmHg civarında kabul edilirken HT' si olan kişide bu değer 110 mmHg'dan yüksektir (Hall& Guyton, 2013, s. 218). Sistolik kan basıncı HT vakalarında oldukça önem taşımaktadır ve HT tanısının konulmasında esastır (Önder & Nalbantgil, 2000; HT Klinik Protokülü, 2020, s. 2; Barçın, 2014; Williams vd., 2018; Badır, 2014 s. 609). Hedef kan basıncı 140/90 mmHg sınırlarında tutulması önerilmektedir. Fakat ileri yaş gruplarında bu sayısal değerler değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin; Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC), Avrupa HT Derneği (ESH) kılavuzu, National Institute for Health and Care Excellence (NICE) kılavuzu ve Kanada kılavuzları 80 yaş ve üstündeki bireylerin kan basıncının 150/90 mmHg, Joint National Committee (JNC) 8 kılavuzu ise altmış yaş ve üstünün 150/90 mmHg 'de tutulması gerektiğini açıklamıştır (Belen, 2018).

Dünya sağlık örgütünün (DSÖ) HT' ye genel bakış verileri kapsamında bir milyar insandan fazla kişi (her dört erkekten biri ve her beş kadından biri) HT hastası kabul edilmektedir. Bu sayısının üçte ikisi düşük ve orta gelirli ülkelerde bulunmaktadır (WHO, 2019). Yüzdelik dilimle bakılacak olursa HT prevalansı düşük ve orta gelirli ülkelerde %32.3 olarak belirtilmiştir (Sarki vd., 2015). WHO'ya göre günümüzde hipertansif birey sayısı 1.13 milyar iken 2025 yılında görülecek olan HT vakalarının 1.5 milyarı aşacağı öngörülmektedir (Durmaz & Arslan, 2017; Hasan vd., 2021).

Dünya HT günü (2021) tarihli haber bülteninde her üç yetişkin bireyden birinin HT hastası olduğu vurgulanmıştır (Dünya HT Günü Basın Bülteni, 2021). Dünyada

görülen HT verilerine bakılacak olursa; Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin 2018 yılında yayınladığı Arteriyel HT Yönetimi Kılavuzu'nda yetişkin HT prevalansı %30-45 arasında olduğu, nüfusun yaşlanması ile birlikte HT görülme sıklığının arttığı belirtilmiş olup HT' nin neden olduğu ölüm sayısının 10 milyon civarı olup iki yüz milyon kişide sakatlığa neden olduğu vurgulanmıştır (Williams vd., 2018). Aynı zamanda bu kılavuzda HT' li bireylerin 2025 yılına kadar %15-20 oranında artacağı bildirilmiş olup sayı olarak 1.5 milyara yaklaşacağı tahmin edilmiştir (Aşkın vd., 2018)

Diğer kaynaklara göre dünyada her 4 yetiştinden birinde HT görüldüğü saptanmıştır (Sukmaningtyas & Utami, 2020). Türk kardiyoloji derneği tarafından 2018 yılında yayınlanan HT haber bültenine göre HT'nin 4 yıllık insidans hızı %21,4, 65 yaş ve üstünde ise bu değer %43,3 olarak belirlenmiştir (Belen, 2018).

Türkiye'de ise HT'nin prevalansı birkaç çalışma ile ortaya konulmaktadır. Örneğin; Türk HT Prevelans Çalışması 1 (*PatenT-2003*)'e göre erişkin kadınlarda HT prevalansı %36,1, erişkin erkeklerde %27.5, cinsiyet ayırt etmeden genel olarak görülen HT prevalansı %31.8 olduğu belirtilmiştir (PatenT-2003; Altun vd., 2005). Diğer bir çalışma olan Türk HT Prevelans Çalışması 2 (*PatenT 2- 2012*)' ye göre erkeklerde %28,4, kadınlarda %32,3 ve ortalama prevalans %30,3 olarak bildirilmiştir (Sengül vd., 2016). Bu iki çalışma kapsamında 2003 yılından 2012 yılına kadar erişkin HT prevalansında gözle görülür bir değişme olmadığı, ayrıca yaşla birlikte HT' nin görülme sıklığının arttığı belirtilmiştir (Hipertansiyon Klinik Protokolü, 2020 s. 1). Türk HT İnsidans Çalışması (HinT) (2007)'na göre HT insidans hızı 4 yıllık sürede %21,3 olarak belirtilmiş olup altmış beş yaş ve üstü bireylerde %43,3 olduğu belirtilmiştir (Arıcı vd., 2010).

2.2.1. Hipertansiyonun sınıflandırılması

HT etiyolojilerine göre, kan basıncı değerine göre ve HT' nin hedef organ hasarı-kardiyovasküler risk faktörlerinin varlığına göre sınıflandırılması olarak 3 gruba ayrılır (Badır, 2014 s. 609)

Etiyolojilerine göre sınıflandırılması: Etiyolojilerine göre sınıflandırmada primer/esansiyel ve sekonder olmak üzere iki sınıf ele alınır. Esansiyel HT' nin nedeni tam olarak bilinmemektedir ve HT' ye neden olacak bir patolojik durum saptanmaz ancak poligenetik olduğu düşünülmektedir. Çevresel etmenlerde esansiyel HT' nin

gelişiminde rol oynamaktadır. Genetik faktörlerin araştırıldığı birçok çalışmada genetiğin esansiyel HT'ye etkisinin %35- %50 arasında değiştiği bildirilmiş olup tüm HT vakalarının %80- %90 arasında değişen bir bölümünü oluşturur ve diğer kaynaklarda %95'ine kadar oluşturduğu belirtilir (Luft, 2001; Balcı Alparslan vd., 2019, s. 8; Badır, 2014, s. 609; Hall& Guyton, 2013, s. 225; HT Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022, s. 1-2). Esansiyel HT tedavi edilebilir fakat kesin biçimde yok edilemez (Barret vd., 2018, s. 578). Yapılan çalışmalarda esansiyel HT' nin temel nedenleri fazla kilo alımı, obezite, stres, sigara ve alkol, sıvı tutulumuna neden olan sodyumun aşırı miktarda alınması ve sedanter yaşam olduğu vurgulanmıştır (Yıldız, 2017, s. 246-247) Özellikle farklı gruplar üzerinde yapılan çalışmalarda fazla kilo ve sonucunda oluşan obezite esansiyel HT' nin gelişimine %60 ile %75 oranları arasında neden olmaktadır (Hall& Guyton, 2013, s. 225).

Sekonder HT ise altta yatan nedeni bilindiği için kolay tedavi edilebilir, ayrıca vakaların %5'lik dilimini oluşturup genç yaş grubunda görülür. Bundan dolayı erken saptanması önemlidir. Sekonder HT' nin erken saptanabilmesi hastalığa uyumun, yapılacak olan ilaç tedavilerinin ve yaşam değişikliklerinin başarı şansını arttırmaktadır. (Badır, 2014, s. 609; Balcı Alparslan vd., 2019, s. 8-9; Williams vd., 2018; Aşkın vd., 2018; Unger, 2020 s. 1346). Sağlık Bakanlığı HT Klinik Protokolü'nde sekonder HT' nin erişkinlerde görülme oranının %10-%15 arasında değiştiği bildirilmiştir (HT Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022 s.33). European Heart Journal'da 2014 yılında yayınlanan makalede obstrüktif uyku apne sendromunun (OSAS) son zamanlarda sekonder HT' a neden olduğu açıklanmıştır (Rimoldi vd., 2014; Öztop vd., 2016). Sekonder HT' i düşündüren diğer nedenler aşağıdaki tabloda verilmekte olup özellikle çocuk ve gençlerde görülmesinin yaygın nedenleri arasında renal parankim hastalıkları, aort koarktasyonu ve monogenik bozukluklar yer alır (Çakır & Altay, 2022) (Tablo 2.1.).

Tablo 2.1. Hipertansiyonun Nedene Yönelik Sınıflandırılması (HT Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022)

Primer HT	Sekonder HT
Nedenleri: Genetik yatkınlık Aşırı tuz tüketimi Obezite İnsülin direnci Santral sinir sisteminin fazla çalışması Renin- anjiyotensin sisteminin rolü Tuz atılımında renal bozukluk İntraselüler sodyum ve kalsiyum artışı Düşük doğum ağırlığı Stres	Endokrin nedenleri Oral kontraseptifler Adrenokortikal Hiperfonksiyon Feokromositoma Akromegali Hipotiroidi, hipertiroidi Hiperparatiroidi
Riski arttıran faktörler Aşırı alkol alımı Sigara içimi Sedanter yaşam Polisitemi Nonsteroid antienflamatuar ilaçlar (NSAİİ) Düşük potasyum alımı	Renal nedenleri Kronik böbrek hastalığı Kronik piyelonefrit Akut ve kronik glomerülonefrit Polikistik böbrek hastalığı Renal arter darlığı Arteriolar nefroskleroz Diyabetik nefropati Renin salgılayan tümörler Uyku- apne sendromu Nörolojik nedenler Aort koarktasyonu

Kan basıncına göre sınıflandırılması: Diğer bir HT sınıflandırma biçimi olan kan basıncına göre sınıflandırmanın tedaviyi planlama, yönetme açısından yararları olduğu bildirilmiştir (Badır, 2014 s. 609). Bu sınıflama çeşitli kılavuzlarda aşağıda verilen tablolarda ifade edilmektedir (Tablo 2.2. ve Tablo 2.3.).

Tablo 2.2. ESC/ESH 2018 kılavuzuna göre sınıflandırma (William vd., 2018)

Kan Basıncı Sınıflaması	SKB (mmHg)	DKB (mmHg)
Normal kan basıncı	<120 ve	<80
Artmış kan basıncı	120-139 ve/veya	80-99
Evre 1 HT	140-159 ve/veya	90-99
Evre 2 HT	≥160 ve/veya	≥100
Evre 3 HT	≥180 ve/veya	≥110
İzole sistolik HT	≥140 ve	<90

Tablo 2.3. Amerika HT Kılavuzuna (AHA/ACC) göre yetişkinlerde kan basıncı sınıflandırılması (Whelton vd., 2018)

Kan Basıncı Kategorisi	SKB		DKB
Normal	<120 mmHg	Ve	<80 mmHg
Yüksek	120-129 mmHg	Ve	<80 mmHg
HT			
Evre 1	130-139 mmHg	Veya	80-89 mmHg
Evre 2	≥140 mmHg	Veya	≥90 mmHg

Ülkemiz için en uygun sınıflandırma Türk HT Uzlaşı Raporu'nda (THURP) yer alan sınıflandırma olduğu Sağlık Bakanlığı'nın kılavuzunda belirtilmiştir (HT Klinik Protokolü, 2020, s. 2). Bu tablo aşağıda verilmiştir (Tablo 2.4.).

Tablo 2.4. Klinik kan basıncı değerlerine göre kan basıncı sınıflandırılması (Aydoğdu vd., 2019)

Kategori	SKB (mmHg)		DKB (mmHg)
Normal	<120	Ve	<80
Artmış	120-139	ve/veya	80-99
HT	≥140	ve/veya	≥90
Evre 1	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2	≥160	ve/veya	≥100

Hipertansiyonun hedef organ hasarı ve kardiyovasküler risk faktörlerinin varlığına göre sınıflandırılması: Yüksek kan basıncına sahip birinci, ikinci ve üçüncü evredeki hastalar A, B ve C düzey risk gruplarına göre sınıflandırılır. HT' nin uzun süre kontrol altına alınamaması organlarda çeşitli hasarlara yol açar. Örneğin kardiyak sorunlar, serebrovasküler olaylar, retinopati, böbrek hasarı gibi birçok organa hasar verir ve buna hedef organ hasarı adı verilir. Burada diyabetin varlığı hedef organ

hasarı ve kardiyovasküler hastalıklar ile eş değer tutulmaktadır (Badır, 2014 s. 609; Rubattu, 2015).

A düzeyi risk grubundaki kişiler düşük risklidir. Kan basınç değerlerinin hangi değer olduğu fark etmeksizin hedef organ hasarı, kardiyovasküler hasar veya diğer faktörler bu grupta yer almaz. B düzeyi risk grubundaki kişiler orta risklidir. Kişiler diyabet dışında iki majör ya da iki minör risk faktörüne sahiptir. C grubundaki kişiler ise yüksek risk grubundadır. Hedef organ hasarı, diyabet ve kalp hastalığı bulunmaktadır (Badır, 2014, s. 610; Mancia vd., 2013).

Beyaz Önlük Hipertansiyonu: Hastane ortamında ya da hekimin ofisinde ölçülen kan basıncının yüksek seyretmesinin aksine evde ya da klinik dışında yapılan ölçümlerin normal değerde olmasına beyaz önlük HT' si denir. Beyaz önlük HT' nin erişkin grupta görülme oranı %10 civarındadır (HT Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022, s. 5-6; Balcı Alparslan vd., 2019, s. 9)

İzole Sistolik Hipertansiyon: Esansiyel HT' nin bir türü olmakla birlikte, sistolik kan basıncının 160 mmHg veya fazlası olması, diyastolik kan basıncının ise 90 mmHg altında olmasına izole sistolik HT denir ve yaşlılarda görülme oranı daha yüksektir (Uyan& Pektaş, 1999; Yorgun& Kabakçı, 2010; Unger, 2020 s. 1336). Ayrıca dünya çapında görülme sıklığı giderek artmaktadır (Benetos vd., 2019).

Malign Hipertansiyon: Sistolik kan basıncının ani olarak 200 mmHg üzerine çıkması ve diyastolik kan basıncının 140 mmHg'nın üzerine çıkması olarak tanımlanır. Ortalama arter basıncı ise 150 mmHg üzerine çıkar. Göz dibi muayenesinde papilla ödeminin saptanması malign tipte HT olduğunu gösterir (Yorgun& Kabakçı, 2010; Balcı Alparslan vd., 2019, s. 9).

Acil Hipertansiyon: Organ hasarına neden olan, şiddetine göre kısa süre içinde ölüme neden olan bir HT türüdür. Derecesi sayısal değerlerden çok hedef organda meydana getirdiği belirti ve bulgulara göre belirlenir. HT hastalarında gelişme oranı %1 kadar düşüktür. Gelişiminde sigara ve oral kontraseptif kullanımının etkili olduğu belirtilmiştir (Balcı Alparslan vd., 2019, s. 9-10.)

Maskeli Hipertansiyon: Hekim ofisinde ya da klinikte ölçülen kan basıncının normal sınırlarda olmasına rağmen ofis dışında ve günlük hayatta normal değerlerde olmamasıdır. Diğer bir ifade ile beyaz önlük HT' nin tersidir. Ofiste ölçülen kan basıncı 140/90 mmHg'nın altındadır fakat ofis dışında 135/85 mmHg'nın üzerindedir. Maskeli

HT' nin toplumda görülme durumu çalışmalarda değişkenlik göstermekle birlikte %8-38 aralığındadır (HT Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022, s. 6).

2.2.2. Hipertansiyonun patofizyolojisi ve risk faktörleri

Arteriyel kan basıncı, kalp debisi (KD) ve en yaygın olarak periferik vasküler yatağın kan akımına gösterdiği direnç (PVD) ile ilişkilidir. Bahsedilen bu direnç damar çapının dördüncü kuvvetiyle ters orantılı olduğundan yarıçapta az da olsa oluşan değişiklikler direnci değiştirerek kan basıncını etkiler. KD, stroke volüm ve kalp hızından etkilenmektedir (Barret vd., 2018, s. 578). HT' nin patofizyolojisine bakıldığında renin anjiyotensin sisteminin (RAS) bozulması HT' nin birçok türünün ana sebeplerinden biri olduğu görülmüştür (Nagarajan, 2023). HT' nin oluşumunda artmış sempatik sistem etkileri, baroreseptör sistem, RAS'ın devreye girmesi sonucu sistemik damar direnci ve ekstraselüler sıvının artması, sıvı elektrolit dengesi (sodyum, klor alımının artması ya da geri emiliminin artması), suyun geri emiliminin artması, tromboksan gibi vazokonstriktörlerin aşırı salınımı, nitrik oksit gibi vazodilatör maddelerin salınımında azalması, Tip 2 diyabetes mellitus (DM), obezite ve trigliserid yüksekliği, gibi patofizyolojik süreçler etkilidir (Kotchen, 2010). Ayrıca kan viskozitesinde meydana gelen artış kan basıncını arttırmaktadır. Yaşla birlikte kalp ve damarlarda arteriyosklerotik değişimlerin meydana gelmesi, damar elastikiyetinin azalması, damarlarda kollojen yapının birikmesi de HT' i oluşturan diğer süreçlerdir (Badır, 2014, s. 611-612; Balci Alparslan vd., 2019 s. 14-16; Eddouks vd., 2015; Zungur & Yıldız, 2004).

HT' de risk faktörlerine bakıldığında; HT arterlerde hasara yol açarak kalbin iş yükünü artırır. Bundan dolayı kardiyovasküler komplikasyonların en önemli belirleyicisidir (Van vd., 2019). Zamanla vücudun belirli organlarında hasara neden olur. Daha önce bahsedilen hedef organ hasarı HT' nin seyrine bağlı olarak değişmektedir. HT insidansını etkileyen başlıca risk faktörleri arasında tuz-kahve-sigara tüketimi, fiziksel aktiviteler örnek gösterilebilir (Sauma vd., 2022). Ayrıntılı bakıldığında; yaş ve cinsiyet; on sekiz yaş üstü bireylerde kadınlarda erkeklere oranla daha fazla HT hastalığı görülmekte olup yıllara oranla değerler artmıştır (Durmaz& Arslan, 2017). Genetik etmenler; kalıtsallık oranı %35- %50 arası değişmekte olup hasta bireylerde aile öyküsü sorgulanmalıdır. Irk; siyahi ırkın HT'ye daha yatkın olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (Nwankwo vd., 2013). Stres; psikolojik etmenler ve stres kardiyovasküler ve böbrek hasarları meydana getirir. Çünkü streste artan

sempatik sinir sistemi ile periferik damarlar etkilenir ve kan basıncında yükselmelere neden olur. (Durmaz&Arslan, 2017). Fiziksel aktivite; sedanter yaşamın kardiyovasküler hastalıklar için önemli risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Fiziksel olarak aktif olmayan kişiler fiziksel aktivitesi olan kişilere göre HT' ye yakalanma oranı %30- %50 daha fazla olduğu görülmüştür (Keleş, 2013). Gebelik; gebelikte meydana gelen sistemik arter HT' si anne ve bebek ölümlerinin nedenlerinden biridir. Hamilelikte HT öyküsü olanlar kardiyovasküler mortalite olarak risk altındadır (Tooher vd., 2016). Sigara; sigara içtikten sonra kan basıncı 15-30 dakika içinde 5-10 mmHg değerinde geçici olarak yükselme görülmektedir (Durmaz& Arslan, 2017). Obezite; hipertansif bireylerde 1/3- 2/3 oranında obezite varlığı saptanmıştır. Ayrıca obez bireylerde HT gelişme oranı 3 kat artmaktadır (Sharma& Engeli, 2002). Ayrıca beslenmenin düzeni, alınan gıdalarda mineral, posa ve kalori miktarı HT' i tetiklemekte ya da azaltmaktadır. Diyabet; diyabetli hastalarda HT görülmesi glomerüler filtrasyon hızının bozulmasına neden olmaktadır ve kardiyovasküler hastalıkların meydana gelmesi açısından tehlikelidir. Çünkü diyabet hastalarında HT' nin bulunması mortalite hızını ve oranını arttırmaktadır. HT' nin ve diyabetin görülmesi ise retinopati, nefropati, sol ventrikül hipertrofisi gibi komplikasyonlara neden olmaktadır (Keskin, 2017; Durmaz& Arslan, 2017).

2.2.3. Hipertansiyonda belirti ve bulgular

HT' nin gelişimi uzun bir süre almışsa kişiler genellikle belirti bulguların farkında olmadığı için sağlık kuruluşuna başvurmamaktadır. Dolayısıyla tanı ancak muayene, sağlık taramaları ile konulur. Eğer bireyin şikayetleri var ise bu hedef organ hasarından kaynaklı olarak beyin, kalp, böbrek gibi organlarda meydana gelen belirtilerdir. Genel olarak görülen belirtiler ise epistaksis, vertigo, oksipital bölgede görülen ağrı, tinnitus, palpasyon, ileri zamanlarda ise dispne, ortopne, kusma, parastezi, mental bozukluklar, noktüri, görme bozukluklarıdır. (Balcı Alparslan vd., 2019, s. 16-17; Badır, 2014, s. 612-613).

2.2.4. Hipertansiyonun komplikasyonları

HT' nin komplikasyonları kalp ve damarlarda meydana gelen değişimler ya da ateroskleroza bağlı olarak meydana gelir. Daha önce bahsedildiği gibi HT uzun dönemde belirti gösterdiği için hedef organ hasarlarına sebep olur ve bu yüzden sessiz katil olarak adlandırılır (Sawicka vd., 2011). Organlara bağlı olarak hipertansif

nefropati, kronik böbrek yetmezliği, kalp-damar hastalıkları (özellikle iskemik kalp hastalığı, miyokard infarktüs) retinopati, felçler, kalıcı sakatlıklar, diyabetik HT ve ölüm gibi durumlara sebep olur (James vd., 2014; Ma vd., 2015; Badır, 2014 s. 612-613).

2.2.5. Hipertansiyonda tanı ve tedavi

HT' nin tanılanmasında ilk değerlendirme, konulan HT tanısını doğrulama, sekonder HT' nin nedenlerini araştırma ve organ hasarlarını tespit etme adımları yer almaktadır. Öykü ve fiziksel muayene tanılamada önemli yer tutmaktadır. Öyküde hedef organa özgü belirti ve bulgular sorgulanmalı, kullanılan ilaçlar öğrenilmelidir. Ayrıca HT hastanın uyumunu içeren bir kronik hastalık olduğu için kişinin iş yaşamı, eğitimi, psikososyal faktörleri sorgulanmalıdır. Fizik muayenede kişinin beden kitle indeksi (BKİ), kardiyomegali belirti ve bulgularının yanı sıra kan basıncı ölçümü en az iki dakika aralıklarla, iki ya da daha fazla kan basıncı değerleri dikkate alınır. Laboratuvar ve diğer tanı yöntemlerinin arasında ise tam kan sayımı, kan biyokimyası, idrar örneği, Elektrokardiyografi (EKG), göğüs filmine bakılır. İleri tanılama kısmında abdominal doppler, akciğer sintigrafisi, endokrin testler, plazma renin aktivitesi (PRA), ileri nörolojik ve kardiyojenik testler ve muayeneleri yapılmaktadır. Eğer bunların sonuçlarına göre gerekiyorsa plazma ve üriner katekolamin ölçümleri, vanil mandelik asit ve metanefrin ölçümleri yapılır. (Badır, 2014 s. 613; Balcı Alparslan vd., 2019, s. 17-18; Kılıç& Üstü, 2012; Mancia vd., 2013 s. 9-10).

Farmakolojik Tedavi: HT' ye sahip hastaların hastalık evresine göre tedavi ve bakım planı oluşturulur. Günümüzde antihipertansif ilaçlarda gelişmeler yaşansa da HT hastalığı halen kronik bir sağlık sorunudur. HT tedavisinde asıl amaç kan basıncını normal sınırlarda tutmak, kardiyovasküler hastalık (KVH) oranını azaltmak ve buna bağlı mortalite ve morbitide oranını azaltmaktır (Aydın& Öztürk, 2014; Ma ve ark., 2015). Yaşam tarzı değişikliklerin etkili olmadığı ve kan basıncı 140/90 mmHg 'dan yüksek olan ya da 140/90 mmHg olan hastalara ilaç tedavisi başlanmalıdır (Weber vd., 2014). 80 yaş üstü için ilaca başlanılacak eşik değerli sistolik kan basıncı için 160 mmHg'ya eşit ya da büyük olmasıdır (Arıcı vd, 2015). T.C. Sağlık Bakanlığı HT Klinik Protokolü' ne göre ise ilaç tedavisinin HT' nin evreleri ve tipi açısından değişkenlik gösterdiği bildirilmiş olup SKB ≥ 160 mmHg, DKB ≥ 100 mmHg olduğunda ilaç tedavisine başlanması bütün kılavuzlarda ortak olduğu belirtilmiştir (HT Klinik Protokolü, 2020, s. 14). İlaç tedavisi olarak bireyin kalp ve böbrek

hastalığı gibi hastalıkları yok ise tedaviye diüretik, anjiotensin dönüştürücü (konverting) enzim inhibitörü (ACEI)- kalsiyum kanal blokerleri (KKB) ya da beta blokerler tek başına kullanılarak başlanır. Diğer ilaç grupları ise alfa adrenerjik inhibitörleri, anjiyotensin reseptör blokeri (ARB), nöral endopeptidaz inhibitörleri, selektif aldosteron antagonistleri, potasyum kanal açıcıları, endotelin ve vazopressin reseptör antagonistleridir (Balcı Alparslan vd., 2019 s. 18-19; Günel& Günel, 2010). Aronow'un 2012 yılında yayınladığı makalede diüretikler, ACEI, KKB veya betablokerler yaşlı ve genç hipertansif hastalarda primer tedavi olarak önerilse de (Aronow, 2012), ESC 2018 ve JNC 8 kılavuzlarında beta blokerler kardiyovasküler komplikasyonlara yol açması, kan basıncını düşürmede yetersiz kalması ve diüretiklerle birlikte kullanıldığında diyabet oluşma riski meydana getirdiği için tercih edilmemektedir (Williams vd., 2018; Dönmez vd., 2015). Beta bloker grubu ilaçları kullananlar ise atriyal fibrilasyon, kalp yetmezliği, koroner arter hastalığına sahip hipertansif bireylerle birlikte sempatik aktivitesi fazla olan gençler ve gebelik düşünen bireylerdir. (HT Klinik Protokolü, 2020, s. 16).

Diüretikler: Diüretikler; tiazid, loop, potasyum tutucu, aldosteron antagonistleri olarak 4 gruba ayrılır. Diüretikler erken dönemde volüm kaybına ve geç dönemde PVD' i düşürerek kan basıncına etki eder, kalp- böbrek yetmezliği olanlarda ve yaşlılarda ilk olarak tercih edilir Tiyazid grubu ilaçlar kullanılırsa hipopotasemi yönünden dikkat edilmelidir. (James vd., 2014; Agyemang vd., 2017; Balcı Alparslan vd., 2019 s. 18-19).

Beta Adrenerjik Reseptör Antagonistleri (Beta Blokörler); Beta blokerler kalp debisini azaltma, renin -anjiyotensin 2 üretimini ve noradrenalin salınımını bloke etme ve vazomotor aktiviteyi engelleme yoluyla kan basıncını düzenler, ayrıca kalp debisi, kalp hızını ve PVD' yi azaltır (Baker, 2005). Bu ilaç grubu bronkospazma yol açtığı için astımlı kişilerde dikkatli olunmalıdır. Beta blokerler insülin etkisini ve yüksek dansiteli lipoprotein düzeyini azaltması sebebiyle kilo aldırır. Bundan dolayı diyabet hastalarında ve hiperlipoproteinemini olanlarda dikkatli olunmalıdır. Ayrıca beta blokerler 65 yaş ve üstü bireylerde başlangıç tedavisinde önerilmez (Kaya vd., 2011; Balcı Alparslan vd., 2019 s. 18-19; Kılıç& Üstü, 2012; Aydoğdu vd., 2019).

ARB: ARB'ler periferik vasküler direncini düşürür ve katekolaminlerin etkilerini azaltır. Aynı zamanda ARB'ler yan etki olarak postural hipotansiyona, baş

dönmesine ve taşikardiye neden olur (Badır, 2014, s. 616; Balcı Alparslan vd., 2019 s. 20).

ACEİ: ACEİ'ler HT tedavisinde en sık kullanılan ilaçlardır. ACEİ'ler RAS'da anjiyotensin ACE' i inhibe ederek işlev görür, vazodilatasyon sağlar, aldosteron sentezini azaltır ve bradikinin yıkılmasını önleyerek kan basıncını düzenler. Bu grup ilaçların en önemli yan etkisi kuru öksürüktür. Öksürük olduğunda ise anjiyotensin reseptör blokleri (ARB) kullanılır (Badır, 2014, s. 616; Balcı Alparslan vd., 2019, s. 20; Koruk, 2019, s. 17).

KKB: KKB'ler kalsiyum iyonlarının düz kaslar içerine girmesini engelleyerek kaslarda kasılmanın azalmasına ve vasküler tonüs azalmasına neden neden olur. KKB'ler aynı zamanda arteriyel damarlarda daha çok etkili olup PVD'yi azaltır. Yüzde kızarıklığa, konstipasyona ve taşikardiye neden olduğu için KKB'ler dikkatli kullanılmalıdır. Ayrıca KKB'lerin kalp yetmezliği tedavisinde göreceli olarak kullanılması önerilmemektedir (Balcı Alparslan vd., 2019, s. 20-21; HT Klinik Protokolü, 2020 s. 18).

Diğer antihipertansif ilaçlar: Santral etkili ajanlar, renin inhibitörleri ve alfa blokerler; bu ilaçlar günümüzde çoğunlukla diğer ilaçlarla kombinasyon biçiminde kullanılır (Mancia vd., 2013 s. 30-31).

Nonfarmakolojik tedavi: HT yaşam boyu süren kronik bir hastalık olduğu için yaşam tarzı değişikliklerini de içermektedir. THURP 2019'a göre erişkin bir bireyin kan basıncı hangi evrede olursa olsun uygun yaşam tarzı değişiklikleri yapılmalıdır. HT farkındalık oranı ülkemizde yaklaşık olarak %54,7, hipertansif ilaç kullanım oranı %47,5 ve HT kontrol oranı %28,7'dir. Bu veriler HT' ye ait komplikasyonların meydana gelme riskini arttırdığı için ilaç tedavisinin yanında yaşam tarzı değişikliği de gereklidir (Balcı Alparslan vd., 2019 s. 20-21; Efe vd., 2012). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşam tarzı değişikliklerinin yararlarını şu şekilde açıklamıştır;

- Kan basıncını düşürmek
- Antihipertansif ilaca olan gereksinimi azaltmak, ilaçların etkilerini yükseltmek
- Kişideki diğer risk faktörlerini azaltmak
- HT ile beraber görülen dislipidemi ve glukoz intoleransında düzelmeye yardımcı olmak

- Primer HT oluşmasını önlemek (Balcı Alparslan vd., 2019, s. 21-22)
- HT' ye yönelik olan yaşam biçimi değişiklikleri;
- İdeal kiloda olma (BKİ' ye göre ideal olan; 20-25 kg/m²)
- Tuz kısıtlaması
- Diyet düzenlenmesi
- Alkol tüketiminin azaltılması
- Sigaranın içilmemesi
- Fiziksel aktivite
- Stresle baş etme ve rahatlama yöntemleri (Balcı Alparslan vd., 2008 s. 13).

HT' de alternatif ve tamamlayıcı tedavi uygulaması günden güne artmaktadır (Kes vd., 2016). HT' de kullanılan alternatif ve tamamlayıcı tedavi kullanım oranı Bahar ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada %51,3 olduğu vurgulanmıştır (Bahar vd., 2013).

2.2.6. Hipertansiyonda ilaç tedavisine uyumun önemi

DSÖ'ye göre HT' de tedaviye uyum ilaç tedavisi ve yaşam değişikliklerini kapsar. HT' de uyum; alanında uzman sağlık profesyonellerinin önerileri doğrultusunda tedavi alma, kan basıncı kontrolünü sağlama, reçeteye bağlı olarak ilaç kullanmadır (Teke & Arslan, 2018; Tör, 2019, s. 8-9). Özellikle ilaç tedavisine uyum kronik hastalık olan HT' nin komplikasyonlarının meydana gelmemesi için önemlidir. Örneğin inme, koroner arter hastalığı ve kalp yetersizliğine bağlı ölümleri %15- 20 oranında azaltır. Böylelikle hipertansiyonda mortalite ve morbidite oranı azalmaktadır. HT yönetiminde antihipertansif ilaca uyumu sağlamadaki engelleri kaldırmak hedef olarak ele alınmalıdır (Hacıhasanoğlu Aşıl & Gözü, 2017). Dünyada geniş bir yelpazede yapılan bir çalışmada antihipertansif ilaca uyum oranı %30- %50 bulunmuştur (Mills vd., 2016). Aynı zamanda ilaç tedavisine uyumda yalnızca hipertansif birey değil ailesinin de davranış biçimi önemlidir. Çünkü aile bireyleri hipertansif bireylerin yaşam biçimini etkilemektedir (Efe Arslan & Kılıç Akça, 2020; Williams vd., 2018; Whelton vd., 2017; Hacıhasanoğlu, 2009; Özdemir, Akyüz & Doruk, 2016; Piercefield vd., 2017).

Günümüzde HT' de kontrolün gelişen teknoloji ile ilerlemesine rağmen hastaların reçetesiz ilaç kullandığı, ilaçlarını almayı unuttuğu, ilaç zamanında uyumsuzluk yaşadığı bildirilmiştir (Wang vd., 2014; Teke & Arslan, 2018). Ayrıca

hastalarda kan basıncı düzeylerinin istenilen seviyede olmaması ilaç kullanımının doğru, etkili ya da düzenli olmamasından kaynaklanmaktadır. (Demirezen, 2006, s. 9-10).

2.2.7. Hipertansiyonun kontrolünde hemşirelik bakımı ve hemşirenin rolü

Hemşireler HT' nin takip ve tedavisini bilen, olası sonuçları tahmin ederek komplikasyonları önlemeye çalışan profesyonel sağlık ekibinin bir üyesidir. Ayrıca birinci basamakta yoğun bir biçimde görev yapmaktadır. Kronik hastalıklar genel olarak birinci basamakta yönetilen hastalıklardır. Hemşire birinci basamakta sağlık hizmetinde birey ve toplum temelli olarak hizmet veriyor olup sağlığı koruma, geliştirme ve sürdürme kapsamında yer almaktadır. Hemşireler gerekli eğitimlerle, bilgilendirmelerle, rehberlik ve danışmanlık hizmetleri ile hipertansif hastaların takip ve tedavisindeki koordinasyonunda önemli role sahiptir (Büyükbeşe & Taş, 2013; Kolcu& Ergün, 2016; Hacıhasanoğlu & Gözüm, 2011; Erci vd., 2018; Prog, 2022). Hemşire HT bakımının koordinasyonunu etkili bakım hizmeti ile ve diğer sağlık disiplinlerinin iş birliğiyle gerçekleştirmekle yükümlüdür (Yıldırım & Durna, 2021). Kurt'un 2020 yılında yayınlanan doktora tez çalışması sonucunda hipertansif bireylere verilen öz yönetim desteği ve eğitimlerin tedaviye uyumunu arttırdığı ve kan basıncı seviyelerinin istenilen seviyeye gelmesine fayda sağladığı vurgulanmıştır (Kurt, 2020 s. 98).

HT' yi genel hatlarıyla incelendikten sonra yaşlı bireye özgü HT' nin temel boyutlarının ele alınması yaşlıda hipertansiyon yönetiminde oldukça etkilidir.

2.3. Yaşlıda Hipertansiyon

Nüfus yaşlandıkça HT hastalığının görülme oranı da artmaktadır (Abdelhafiz vd., 2018). Ancak bu grupta görülen çoklu patolojiler, sendromlar nedeniyle HT yönetimi karmaşıktır ve yaşlı bireyler bu durumdan orantısız etkilenmektedirler. (Parekh vd., 2016; Shukuri vd., 2019). Yaşlı bireylerde görülen HT tanılanması ve sınıflandırılması genç gruptan farklı değildir. Ancak eşlik eden hastalıklar, birden fazla ilaç kullanımı, ortostatik hipotansiyona yatkınlık ve yaşlılık fizyopatolojisinden dolayı HT' nin klinik sonuçları, tedavi yöntemleri, hedefleri farklıdır (HT Klinik Protokolü, 2020 s. 18-19; Aslan, 2021 s. 18-19).

Epidemiyolojik olarak bakıldığında; gelişen sağlık sistemleri ve teknoloji 65 yaş üstü bireylerin yaşam süresinin uzatılmasını sağlamıştır. Dolayısıyla yaşam süresinin uzamasıyla geriatrik bireylerde sağlık problemlerinin ve kronik hastalıklarının

görülme oranı artmıştır (Özdemir vd., 2016; Efe Arslan & Kılıç Akça, 2020). HT ülkemizde ve dünyada sık görülen bir kronik hastalık olmasıyla birlikte yaşlanmayla birlikte görülme sıklığı artmaktadır (Özdemir vd., 2016; Ünsal Avdal, 2019, s.172-173). Patent2 raporunda da bu durum yaştan artmasının kan basıncını arttırmada anlamlı bir etkisi olduğu şeklinde vurgulanmıştır. Dolayısıyla HT yaşlı bireylerde önceden beridir süre gelen ve halen devam eden kronik bir hastalıktır ve kardiyovasküler hastalıkların görülme riskini arttırmaktadır (Scott vd., 2019). Endonezya’da yapılan bir çalışmaya göre HT 75 yaş üstü bireylerde %69.5, 65-74 yaş arasında %63.2 oranında görülmekte olup kadınlarda %36.9, erkeklerde %31.3 ‘tür (Sopiah vd., 2021). Dünya genelinde 60-65 yaşlardan sonraki dönemde bireylerin %60-%80 oranı hipertansiftir (Karan, 2018; Özerkan Çakal, 2017). Türkiye’de ise yaşlı hipertansif prevalansı Patent2 raporuna göre 60-69 yaş aralığında görülme oranı %67,9, 70-79 aralığında %85.2, 80 yaş üstünde ise %76.3 olduğu belirtilmiştir (Balcı Alparslan vd., 2019, s. 32-33). Ülkemizde yapılan diğer bir çalışma olan Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışması’nda (TEKHARF) 60 yaş ve üzeri her 4 bireyden birinin HT’ si olduğu ve kadınlarda erkeklere göre %10 oranında daha sık görüldüğü belirtilmiştir (Onat vd., 2017 s. 109-110).

2.3.1. Yaşlıda hipertansiyonun nedenleri

Yaşlı hipertansif bireylerin genç hipertansiflere göre HT’ nin kliniği ve tedaviye verilen yanıtı farklıdır. Yaşlı hipertansiflerde düşük kardiyak output ve yüksek sistemik vasküler direnç bulunmaktadır. Sodyum duyarlılığının artması, damar çeperinde sertleşme, damar tabakalarının fonksiyonel olarak yetersiz kalması, kan viskozitesinin yoğunluğu, dolaşımın zamanla bozulması, kalbin yapısındaki değişiklikler, santral obezitede artma, insülin direncinin artması, betaadrenarjik yanıtın azalmasına bağlı olarak katekolaminlerin vazodilatasyonunda azalma, baroreseptör duyarlılığının azalmasına bağlı postural hipotansiyon, glomerüler filtrasyon hızında azalma, renal arter stenozu, renin düzeyinde azalma sebepleriyle yaşlılarda HT görülmektedir. Ayrıca büyük damarlarda sertlik meydana gelmesiyle elastikiyetin azalmasıyla yaşlıda sistolik kan basıncı artışı olurken, bu artış sonucu endotel disfonksiyon meydana gelir. Diyastolik kan basıncının aynı kalması veya düşmesi koroner arterlerin kanlanmasını bozan bir durum olduğu için patofizyolojik süreç ağırlaşmaktadır (Balcı Alparslan, 2019 s. 32-33; Özerkan Çakal, 2017; Ünsal Avdal, 2019 s. 172-173; Oliveros vd., 2019).

2.3.2. Yaşlıda hipertansiyonun klinik bulguları ve tedavisi

Yaşlı hipertansif bireylerde HT' ye ait bulgular sık görülmemekte olup asemptomatiktir seyretmektedir. Ancak hedef organ hasarı varlığında efor dispnesi, göğüs ağrısı, nefes darlığı gibi klinik bulgular görülmektedir. Ayrıca yaşlıda baroreseptör duyarlılığı azaldığı için kan basıncı düştüğünde kalp hızı ve vasküler direnç olması gereken kadar artmaz ve değişken kan basıncı değerleri olur. Bundan dolayı antihipertansif ilaç verildiğinde ortostatik hipotansiyon ve postprandiyal hipotansiyon görülme riski artar (Balcı Alparslan, 2019 s. 32-34; Yorgun & Kabakçı, 2010).

Yaşlılardaki HT' nin tedavisine bakılacak olunursa; anahtar noktaların önemi 'Yaşlılarda Sistolik Hipertansiyon Programı -The Systolic Hypertension in the Elderly Program (STOP Hypertension)-, İsveç Hipertansiyonlu Yaşlı Hastalar Çalışması -The Swedish Trial in Old Patients with Hypertension-, Avrupa Sistolik Hipertansiyon Çalışması -The Systolic Hypertension in Europe Trial (Syst-Eur)- ve Çok Yaşlılarda Hipertansiyon -The Hypertension in the Very Elderly Trial (HYVET)' çalışmalarında vurgulanmıştır (Masoli, 2022). HT' nin tedavisi eşlik eden komorbid durumlardan dolayı yaşlı bireye özgü oluşturulmalıdır. HT tedavisinde ilk olarak yaş fark etmeksizin yaşam tarzı değişikliği yer almaktadır. Ancak yaşlı hipertansif bireyler yaşlılığın getirdiği bir takım fizyopatolojik durumdan dolayı yaşam biçimi ve davranış değişikliği konusunda zorluk çekebilmektedir. İlaç tedavisinde ise diğer hipertansif bireyler ile farklılık göstermektedir. Yaşlı hipertansif bireyde tek bir ilaç ile kan basıncını kontrol altına almak zordur. Hedef kan basıncı ile yaşlı bireyin kan basıncı arasındaki farkın 20-10 mmHg ya da daha yüksek olduğu durumlarda ikili antihipertansif tedavi önerilir. Yapılan çoğu çalışmada SKB'nin düşüş göstermesi antihipertansif ajandan bağımsız olarak kardiyovasküler fayda sağlamaktadır. İlaç tedavisi kılavuzlara göre farklılık göstermektedir. Antihipertansif ilaç tedavisinde amaç ilaç grubu seçiminden çok hedef kan basıncına ulaşılmasıdır. Birçok kılavuzda yaşlılarda hedef kan basıncı değişmekle birlikte güncel olarak belirlenen değerler 60-80 yaş arası <140/90 mmHg, 80 yaş ve üstünde ise SKB <150 mmHg olmalıdır. Yaşlı bireylerde ilaç tedavisine en düşük dozda başlanılmalı ve kademeli bir şekilde verilebilecek maksimum doza ulaşılmalıdır. HT için verilen ilaç dozu tedaviye yanıtız kalırsa başka bir sınıftan ikinci antihipertansif ilaç verilmedir (Aronow, 2008). Yaşlılarda sık görülen izole sistolik HT' de ilk olarak KKB ya da tiazid grubu diüretik

kullanılabilir. JNC 7 kılavuzunda ise ilk seçenek olarak tiazid grubu diüretik tedavi önerilir. ESC 2013 kılavuzunda hipertansif bireylere diüretik, KKB, ACEİ ve ARB ilk seçenek olarak başlanabilmektedir 2007 ESC kılavuzunda ve diğer kılavuzlarda birinci evre HT' nin yaştan bağımsız olarak tedavi edilmesi önerilmekle birlikte yaşlı hipertansiflerde evre iki ve evre üçte yapılan medikal tedavisinin faydalı olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Ek olarak yaşlılarda evre bir HT' i medikal tedavi ile tedavi etmek faydasız olup postural hipotansiyon ve bundan dolayı düşme riskini ortaya çıkarır (Ünsal Avdal, 2019 s. 174-175; HT Klinik Protokolü, 2020 s.18-19; Yorgun& Kabakçı, 2010; Özerkan Çakal, 2017; Aşkın vd., 2018)

2.3.3. Yaşlı bireylerde hipertansiyon yönetimi ve antihipertansif ilaç tedavisine uyumda hemşirelik bakımı

Yaşlı hipertansif bireyler yaşlılığın meydana getirdiği fizyolojik değişimlerle birlikte HT' nin risk faktörlerine yatkın olmaları ve eşlik eden kronik hastalıkların onların yaşam kalitelerini etkilemesi nedeniyle HT yönetiminde hemşirelik bakımına ihtiyaç duymaktadırlar (Yardımcı vd., 2012). Bakım hemşireliğin temeli olduğu için hemşirelerin etkinliği bu alanda fazladır. HT kronik bir hastalık olduğu için bakım ve izlemi uzun sürelidir. Bu sürece yalnızca yaşlı birey değil ailesi de dahil olmaktadır. Hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirenin sorumlulukları; birey ve ailesinin hastalık sürecine uyum sağlaması için yaşam tarzı değişikliklerini gerçekleştirmesi ve uyum sağlaması, hastalığın komplikasyonları hakkında bilgi vermesi, hastane ve aile sağlığı merkezi (ASM) kontrollerinin aksatılmaması için yaşlı birey ve ailesini desteklemesi, düzenli kan basıncı izlemi, medikal tedavinin etkileri, sonrasında oluşabilecek yan etkiler konusunda bilgi vermesidir. Ayrıca hemşirenin tüm bu konuları yaşlı birey ve ailesine eğitim yolu ile sunma imkanı bulunmaktadır (Koruk, 2019 s. 24-25; Balcı Alparslan, 2019 s. 32-36; Tör, 2019 s. 11-13). Daha öncede bahsedildiği gibi HT yönetiminde yaşam değişikliğinin yanında antihipertansif ilaç tedavisi önemli yer tutmaktadır. Antihipertansif ilaca uyumu sağlama, yaşlı bireylerde HT bakımının bir parçasıdır. Özellikle yaşlı hipertansif bireylerde kan basıncının kontrol altına alınabilmesi için antihipertansif ilaçların kullanımı HT evreleri kapsamında hem gerekli hem de kritiktir. Çünkü diğer etkili tedavilerin yapılmasına rağmen antihipertansif ilaca uyumsuzluk kan basıncı kontrolünü engellemektedir (Kang vd., 2015). Kankaya ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları bir çalışmada yaşlı hipertansif bireylerde ilaç

kullanım sayısı arttıkça tedaviye uyumun azaldığı belirlenmiştir (Kankaya vd., 2017). Rajpura ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yaşlı ve HT' i olan bireylerin %66'sının antihipertansif tedavisine uyumsuz olduğu belirtilmiştir (Rajpura, 2014). Ülkemizde ise Kasar ve Karadakovanın yaptığı bir çalışmada yaşlı hipertansif bireylerin %57.7 antihipertansif ilaç kullanımında hata yaptığı sonucu çıkarılmıştır (Sayın Kasar & Karadakovan, 2017). Verilen bu nicel veriler ışığında antihipertansif ilaç kullanan yaşlı bireylerin ve ailesinin ilaca uyumunu ve HT yönetimini sağlamak ve onlara kronik hastalık yönetimi konusunda destek olmak sağlık profesyonelleri olan hemşirelerin sorumluluğundadır. Hemşireler aldıkları profesyonel, kanıta dayalı bilgi ve becerilerle yaşlı hipertansif bireyin tedavi sürecinde sorumluluklarını yerine getirir ve hastalık yönetimi sürecinde hem bireye hem de bireyin ailesine danışmanlık sağlar.

Kronik hastalığa uyum sağlamada gerek yaşlı gerek genç bireylerde sağlık okuryazarlığı (SOY) düzeyi önemlidir. Kronik hastalık olan HT' ye sahip yaşlı bireylerin tedaviye uyum sağlama ve hastalığın yönetimi açısından SOY ayrıca bir önem arz etmektedir. Bu bağlamda SOY' u alt boyutlarıyla ele almak gereklidir.

2.4. Sağlık Okuryazarlığı

2.4.1. Sağlık okuryazarlığı tarihçesi ve tanımları

Sağlık okuryazarlığı (SOY) ilk kez 1974 yılında 'Sosyal Politika Olarak Sağlık Okuryazarlığı' adlı çalışmada ortaya çıkmıştır (Çiler Erdağ, 2015 s. 2-3; Yılmaz & Tiraki, 2016). 1986 yılında Ottawa'da gerçekleşen 'Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı'ndan sonra yayınlanan Ottawa Şartı'nda sağlığı geliştirme ve geliştirmenin yalnızca sağlık ekipleriyle olamayacağı, diğer sektörlerin iş birliği ile gerçekleşebileceği vurgulanmıştır. Sonrasında bilim camiasında alınan kararların halka anlaşılır dilde ve ulaşılması mümkün araçlarla topluma aktarılması gündeme getirilmiştir. Bu adımdan sonra ortaya SOY kavramı çıkmıştır (Bilir, 2014). SOY literatürü ile ilgili araştırma yapan Akyüz'ün makalesinde 1995-2019 yılları arasında konu ile ilgili yapılan yayınların artış gösterdiği, 2001 yılına kadar sadece 9 makale yayınlanıp 2018 yılına kadar ise yayın sayısının 110' a çıktığı bildirilmiştir. Bu bilgiye göre SOY popülerliği geçmiş yıllara göre arttığı yorumu yapılabilmektedir (Akyüz, 2021). Dünya çapında bakıldığında SOY 2012 yılında Avrupa Birliği ülkeleri tarafından kabul edilmiş politikalar arasında yerini almış olup Avrupa Politik Çerçevesi Sağlık 2020'nin paydasını oluşturmuştur (Çimen& Bayık Temel, 2017).

Ayrıca 8 Avrupa Birliği ülkesinde Avrupa SOY anketi kullanılarak 2012 yılında bir çalışma yürütülmüştür (Sorensen vd., 2012). Türkiye’de ise SOY araştırması 2014 yılında Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası tarafından Avrupa Birliği (HLE-EU) anketi kullanılarak Türkiye’yi temsil eden 12 bölgede rastgele seçilmiş 4924 kişiyle yapılmıştır. SOY tanımları arasında şunlar bulunmaktadır; iyi bir özyönetim ile bireylerin alacağı uygun sağlık hizmetlerinin kararını verebilmek için gerekli olan temel sağlık hizmetlerini elde etme, tedaviyi ve hastalığın getirdiği belirti bulguları elde etme, işleme ve anlama kapasitesi olarak tanımlanabilmektedir. (Du vd., 2018). Avrupa’da yayınlanan anket çalışmasında SOY bireylerin temel bilgileri edinme, anlama ve kullanma yeteneği, gerekli sağlık bilgilerini kullanarak tedavi alma durumu olarak tanımlanmıştır (Sorensen vd., 2012). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü’nde (2011) SOY; ‘Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder’ şeklinde tanımlanmıştır (Erkoç vd., 2011 s. 10). DSÖ’nün tanıma göre SOY; “sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bir bireyin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma becerisi” olarak tanımlanır (WHO Report, 1998). Amerikan Tıp Derneğinin (The American Medical Association-AMA) tanımına göre SOY; ‘Bireylerin sağlıkla ilgili mesajları okuyabilmesi, ilaç kutularının üzerini okuyup anlaması, sağlık çalışanları tarafından söylenenleri anlayıp yapabilmesi’ şeklinde tanımlanmıştır (Berberoğlu vd., 2018). The European Health Literacy Survey Consortium (HLS-EU Consortium) (2012) tarafından yapılan SOY tanımında insanların hayatını devam ettirebilmesi için yaşam kalitesini yükseltmesi, sağlık hizmetlerine ulaşımı sağlaması yoluyla hastalıktan korunma ve sağlığını geliştirmesi gerektiği fikir bilincine ulaşması, bu aşamalarda rol oynayan moral, motivasyon ve yeterliliğe erişmesi, en sonunda bahsedilen bu kapsamlarda eylem planlarını gerçekleştirme kapasitesine sahip olma durumunun önemi vurgulanmıştır (Teleş& Kaya, 2018). Bu kapsamda kişinin sağlığı ile ilgili bilişsel ve sosyal beceri devreye girmektedir (Aras & Bayık Temel, 2017).

SOY’ un içeriği olarak sadece reçete edilen ilaçların nasıl kullanılacağı, hastane randevu takibi, doktor açıklamaları, tıbbi eğitim broşürlerini anlama ve yorumlama ve bu sistemlerle baş edebilme durumu değil kişinin hastalığını bilmesi, sağlık hizmetleri doğru kullanması ele alınır (Türkoğlu, 2017; Kendir Çopurlar & Kartal, 2015).

Düşük SOY incelendiğinde; SOY seviyesi düşük olan bireylerin sahip olduğu genel sağlık düzeyi düşük olduğu çok sayıda çalışmada bildirilmiştir (Rosas-Salazar vd., 2012). Kişilerin sağlıklı, doğru kararlar verebilmeleri için SOY düzeyleri yeterli olmalıdır (İlgaz & Gözüm, 2016). Ancak bu seviye düşük olduğunda kişilerin kendi sağlık durumları hakkında karar verme yetileri zor olup başkalarına bağımlıdırlar ve bu kişiler riskli sağlık davranışlar sergilemektedirler. Düşük SOY’ da kronik hastalık yönetimi zayıflamakta olup hastanelerde yatış süresi uzamaktadır (Mansur & Ülke Şimdi, 2022). Ayrıca düşük SOY’ da sağlık hizmetlerinden doğru ve aktif şekilde yararlanma durumu yoktur (Çatı, Karagöz, Yalman & Öcel, 2018; Berkman vd., 2011). Bu bireylerin tedavi için hastanede kalma süresi ve tedavi süreci uzamaktadır dolayısıyla olumsuz sağlık sonuçları ortaya çıkmaktadır (Sezer& Kadioğlu, 2014). Düşük SOY yalnızca birey için değil, yaşadığı toplum ve ülkeler için sorun teşkil etmektedir, maliyeti arttırmaktadır. (Berberoğlu vd., 2018; Öncü vd., 2020; Berkman vd., 2010; Öncü vd., 2018). Bu sebeplerden dolayı SOY düzeyinin belirlenmesi, klinik olarak kontrolü sağlamada ve bireyler açısından önemlidir (Davis vd., 1998). Ülkemizde Okyay ve arkadaşlarının Avrupa SOY ölçeğine göre yaptıkları bir çalışmada katılanların sağlık okuryazarlık seviyesi %13,1 yetersiz, %39,6 sorunlu, %32,9 yeterli ve %14,5 mükemmel olarak saptanmıştır, yaş gruplarında ise 65 yaş ve üstü iki kişiden birinin SOY düzeyi düşük bulunmuştur (Abacıgil vd., 2016).

2.4.2. Hipertansiyonda sağlık okuryazarlığının önemi

HT kronik bir hastalık olduğu için hastalığı uyum için yalnızca ilaç tedavisi yetmeyip, yaşam değişikliği de gerekir. Dolayısıyla hasta bireylere HT’ nin ne olduğunun, nedenlerinin, komplikasyonlarının, tedavi şeklinin ve yaşam tarzı değişikliklerinin anlatılması; anlatılanların karşı tarafa ulaşması, karşı tarafın anlaması, algılaması, uygulaması ve uyguladığı şeylerin değerlendirmesi hastalık yönetiminde oldukça önemlidir. Kore’ de geriatrik hipertansif bireylerde yapılan bir çalışmada SOY ile bireyin hastalığa ait özyönetim davranışları arasında pozitif olarak anlamlı ilişki bulunduğu saptanmıştır (Hong & Lee, 2023). Yapılan bir diğer çalışmada hipertansiyon yönetiminde ilaç tedavisine uyumda SOY’ un önemi vurgulanmıştır (Al-Ali & Telfah, 2023). Ayrıca SOY düşüklüğünün HT kontrolünün azalmasına sebep olduğu belirtilmiştir (Bilir, 2014; Öncü vd., 2020).

2.4.3. Sağlık okuryazarlığında hemşirenin sorumlulukları

SOY’ da bilgiyi anlamak kadar bilgiye ulaşmak öncelikli adımdır. Bilgiye ulaşma bakımından sağlık profesyoneli olan hemşirenin sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşireler sağlık profesyonellerin içerisinde yer alan büyük bir gruptur. Hasta eğitimi, planlama, gerçekleştirme, değerlendirme ve geri dönüt almak hemşirelik mesleğinin içerisinde yer almaktadır. Eğitim konusunda hemşire hasta ve ailesine hastalık hakkında eğitim düzenler, uygular. Bu noktada sağlık- bakım kalitesinin artmasında hemşire kilit rol üstlenmektedir. Hastanın SOY’ a ilişkin farkındalığı hemşirenin danışmanlığı içerisinde yer almaktadır. Ayrıca politika ve prosedür SOY’ u güçlü kılmakta olup hemşireliğin kanıta dayalı özelliğini güçlendirmektedir (Mayer & Villaire, 2011; Kaya & Karaca Sivrikaya, 2018).

Hemşire, hastanın SOY düzeyinin farkında olmalı, iletişim engellerini göz önünde bulundurarak iyileştirme planları yapmalıdır. Ayrıca hemşire yaşa uygun çeşitli öğrenim stratejileri geliştirerek yaşlı bireyin SOY seviyesine katkıda bulunmalıdır (Speros, 2009), eğitim içeriklerini hastaya göre planlayarak sunmalıdır. Hemşireler sahip oldukları vizyon ve güçle birlikte kanıta dayalı uygulamalar ile hasta ve ailesinin SOY düzeyini yükseltmek için gayret içinde olması hemşirelik mesleği içerisinde inşa edilir (Kaya& Karaca Sivrikaya,2018).

2.5. Yaşlı Hipertansif Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Antihipertansif İlaç Tedavisi İlişkisi

Geriatrik bireylerde SOY düzeyi, bireyin beraberinde getirdiği yaşamsal değişikliklerle yakından ilgilidir (Bilir, 2014). Dolayısıyla yaşlı bireyin tedaviye uyumunda SOY önemlidir (Öztaş & Korkmaz Arslan, 2019). Abacıgil ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı bir çalışmada 65 yaş ve üstü bireylerden her iki kişiden birinin SOY düzeyi yetersizdir (Abacıgil vd., 2016 s. 39). HT hastalığı da yaşam boyu alışkanlıklar ve davranışlarla ilgili olduğu için SOY, hipertansif geriatrik bireyin hastalığını kontrol etmede önemlidir. Yapılan bir araştırmada HT’ nin kontrolünde SOY düzeyini belirlemeye yönelik araştırmalara ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır (Öncü, 2018). Diğer bir çalışmada HT’ i olanlarda kronik hastalığı yönetebilmek, izlem ve koordinasyon alanlarındaki yetersizleri gidermek için SOY’ a yönelik çalışmalar yapılması gerektiği belirtilmiştir. Çünkü SOY’ daki yetersizlikler olumsuz sağlık çıktılarına, riskli sağlık davranışlarına, hastaneye yatışların artmasına

ve maliyetlerin artmasına neden olmaktadır (Öncü vd., 2018). Ülkemizde HT' da ilaç kullanımının SOY ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmalar mevcuttur. Ancak geriatric yaş grubunda olup HT tanılı olan hastalarda antihipertansif ilaç kullanımı ve SOY ilişkisi ile ilgili nesnel verilere ihtiyaç vardır. Çünkü geriatric bireyler genellikle çoklu antihipertansif ilaç kullandıkları için SOY' un onların antihipertansif ilaca uyumlarını ne şekilde etkilediğine dair verilerin değerlendirilmesi gereklidir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Etik Kurul Onayı

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın etik olarak uygunluğu açısından Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu’ndan 05.11.2020 tarihli E-25403353-050.99-107576 sayılı yazılı izin (EK I) alındı. Sonrasında çalışmanın yapılacağı Gebze Fatih Devlet hastanesi için T.C. Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü’nden 65530689-799 sayılı yazılı izin (EK VI) alındı. Araştırmaya katılan bireylerden çalışmaya gönüllü olarak katıldığına dair yazılı olarak onam alındı.

3.2. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, hipertansiyon tanılı geriatrik bireylerde sağlık okuryazarlığı ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanan tanımlayıcı- kesitsel araştırma türündedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni 01.01.2021- 30.06.2021 tarihleri arasında Gebze Fatih Devlet Hastanesi’nde kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, dahiliye ve nefroloji servislerinde yatan 65 yaş ve üstü olan ve hipertansiyon tanısı olup antihipertansif ilaç kullanan bireyler oluşmaktadır. Örneklem seçiminde güç analizi hesaplamaya gidilmemiştir. Örneklem grubu belirtilen evren içerisinde örneklem seçim kriterlerine uyan 284 bireyin rastgele seçilmesiyle oluşturulmuştur. Çalışma bittikten sonra güç analizi yapılmıştır.

Örneklem dahil edilme kriterleri;

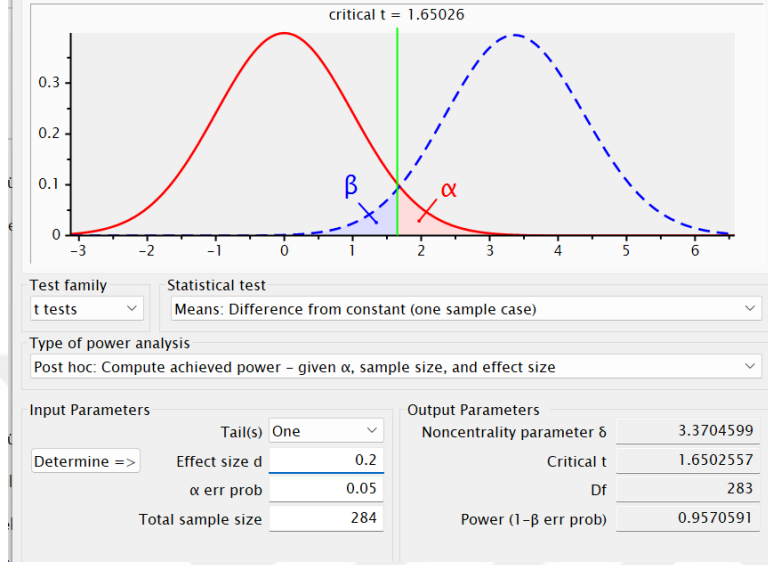
- İletişim sorunu olmayanlar
- 65 yaş ve üstü kadın / erkek bireyler

Örneklem dışlama kriterleri;

- Kanseri ve herhangi bir organ yetmezliği gibi kompleks hastalığı olanlar
- Mental ve emosyonel durumlarını etkileyecek demans ve psikiyatrik hastalık tanısı almış olanlar

Araştırmaya son verme kriterleri;

- Çalışmaya katılan yaşlı bireyler çalışma başladıktan sonra çalışmadan ayrılmak istediklerinde,
- Dışlanma kriterlerinde yer alan durumlar geliştiğinde



Şekil 3.1. G*POWER analiz raporu

Araştırma sonrasında araştırmanın gücünü hesaplamak için G*Power 3.1.9.4 programında tek örneklem için yapılan post-hoc testinin sonunda toplam 284 kişiden oluşan örneklem grubunda etki büyüklüğü Cohen'in 0.2 (küçük) olduğu durumda $\alpha=0.05$ güven düzeyinde çalışmanın gücü %95 olarak bulunmuştur. Bu durumda %95 güç için örneklemde yer alan 284 kişinin yeterli olduğu söylenebilmektedir (Şekil 3.1.).

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 01.01.2021- 30.06.2021 tarihleri arasında Gebze Fatih Devlet Hastanesi kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, dahiliye ve nefroloji yatan hasta servislerinde yapıldı.

Gebze Fatih Devlet Hastanesi 1981 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) Gebze Dispanseri olarak faaliyetine başlamış, 17 Ağustos 1999 Marmara Depremi nedeniyle ihtiyaca binaen 11 Eylül 1999'da hastaneye dönüştürülmüştür. Hastane 19 Şubat 2005'de Sağlık Bakanlığı'na devredilerek 'Gebze Fatih Devlet Hastanesi' adını almıştır. Ayrıca hastanemize bağlı 4500 m2 alan üzerine kurulu 1785 m² kapalı alana sahip 2 katlı Beylikbağı Semt Polikliniği bulunmaktadır. 2019 yılı Eylül ayından beri

hastanemize bağılı olarak hizmet vermektedir. Hastanede kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi servisi Ocak, 2022 tarihine kadar karma olup 10 yatak kalp damar cerrahisine, 20 yatak kardiyolojiye aitti. Bu tarihten itibaren iki servis ayrılmıştır. 27 yatak kardiyoloji servisine ait olup serviste 11 hemşire ve 7 kardiyoloji uzmanı çalışmaktadır. Kalp damar cerrahisi servisinde 15 yatak olup serviste 9 hemşire ve 4 kalp damar cerrahisi uzmanı çalışmaktadır. Dahiliye ve nefroloji servisi karma olup 28 yataklıdır ve 2 yatak nefrolojiye aittir. Serviste 12 hemşire, 11 dahiliye uzmanı ve 1 nefroloji uzmanı çalışmaktadır.

Araştırmanın yapıldığı servislerde yatan bireylere antihipertansif ilaç uyumuna yönelik yazılı veya sözlü rutin bir eğitim verilmemektedir. Ayrıca daha öncesinde yatan hastaların SOY düzeyleri değerlendirilmemiştir.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmaya etik kurul izni ve kurum izni alındıktan sonra başlanmıştır. Hastalardan ‘bilgilendirilmiş gönüllü onam formu’ ile yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama formları; Tanımlayıcı özellikler veri toplama formu, Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği (AİTUÖ) ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32 (TSOY-32)’dir.

3.5.1. Veri toplama araçları

Tanımlayıcı özellikler veri toplama formu: Veri toplama formunda sosyodemografik özellikler için 7 soru, kronik hastalık- hipertansiyona ait 12 soru ile toplamda 19 sorudan oluşan veri toplama formu bulunmaktadır (Tör, 2019, s. 54-56).

Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği: Ölçek Morisky ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilmiştir. Demirezen (2006) tarafından ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış, Cronbach Alpha değeri 0.82 olarak bulunmuştur. Dokuz ifadeden oluşan ölçeğin ilk sekiz sorusu “Evet (1)” ve “Hayır (0)” olarak yanıtlanmaktadır. Dokuzuncu soru “Hiç/Nadiren (1)”, “Ara sıra (2)”, “Bazen (3)”, “Genellikle (4)” ve “Her zaman (5)” olarak yanıtlanmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan 1-13 arasında değişmektedir. 1-7 puan alanlar antihipertansif tedaviye uyumlu, 8 ve üzerinde puan alanlar tedaviye uyumsuz olarak tanımlanmaktadır (Demirezen, 2006 s. 30-31).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32 (TSOY-32): Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu (HLS-EU CONSORTIUM, 2012) tarafından geliştirilen kavramsal çerçeveye dayanan 32 soruluk yeni bir sağlık okuryazarlığı ölçeğidir. Bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği TC Sağlık Bakanlığı adına Okyay ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yayınlamıştır. Ölçeğin iç tutarlılık analizi sonucu Cronbach Alpha değeri 0,927 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınan 0-25 arası puan yetersiz sağlık okuryazarlığını, 25-33 arası puan sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığını, 33-42 arası puan yeterli sağlık okuryazarlığını ve 42-50 arası puan mükemmel sağlık okuryazarlığı olarak tanımlanmaktadır (Okyay, Abacıgil & Harlak, 2016 s. 79).

3.5.2. Araştırmanın uygulama akışı

Veri toplamadan önce kurumun ve yataklı servisin yetkili kişisi ile görüşülmüş, tez içeriği hakkında bilgi verilmiştir ve çalışmanın veri toplama formları gösterilmiştir. Veri toplamadan önce servis hemşiresi ile birlikte hipertansiyonu olan hastalar sorgulanmıştır. O günkü hasta listesinde çalışma kriterlerine uyan hastalar belirlenerek rastgele bir biçimde hemşire refakatinde, hemşire için uygun olan zaman diliminde, bireyin mahremiyeti açısından hasta odasında, yaşlı bireylere uygun olan zaman diliminde (yemek, uyku, bakım ve tedavi saatleri dışında, idarenin uygun gördüğü zamanda) veri toplanmıştır. Servis hemşiresi veri toplamadan önce araştırmacıyı yaşlı bireye ve yakınlarına tanıtmıştır. Ardından araştırmacı tekrar yaşlı birey ve yakınlarına kendisini tanıtip çalışma hakkında kendilerine bilgi vermiştir. Sonrasında yaşlı bireylerin bilgilendirilmiş onamı alınarak çalışmaya başlanmıştır. Veri toplama işlemi araştırmacı ve yaşlı birey ile karşılıklı soru- cevap şeklinde olup yaklaşık 25-30 dakika sürmüştür. Anket ve ölçek soruları yaşlı bireyin verdiği cevaplar doğrultusunda araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Sağlık okuryazarlığı, Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum

Bağımsız değişkenler: Yaş, sosyoekonomik durum, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, SGK, bireyin birlikte yaşadığı kişiler, hipertansiyon tanı alma süresi, kronik hastalık varlığı, bireyin kullandığı ilaçlar, ailede hipertansiyon

tanısı almış olma durumu, hastaneye kontrole gelme sıklığı, evde tansiyon aleti olma durumu, tansiyon ölçme sıklığı, hastane dışında bireyin tansiyonunu ölçen kişi

3.7. Araştırma Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda 284 katılımcıdan elde edilen verilerin analizi IBM SPSS Statistics 22 (SPSS Inc., Chicago, IL) programında uygun istatistiksel yöntemler ile değerlendirilmiştir. Araştırmada kullanılan verilerin çarpıklık ve basıklık değerleri baz alınarak normallik dağılımı varsayımını sağladığı tespit edilmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerlerini -1.5 ile +1.5 arasında olduğu tespit edildiği için ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği söylenebilmektedir (Tabachnick, Field 2013). Bu nedenle ölçek puan karşılaştırmaları yapılırken parametrik testler kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçekler ile demografik karşılaştırmalarda Independent Sample T-Test ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Verilerin analizinde; tanımlayıcı kategorik verileri sayı (n) ve yüzde (%), nicel verileri ise ortalama ve standart sapma değerleri, çarpıklık, basıklık, minimum ve maksimum değerleri gösterilmiştir. Verilerde kayıp veri (missing value) olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca nitel (kategorik) değişkenler arasında ilişki olup olmadığı Ki Kare analizi ile incelenmiş ve Pearson Ki Kare ve Fisher Exact testi kullanılmıştır. Ayrıca ölçeklerin total puan üzerinden karşılaştırılmasında Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

COVID-19 pandemisinden dolayı izin ve çalışma süresinin uzaması, ayrıca örneklem seçerken servislerin her dönem belli kapasitede hasta olmamasından dolayı tabakalı yöntem kullanılmaması, yaşlı bireylerin yanında refakat eden bireyler çalışmamızın veri toplama aşamasında yaşlı bireye destek olmuşlardır. Çünkü çalışmaya alınan grup yaşa bağlı olarak fizyolojik hareketlerinde yavaşlama olduğu için onam formunu imzalama vb. konularda yaşlı bireyin yanında refakat eden kişiye ihtiyaç duyulmuştur. Bundan dolayı yaşlı bireye refakat eden kişinin de uygun zaman diliminin beklenmesi, HT'ye özgü SOY ölçeği olmamasından dolayı genel SOY ölçeği kullanılması ve geriatrik bireylerin sağlık kuruluşu dışında hipertansiyon ile ilgili kapsamlı bir eğitim alma durumunun bilinmemesi araştırmamızın sınırlılıklarıdır.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular 4 başlık altında incelendi.

- Geriatrik bireylerin sosyodemografik özellikleri ile hastalık ve bakım özelliklerinin incelenmesi
- Geriatrik bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi
- Geriatrik bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi
- Geriatrik bireylerin antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumlarının incelenmesi

4.1. Geriatrik Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile Hastalık ve Bakım Özelliklerinin İncelenmesi

Tablo 4.1. Geriatrik bireylerin sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi

Değişkenler	Kategoriler	Frekans (n)	Yüzde(%)
Cinsiyet	Kadın	145	51.1
	Erkek	139	48.9
Yaş	$\bar{x} \pm SS$	Min	Max
	73.15 $\pm$ 7.18	65	95
Medeni durum	Evli	283	99.6
	Bekar	1	0.4
Eğitim durumu	Okuryazar değil	119	41.9
	İlköğretim	137	48.2
	Ortaöğretim	19	6.7
	Yükseköğretim	9	3.2
Gelir durum	Gelir gidere denk	266	93.7
	Gelir giderden az	10	3.5
	Gelir giderden fazla	8	2.8
SGK	Var	248	87.3
	Yok	36	12.7
Birlikte yaşadığınız kişiler	Eşi ile	92	32.4
	Çocukları, yakını ile	111	39.1
	Yalnız	31	10.9
	Diğer *	50	17.6

* Huzurevi-bakımevi

Yukarıdaki tabloda araştırmaya katılanlara ilişkin demografik bilgiler frekans ve yüzde olarak verilmiştir. Bu tabloya göre katılımcıların yaş ortalaması 73.15 yıl, %51.1'i kadın, %99.6'sı evli, %48.2'si ilköğretim mezunu, %93.7'sinin maddi durumu gelirinin giderine denk, %87.3'ünün SGK'sı olduğu, %39.1'inin çocukları-yakını ile yaşadığı belirtilmiştir (Tablo 4.1.).

Tablo 4.2. Geriatrik bireylerin hastalık ve bakım ile ilgili özelliklerinin incelenmesi

Değişkenler		Kategoriler	Frekans (n)	Yüzde(%)
Hipertansiyon tanısı ile geçirilen süre		0-59 ay	32	11.2
		60-119 ay	51	18
		120-179 ay	65	22.9
		180 ay ve üzeri	136	47.9
Hipertansiyona yönelik kullanılan ilaçlar **	Beta Bloker	Kullanan	78	27.5
	ACEİ	Kullanan	112	39.4
	ARB	Kullanan	84	29.6
	KKB	Kullanan	114	40.1
	Diüretikler	Kullanan	106	37.3
	Alfa Bloker	Kullanan	19	6.7
Başka bir kronik hastalık olma durumu		Var	275	96.8
		Yok	9	3.2
Kronik hastalıklar**	KAH	Var	175	61.6
	KKY	Var	37	13
	SVO	Var	4	1.4
	Kronik Akciğer Hastalığı	Var	78	27.5
	Karaciğer Hastalığı	Var	15	5.3
	Dişabet	Var	166	58.5
	Böbrek Hastalığı	Var	270	95.1
Ailede Hipertansiyon Tanısı Almış Olma Durumu		Alan	201	70.8
		Almayan	83	29.2
Sağlık Kuruluşuna Kontrole Gelme Sıklığı		6 ay ve altı	220	77.5
		6 üzeri	64	22.5
Evde Tansiyon Aleti Olma Durumu		Olan	234	82.4
		Olmayan	50	17.6
Tansiyonu Evde Ölçme Sıklığı		Her gün	76	26.8
		0-14 günde bir	20	7
		Semptom gösterdiğinde	143	50.4
		Ölçmüyor	45	15.8
Tansiyonu Ölçen Kişi		Kendisi	116	40.8
		Evde olan yakını	121	42.6
		Eczacı	24	8.5
		Diğer***	23	8.1
Hastane Servisinde Tansiyon Ölçülme Sıklığı		Günde bir defa	27	9.5
		Günde 1-3 defa	207	72.9
		Günde 3 ve üzeri	50	17.6
Yatılan servis		Kardiyoloji- Kvc	186	65.5
		Dahiliye-Nefroloji	98	34.5

** n katlanmıştır.

*** Aile Sağlığı Merkezi (ASM)-Eczane-vb. kurumlar

Yukarıdaki tabloda, katılımcıların kronik hastalıklarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde, HT tanısı alma süresi değişkeni içerisinde katılımcıların %47.9'unun 180 ay ve üzerinde tanı aldığı, HT' ye yönelik kullanılan ilaçlar incelendiğinde %27.5'inin beta bloker, %39.4'ünün ACEİ inhibitörü (ACEİ),

%29.6'sının anjiotensin reseptör blokeri (ARB), %40.1'inin kalsiyum kanal blokeri (KKB), %37.3'ünün diüretik, %6.7'sinin alfa bloker kullandığı saptanmıştır. Katılımcıların başka bir kronik hastalığa sahip olma durumu incelendiğinde katılımcıların %96.8'inin başka kronik hastalığı olduğu, kronik hastalığı olanların %61.6'sının koroner arter hastalığına (KAH), %13'ünün konjestif kalp yetmeliğine (KKY), %1.4'ünün serebrovasküler olaya (SVO), %27.5'inin kronik akciğer hastalığına, %5.3'ünün karaciğer hastalığına, %58.5'inin diyabet hastalığına, %95.1'inin böbrek hastalığına sahip olduğu saptanmıştır. Ailede HT tanısı almış olma durumu incelendiğinde katılımcıların %70.8'inin ailesinde HT olduğu belirlenmiştir. Hastaneye yatış dışında sağlık kuruluşuna kontrole gelme sıklığı incelendiğinde, katılımcıların %77.5'inin 0-6 ay ve altında kontrole geldiği, %82.4'ünün evinde tansiyon aletinin bulunduğu, tansiyonu evde ölçme sıklığı incelendiğinde, %50.4'ünün semptom gördüğünde tansiyonunu ölçtüğü, hastane dışında tansiyonu ölçen kişiler incelendiğinde, %42.6'sının evde olan yakının tansiyonunu ölçtüğü tespit edilmiştir (Tablo 4.2.).

4.2. Geriatrik Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 4.3. Ölçeklere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerin incelenmesi

Ölçekler	Ortalama $\pm$ SD	Min	Max	Çarpıklık (Skewnes)	Basıklık (Kurtosis)
Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği (AİTUÖ)	5.04 $\pm$ 2.02	2	11	0.661	-0.254
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)	33.23 $\pm$ 10.32	9.38	50	-0.077	-1.067

Ölçeklere ilişkin tanımlayıcı istatistikler yukarıdaki tabloda verilmiştir. Buna göre, Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği' ne ilişkin ortalamanın 5.04 $\pm$ 2.02, ölçekten alınan minimum puanın 2, maksimum puanın 11 olduğu, çarpıklık değerinin 0.661, basıklık değerinin ise -0.254 olduğu tespit edilmiştir. TSOY-32 ölçeğine ilişkin ortalamanın 33.23 $\pm$ 10.32 olduğu, minimum puanın 9.38, maksimum puanın ise 50 olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğe ilişkin çarpıklık değerinin -0.077, basıklık değerinin ise -1.067 olduğu görülmüştür. Her iki ölçeğe ilişkin çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde ölçeklerin normallik dağılımı varsayımını sağladığı tespit edilmiştir.

Çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1.5 ile +1.5 arasında olduğu tespit edildiği için ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği saptanmıştır (Tabachnick& Field 2013)

Tablo 4.4. Geriatrik bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi

TSOY-32		Antihipertansif ilaç tedavisine uyum		χ^2 p
		Tedaviye Uyumlu	Tedaviye uyumsuz	
Yetersiz sağlık okur yazarlığı	n	71	8	$\chi^2= 2.240$ p= 0.524
	%	89.9	10.1	
Sorunlu-sınırlı sağlık okur yazarlığı	n	60	13	
	%	82.2	17.8	
Yeterli sağlık okur yazarlığı	n	58	9	
	%	86.6	13.4	
Mükemmel sağlık okur yazarlığı	n	54	11	
	%	83.1	16.9	

Yukarıdaki tablo incelendiğinde yapılan analiz sonucunda TSOY düzeylerine göre antihipertansif ilaç tedavisinde uyumun farklı olmadığı saptanmıştır (p>0.05)

Tablo 4.5. Geriatrik bireylerde sağlık okuryazarlığı ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi

Ölçekler		AİT
TSOY	Pearson	0.102
	p	0.087
	N	284

Yukarıdaki tabloda TSOY-32 ölçek puanı ile AİTUÖ puanı arasındaki ilişkinin incelenmesi için Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Buna göre, iki ölçek puanı arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur (p=0.087>0.05).

4.3. Geriatrik Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İncelenmesi

Tablo 4.6. Geriatrik bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi

TSOY-32 düzeyleri	Frekans (n)	Yüzde (%)
Yetersiz sağlık okuryazarlığı	79	27.8
Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	73	25.7
Yeterli sağlık okuryazarlığı	67	23.6
Mükemmel sağlık okuryazarlığı	65	22.9

Yukarıdaki tabloda geriatrik bireylerde SOY düzeyleri incelenmiştir. Hastaların TSOY’ den aldıkları puanlar sonucunda bireylerin %27.8’inin yetersiz, %25.7’sinin sorunlu-sınırlı, %23.6’sının yeterli ve %22.9’unun mükemmel SOY’a sahip olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.5.).

Tablo 4.7. Geriatrik bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sosyodemografik özelliklere göre dağılımının incelenmesi

Değişkenler	Yetersiz sağlık okur yazarlığı n (%)	Sorunlu-sınırlı sağlık okur yazarlığı n (%)	Yeterli sağlık okur yazarlığı n (%)	Mükemmel sağlık okur yazarlığı n (%)	Test değeri χ^2 p
Cinsiyet Kadın Erkek	18 (22.8) 61 (77.2)	31 (42.5) 42 (57.5)	39 (58.2) 28 (41.8)	57 (87.7) 8 (12.3)	68.498 p< 0.001
Medeni durum Evli Bekar	78 (98.7) 1 (1.3)	73 (100) 0 (0)	67 (100) 0 (0)	65 (100) 0 (0)	2.613 p= 0.999

χ^2 : Ki Kare Testi

Cinsiyet: Sütun yüzdeleri baz alınmıştır.

Tablo 4.7. Geriatrik bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sosyodemografik özelliklere göre dağılımının incelenmesi (devam)

Değişkenler	Yetersiz sağlık okur yazarlığı n (%)	Sorunlu-sınırlı sağlık okur yazarlığı n (%)	Yeterli sağlık okur yazarlığı n (%)	Mükemmel sağlık okur yazarlığı n (%)	Test değeri χ^2 p
Eğitim durumu Okuryazar değil İlköğretim Ortaöğretim Yükseköğretim	4 (%5) 52 (65.8) 17 (21.5) 6 (7.7)	19 (26) 51 (69.9) 2 (2.7) 1 (1.4)	41 (61.2) 24 (35.8) 0 (0) 2 (3)	55 (84.6) 10 (15.4) 0 (0) 0 (0)	129.744 p< 0.001
SGK Var Yok	77 (31) 2 (5.6)	70 (28.3) 3 (8.3)	58 (23.4) 9 (25)	43 (17.3) 22 (61.1)	38.536 p< 0.001
Gelir durumu Gelir gidere denk Gelir giderden az Gelir giderden fazla	74 (93.6) 1 (1.3) 4 (5.1)	70 (95.9) 1 (1.4) 2 (2.7)	64 (95.5) 2 (3) 1 (1.5)	58 (89.2) 6 (9.3) 1 (1.5)	8.263 p=0.165
Birlikte yaşadığı kişiler Eşi ile Çocukları-yakını ile Yalnız Diğer	30 (32.6) 39 (35.1) 7 (22.6) 3 (6)	30 (32.6) 21 (18.9) 10 (32.3) 12 (24)	24(26.1) 17 (15.3) 6 (19.4) 20 (40)	8 (8.7) 34 (30.7) 8 (25.7) 15 (30)	37.659 p< 0.001

χ^2 : Ki Kare Testi

Eğitim durumu: Sütun yüzdeliği baz alınmıştır.

SGK: Satır yüzdeliği baz alınmıştır.

Birlikte yaşadığı kişiler: Satır yüzdeliği baz alınmıştır.

Yukarıdaki tabloda TSOY düzeyleri ile; cinsiyet, eğitim durumu, SGK ve araştırmaya katılanların birlikte yaşadığı kişiler arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir, Buna göre yetersiz SOY düzeyine sahip bireylerin %77.2'sinin erkek olduğu gözlemlenirken, mükemmel SOY' a sahip hastaların %87.7'sinin kadın olduğu, ayrıca sorunlu-sınırlı SOY düzeyindeki hastaların %57.5'inin erkek, %42.5'inin kadın, yeterli SOY düzeyine sahip olan hastaların ise %58.2'sinin kadın, %41.8'inin erkek olduğu gözlenmiştir, dolayısıyla kadınların SOY düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu söylenebilmektedir; bireylerden yetersiz SOY' a sahip olan bireylerin

%65.8'inin ve sorunlu- sınırlı SOY' a sahip bireylerin %69.9'unun eğitim durumunun ilköğretim olduğu, yeterli SOY düzeyine sahip olanların %61.2'sinin okuryazar olmadığı ve mükemmel SOY' a sahip olanların da %84.6'sının okuryazar olmadığı belirlenmiştir; SGK'sı olanların %31'inin yetersiz SOY düzeyine sahipken, SGK'sı olmayanların %61.1'inin mükemmel düzeyde SOY' a sahip olduğu tespit edilmiştir; eşi ile yaşayanların %32.6'sının yetersiz ve sorunlu-sınırlı SOY düzeyine sahipken, çocukları-yakını ile yaşayanların %35.1'inin yetersiz SOY' a sahip olduğu ve %30.7'sinin mükemmel SOY düzeyine sahip olduğu, yalnız yaşayanların %32.3'ünün sorunlu- sınırlı SOY' a sahipken diğer bölümlerde yaşayanların %40'ının yeterli SOY düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$; $p<0.001$; $p<0.001$; $p<0.001$).

TSOY düzeyleri ile medeni durum ve gelir durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6.).

Tablo 4.8. Geriatrik bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yaş değişkeni bakımından incelenmesi

Ölçek	TSOY			
Değişken	Yaş			
Kategoriler	Yetersiz SOY	Sorunlu-Sınırlı SOY	Yeterli SOY	Mükemmel SOY
N	79	73	67	65
$\bar{x} \pm SS$	68.84 $\pm$ 5.21	70.73 $\pm$ 5.94	74.89 $\pm$ 5.93	79.32 $\pm$ 6.32
F-p	42.454- $p<0.001$			

χ^2 : Ki Kare Testi, F test: Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Yukarıdaki tabloda TSOY düzeyleri arasında yaş bakımından anlamlı bir farklılık olup olmadığı tek yönlü ANOVA ile test edilmiştir. Öncelikle varyansların homojenliği Levene testi ile incelendikten sonra yapılacak Post- Hoc çoklu karşılaştırmasında varyansı homojen olan gruplar için Scheffe testi, homojen olmayan gruplar için ise Tamhane's T2 testi kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda SOY düzeyleri arasında yaş bakımından anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). Hangi SOY düzeyleri arasında farklılık olduğunun tespiti için yapılan Post-Hoc sonucuna göre yetersiz SOY düzeyine sahip bireylerin yaşının (ort=68.84) yeterli SOY düzeyine sahip olanlara (ort=74.89) ve mükemmel SOY düzeyine sahip olanlara

göre (ort=79.32) daha düşük olduğu gözlenmiştir. Ayrıca sorunlu-sıkıntılı SOY düzeyine sahip olan bireylerin yaşının (ort=70.73), yeterli SOY' a sahip olanlara (ort=74.89) göre daha düşük olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 4.7.).

Tablo 4.9. Geriatrik bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin hastalık ve bakım özelliklerine göre dağılımının incelenmesi

Değişkenler	Yetersiz sağlık okur yazarlığı n (%)	Sorunlu-sınırlı sağlık okur yazarlığı n (%)	Yeterli sağlık okur yazarlığı n (%)	Mükemmel sağlık okur yazarlığı n (%)	χ^2 p
HT tanısı ile geçirilen süre					
0-59 ay	7 (8.9)	10 (13.7)	8 (11.9)	7 (10.8)	4.504 p= 0.875
60-119 ay	18 (22.8)	12 (16.4)	12 (17.9)	9 (13.8)	
120-179 ay	20 (25.3)	18 (24.7)	14 (20.9)	13 (20)	
180 ay ve üzeri	34 (43)	33 (45.2)	33 (49.3)	36 (55.4)	
Kronik hastalık					
Var	75 (94.9)	71 (97.3)	65 (97)	64 (98.5)	1.218 p=0.749
Yok	4 (5.1)	2 (2.7)	2 (3)	1 (1.5)	
Ailede Hipertansiyon Tanısı Almış Olma Durumu					
Alan	56 (27.9)	53 (26.4)	48 (23.9)	44 (21.8)	0.441 p=0.932
Almayan	23 (27.7)	20 (24.1)	19 (22.9)	21 (25.3)	
Hastane kontrol sıklığı					
6 ve altı	60 (27.3)	52 (23.6)	53 (24.1)	55 (25)	3.735 p=0.292
6 ay üzeri	19 (29.7)	21 (32.8)	14 (21.9)	10 (15.6)	
Evde tansiyon aleti olma durumu					
Olan	68 (29.1)	61 (26.1)	58 (24.7)	47 (20.1)	6.170 p= 0.104
Olmayan	11 (22)	12 (24)	9 (18)	18 (36)	
Tansiyon ölçüm sıklık					
Her gün	23 (30.3)	19 (25)	22 (28.9)	12 (15.8)	6.779 p= 0.660
0-14 günde bir	6 (30)	6 (30)	5 (25)	3 (15)	
Semptom gösterince	39 (27.3)	37 (25.9)	32 (22.4)	35 (24.5)	
Ölçülüyor	11 (24.4)	11 (24.4)	8 (17.9)	15 (33.3)	
Tansiyonu ölçen kişi					
Kendisi	54 (46.6)	37 (31.9)	21 (18.1)	4 (3.4)	72.706 p<0.001
Evde olan yakını	14 (11.6)	25 (20.6)	37 (30.6)	45 (37.2)	
Eczacı	7 (29.2)	8 (33.3)	4 (16.7)	5 (20.8)	
Diğer***	4 (17.4)	3 (13)	5 (21.7)	11 (47.9)	

*** Aile Sağlığı Merkezi (ASM)-vb. kurumlar

χ^2 : Ki Kare Testi

Tansiyonu ölçen kişi: Satır yüzdeliği baz alınmıştır.

Yukarıdaki tabloda katılımcıların HT tanı süresi, kronik hastalık olma ve olmama durumu, ailede HT olma durumu, hastane kontrol sıklığı, tansiyon ölçüm sıklığı, evde tansiyon aleti bulundurma durumu ve TSOY düzeyleri karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tansiyonu ölçen kişinin kim olduğu ile TSOY düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). Buna göre, tansiyonunu kendisi ölçenlerin %46.6'sının yetersiz sağlık okur yazarlığına sahip olduğu, evde olan yakını tarafından ölçülenlerin %37.2'sinin mükemmel SOY düzeyine, eczacı tarafından tansiyonu ölçülenlerin %33.3'ünün sorunlu-sınırlı SOY düzeyine, diğer kişiler tarafından ölçülenlerin de %47.9'unun mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu gözlemlenmiştir.

Tabloda yer almayıp p değerleri hesaplanan var olan kronik hastalıklar ile TSOY düzeylerinin karşılaştırılması incelendiğinde, KAH, KKY ve kronik akciğer hastalığı ile TSOY düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, yetersiz SOY' a sahip olanların %73.4'ünün KAH hastalığına sahip olduğu; yetersiz SOY' a sahip olanların %94.6'sının KKY hastalığına sahip olmadığı; yetersiz SOY düzeyine sahip olanların %83.5'ünün kronik akciğer hastalığı olmadığı belirtilmiştir ($p=0.002$; $p=0.006$; $p=0.006$). Serebrovasküler olay (SVO), karaciğer hastalığı, diyabet, böbrek hastalığı ile TSOY arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tabloda yer almayıp TSOY ve antihipertansif ilaçların kullanım durumu ile ilgili yapılan karşılaştırmada TSOY düzeyleri ile Beta bloker, ACEI, ARB, diüretikler ve alfa bloker arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0.05$), KKB ile TSOY arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p=0.006$). Buna göre KKB kullananların %32.5'inin yetersiz SOY düzeyine sahip iken, KKB kullanmayanların %30'unun mükemmel SOY düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8.).

4.4. Geriatrik Bireylerin Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Durumlarının İncelenmesi

Tablo 4.10. Geriatrik bireylerin antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumlarının incelenmesi

Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği				Evet n (%)	Hayır n (%)
1.Tansiyon ilaçlarınızı içtiğinizi unuttuğunuz oluyor mu?				160 (56.3)	124 (43.7)
2.Son iki hafta içinde, unutmadığınız halde tansiyon ilaçlarınızı içmeyi ihmal ettiğiniz oldu mu?				36 (12.7)	248 (87.3)
3.Kullandığınız tansiyon ilaçlarını size verdiği rahatsızlıktan dolayı doktorunuza söylemeden ilacı azalttığınız ya da bıraktığınız hiç oldu mu?				49 (17.3)	235 (82.7)
4.Seyahate çıktığınızda ya da evden ayrıldığınızda tansiyon ilaçlarınızı yanınıza almayı unuttuğunuz oluyor mu?				85 (29.9)	199 (70.1)
5.Dün tansiyon ilacınızı içtiniz mi?				271 (95.4)	13 (4.6)
6.Tansiyon ilaçlarınızı hep aynı şekilde mi kullanıyorsunuz?				187 (65.8)	97 (34.2)
7.Tansiyonunuzun iyi olduğunu hissettiğinizde bazen ilaç içmeyi bırakır mısınız?				58 (20.4)	226 (79.6)
8.Her gün ilaç içmek büyük sıkıntıdır. Siz tansiyon tedavinize uymada hiç zorluk yaşadınız mı?				88 (40)	196 (60)
9.Tansiyon ilaçlarınızı içmeyi ne sıklıkla unutuyorsunuz?	Hiç	Ara sıra	Bazen	Genellikle	Her zaman
	152 (53.5)	60 (21.1)	63 (22.2)	9 (3.2)	-
Antihipertansif tedaviye uyumlu				243 (85.6)	
Antihipertansif tedaviye uyumsuz				41 (14.4)	

Yukarıdaki tabloda geriatrik bireylerde antihipertansif ilaç kullanım durumunun incelenmesi için kullanılan AİTUÖ' ne ilişkin sorulara verilen cevaplar neticesinde bireylerin %85.6'sının antihipertansif ilaç tedavisine uyumlu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9.).

Tablo 4.11. Geriatrik bireylerin antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımının incelenmesi

Değişkenler	Tedaviye uyumlu n (%)	Tedaviye uyumsuz n (%)	χ^2 p
Cinsiyet			
Kadın	125 (51.4)	20 (48.8)	0.099
Erkek	118 (48.6)	21 (51.2)	p=0.753
Medeni durum			
Evli	242 (99.6)	41 (100)	0.576
Bekar	1 (0.4)	0 (0)	p=0.999
Eğitim durumu			
Okur yazar değil	102 (85.7)	17 (14.3)	2.875
İlköğretim	118 (86.1)	19 (13.9)	p=0.424
Ortaöğretim	17 (89.5)	2 (10.5)	
Yükseköğretim	6 (66.7)	3 (33.3)	
SGK			
Var	212 (85.5)	36 (14.5)	0.010
Yok	31 (86.1)	5 (13.9)	p= 0.920
Gelir durumu			
Gelir gidere denk	226 (85)	40 (15)	1.789
Gelir giderden az	10 (100)	0 (0)	p= 0.409
Gelir giderden fazla	7 (87.5)	1 (12.5)	
Birlikte yaşadığı kişiler			
Eşi ile	80 (87)	12 (13)	2.207
Akrabası/Yakını	97 (87.4)	14 (12.6)	p= 0.531
Yalnız	24 (77.4)	7(22.6)	
Diğer	42 (84)	8 (16)	

χ^2 : Ki Kare Testi

Yukarıdaki tabloda antihipertansif ilaç tedavisine durumları ile cinsiyet değişkeni, medeni durum, eğitim durumu, SGK durumu, gelir durumu ve birlikte yaşadıkları kişiler bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10.).

Tablo 4.12. Geriatrik bireylerin antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumlarının yaş değişkeni bakımından incelenmesi

Ölçek	Antihipertansif ilaç tedavisine uyum	
Değişken	Yaş	
Kategoriler	Tedaviye uyumlu	Tedaviye uyumsuz
N	243	41
$\bar{x} \pm SS$	73.29 $\pm$ 7.25	72.36 $\pm$ 6.81
T-p	0.763-0.446	

T test: Independent Sample T Test

Yukarıdaki tabloda yaş değişkeni bakımından antihipertansif tedavisine uyum durumu arasında anlamlı farklılık olup olmadığının tespiti için Independent Sample T Test yapılmıştır. Buna göre yapılan analiz sonucunda tedaviye uyumlu ve uyumsuz belirlenen hastaların yaşları bakımından aralarında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.11.).

Tablo 4.13. Geriatrik bireylerin antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumlarının hastalık ve bakım özelliklere göre dağılımının incelenmesi

Değişkenler	Tedaviye uyumlu n (%)	Tedaviye uyumsuz n (%)	χ^2 p
HT tanısı ile geçirilen süre			
0-59 ay	29 (11.9)	3 (7.4)	
60-119 ay	40 (16.5)	11 (26.8)	
120-179 ay	54 (22.2)	11 (26.8)	3.875
180 ay ve üzeri	120 (49.4)	16 (39)	p=0.275
Kronik hastalık			
Var	236 (85.8)	39 (14.2)	0.456
Yok	7 (77.8)	2 (22.2)	p=0.499
Aile Hipertansiyon Tanısı Almış Olma Durumu			
Alan	172 (85.6)	29 (14.4)	0.001
Almayan	71 (85.5)	12 (14.5)	p= 0.995
Kontrol sıklığı			
6 ay ve altı	191 (86.8)	29 (13.2)	1.244
6 ay üzeri	52 (81.3)	12 (18.7)	p= 0.265
Evde tansiyon aleti olma durumu			
Olan	205 (84.4)	29 (70.7)	4.493
Olmayan	38 (15.6)	12 (29.3)	p=0.034
Tansiyon ölçüm sıklık			
Her gün	62 (81.6)	14 (18.4)	
0-14 günde bir	17 (85)	3 (15)	
Semptom gösterince	128 (89.5)	15 (10.5)	3.913
Ölçülmüyor	36 (80)	9 (20)	p=0.271
Tansiyonu ölçen kişi			
Kendisi	105 (90.5)	11 (9.5)	
Evde olan yakını	100 (82.6)	21 (17.4)	
Eczacı	17 (70.8)	7 (29.2)	7.96
Diğer	21 (91.3)	2 (8.7)	p=0.047

χ^2 : Ki Kare Testi

Evde tansiyon aleti olma durumu: Sütun yüzdeliği baz alınmıştır.

Tansiyonu ölçen kişi: Satır yüzdeliği baz alınmıştır.

Yukarıdaki tabloda katılımcıların HT tanı süresi, kronik hastalık olma ve olmama durumu, ailede HT olma durumu hastane kontrol sıklığı, tansiyon ölçüm sıklığı ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların ilaç tedavisine uyum durumları ile; evde tansiyon aleti bulundurma durumu ve tansiyonu ölçen kişinin kim olduğu arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, evde tansiyon aleti bulunanların %84.4'ünün tedaviye uyumlu olduğu, evde tansiyon aleti bulunmayanların %15.6'sının tedaviye uyumlu olduğu; tansiyonunu kendisi ölçenlerin %90.5'inin, evde olan yakını tarafından tansiyonu ölçenlerin %82.6'sının, eczacı tarafından ölçenlerin %70.8'inin, diğer kişiler tarafından ölçülenlerin %91.3'ünün tedaviye uyumlu olduğu gözlemlenmiştir ($p=0.034$; $p=0.047$).

Tabloda yer almayıp p değerleri hesaplanan kronik hastalıklar ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumları karşılaştırılması incelendiğinde KAH, SVO, kronik akciğer hastalığı, karaciğer hastalığı ve böbrek hastalığı ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumu ile; KKY ve diyabet arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Tedaviye uyumlu olanların %85.2'sinin KKY hastalığına sahip olmadığı, tedaviye uyumsuz olanların %97.6'sının KKY olmadığı; tedaviye uyumlu olanların %56'sının diyabeti olduğu, tedaviye uyumsuz olanların %73.2'sinin diyabeti olduğu görülmüştür ($p=0.029$; $p=0.039$).

Tabloda yer almayıp antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumu ve antihipertansif ilaçların kullanım durumunu incelendiğinde antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumu ile Beta bloker, ACEI, ARB, KKB ve alfa bloker arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0.05$), diüretikler ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0.028$). Buna göre diüretikler ilacı kullanmayan hastaların %60.1'inin tedaviye uyumlu olduğu gözlenirken, kullanan hastaların %39.9'unun tedaviye uyumlu olduğu belirtilmiştir (Tablo 4.12.).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde geriatrik HT tanılı bireylerde SOY ile antihipertansif ilaç tedavisine yönelik sağlık çıktıkları arasındaki ilişkiye ait bulgular 4 başlık altında tartışıldı.

- Bireylerin sosyodemografik, hastalık ve bakım özelliklerin tartışılması
- Bireylerin SOY düzeyleri ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumları arasındaki ilişkinin tartışılması
- Bireylerin SOY düzeylerinin tartışılması
- Bireylerin antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumlarının tartışılması

5.1. Bireylerin Sosyodemografik, Hastalık ve Bakım Özelliklerinin Tartışılması

Bu çalışmada kişilerin yarısına yakını çocukları-yakını ve eşi ile yaşamaktadır. Tör'ün çalışmasında ise hipertansif bireyler %72.7 oranıyla çocukları ve eşi ile yaşamaktadır (Tör, 2019 s. 29). Yardımcı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da %49.1'i eşi ile yaşamaktadır (Yardımcı vd., 2012). Genel olarak bakıldığında çoğunluk çocukları-yakını veya eşi ile yaşadığı anlaşılmaktadır. Bu çalışmada çoğunluğun birileriyle yaşamasının sebebi örneklem grubunun geriatrik birey olup çoğunluğunun evli olması ve HT gibi kronik hastalıklara sahip olmasından ötürü destek mekanizmalarının bulunmasına ihtiyaç duyulabilme durumundan dolayı olabileceği öngörülmekle birlikte TÜİK 2022 verilerinde yaklaşık her 4 haneden birinde en az bir yaşlı bireyin yaşadığının belirtilmesi bu durumun sebeplerinden sayılabilir (TÜİK, 2023).

Bu çalışmaya katılan yaşlı bireylerin çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Türkiye'de yapılan istatistiksel analizlerde geriatrik hipertansif bireyler arasında kadınların oranı %10 daha fazladır (Onat vd., 2017 s. 109-110). Tayland'da geriatrik hipertansif bireylerle yapılan çalışmada ise bireylerin %82'sinin kadındır (Chantakeeree vd., 2021). Japonya'da 2010 yılından beri devam eden yaşlılarda evde kan basıncı ölçüm çalışmasında bireylerin %51.3'ünün erkektir (Tuo vd., 2022). Bu çalışmada kadın hipertansif bireylerin sayısının daha fazla olması, menopozla birlikte östrojen hormonunun azalmasından dolayı kalp damar hastalıklarının artmasına bağlı HT görülme riskinin artışı ve TÜİK 2022 verilerine göre geriatrik bireyler içinde %55.6'sının kadın olmasıyla açıklanabilmektedir (TÜİK, 2023). Bu çalışmada bireylerin tamamına yakını evlidir. Türkoğlu'nun çalışmasında da %92.4'ünün evli

olduğu görülmüştür (Türkoğlu, 2017 s. 51). Bu çalışmayı geriatrik popülasyon oluşturduğu için evli olma durumunun fazla görülmesinin olağan olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada kişilerin yarısına yakını okuryazar olmayan ve ilköğretim seviyesinde, çok az bir kısmı ise lise ve üzeri eğitim seviyesinde eğitime sahiptir. Benzer bir çalışmada olan Eugene ve Bourne'nin çalışmasında çalışmaya katılanların %58'i ilkokul ve altı eğitime sahiptir (Eugene & Bourne, 2013). Yaşlı hipertansif bireylerin oluşturduğu diğer bir çalışmada ise okuryazar olmayanların oranı %11.9, ilkokul mezunu olanların oranı %34.2, lise ve üzeri mezunların oranı ise %16.1'dir. (Kankaya vd., 2017). Genel olarak çalışmalara bakıldığında yaşlı bireylerin çoğunun eğitim seviyesi düşüktür. Bu çalışmada da bu durumun görülmesinin sebebinin temel eğitimin önceden zorunlu olmaması, ayrıca TÜİK 2022 verilerine göre yaşlı nüfusun %46.5 oranının ilköğretim mezunu olması, okuma yazma bilmeyen yaşlı nüfusun önceki yıllarda daha fazla olmasından dolayı kaynaklanabileceği düşünülmektedir (TÜİK, 2023)

Bu çalışmada bireylerin tamamına yakınının maddi durumuna bakıldığında gelir gidere eşittir. Çetin Erden'in çalışmasında da %71.5 oranında kişilerin maddi durumu gelir gidere eşittir (Çetin Erden, 2020 s. 57). Literatüre bakıldığında genel olarak maddi durumlar çoğunlukla gelir gidere eşit çıkmıştır. Bu çalışmada çoğunluk grubun SGK'sı bulunmaktadır. Bostancı'nın çalışmasında da kişilerin %95.6'sının SGK'sı bulunmaktadır (Bostancı, 2019 s. 34). Literatür incelendiğinde SGK'sı olan grubun daha fazla çıktığı görülmektedir. Bu çalışmada SGK varlığının yüksek olması ve maddi durumlarının çoğunluğunun gelir gidere eşit çıkması örneklem grubunun yaşlı olması, erkek bireylerin çoğunluğunun emekli olması ve çalışmayan kadın bireylerinde eşlerinin SGK'sından faydalanabilmesinden dolayı olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre bireylerin %11.2'si 59 ay ve altı, %47.9'u 180 ay ve üzerinde HT'ye sahiptir. Örnek bir çalışmada 107 geriatrik hipertansif tanılı bireylerin %26.2'si 5 yıl ve altı, %22.4'ü 15 yıl ve üzerinde HT'ye sahiptir. (Özdemir vd., 2016). Halıcı'nın 2020 yılındaki çalışmasında bireylerin %40.7'si 1-5 yıl arası, %33.2'si 6-10 yıl arası, %10.3'ü 11-15 yıl arası, %9.8'i 16-20 yıl arası ve %6.1'i 20 yıl ve üzerinde HT'ye sahiptir (Halıcı, 2020 s. 44). Ancak bu çalışmada 45 yaş altı bireylerde yer almaktadır. Bu çalışmada örneklem grubu 65 yaş ve üzerinden

başladığından ve çoğunluğunun uzun süre öncesinde tanı almasından dolayı diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında yıllara göre HT' ye sahip olan kişilerin sayılarında farklılık görülmesinin olağan olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada yaşlı bireylerin yaklaşık tamamı kronik hastalığa sahiptir ve en fazla görülen hastalık koroner arter hastalığıdır. Kankaya ve arkadaşların çalışmasında kronik hastalığa sahip olma oranı %76.8'dir ve en çok görülen hastalık kalp yetmezliğidir (Kankaya vd., 2017). Bu çalışmanın örneklemini HT' ye sahip bireylerin oluşturması ve HT gelişme riskleri arasında kardiyak hastalıkların ilk sırada yer olması kardiyak hastalıkların fazla görülmesinin sebeplerinden sayılabilir.

Bu çalışmada antihipertansif ilaç olarak en çok kullanılan kalsiyum kanal bloker grubu ilaçlar iken Kankaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada diüretikler en fazla kullanılmaktadır (Kankaya vd., 2017). Nguyen ve arkadaşlarının Amerika Birleşik Devletleri'nde yayınladığı bir makalede diüretiklerin yanı sıra KKB düşük dozda olmak kaydıyla birinci basamak antihipertansif tedavi olarak kullanılabileceğini bildirilmiştir (Nguyen vd., 2012). Bu çalışmaya katılan yaşlı bireylerin yarısından fazlasında ailesinde HT hastalığı bulunmaktadır. Çetin Erden'in 2020 yılındaki çalışmasında katılımcıların %76.9'unun ailesinde HT tanısı bulunmaktadır (Çetin Erden, 2020 s. 56- 57). Kiran More ve arkadaşlarının 2022 yılında yayınladığı makalede özellikle primer (esansiyel) HT' nin kalıtsal olarak taşındığını ifade etmiştir (Kiran More vd., 2022). Ayrıca Natekar ve arkadaşlarının esansiyel HT' de epigenetik faktör çalışmasının yer aldığı makalede birçok genetik faktörün esansiyel HT ile ilişkili olduğu açıklanmıştır (Natekar vd., 2014). Ancak Tör'ün çalışmasında hipertansif bireylerin %60'ının ailesinde HT olmadığı belirtilmiştir (Tör, 2019 s. 30). Literatürdeki bilgiler ışığında primer HT' nin genellikle kalıtsal olduğu bilinmektedir ve bu çalışmanın örneklemindeki çoğu kişinin ailesinde de HT bulunması bu bilgiler neticesinde olağan olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada sağlık kuruluşuna gelme sıklığına bakıldığında kişilerin yarısından fazlası 6 ay ve altı süresinde sağlık kuruluşuna başvurmaktadır. Çetin Erden'in 2020 yılındaki çalışmasında %37.6 kişi 6 ay ve altı süresince sağlık kuruluşuna başvurmaktadır (Çetin Erden, 2020 s. 60). Çakmak'ın 2019 yılında yaptığı çalışmada sağlık kuruluşlarına gidilme oranına bakıldığında 0-3 ay arası girişim grubunda oran %20, kontrol grubunda %38' dir. Çoğunluk grup ise şikayet oldukça sağlık kuruluşlarına gittiklerini belirtmişlerdir (Çakmak, 2019 s. 110). Karakuş Özen'in

alışmasına bakıldığında da kişilerin %76.7'si şikayeti olduğunda sağlık kuruluşuna gitmektedir (Karakuş zen, 2022 s. 33). Bu çalışmada yaşlı bireylerin çoğunluğu ilaç yazdırmak veya doktor kontrolü gibi sebeplerle herhangi bir sağlık kuruluşuna sıkça başvurduğu için 6 ay ve altında sık kontrol için doktora gitme durumunun olağan olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada yaşlı bireylerin tamamına yakınının evinde tansiyon aleti bulunmaktadır. etin Erden'in çalışmasında bireylerin %73.3'ünün Mert ve arkadaşlarının çalışmasında da bireylerin %83.5'inin evinde tansiyon aleti bulunmaktadır. (etin Erden, 2020 s. 60; Mert vd., 2011). Halıcı'nın çalışmasında ise bu oran %75.2'dir (Halıcı, 2020 s. 43). Veriler literatürle uyumluluk göstermekte olup çoğunluk grubun evinde tansiyon aleti bulunmaktadır. Bu durumun HT' nin kronik hastalık olup ani kan basıncı yükselmelerine karşı kontrol altında olması gereken bir hastalık olmasından ve hastaların farkındalık durumundan kaynaklandığı söylenebilmektedir.

Bu çalışmada evde tansiyon lme sıklığına bakıldığında bireylerin yarısından çok az fazlası semptom gösterdiğinde ölüm yapılmaktadır. Halıcı'nın çalışmasında %29 oranında kişiler haftada birkaç kez tansiyonunu ölçtüğü belirtilmiştir (Halıcı, 2020 s. 43). Karakuş zen'in çalışmasında bireylerin %55.3 oranında tansiyonunu hiç ltrmediği bildirilmiştir (Karakuş zen, 2022 s. 33). Bu alışma geriatrik bireylerle yürütüldüğü için uzun yıllar HT' ye sahip olma durumu, bireyin hastalık yönetiminde kendini daha yetkin hissetmesi ve sık sık tansiyonunu ltrme ihtiyaı hissetmemesinden dolayı semptom gösterdiğinde tansiyonunu ltrdğ düşünülmektedir.

Bu çalışmada tansiyon ölçen kişiye bakıldığında bireylerin yarısına yakınının tansiyonunu evde olan yakını ölçmektedir. Tr'n çalışmasında bireyler tansiyonunu %66.5 oranıyla sağlık kuruluşuna ltrdğ bildirilmiştir Sonrasında takip eden değer %27.3 oranıyla evde olan yakınıdır (Tr, 2019 s. 31). Bu çalışmada bu durumun görülmesi çoğu kişinin evinde tansiyon aleti bulunması, geriatrik bireylerin çoğunluğunun başkalarıyla yaşaması ve yanında yaşayan kişilerin geriatrik bireylere yardımcı olmasından dolayı olduğu düşünülmektedir.

5.2. Bireylerin TSOY ile Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Durumu Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bu çalışmada TSOY-32 düzeyleri ile AİTUÖ durumları arasında ilişki kategorik karşılaştırma yapılarak ve TSOY-32 puanı ile AİTUÖ puanı arasında korelasyon analizi yapılarak hesaplanmıştır. Her iki durumda da iki ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki kurulamamıştır. Halıcı'nın çalışmasında SOY ile ilaç uyumu arasında ters ilişki bulunmuştur. Yetersiz SOY'a sahip bireylerdeki ilaç uyumu yüksek çıkmıştır. (Halıcı, 2020 s. 69). Ancak tam tersi olarak Bakan ve İnci'nin, Fırat Kılıç & Dağ'ın ve Pınar'ın çalışmasında SOY düzeyi yükseldikçe ilaç tedavisine uyumun arttığı belirtilmiştir (Bakan & İnci, 2021; Fırat Kılıç & Dağ, 2020; Pınar, 2021 s. 54). Coşkun ve Bağcıvan'ın çalışmasında da bu sonuçlara benzer olarak iki ölçek arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur (Coşkun & Bağcıvan, 2021). Tayland'da yapılan bir araştırmada SOY' un ilaç uyumu üzerinde doğrudan etkisi olduğu vurgulanmıştır (Wannasirikul vd., 2016). Benzer olarak Pakistan'da yapılan çalışmada da ilaç uyumunu etkileyenler arasında SOY güçlü bir faktör olarak bulunmuş olup aralarında pozitif yönde ilişki vardır (Saqlain vd., 2019). Sonuçlar incelendiğinde bu çalışmanın sonuçları literatürün bazı kaynaklarıyla uyumluluk içerisinde olup farklı sonuçlarda bulunmaktadır. Bu durumun verilerin toplandığı yer, sosyodemografik özellikler gibi durumlardan kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca bu çalışmadaki bireylerin çoğunluğu uzun zamandır HT' ye sahip olduğundan kaynaklı olarak hastalık yönetimine uyumlu olması ve yetersiz, sorunlu-sınırlı, yeterli ve mükemmel SOY' a sahip bireylerin istatistiksel olarak oranlarının birbirlerine yakın olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

5.3. Bireylerin TSOY Düzeylerinin Tartışılması

SOY sağlık çıktıları açısından özellikle yaşlı bireyler ve bakım vericiler için oldukça önemlidir (Slatyer vd., 2020). Ancak SOY'u genel okuryazar olmaktan ayırmak oldukça önemlidir (Sorensen vd., 2012). Bu çalışmada kullanılan TSOY ölçeğine göre kişilerin %27.8'inin SOY düzeyi yetersiz, % 25.7' sinin sorunlu-sınırlı, %22.9'unun ise mükemmeldir. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'nün 2020 yılında yaptığı bir çalışma Türkiye'deki yetersiz SOY'a sahip bireylerin oranı %30.9, %38'inin sorunlu-sınırlı, %23.4'ünün yetersiz %7.7'sinin mükemmeldir (T.C. Sağlık Bakanlığı-Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, 2020).

Sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının yaptığı ve ülkenin tamamına genellebilir olan çalışmada Türkiye'nin SOY düzeyi %40.1 oranında sorunlu-sınırlı çıkmıştır (Durusu Tanrıöver vd., 2014 s. 55). Hazer ve arkadaşlarının TSOY ölçeği ile Ankara'da 510 yaşlı bireyler üzerinde yaptığı çalışmada kişilerin %53.7'si sorunlu-sınırlı, %30.4'ü yetersiz SOY, %0.2 si ise mükemmel SOY'a sahip olduğu belirlenmiştir (Hazer&Ataşoğlu, 2019). Çelikyürek ve arkadaşlarının çalışmasına bakıldığında %34.5'inin sorunlu-sınırlı, %27.3'ünün yeterli SOY'a sahip olduğu görülmüştür (Çelikyürek vd., 2020). Yaşlıların SOY düzeylerini inceleyen birkaç çalışmanın bazılarında yaşlıların SOY düzeyinin ortalama (Lee vd., 2013; Lee vd., 2017; Song & Park, 2020), bazılarında düşük ve sınırlı (Seong vd., 2019; Lu, 2019; Saqlain vd., 2019; Shehadeh-Sheeny vd., 2013; Wannasirikul vd., 2016), bir çalışmada ise bireylerin çoğunun SOY düzeyinin yeterli olduğu bildirilmiştir (Reading vd., 2019).). Bu sonuçların örneklem grubunun geriatrik bireyler oluşundan kaynaklı olabileceği, ayrıca okuma yazma problemleri, görme ve duyma problemleri, sağlık hizmetine ve sağlık ile ilgili bilgi veren kaynaklara ulaşmada zorluk yaşamaları ve ölüm korkusuna sahip olabilme durumu da geriatrik bireylerin SOY düzeylerinin yetersiz çıkmasının sebepleri olarak sayılabileceği düşünülmektedir.

5.3.1. TSOY düzeyleri ile sosyodemografik özelliklerinin ilişkilerinin tartışılması

Bu çalışmada TSOY ile yaş arasında anlamlı farklılık çıkmış olup yetersiz SOY'a sahip yaşlı bireylerin yaş ortalaması yeterli ve mükemmel SOY'a sahip bireylerin yaş ortalamasından düşüktür. Benzer olarak Doğrucan Katrancı ve Halladay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ilerleyen yaşla birlikte SOY düzeyinin arttığı görülmüştür (Doğrucan Katrancı, 2019 s. 50; Halladay vd., 2017). Manafo ve Wong'un makalesinde her zamankinden fazla bir oranda yaşlılarda sağlık kontrolüne sahip olması daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ayrıca yaşlı bireylerin sağlık bilinci hakkında daha dikkatli ve koruyucu sağlık bilgilerine erişimde daha ilgili olduğu vurgulanmıştır (Manafo&Wong, 2012). Tersine Türkiye'de Temel ve Çimen'in yaptığı bir çalışmada yaş ortalaması düşük geriatrik bireylerin SOY düzeylerinin diğer geriatrik bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Bayık Temel & Çimen, 2017). Vietnam'da yaşlılar üzerinde yapılan bir çalışmada benzer sonuçlar bulunmaktadır (Van Hoa vd., 2020). Zamora ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da ilerleyen yaşla birlikte yetersiz SOY oranı artmaktadır (Zamora & Eveyln, 2011). Aynı şekilde Öncü ve arkadaşlarının çalışmasında da yaşın artışıyla birlikte SOY'un

azaldığı görülmüştür (Öncü vd, 2020). Patel ve arkadaşlarının ve aynı zamanda ülkemizde Hazer ve Ateşoğlu'nun yaptığı bir çalışmada ise yaş ve SOY arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Patel vd., 2011; Hazer& Ateşoğlu, 2019). Bayık ve Çimen'in çalışmasında günümüz koşullarında her yaştan geriatrik birey için SOY konusunda bireysel sorumlulukları arttığı ifade edilmiştir (Bayık Temel & Çimen, 2017). Bu çalışmada yaşla birlikte SOY düzeyinin artması, yaşlılarda bilişsel ve algısal fonksiyonların azaldığı düşünülse de veri toplanılan grubun çoğunluğunun emekli olup bazı alanlarda sorumluluklarının azalmasıyla tedavi, hastane kontrollerine yeterli zaman bulması, çoğunlukla biriyle birlikte yaşıyor olması, yaşlandıkça kendilerine daha ilgili davranmaları, günlük yaşamda diğerlerine bağımlı olup bireyin çevresi tarafından desteklenmesiyle SOY ile ilgili aldıkları sorumlulukların paylaşılmasından dolayı olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada TSOY ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık çıkmış olup kadınların büyük çoğunluğunun SOY düzeyi mükemmeldir. Meier ve arkadaşlarının 2022 yılında İsviçre'de yaptığı kesitsel bir çalışmada kadınların SOY düzeyi daha yüksek çıkmıştır (Meier vd., 2022). Benzer bir sonuçla Kore'de yapılan bir SOY çalışmasında da kadınların SOY düzeyi erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur (Lee, vd., 2015). Javadzade ve arkadaşlarının 2012 yılında İran'da yaşlılar üzerinde yaptığı bir SOY çalışmasında ise kadınların SOY düzeyi erkeklerden düşük çıkmıştır (Javadzade vd., 2012). Chesser ve arkadaşlarının 65 yaş üstü bireylerle SOY ile ilgili yapılan sekiz makale incelemesi sonuçlarında sadece Patel'in (2011) çalışmasında cinsiyet ve SOY arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Chesser vd., 2016). Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının 2021 yılında yayınladığı Türkiye'de Kadın adlı yayınında kadınların koruyucu sağlık hizmetlerini daha çok kullandığı belirtilmiştir (Türkiye'de Kadın, T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2021 s. 40). Türkiye'deki sosyoloji derneğinin yaptığı bir çalışmada da katılımcılar kadınların daha çok meraklı olduğunu bildirmiştir (Kurtbaş, 2011). Örnek kaynaklara göre bu çalışmada kadınların SOY düzeyinin yüksek olması kadınların araştırmaya, öğrenmeye daha yatkın oluşları, ailenin sağlık problemleriyle yakından ilgilenmeleri ve kadınların sağlık kuruluşlarını daha fazla kullanmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca çalışmaların örneklem büyüklüğüne ve yapıldığı yere göre cinsiyet ve SOY ilişkisinin değiştiği yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır.

Bu çalışmada TSOY ile eğitim durumu arasında anlamlı farklılık çıkmış olup yetersiz ve sorunlu- sınırlı SOY' a sahip yaşlı bireylerin çoğu ilköğretim mezunu, yeterli ve mükemmel SOY' a sahip kişilerin çoğunluğu okuryazar değildir. Chesser ve arkadaşlarının 2016 yılında yayınladıkları çalışmada yaşlı bireylerde SOY durumları incelenmiştir. Altı çalışmanın beşinde SOY ve eğitim arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Eğitim düşük SOY için güçlü bir tahmin edici olarak nitelendirilmiştir (Chesser vd., 2016). Ancak McDougal ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada eğitim ile SOY arasında bir farklılık bulunamamıştır (McDougal vd., 2012). Literatür incelendiğinde bu çalışmanın verileri sık karşılaşılan bir durum değildir. Ancak SOY ile genel okuryazarlık durumunun birbirlerine karıştırılmaması gerektiği daha önce vurgulanmıştır. SOY' un tanımından da anlaşılacağı üzere SOY için genel okuryazar olmak şart değildir. Bu çalışmada çoğu kişinin ilköğretim mezunu ya da okuryazar olmamasına rağmen SOY düzeyinin yüksek bulunması, yaşlı bireylerin çoğunluğunun yakınlarıyla yaşamasıyla ve yakınlarının bireyi kronik hastalıklarının fazla oluşundan dolayı sağlık kuruluşuna ve sağlık profesyoneline ulaşım, ilaç düzenleme, hastane kontrollerini takip etme konusunda desteklemesiyle açıklanabilir.

Bu çalışmada gelir durumu ile SOY arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Avusturalya'da yapılan bir çalışmada hem yüksek hem düşük gelir ile yeterli SOY ilişkilendirilmiştir ancak bazı kişiler gelir durumu hakkında bilgi vermek istemediği için daha çok çalışmayla aydınlatılması gerektiği söylenmiştir (Rheault vd., 2019). Bu çalışmada TSOY ile SGK olma durumu ile anlamlı farklılık çıkmış olup SGK'sı olanların çoğunluğu yetersiz SOY'a sahipken SGK'sı olmayanların büyük çoğunluğu mükemmel SOY'a sahiptir. SGK açısından yabancı kaynaklardan örnek makaleler verilemeyeceği için ülkemizde yapılan çalışmalar örnek gösterilmiştir. Karakuş Özen'in yüksek lisans tezinde SGK ile SOY arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Sosyal güvencesi olanların SOY düzeyi olmayanlara göre yüksek çıkmıştır. (Karakuş Özen, 2022 s. 43). Bu çalışmada SGK'sı olmayanların sağlık hizmetine ulaşma konusunda diğer aile fertleri tarafından sağlık kuruluşuna başvurma konusunda desteklenmeleri çalışmamızdaki sonucun elde edilmesinde etken olarak gösterilebilir. Muhtemel olarak SGK'sı olanlarda sağlık konusunda bilgi edime, sağlık kuruluşuna başvurma konusunda aktif olmamaları SOY düzeyinin yetersiz çıkmasının sebebi olarak sunulabilir.

Bu çalışmada TSOY ile yaşlı bireyin birlikte yaşadığı kişiler arasında anlamlı farklılık çıkmış olup eşi ile yaşayanların çoğunluğu yetersiz ve sorunlu-sınırlı SOY'a sahiptir. Çocukları- yakını ile yaşayanların çoğunluğu dengesiz bir grup oluşturmakla birlikte yetersiz SOY'a, peşine de mükemmel SOY'a sahiptir. Yalnız yaşayanların ise büyük çoğunluğu sorunlu-sınırlı SOY'a sahipken diğer kısmı olan huzurevi vb. yerlerde yaşayanların da çoğunluğu yeterli SOY'a sahiptir. Çimen'in çalışmasında eşi ile yaşayan bireylerin SOY düzeyi daha yüksek olup az farkla yalnız yaşayanlar bu sırayı takip etmektedir (Çimen, 2015 s. 131). Karakuş Özen'in yüksek lisans tez çalışmasında birlikte yaşanan kişiler çekirdek aile ve geniş aile olarak yansıtılmıştır. Çekirdek ailede yaşayan bireylerin SOY düzeyi daha yüksek olduğu vurgulanmıştır (Karakuş Özen, 2022 s. 43). Çınar'ın tıpta uzmanlık tezinde yaptığı çalışmada diğer bir bakış açısıyla birlikte yaşanan kişi sayısı ile SOY arasında farklılık bulunmamıştır (Çınar, 2020 s. 31.) Verilere bakıldığında literatürde çalışılan örneklem grubuna göre veriler değişkenlik göstermektedir. Bu çalışmada yalnız ve eş ile yaşamak SOY seviyesini düşürebilmektedir. Çocuklar veya yakını ile yaşayanların bazıları desteklemekte olup desteklenmeyen grupta bulunmaktadır. Bu durumun yaş, çalışılan örneklem büyüklüğü ve tipinden kaynaklandığı söylenebilmektedir. Genel olarak bakıldığında çocuklar ve yakını ile yaşayanların SOY düzeyleri az bir fark ile yetersiz ve mükemmel çıktığı için bu sonuca göre net bir ifade kullanılamayabilir ancak çocukları, yakını tarafından desteklendiği de söylenebilir. Ancak yalnız yaşamının ve bireyin eşi ile yaşamasının SOY düzeyini düşürmesinin sebepleri olarak da kişinin destek mekanizmalarının durumundan ve beraber yaşadığı kişinin SOY düzeyinin de bu durumu etkilemesinden dolayı olabileceği öngörülmüştür.

5.3.2. TSOY ile hastalık ve bakım özelliklerinin ilişkilerinin tartışılması

Bu çalışmada HT tanı alma süresiyle TSOY arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Benzer bir sonucu olan Karakuş Özen'in tez çalışmasında SOY ile HT tanı süresi arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. (Karakuş Özen, 2022 s. 44). Diğer bir örnek çalışma olan Shi ve arkadaşlarının da Çin toplumunda yaptığı bir çalışmada HT hastalarının tanı süresi ile SOY arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Shi vd., 2017). Çalışma bu bakımdan örnek çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bu durumun bireyin kronik hastalık tanısı aldığı dönemde HT ile ilgili gerekli bilgiye ve eğitime ulaşabilme durumundan dolayı tanı süresinin SOY düzeyini etkilemediği söylenebilir.

Bu çalışmada başka kronik hastalık olma durumu ile TSOY arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Temel Bayık ve Çimen'in çalışmasında SOY ile kronik hastalığı olanlar arasında anlamlı farklılık vardır ve SOY düzeyleri yüksek çıkmıştır (Bayık Temel & Çimen, 2017). Rheault ve arkadaşlarının çalışmasında da kronik hastalık sayısı arttıkça SOY düzeyinin azaldığı belirtilmiştir (Rheault vd., 2019). Bu çalışmada başka kronik hastalıkların olma durumu SOY' u etkileyen bir etmen olmaması örneklem grubu ve veri toplanan yerin özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada ailede HT öyküsü olma durumu ile TSOY arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Kiran More ve arkadaşlarının 2022 yılında HT ile ilgili yayınladıkları makalede HT'nin sebeplerinden birinin de genetik geçişler olduğu vurgulanmıştır (Kiran More vd., 2022). Özellikle esansiyel HT' nin genetik faktörlü sebeple meydana gelebileceği çalışmalarla gösterilmiştir (Natekar vd., 2014). Bostancı'nın çalışmasında ailedeki HT varlığı sorgulandığında kişide HT görülme durumu annesinde %35.5, babasında %34.3, kardeşte %23.8'dir (Bostancı, 2019 s. 54). HT ile ilgili genetik çalışmaları içeren konsorsiyumda ailede HT olma durumu diğer bireylerde HT görülme durumunu %35-%50 oranında etkiler (The International Consortium for Blood Pressure Genome-Wide Association Studies, 2012). Yapılan çalışmalarda görüldüğü üzere HT'de genetik faktörler etkilidir. Ancak çalışmamızla benzer sonuçlar içeren literatüre rastlanmamıştır. Bu durum çalışmada ailesinde HT olanlar çoğunlukta olup HT tanı alma süresinin fazla oluşu ve geriatrik bireylerin hastalığa uyum durumundan kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu çalışmada sağlık kuruluşuna kontrole gelme sıklığı ile TSOY arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Karakuş Özen'in çalışmasında da kontrol sıklığı ile SOY arasında farklılık yoktur. (Karakuş Özen, 2022 s. 44). Bu durumun çalışmanın veri toplama formunda yer alan hastaneye yatış dışında sağlık kuruluşuna kontrole gelme sıklığı sorusunun içerisinde yaşlı bireyin gittiği tüm sağlık kuruluşları olduğu için ASM'lerde yer almaktadır. Yaşlı bireylerin var olan kronik hastalıkları için ASM'ye sıklıkla ilaç yazdırmaya gitme durumundan dolayı TSOY ile sağlık kuruluşuna kontrole gelme sıklığı arasında anlamlı farklılık bulunmadığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada evde tansiyon aleti bulundurma durumu ve tansiyon ölçüm sıklığı ile TSOY arasında anlamlı farklılık yoktur. Halıcı'nın çalışma örneğinde de tansiyon

aleti varlığı ile SOY arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. (Halıcı, 2020 s. 59). Karakuş Özen'in çalışmasında da tansiyon ölçüm sıklığı ile SOY arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Karakuş Özen, 2020 s. 40). Bu çalışmada evde tansiyon aleti bulundurma durumu ve tansiyon ölçüm sıklığı SOY'u etkileyen bir durum olmaması yaşlı bireyin kan basıncını kontrol altında tutma isteğiyle bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada tansiyonu ölçen kişi ile SOY arasında anlamlı ilişki çıkmış olup tansiyonunu kendi ölçenlerin yarısından biraz azı yetersiz SOY'a sahipken, evde olan yakını tarafından tansiyonu ölçen kişilerin yarısına yakını mükemmel SOY'a sahiptir. Bakıldığında evde olan yakını tarafından tansiyonu ölçen kişilerin SOY mükemmeldir. Bu da kişinin yakınları tarafından desteklenip mücadele ettiği hastalıklar ve tedavi sürecinde yönetim konusunda onlara yardımcı olduklarını göstermektedir. Veri toplanan grup geriatrik birey olduğu için desteklenmeye ihtiyaçları vardır. Yakınlarının hatırlatmalarıyla ve tansiyon ölçerken öğretilen bilgiler yaşlı bireylerin sağlık algılarını arttırmaya yardımcı olabileceğinden yakını tarafından tansiyonu ölçülen kişilerin SOY düzeylerinin mükemmel çıktığı düşünülmektedir.

5.4. Bireylerin Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Durumunun Tartışılması

Bu çalışmada yaşlı bireylerin tamamına yakınının antihipertansif ilaç tedavisine uyumlu olduğu görülmüştür. Özdemir'in çalışmasında geriatrik bireylerin ilaç tedavisine uyumu yüksek bulunmuştur (Özdemir vd., 2016). Mert, Özçakar ve Kuruoğlu'nun çalışmasında ilaç tedavisine uyum %86.8'dir (Mert vd., 2011). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olan Demirezen'in çalışmasında Türkiye'den katılan bireylerin antihipertansif ilaç tedavisine uyumları %92, Almanya'dan katılanların tedaviye uyumları ise %62.4 bulunmuştur (Demirezen, 2006 s. 52, 65). Kara Söylemez'in ve Teke'nin çalışmasında da bireylerin ilaç tedavisine uyumunun iyi düzeyde olduğu bildirilmiştir (Kara Söylemez, 2018 s. 57; Teke, 2016 s. 42). 18 yaş üstü ve HT'si olan bireylerle yapılan bir diğer çalışmada antihipertansif ilaç tedavisine uyum oranı %78.2 olduğu gösterilmiştir (Tarı Selçuk vd., 2017). Bir diğer örnek çalışmada da bireylerin ilaç tedavisine uyum düzeyi %61 olarak saptanmıştır (Coşkun & Bağcıvan, 2021). Abegaz ve arkadaşlarının incelediği 15 ülkeden katılan bireylerden oluşan 28 çalışmada antihipertansif ilaca uyum %68.8 çıkmıştır (Abegaz

vd., 2017). Hong Kong'da bir poliklinikte yapılan çalışmada antihipertansif ilaç tedavisine uyum %65.1 bulunmuştur (Lee vd., 2013). Antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumunun yüksek çıktığı çalışmaların aksine Krousel-Wood ve arkadaşlarının çalışmasında geriatrik bireylerin %51.7'sinin ilaç tedavisine uyumlu olduğu, Tör'ün çalışmasında bireylerin %51.2'sinin ilaç tedavisine uyumlu olduğu görülmüştür (Krousel-Wood vd., 2009; Tör, 2019 s. 44). Gupta ve arkadaşlarının çalışmasında ise İngiltere'de ilaca uyum oranı %41.6, Çek Cumhuriyeti'nde ise % 31.5 bulunmuştur (Gupta vd., 2017). Rajpura ve Nayak'ın çalışmasında yaşlı hipertansif bireylerin ilaca uyum düzeyleri %34 çıkmıştır (Rajpura & Nayak, 2014). Ma'nın Çin'de kırsal kesimlerde yaptığı bir çalışmada bireylerin %21.3'ünün antihipertansif ilaca uyum sağladığı anlaşılmıştır (Ma, 2016). Pakistan'da yapılan bir araştırmada da bireylerin %38.9'unun ilaç tedavisine uyum sağladığı bildirilmiştir (Saqlain vd., 2019). Malik ve arkadaşlarının Özbekistan'da yaptığı bir çalışmada ilaç uyum düzeyi %36.8 bulunmuştur (Malik vd., 2014). 27 milyon kişiyi içeren ve 2010-2020 yılları arasında antihipertansif ilaç uyumunu inceleyen çalışmada ilaç uyumsuzluğunun küresel prevalansı %27- %40 arasında olduğu belirtilmiş olup düşük ve orta gelirli ülkelerdeki ilaca uyumsuzluk düzeyi yüksek gelirli ülkelere göre daha yüksektir. Aynı zamanda batılı ülkelerde de uyumsuzluk düzeyi daha düşüktür (Lee vd., 2022). Literatüre bakıldığında bu çalışmanın sonuçlarıyla benzer ve benzer olmayan çalışmalar vardır. Ülkeler arasındaki bu farklı sonuçların nedenleri arasında sağlık algısı, yönetimi, sağlığa ulaşma, kültürel faktörler, ülkelerin gelişmişlik düzeyi, ülkedeki sunulan sağlık hizmetleri, kalitesi ve örneklem gruplarındaki farklı özellikler (hastane ya da toplum temelli vb. olması) sıralanabilmektedir. Genel olarak yapılan çalışmalar incelendiğinde çalışmamızın sonuçları Türkiye ve dünya geneliyle uyumlu olduğu görülmüştür. Bu çalışmaya katılan bireylerin antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumunun yüksek olması; bireylerin uzun yıllar HT' ye sahip olması, hastalığı kabullenmiş olma ve hastalığa uyum sağlamış olma durumu, ayrıca çalışmamızdaki bireylerin çoğunluğunun evde yalnız yaşamadığı için ilaç konusunda hatırlatmalar yapılmış olabileceği ve desteklenmelerinden dolayı bu şekilde sonuçlandığı düşünülmektedir.

5.4.1 Antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumları ile sosyodemografik özelliklerin ilişkilerinin tartışılması

Bu çalışmada geriyatrik bireylerin antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumu ile sosyodemografik özellikler arasında anlamlı farklılık yoktur. Tör'ün çalışmasında da ilaç uyum ölçeği ile sosyodemografik özellikler arasında anlamlı farklılık olmadığı belirtilmiştir (Tör, 2019 s. 45; Tör & Tosun, 2020). Demirezen'in çalışmasında hem Almanya hem Türkiye'de yaş ve çalışma durumu hariç diğer sosyodemografik özellikler arasında anlamlı farklılık yoktur (Demirezen, 2006 s. 81). Emre ve arkadaşlarının çalışmasında ilaç uyum ölçeği ile sosyodemografik özellikler arasında anlamlı farklılık olmadığı anlaşılmıştır (Emre vd., 2020). Benzer şekilde Eugene ve arkadaşlarının, Tümer ve arkadaşlarının, Özdemir ve arkadaşlarının ve Vatansever'in çalışmasında sosyodemografik özellikler ile ilaç uyumu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Eugene & Bourne, 2013; Tümer vd., 2016; Özdemir vd., 2016; Vatansever, 2011 s. 57). Ancak bazı çalışmaların sonuçlara rağmen bazı sosyodemografik özelliklerle ilaç uyumu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Deniz Akan ve arkadaşlarının çalışmasındaki eğitim durumuna bakıldığında okuryazar olmayan grubun ilaç tedavisine uyum düzeyi azdır. Gelir durumu az olanlarında ilaç tedavisine uyumu düşüktür (Deniz Akan vd., 2020). Teke'nin yalnız yaşayan kişilerin ilaç uyum puanı daha yüksek çıkmıştır (Teke, 2016 s. 44). Kara Söylemez'in çalışmasında da ekonomik durum algısı iyi olanların uyum puanı daha yüksek çıkmıştır (Kara Söylemez, 2018 s. 54). Lo ve arkadaşlarının çalışmasında yaş arttıkça antihipertansif ilaca uyumun arttığı şeklinde anlamlı farklılık çıkmıştır. (HS Lo vd., 2016). Lee ve arkadaşlarının da Hong Kong'da yaptığı bir çalışmada ve Tong ve arkadaşlarının çalışmasında yaş arttıkça antihipertansif ilaca uyum düzeyi artmaktadır (Lee vd., 2013; Tong vd., 2016; Ünal vd., 2005). Amerika'da yaşlı bireylerin ilaç uyumunu engelleyen faktörlerin araştırıldığı geniş çaplı bir kohort çalışmasında da yaşlılar içerisinde ileri yaştan antihipertansif ilaca daha çok uyum sağladığı bildirilmiştir (Krousel Wood vd., 2009). Erci ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların ilaç tedavisine uyumu daha yüksek bulunmuştur (Erci vd., 2018). Aynı şekilde Deniz Akan ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların ilaca uyumu daha yüksek çıkmıştır (Deniz Akan vd., 2020). Ülkemizdeki yayınlardan biri olan Karakuş Özen'in çalışmasında ise belirtilenlerin aksine erkeklerdeki ilaca uyum daha yüksek çıkmıştır (Karakuş Özen vd., 2022 s. 45). Ülkemiz dışındaki çalışmalar incelendiğinde

Gupta ve arkadaşlarının çalışması, aynı zamanda Esposti ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların ilaç tedavisine uyum oranı daha düşük bulunmuştur (Gupta vd., 2017; Esposti vd., 2011). Erci ve arkadaşlarının çalışmasının diğer sonuçlarında evlilerin ilaca uyumlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir. Eğitim duruma bakıldığında ise ortaokul mezunlarının ilaca uyum puanının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Erci vd., 2018). Bu çalışmada ve benzer olan diğer çalışmalarda sosyodemografik özellikler ve ilaç uyumu arasında ilişki çıkmaması, örneklem grubunun ve veri toplanan yerin özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

5.4.2. Antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumları ile hastalık ve bakım özelliklerinin ilişkilerinin tartışılması

Bu çalışmanın verilere bakıldığında sadece evde tansiyon aleti olma durumu ve tansiyon ölçen kişi ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumu arasında anlamlı farklılık bulunmuş olup tansiyon aleti olanların büyük çoğunluğu antihipertansif ilaç tedavisine uyumlu; tansiyonunu kendi ölçen ve evdeki yakınının ölçtüğü kişilerin tamamına yakını antihipertansif ilaç tedavisine uyumlu çıkmıştır. Literatür incelendiğinde Tör'ün çalışmasında ilaç uyumu ile HT' nin tanı süresi, diğer kronik hastalıkların olma durumu, ailede HT öyküsü olma durumu arasında anlamlı farklılık bulunmamasına karşın hastaların HT ile ilgili eğitim alma durumu, hastaneye düzenli kontrole gelme durumu, tansiyonu düzenli ölçme durumu, tansiyonu ölçme sıklığı ve tansiyonu ölçen kişi ile ilaç tedavisine uyum arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Tansiyonunu kendi ölçen kişilerin ilaç tedavisine uyumu yakınlarına ölçtürenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Düzenli olarak tansiyonun ölçtürenlerde ilaç tedavisine daha uyumlu bulunmuştur. (Tör, 2019, s. 45-46). Erci'nin çalışmasında 18 yaş üzerinde yapılan bireylerde tansiyonunu her gün ölçenler ile ölçmeyenlerin ilaca uyum puanlarının arasındaki fark çok az olup uyum puanları en yüksek olan gruptur. Ayrıca Kara Söylemez'in çalışmasındaki sonuçlarda olduğu gibi HT' ye sahip olma yılı arttıkça ilaca uyum puanı da artmaktadır (Erci vd., 2018; Kara Söylemez, 2018 s. 52). Başka bir çalışmada bu durumun tersine HT tanı süresi kısa olan bireylerin ilaç tedavisine uyum sağladığı bildirilmiştir (Ma vd., 2013). Deniz Akan ve arkadaşlarının çalışmasında başka bir kronik hastalığı olmayan bireylerin ilaca uyumu daha yüksek çıktığı gibi düzenli kontrole gitmeyenlerin ilaca uyumu daha fazla olduğu bildirilmiştir (Deniz Akan vd., 2020). Bu çalışmada tansiyonunu kendisi ölçen ve yakını tarafından ölçülen kişilerin antihipertansif ilaç tedavisine uyumlu olması; yaşlı bireyin

tansiyonunu kendisinin ölçmesinin tedaviye uyum göstergesi olduğundan, ayrıca hipertansif bireye yakını tarafından tedaviye ve hastalığa uyum konusunda destek olunması, evde tansiyon aletinin olması kişinin hastalığına uyum sağladığının göstergesi olması ve kan basıncını kontrol altında tutmak istemesinden dolayı antihipertansif ilaç tedavisine uyumlu çıktığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada tablolarda yer almayıp antihipertansif ilaçlardan diüretik tedavi ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumu arasında anlamlı farklılık kurulmuş olup diüretik kullanmayan hastaların yarısından fazlası ilaç tedavisine uyum sağlamıştır. Kulkarni ve arkadaşlarının çalışmasında da antihipertansif ilaç tedavisini uygulanan bireylerden diüretik grubu antihipertansif kullanan bireylerin ilaca uyumsuzluk düzeyi yüksek çıkmıştır (Kulkarni vd., 2021). Benzer şekilde Gupta ve arkadaşlarının çalışmasında da antihipertansif ilaçlardan diüretik kullanan bireylerin antihipertansif ilaç tedavisine uyumu azdır (Gupta vd., 2017). Bu çalışmanın sonucu örnek literatürle uyumlu çıkmıştır. Bu sonucun diüretik kullanan hastaların ilacı uygun olmayan saat diliminde (örneğin yatmadan önce) kullanılması ihtimaline bağlı olarak gece sık sık idrara çıkma durumundan dolayı ortaya çıktığı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Geriatrik hipertansif bireylerde SOY ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum arasındaki ilişkiyi saptamak amacı ile yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Bu çalışmada HT' nin görülme oranı yaşla birlikte artmakta olup kadınların SOY düzeyi daha yüksektir; yaşlı bireylerin çoğunluğunun SOY düzeyi yetersiz ve sınırlıdır; eğitim seviyesi düşük olanların SOY düzeyi yüksek çıkmıştır; bireylerin yaş ortalaması arttıkça SOY düzeyi de artmaktadır; yalnız yaşamak SOY seviyesini düşürmektedir.
- Bu çalışmada bireylerin çoğunluğu antihipertansif ilaç tedavisine uyumludur; evde tansiyon aleti bulunan bireylerin çoğunluğu tedaviye uyumludur; kan basıncını kendi ölçen ve evdeki yakını tarafından ölçülen kişiler ilaç tedavisine uyumlu bulunmuştur.
- Bu çalışmada diüretik kullanmayan bireylerin yarısından fazlası antihipertansif ilaç tedavisine uyum sağlamıştır. Diüretik tedaviler ilaç uyumunu olumsuz yönde etkilemektedir.
- Bu çalışmada TSOY ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum durumu arasında yapılan karşılaştırmalarda anlamlı ilişki bulunmamıştır.

6.2. Öneriler

- Geriatrik bireylerde HT yönetimi ile ilgili eğitim ve bilgilendirmenin yapılması antihipertansif ilaç tedavisine uyumu daha üst seviyeye taşıyabileceğinden ve ilaç tedavisine uyumsuz olanları da uyumlu hale getirebileceğinden dolayı hemşire tarafından kişilere gerekli eğitimler verilmelidir. Ayrıca, hemşire bu eğitimleri verirken bireylerin sağlığıyla ilgili bilgi alabileceği, aldığı bilgileri nasıl kullanabileceği ve sağlık hizmetlerine nasıl ulaşabileceği konusunda eğitici, danışmanlık ve koordinatörlük rollerini kullanarak bireyleri desteklemelidir.
- Sosyal medya ve televizyon programları kullanılarak sağlık profesyonelleri tarafından gerçekleştirilen, yaşlı bireylerin SOY düzeylerini yükseltmek amacıyla butik eğitimler ve kamu spotları gibi programlar düzenlenmelidir.

- Hipertansiyon hastalarına özgü olan ve onların sağlık okuryazarlık düzeylerini belirleyen SOY ölçeği geliştirilmelidir.



7. KAYNAKÇA DİZİNİ

- Abacıgil, F., Harlak, H. & Okyay, P. (2016). *Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması*. Okyay, P. & Abacıgil, F. (Ed.). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması* içinde (s. 32-39). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1025. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Okur%20Yazarl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf> ET: 15.04.2021
- Abdelhafiz, A. H., Marshall, R., Kavanagh, J. & El-Nahas, M. (2018). *Management of hypertension in older people*. Expert Review of Endocrinology & Metabolism, 4(13), 181-191. <https://doi.org/10.1080/17446651.2018.1500893>
- Abegaz, T.M., Shehab, A., Gebreyohannes, E.A., Bhagavathula, A.S. & Elnour, A.A. (2017). *Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis*. Medicine (Baltimore), 96(4), e5641. doi: 10.1097/MD.00000000000005641.
- Adıbelli, D., Türkoğlu, N. & Kılıç, D. (2013). *Öğrenci Hemşirelerin Yaşlılığa İlişkin Görüşleri ve Yaşlılara Karşı Tutumları*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(1), 2-8.
- Agyemang, C., Beune, E., Meeks, K., Addo, J., Aikins, A.D., Bahendeka, S., et al. (2017). *Innovative Ways of Studying the Effect of Migration on Obesity and Diabetes beyond the Common Designs: Lessons from the RODAM Study*. Annals of the New York Academy of Sciences, 1391, 54-70. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27706830/> E.T: 01.04.2021
- Ağar, A. (2020). *Yaşlılarda Ortaya Çıkan Fizyolojik Değişiklikler*. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 3(3), 347- 354. doi: 10.38108/ouhcd.752133.
- Akdeniz, M., Kavukcu, E. & Teksan, A. (2019). *Yaşlanmaya Bağlı Fizyolojik Değişiklikler ve Kliniğe Yansımaları*. İzbirak, G. (Ed.). *Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı* içinde (s. 1-15). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Aközer, M., Nuhrat, C. & Say, Ş. (2010). *Türkiye’de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması*. Aile ve Toplum Eğitim, Kültür ve Araştırma Dergisi, 5(20), 103-128.
- Akyüz, S. (2021). *Sağlık Okuryazarlığı Araştırmalarının Bibliyometrik Analizi*. Genel Tıp Dergisi, 31(4), 402-416.
- Al-Ali, N.M. & Telfah, R.K. (2023). *The effect of health literacy in explaining medication adherence among patients with hypertension: A cross-sectional study of Syrian refugees in Jordan*. International Journal of Nursing

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Altun, B., Arıcı, M., Nergizoğlu, G., Derici, Ü., Karatan, O., Turgan, Ç., et al. (2005). *Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003*. J Hypertens, 23(10), 1817-23.
- Aras, Z. & Bayık Temel, A. (2017). *Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi*. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 25(2), 85-94.
- Ardahan, M. (2010). *Yaşlılık ve Huzurevi*. Aile ve Toplum Eğitim- Kültür ve Araştırma Dergisi, 11(5), 25-32.
- Arıcı, M., Altun, B., Erdem, Y., Derici, Ü., Nergizoğlu, G., Turgan, Ç., Sindel, Ş., Erbay, B., vd. (2010). *Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması (Patent)* http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_Ozeti-1.pdf E.T: 19.03.2021
- Arıcı, M., Birdane, A., Güler, K., Yıldız, B. O., Altun, B., Ertürk, Ş., Aydoğdu, S., Özbakkaloğlu, M., Ersöz, H. Ö., vd. (2015). *Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması*, 43(4), 402-409. doi: 10.5543/tkda.2015.16243 https://jag.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_47_6_535_546.pdf E.T: 27.03.2021
- Aronow, W. S. (2008). *Treatment of Hypertension in Older Adults*. Geriatrics & Aging, 11(8): 457-463. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18828653/> E.T: 01.03.2021
- Aronow, W. S. (2012). *Treatment of Systemic Hypertension*. American Journal of Cardiovascular Disease, 2(3), 160-170. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3427981/> E.T: 03.04.2021
- Aslan, Ö. (2021). *Yaşlılık Döneminde Kardiyovasküler ve Solunum Sistemi Sorunları*. Turkish Journal of Geriatrics, 24. file:///C:/Users/xyzplus/Downloads/geriatrikongre-kitabi.pdf E.T: 05.09.2022
- Aşkın, L., Tanrıverdi, O., Türkmen, S. & Aktürk, E. (2018). *2018 Avrupa Kardiyoloji Derneği/ Avrupa Hipertansiyon Derneği Kılavuzu: Hipertansiyona Güncel Yaklaşımlar ve Tedavi Stratejileri*. MN Kardiyoloji, 25(4), 205-211. https://www.researchgate.net/publication/335832844_2018_Avrupa_Kardiyoloji_Derneği_Avrupa_Hipertansiyon_Derneği_Kılavuzu_Hipertansiyona_Guncel_Yaklasimlar_ve_Tedavi_Stratejileri_2018_European_Society_of_Cardiology_European_Society_of_Hypertension_Curr ET: 17.04.2021
- Aydın, Z. ve Öztürk, S. (2014). *Hipertansiyon Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar*. Haseki Tıp Bülteni, 52, 251-255. E.T: 04.04. 2021

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Aydoğdu, S., Güler, K., Bayram, F., Altun, B., Derici, Ü., Abacı, A., Tükek, T., Sabuncu, T. vd. (2019). *Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu*. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması, 47(6), 535-546. S. 536.
https://jag.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_47_6_535_546.pdf doi: 10.5543/tkda.2019.62565. ET: 19.03.2021
- Badır, A. (2014). *Hipertansiyon*. Karadakovan, A. & Eti Aslan, F. (Ed.). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* içinde (s. 609). Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi.
- Bahar, Z., Kızılcı, S., Başer, A., Besen, D., Gördes, N., Ersin, F., Kissal, A., Çapık, C. (2013). *Herbal Therapies used by hypertensive patients in Turkey*. Afr J Tradit Complement Altern Med, 10(2), 292-298.
- Bakan, G. & İnci, F.H. (2021). *Hipertansiyonlu Hastalarda Tedavi Uyum ve Sağlık Okuryazarlığı*. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 12(28), 81-87 doi: 10.5543/khd.2021.21032
- 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.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1576008/> E.T: 01.04.2021
- Balcı Alparslan, G. (2008). *Yürüyüş ve Gevşeme Egzersizinin Primer ve Dirençli Hipertansiyon Kontrolüne Etkisi*. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Balcı Alparslan, G., Akdemir, N. & Babadağ, B. (2019). *Erişkin ve Yaşlı Hipertansiyonu ve Bakım*. Balcı Alparslan, G. (Ed.). *Hipertansiyonda Bakım* içinde (s. 7-38). Ankara: Vize Yayıncılık.
- Barçın, C. (2014). *Yeni Avrupa Kardiyoloji Derneği/ Avrupa Kardiyoloji Derneği hipertansiyon kılavuzu ile neler değişti? Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması*. 42(1): 1-6. doi: 10.5543/tkda.2014.46095.
https://jag.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_42_1_1_6.pdf et: 22.03.2021
- Barret, K.E., Barman, S.M., Boitano, S. & Brooks, H.L. (2018). *Kardiyovasküler Fizyoloji*. Ganong'un Tıbbi Fizyolojisi içinde (Çev. İsoğlu, Ü & Ermutlu, N). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Bayık Temel, A. & Çimen, Z. (2017). *Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı Ve İlişkili Faktörler*. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 33(3), 105-125.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Bayram, D., Aydın, V., Sel, O.C., Fak, A.S., Akman, M., Altıkardeş, Z.A. & Akıcı, A. (2020). *Kardiyovasküler Komorbitesi Bulunan ve Bulunmayan Esansiyel Hipertansiyon Hastalarında İlaç Kullanımının Araştırılması*. DEU Tıp Dergisi, 34(2), 117-130. doi: 10.5505/deutfd.2020.059000. E.T: 19.03.2021
- Beğer, T. & Yavuzer, H. (2012). *Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi*. 25: 1-3. http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_25_3/1.pdf E.T: 18.04.2021
- Belen, E. (2018). *Güncel Hipertansiyon Kılavuzları Arasındaki Farklı Noktalar*. HT Bülteni, Türk Kardiyoloji Derneği Hipertansiyon Çalışma Grubu. Sayı: 6. <https://tkd.org.tr/HTBulteni/?sayi=6> E.T: 22.03.2021
- Belice, T. & Bölükbaşı, S. (2020). *Yaşlılıkta Bağışıklık Sistemi, Pandemi ve Sosyal Hizmet Önerileri*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(4), 433-438.
- Benetos, A., Petrovic, M. & Strandberg, T. (2019). *Hypertension Management in Older and Frail Older Patient*. Circ Res., 124(7), 1045-1060. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.118.313236. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30920928/> E.T: 20.04.2021
- Berberoğlu, U., Öztürk, O., İnci, M.B., Ekerbiçer, H.Ç. (2018). *Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi*. Sakarya Tıp Dergisi, 8(3), 575-581.
- Berkman, N.C., Davis, T.C. & McCormack, L. (2010). *Health Literacy: What Is It?*. Journal of Health Communication. Doi:10.1080/10810730.2010.499985.
- Berkman, N. D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J. & Crotty, K. (2011). *Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review*. ACP Journals, 155(2), 97-107.
- Bilir, N. (2014). *Sağlık Okuryazarlığı*. Turk Journal Public Health, 12(1), 61-68.
- Bostancı, Ş. (2019). *Hipertansiyon Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa.
- Bupp, M. R. G. (2015). *Sex, the aging immune system and chronic disease*. Celluler immunology, 294(2), 102-110.
- Büyükbeşe, M.A & Taş, F (2013). *Hipertansiyonda Farkındalık ve Hemşirenin Rolü*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(6), 729-739.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Calleja- Agius, J. & Brincat, M.P (2015). *The urogenital system and the menopause. Climacteric*, 294(2), 102-110. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26366796/#:~:text=The%20major%20cause%20of%20urogenital,dryness%2C%20vaginal%20irritation%20and%20itching>. E.T: 01.03.2022
- Chantakeeree, C., Sormunen, M., Estola, M., Jullamate, P. & Turunen, H. (2021). *Factors Affecting Quality of Life among Older Adults with Hypertension in Urban and Rural Areas in Thailand: A Cross-Sectional Study*. The International Journal of Aging and Human Development, 95(2), 222–244. DOI: 10.1177/00914150211050880
- Chesser, A.K., Woods, N.K., Smothers, K. & Roger, N. (2016). *Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review*. Gerontology & Geriatric Medicine, 2, 1-13. Doi: 10.1177/2333721416630492.
- Coşkun, S. & Bağcıvan, G. (2021). *Kronik hastalık tanılı hastaların tedaviye uyumu ile ilişkili faktörler: Sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi*. Applied Nursing Research, 57. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33092934/> E.T: 10.10.2022
- Çakır, B. & Altay, S. (2022). *Sekonder Hipertansiyon. Türk Kardiyoloji Derneği Hipertansiyon Çalışma Grubu HT Bülteni*, (10). <https://tkd.org.tr/HTBulteni/?makale=22> E.T: 10.03.2023
- Çakmak, V. (2019). *Hipertansiyon Tedavisi Alan Hastalara Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Akılcı İlaç Kullanımı Ve Sağlık Okuryazarlığına Etkisinin Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.
- Çatı, K., Karagöz, Y., Yalman, F. & Öcel, Y. (2018). *Sağlık Okuryazarlığının Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi*. Ekonomik Ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, 14(1), 67-88.
- Çelikyürek, N.A., Meydan Acımiş, N. & Özcan, B. (2020). *Bir Üniversite Hastanesi Dahiliye Polikliniğine Başvuranlarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve İlişkili Etmenler*. Pamukkale Tıp Dergisi, 13(2), 258-266. doi:<https://dx.doi.org/10.31362/patd.602380>
- Çetin Erden, M. (2020). *Hipertansif Hastalarda Tedavi Uyumu Ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir.
- Çetin, P. (2018). *Noktürisi Olan Yaşlı Hastalarda Hemşirelik Yaklaşımı*. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 3(1), 33-38.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Çınar, M. (2020). *Hipertansiyon Hastalarının Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara.
- Çiler Erdağ, G. (2015). *Sağlığın Temel Belirleyicisi Olarak Sağlık Okuryazarlığı*. Yıldırım, F. & Keser, A. (Ed.). *Sağlık Okuryazarlığı* içinde (s. 1-14). Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi. Yayın: 3
- Çimen, Z. (2015). *Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Ve Sağlık Algısı İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Davis, D.C., Michielutte, R., Askov, E.N., Williams, V.D. & Weiss, B.D. (1998). *Practical Assessment of Adult Literacy in Health Care*, 25(5), 613-624. doi: 10.1177/109019819802500508. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9768381/> E.T: 16.04.2021
- Demirezen, E. (2006). *Türkiye ve Almaya'da Yaşayan Antihipertansif İlaç Kullanan Türklerde İlaç Tedavisine Uyum*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Deniz Akan, D., Dedeli Çaydam, Ö. & Çınar Pakyüz, S. (2020). *Hipertansiyon Tanısı Olan Hastalarda Bilgi Düzeyi Ve İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 23(2), 241-249.
- Desai, A., Grolleau Julius, A. & Yung, R. (2010). *Leukocyte function in the aging immune system*. Journal of leukocyte biology, 87(6), 1001-1009.
- Doğrucan Katrancı, N. (2019). *Hipertansiyon Hastalarında Tedaviye Uyum ve Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Yozgat Bozok Üniversitesi-Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yozgat-Kırıkkale.
- Dönmez, Ğ., Memioğlu, T., Erdem, F. (2015). *Yeni Kılavuzların Işığında Hipertansiyon Tanı ve Tedavisi*. European Journal of Health Sciences, 1(1), 49-53.
- Du, S., Zhou Y., Fu, C., Wang, Y., Xiaojing, D. & Xie, R. (2018). *Health literacy and health outcomes in hypertension: An integrative review*. International Journal of Nursing Sciences, 301-309 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013217302971> ET: 10.04.2021

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Durmaz, C. & Arslan, P. (2017). *Toplumda Hipertansiyon ve Kan Basıncını Etkileyen Faktörler*. Beslenme Diyetetik Dergisi. 45(3), 278- 286. <https://www.beslenmevediyetdergisi.org/index.php/bdd/article/view/47/38> E.T: 18.03.2021
- Duru Aşiret, G. (2019). *Yaşlanma İle İlgili Kavramlar ve Teoriler*. Kapucu, S. (Ed.). *Geriatrı Hemşireliği içinde* (s. 2-3). Ankara: Hipokrat Yayıncılık.
- Durusu Tanrıöver, M., Yıldırım, H.H., Demiray Ready F.N. Çakır, B. & Akalın, H.E. (2014). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması*, Birinci Baskı, Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.
- Eddouks, M., Hebi, M., El Bouhali, B. & Zeggwagh, N. (2015). *Pathophysiologic Aspects of Hypertension*. International Journal of Diabetology & Vascular Disease Research, 31(1), 76-82. doi:dx.doi.org/10.19070/2328-353X-1500015. <https://scidoc.org/IJDVR-2328-353X-03-101.phpET:20.03.2021>
- Efe Arslan, D. & Kılıç Akça, N. (2020). *Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyumluluğu*. Bozok Tıp Dergisi, 10(1), 55-62.
- Efe, D., Akça, N., Kiper, S., Aydın, G., Gümüş, K. (2012). *Hipertansiyonu Olan Bireylerin Kan Basıncını Düşürmeye Yönelik Kullandıkları Destekleyici Yöntemler*. Spatula DD, 2(4), 207-212. doi: 10.5455/spatula.20121114032821
- Emre, N., Edirne, T., Özşahin, A., Çoban, N., Yanık Barışkan, A. (2020). *Hipertansiyon Hastalarında İlaç Tedavisine Uyumun Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algısıyla İlişkisi*. TJFMPC, 14(3), 436-442. DOI: 10.21763/tjfmpe.725974
- Ercan Şahin, N. & Emiroğlu, O. N. (2013). *Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler*. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 52-66.
- Erci, B., Elibol, M. & Aktürk, Ü. (2018). *Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyum ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 26(2), 79-92.
- Erkoç, Y., Çom, S., Keskinçilic, B. & Karakaya, K. (2011). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Basım no:1. Ankara: Anıl Matbaacılık.
- Erkuran, H. (2020). *Yaşlanma Korkusu*. Sağlık ve Toplum, 1, 26-29.
- Esposti, L.D., Saragoni, S., Benemei, S., Batacchi, P., Geppetti, P. et all. (2011). *Adherence to antihypertensive medications and health outcomes among newly treated hypertensive patients, ClinicoEconomics and Outcomes Research: CEOR*, 3, 47-54. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21935332/> E.T. 09.09.2022

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Eugene, V. & Bourne, P.A. (2013). *Hypertensive Patients: Knowledge, Self-Care Management Practices And Challenges*. Journal of Behavioral Health, 2(3), 259-268. DOI: 10.5455/jbh.20130217103511
- Fırat Kılıç, H. & Dağ, S. (2020). *The Relationship between Health Literacy and Medication Adherence in a Hypertensive Patient Population*. International Journal of Caring Sciences, 13(1), 101-107.
- Giles, T. D., Materson, B. J., Cohn, J. N. ve Kostis, J. B. (2009). *Definition and Classification of Hypertension: An Update*. The Journal of Clinical Hypertension, 11(11), 611-614.
- Gupta, P., Patel, P., Strauch, B., Lai, F.Y., Akbarov, A., Maresova, V. et. All. (2017). *Hypertension*, 169(6): 1113-1120. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.116.08729>
- Günel, S.Y. & Günel, A.İ. (2010). *Antihipertansif ilaç kullanımına rağmen başarısız kan basıncı kontrolünü etkileyen nedenler*. Ege Tıp Dergisi, 49(1), 13-18.
- Hacıhasanoğlu Aşıl, R. & Gözüm, S. (2017). *Hipertansif Bireylerin Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımı Kullanımları ve Bunun Antihipertansif İlaç Tedavi Uyumuna Etkisi*. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 11(4), 235-244. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/373385> E.T: 04.04.2021
- Hacıhasanoğlu R. (2009). *Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler*. Erzincan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Preventive Medicine Bülteni 8(2), 167-172
- Hacıhasanoğlu, R. & Gözüm, 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*. Journal of Clinical Nursing, 20(5-6), 692-705. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21320198/> E.T: 05.04.2021
- Halıcı, F. (2020). *Hipertansif Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Farmakolojik Ve Non-Farmakolojik Tedaviye Uyumuna Üzerine Etkisi*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara.
- Hall, J.E.& Guyton, A. C (2013). *Tıbbi Fizyoloji*. (Çev. Denli, O). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Halladay, R.J., Donahue, K.E., Cene, K.W., Li, Q., Cummings, D.M., Engelleyci, A.L., Miller, C.L., Garcia B., Küçük, E., Rachide, M., Tillman, J., Ammerman, A.S. & Dewalt, D.A. (2017). *The association of health literacy and blood pressure reduction in a cohort of patients with hypertension: The heart healthy lenoir trial*. Patient Education and Counselling, 100(3), 542-549. doi: 10.1016/j.pec.2016.10.015.
- Hasan, M., Ali Khan, M.S., Sutradhar, I., Hossain, M.M., Hossaine, N., Yoshimura, Y., Choudhury, S.R., Sarker, M. & Mridha, M. K. (2021). *Prevalence and associated factors of hypertension in selected urban and rural areas of Dhaka, Bangladesh: findings from SHASTO baseline survey*. MJB Open, 11(1): 1-12. doi: 10.1136/bmjopen-2020-038975 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33472770/> E.T: 20.04.2021
- Hazer, O. & Ateşoğlu, L. (2019). *Yaşlılarda sağlık okuryazarlığının başarılı yaşlanma üzerine etkisi: Ankara ili örneği*. Akdemir, N. (Ed.). Geriatri ve Gerontolojiye Disiplinler arası Yaklaşım içinde (s. 48-56). 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri
- Hong, J. & Lee, H. (2023). *Health Literacy, Self-Management Behaviors, and Health-Related Quality of Life of the elderly with Hypertension in Korea's Urban and Rural Areas*. Journal for ReAttach Therapy and Developmental Diversities, 6(2s), 94-10
- HS Lo, S., PC Chau, J., Woo, J. Thompson, D. R. & Chow Choi, K. (2016). *Adherence to Antihypertensive Medication in Older Adults With Hypertension*. The Journal of Cardiovascular Nursing, 31(4), 296-303. doi: 10.1097/JCN.0000000000000251. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27776790/>
- Ilgaz, A. & Gözümlü, S. (2016). *Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Güvenilir Kullanımı İçin Sağlık Okuryazarlığının Önemi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9(2), 67-77.
- James, P.A., Oparil, S., Carter, B.L., Cushman, W.C., Dennison, C., Handler, J., Lackland, D.T., LeFevre, M.L., MacKenzie, T.D., Ogedegbe, O., Smith Jr, S.C., Svetkey, L.P., Taler, S.J., Townsend, R.R., Wright Jr, J.T., Narva, A.S. & Ortiz, E. (2014). *EvidenceBased Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report from the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8)*, 311(5), 507-520. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24352797/> 31.03.2021 E.T: 20.03.2023
- Javadzade, S. H., Sharifirad, G., Radjati, F., Mostafavi, F., Reisi, M. & Hasanzade, A. (2012). *Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviours among older adults in Isfahan, Iran*. Journal of Education and Health Promotion, 1, 1-7. doi: 10.4103/2277-9531.100160

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Kang, C.D., Tsang, P.P.M., Li, W.T.L., Wang, H.H.X., Liu, K.Q.L., Griffiths, S.M. & Wong, M.C.S. (2015). *Determinants of medication adherence and blood pressure control among hypertensive patients in Hong Kong: a cross- sectional study*. Int J Cardiol, 1(182), 250-257. doi: 10.1016/j.ijcard.2014.12.064 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25585359/> E.T: 27.05.2021
- Kankaya, H., Özer, S., Korkmaz, M., Gümüştas Karabulut, Ö., Akyaman Kurt, E. (2017). *Yaşlı Hipertansif Hastalarda İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililiği*. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 33(3), 1-10.
- Kara Söylemez, G. (2018). *Hipertansiyon Tanısı Alan Bireylerin Hipertansiyon Bakımını Değerlendirmeleri İle Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyumluluğu Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi. Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzincan.
- Karadakovan, A. (2014). *Yaşlılığa Genel Bakış*. Karadakovan, A. (Ed.). *Yaşlı Sağlığı ve Bakım* içinde (s. 5-7). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Karakuş Özen, İ. (2022). *Hipertansiyon Tanısı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ve İlaça Uyum Öz Etkililik Durumlarının İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa.
- Karan, M.A. (2018). *Geriatrik Hasta Grubunda Hipertansiyon*. HT Bülteni, 6. <https://tkd.org.tr/HTBulteni/?makale=2> E.T: 20.05.2021
- Kaya, A., Gedik, V., Bayram, F., Bahçeci, M. (2011). *Hipertansiyon Tanı ve Tedavi, In: Obezite, Dislipidemi*. Hipertansiyon Hekim İçin Tanı ve Tedavi Rehberi (5. Baskı), BAYT Bilimsel Araştırmalar, Ankara.
- Kaya, E.& Karaca Sivrikaya, S. (2018). *Sağlık Okuryazarlığı ve Hemşirelik*. Sürekli Tıp Bilimleri Dergisi, 28(3), 216-221.
- Keleş, S.B. (2013). *Hipertansif Bireylerde Egzersizin Kan Basıncına Etkisi*. Spor Hekimliği Dergisi, 48, 119-130.
- Kendir Çopurlar, C. & Kartal, M. (2015). *What is Health Literacy? How to Measure It? Why is It Important?*. Turkish Journal Of Family Medicine and Primary Care, 10(1), 42-47.
- Kes, D., Gökdoğan, F. & Tuna, D. (2016). *Hipertansiyonu Olan Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı: Literatür Taraması*. Journal of Cardiovascular Nursing, 7(12): 40-55.
- Keskin, F. E. (2017). *Diabetes Mellitus'ta Hiperlipidemi ve Hipertansiyon Tedavi İlkeleri*. Klinik Tıp Bilimleri Dergisi, 5(4), 41-49.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Kılıç, T. & Üstü, Y. (2012): *Hipertansiyon İçin Birinci Basamak Kullanımına Yönelik Kanıta Dayalı Bir Rehber Çalışması*. Ankara Medical Journal, 12(4), 205-213.
- Kim, J., Heise, R.L., Reynolds, A.M. & Pidaparti, R.M. (2017). *Aging effects on airflow dynamics and lung function in human bronchioles*, 12(8). <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0183654> ET: 16.05.2021
- Kim, Y.S. (2016). *Aging- Related Changes and Disorders of Gastrointestinal Tract in the Elderly*. Journal of the Korean Dysphagia Society, 6(2), 54-59.
- Kiran More, P., Jadhav, P. & Wamane, V. (2022). *A Review On Hypertension*. International Journal of Research Publication and Reviews, 3(6), 4473-4484.
- Kolcu, M. & Ergün, A. (2016). *Yaşlılarda Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü*. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 3(3), 234.
- Koruk, E. (2019). *Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların Tedaviye Uyumu Ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Kotchen, T. A. (2010). *Obesity- Related Hypertension: Epidemiology Pathophysiology, and Clinical Management*. American Journal of Hypertension, 23(11), 1170-1178.
- 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)*. Med Clin North Am, 93(3), 753-769. doi:10.1016/j.mcna.2009.02.007.
- Kulkarni, S., Rao, R., Goodman, J.D.H., Connolly, K. & O'Shaughnessy, K.M. (2021). *Nonadherence to antihypertensive medications amongst patients with uncontrolled hypertension: A retrospective study*, Medicine (Baltimore), 100(14), e24654. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8036043/> E.T: 03.02.2023
- Kurt, B. (2019). *Yaşlanma ve Yaşlılıkta Sık Görülen Fizyolojik Değişiklikler ve Bakımdaki Özellikler*. Kapucu, S. (Ed.). Geriatri Hemşireliği içinde (s. 95-117). Ankara: Hipokrat Yayıncılık.
- Kurt, D. (2020). *Hipertansiyon Tanısı Alan Hastalara Verilen Öz Yönetim Desteğinin Bilgi Düzeyi, Tedaviye Uyum ve Öz Bakım Yönetimine Etkisi*. Doktora Tezi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Kurtbaş, İ. (2011). *Merak(in) Sosyolojisi. Psikolojik Dürtü, Sosyal Uyarın, Kültürel Nosyon ve İdeolojik Bir Konsept Olarak 'Sosyal Merak'*. Sosyoloji Araştırmaları Derneği, 14(2). <http://www.sosyolojidernegi.org.tr/dergi> E.T: 10.03.2022
- Lee, E.K.P., Poon, P., Yip, B.H.K., Bo, Y., Zhu, M.T., Yu, C.P., Ngai, A.C.H., Wong, M.C.S. & Wong, S.Y.S. (2022). *Global Burden, Regional Differences, Trends, and Health Consequences of Medication Nonadherence for Hypertension During 2010 to 2020: A Meta-Analysis Involving 27 Million Patients*. Journal of the American Heart Association, 11: e026582. DOI: 10.1161/JAHA.122.026582 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36056737/> E.T.: 11.10.2022
- Lee, Y.M., Yon Yu H., You M.A, Son, Y.J. (2017). *Impact of health literacy on medication adherence in older people with chronic diseases*. Collegian, 24(1):11-8. DOI: 10.1016/j.colegn.2015.08.003. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29218957/> E.T: 01.01.2023
- Lee, H. Y., Lee, J., & Kim, N. K. (2015). *Gender differences in health literacy among Korean adults: do women have a higher level of health literacy than men?*. American journal of men's health, 9(5), 370-379.
- Lee, G.K., Wang, H.H., Liu, K.Q., Cheung, Y., Morisky, D. E. & Wong, MC.S. (2013). *Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using Morisky Medication Adherence Scale*. PLoSOne, 8: e62775. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062775>
- Lee, S.K., Kang, B.Y., Kim, H.G., Son, Y.J. (2013). *Predictors of Medication Adherence in Elderly Patients with Chronic Diseases Using Support Vector Machine Models*. Healthc Inform Res., 19(1), 33-41. doi:10.4258/hir.2013.19.1.33
- Lu, M., Ma, J., Lin, Y., Zhang, X., Shen, Y. & Xia, H. (2019). Relationship between patient's health literacy and adherence to coronary heart disease secondary prevention measures. Journal of Clinical Nursing, 28(15-16):2833-2843.
- Luft, F.C. (2001). *Twins in cardiovascular genetic research*. MN Kardiyoloji, 37(2): 350-356. Doi: 10.1161/01.hyp.37.2.350. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11230299/> E.T.: 27.03.2021
- Ma, C. (2016). *A cross-sectional survey of medication adherence and associated factors for rural patients with hypertension*. Applied Nursing Research, ANR, 31:94-9. doi: 10.1016/j.apnr.2016.01.004.
- Ma, C., Chen, S., Zhou, Y. & Huang, C. (2013). *Treatment adherence of Chinese patients with hypertension: a longitudinal study*. Applied Nursing Research: ANR, 26(4), 225-31. doi: 10.1016/j.apnr.2013.08.002.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Ma, C., Zhou, W., Huang, C. & Huang, S. (2015). *A cross- sectional survey of self- rated health and its determinants in patients with hypertension*. Applied Nursing Research, 28(4), 347-351. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26608437/> ET: 01.04.2021
- Malik A., Yoshitoku Y., Toirov E., Davlatov S., Nobuyoki H. (2014). Hypertension related knowledge practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan. *Nagoya Journal Medicine Sci*, 76(3-4), 255-63.
- Manaf, E. & Wong, S. (2012). *Health Literacy Programs For Older Adults: A Systematic Literature Review*. Health Education Research, 27(6), 947-960. Doi: 10.1093/her/cys067
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Böhm, M., Christiaens, T., Cifkova, R., Backer, G.D., Dominiczak, A., Galderisi, M., Grobbee, D.E., Jaarsma, T., Kirchhof, P., Kjeldsen, S.E., Laurent, S., Manolis, A.J., Nilsson, P.M., Ruilope, L.M., Zannad, F. (2013). *ESH/ESC Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)*. European Heart Journal, 34, 2159–19.
- Mansur, F. & Ülke Şimdi, R. (2022). *Ağlık Okuryazarlık Düzeyinin Sağlık Arama Davranışı Ve Sağlıklı Yaşam Tarzı Davranışlarına Etkisi*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1), 127-138.
- Masoli, J.A.N., Sheppard, J.P. & Rajkumar, C. (2022). *Hypertension management in older patients—Are the guideline blood pressure targets appropriate?*. Age and Ageing 51(1). <https://doi.org/10.1093/ageing/afab226>
- Mayer, G. & Villaire, M. (2011). *Health literacy: an opportunity for nurses to lead by example*. 59(2): 59-60.doi: 10.1016/j.outlook.2011.01.006. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21402199/>
- McDougall Jr, G. J., Mackert, M., & Becker, H. (2012). *Memory performance, health literacy, and instrumental activities of daily living of community residing older adults*. Nursing research, 61(1), 70.
- Mejer, C., Vilpert, S., Borrat-Besson, C., Jox, R.J. & Maurer, J. (2022). *Health literacy among older adults in Switzerland: cross-sectional evidence from a nationally representative population-based observational study*. Swiss Medical Weekly, 152: w30158 |doi:10.4414/SMW.2022.w30158
- Mert, H., Özçakar, N. & Kuruoğlu, E. (2011). *Multidisipliner bir özel çalışma modülü araştırması: Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumlarının İncelenmesi*. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 15(1), 7-12.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Mills, K.T., Bundy, J.D., Kelly, T.N., Reed, J.E., Kearney, P.M., Reynolds, K., Chen, J. & He, J. (2016). *Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A systematic Analysis of Population- Based Studies From 90 Countries*. Circulation, 134(6), 441- 450. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018912. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27502908/> E.T: 20.04.2021
- Nagarajan, P. (2023). *Role Renin Angiotensin System in Hypertension. The Renin Angiotensin System in Cardiovascular Disease*. Advances in Biochemistry in Healthand Disease, 24, 187-200. Doi: https://doi.org/10.1007/978-3-031-14952-8_12
- Naimi, A. J., Naderiravesh, N., Bayat, Z. S., Shakeri, N., & Matbouei, M. (2017). *Correlation between health literacy and health-related quality of life in patients with hypertension, in Tehran, Iran, 2015-2016*. Electronic Physician, 9(11), 5712–5720.
- Natekar, A., Olds, R.L., Lau, M.W., Min, K., Imoto, K. & Slavin, T.P. (2014). *Elevated blood pressure: Our family's fault?*. World Journal of Cardiology, 6(5), 327-337. DOI: 10.4330/wjc.v6.i5.327
- Nguyen, Q.T., Anderson, S.R., Sanders, I. I., Nguyen, I. O. D. (2012). *Managing Hypertension in the Elderly: A Common Chronic Disease with Increasing Age*. American Health & Drug Benefits, 5(3), 146-153.
- Nwankwo, T., Yoon, S.S., Burt, V. & Gu, O. (2013). *Hypertension among adults in the United States: National Health and Nutrition Examination Survey, 2011-2012*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24171916/> E.T. 10.09.2022
- Oliveros, E., Patel, H., Kyung, S., Fugar, S., Goldberg, A., Madan, N. & Williams, K.A. (2019). *Hypertension in older adults: Assesment, management and challenges*. Geriatric Cardiology Special Issue: Caring for Aging Hearts, 43(2), 99-107. DOI: 10.1002/clc.23303
- Onat, A., Can, G., Yüksel, H., Ademoğlu, E., Erginel Ünaltuna, N., Kaya, A. & Altay, S. (2017). *Toplumumuzda Kan Basıncı ve Hipertansiyon*. Onat, A. (Ed.). TEKHARF içinde (s.109-110). İstanbul: Logos Yayıncılık. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26608437/> ET: 31.04.2021
- Öncü, E. (2018). *Sağlık Okuryazarlığının Hipertansiyon Kontrolünde Önemi*. Dünya İnsan Bilimleri Dergisi, 1, 45-70.
- Öncü, E., Vasioğlu, 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*. Anatol JFM, 1, 31-32.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Öncü, E., Vasioğlu, S.K., Güven, Y., Aktaş, G., Ceyhan, H. & Karakuş, E. (2020). *Bir il örneğinde hipertansiyon hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyi, sağlık hizmetlerinin niteliğine ilişkin değerlendirmeleri ve ilişkili faktörler*. Turk J Public Health, 18(1), 10-25
- Önder, M.R. & Nalbantgil, İ. (2000). *Yeni Kılavuzlara Göre Hipertansiyonun Tanımı ve Sınıflandırılması*. Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Dergisi, 13(5), 327-328.
- Özdemir, Ö., Akyüz, A. & Doruk, H. (2016). *Geriatrik Hipertansif Hastaların İlaç Tedavisine Uyumluluğu*. Bakırköy Tıp Dergisi, 12(4), 195-201. http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_23540/BTD-12-4195.pdf
- Özerkan Çakal, F. (2017). *Yaşlılarda Hipertansiyon*. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması, 45(5), 29-31. doi: 5543/tkda.2017.95554.
- Özkul, M. & Kalaycı, I. (2015). *Türkiye’de Yaşlılık Çalışmaları*. Sosyoloji Konferansları, 0 (52), 259- 290. doi: 10.18368/IU/sk.98114 <https://dergipark.org.tr/tr/pub/iusoskon/issue/25586/269927>
- Öztaş, Ö & Korkmaz Aslan, G. (2019). *Yaşlı Bireylerin İlaç Uyumsuzluğu İle İlişkili İlaç Kullanım Davranışları ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi İle İlişkisi*. HUHEMFAD-JOHUFON, 6(3), 132-140.
- Öztop, N., Yiğit, N., Özden Tok, Ö. (2016). *Sekonder Hipertansiyon*. Smyrna Tıp Dergisi, 53-59. https://www.smyrnatipdergisi.com/dosyalar_upload/belgeler/Sekonder%20hipertansiyon1496466650.pdf E.T: 29.03.2021
- Parekh, N., Page, A., Ali, K., Davies, K. & Rajkumar, C. (2016). A practical approach to the pharmacological management of hypertension in older people. Therapeutic Advances in Drug Safety, 8(4), 117-132. doi: 10.1177/2042098616682721 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28439398/> E.T: 01.08.2021
- Patel, P. J., Joel, S., Roven, G., Pedireddy, S., Saad, S., Rachmale, R., et al. (2011). *Testing the utility of the newest vital sign (NVS) health literacy assessment tool in older African-American patients*. Patient Education and Counseling, 85(3), 505-507. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.03.014>
- Pınar, G. (2021). *Yaşlı Bireylerde İlaç Kullanım Uyumu Ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Burs Yüksek İhtisas Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Bursa.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Piercefield, E. W., Robinson, M. H., Ragan, A. P., Howard, M. E., Kirk, C. E. & Reese, S. D. (2017). *Antihypertensive Medication Adherence and Blood Pressure Control Among Central Alabama Veterans*. Journal of Clinical Hypertension, 19(5), 543-549. doi: 10.1111/jch.12953. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27917605/>
- Polat, Ü. (2015). *Yaşlı Bireylerde Anemi ve Hemşirelik Yaklaşımı*. Bakırköy Tıp Dergisi, 11(4), 137-142.
- Prog, V. (2022). *Hypertension As A Medical And Social Problem And Ways To Solve It*. Master's Thesis. I. Horbachevsky Ternopil National Medical University Of The Ministry Of Health Of Ukraine. Ternobil.
- Rajpura, J.R., Nayak. R. (2014): *Role Of Illness Perceptions And Medication Beliefs on Medication Compliance Of Elderly Hypertensive Cohorts*. J Pharm Pract, 27(1), 19-24. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23828839/> 25.05.2021
- Reading, S.R., Helen Black, M., Singer, D.E., Go, A.S., Fang, M.C., Udaltsova, N., Harrison, T.N., Wei, R.X., Amy Liu, I.L., Reynolds, K. (2019). *Risk factors for medication non-adherence among atrial fibrillation patients*. BMC Cardiovasc Disord 19(1):38. doi: 10.1186/s12872-019-1019-1. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30744554/> E.T: 01.02.2023
- Rheault, H., Coyer, F., Jones, L. & Bonner, A. (2019). *Health Literacy in Indigenous People With Chronic Disease Living in Remote Australia*. BMC Health Services Research, 19(1), 523. doi: [10.1186/s12913-019-4335-3](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30744554/)
- Rimoldi, S. F., Scherrer, U. ve Messerli, F. H. (2014). *Secondary Arterial Hypertension: When, Who and How to Screen?*. European Heart Journal, 35, 1245-1254.
- Rosas-Salazar, C., Apter, A. J., Canino, G. & Celedon, J.C. (2012). *Health Literacy and Astma*. The Journal of Allergy and Clinical Immunology, 129(4), 935- 942. doi:10.1016/j.jaci.2012.01.040. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22326486/> ET: 11.04.2021
- Rubattu, S., Pagliaro, B., Pierelli, G., Santolamazza, C., Di Castro, S., Mennuni, S. & Volpe, M. (2015). *Pathogenesis of Target Organ Damage in Hypertension: Role of Mitochondrial Oxidative Stress*. International Journal of Molecular Sciences ISSN 1422-0067 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4307277/pdf/ijms-16-00823.pdf>

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Saqlain, M., Riaz, A., Malik, M. N., Khan, S., Ahmed, A., Kamran, S. & Ali, H. (2019). *Medication Adherence and Its Association with Health Literacy and Performance in Activities of Daily Livings among Elderly Hypertensive Patients in Islamabad, Pakistan*. *Medicina* (Kaunas), 55(5)1, 63. doi: 10.3390/medicina55050163.
- Sarki, A. M., Nduka, C. U., Stranges, S., Kandala, N. B. ve Uthman, O. A. (2015). *Prevalence of Hypertension in Low- and Middle- Income Countries*. *Medicine*, 94(50), 1-16.
- Sauma, A.W., Sriagustini, I., Fitriani, S., Hidayani, W.R., Malabanan, L.M. (2022). *The Analysis of Factors Influencing Hypertension on Elderly: A Literature Study*. *Journal of Public Health Sciences*, 1(1), 16-29. doi: 10.56741/jphs.v1i01.45
- Sawicka, K., Szczyrek, M., Jastrzębska, I., Prasał, M., Zwolak, A. ve Daniluk, J. (2011). *Hypertension- The Silent Killer*. *Journal of Pre-Clinical and Clinical Research*, 5(2), 43-46.
- Sayın Kasar, K. & Karadakovan, A. (2017). *Yaşlı Bireylerde Antihipertansif İlaç Kullanım Hatalarının İncelenmesi*. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(15), 2027.
- Scott, I.A., Hilmer, S. N. & Le Couteur, D. G. (2019). *Going Beyond the Guidelines in Individualising the Use of Antihypertensive Drugs in Older Patients*. *Drugs&Aging*, 36, 675-685.
- Sezer, A. & Kadioğlu, H. (2014). *Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Geliştirilmesi*. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 165-170.
- Seong, H.J., Lee, K., Kim, B.H. & Son, Y.J. (2019). Cognitive Impairment Is Independently Associated with Non-Adherence to Antithrombotic Therapy in Older Patients with Atrial Fibrillation. *Internatiol Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(15):2698. doi: 10.3390/ijerph16152698. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31362337/> E.T: 01.02.2023
- Sharma, M.A., Engeli, S. (2002). *Managing big issues on lean evidence: treating obesity hypertansion*. *Nephrol Dial Transplant*. 17: 353-355. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11865074/> ET: 31.03.2021
- Shehadeh- Sheeny, A., Eilat- Tsanani, Bishara, E. & Baron- Epel, O. (2013). Knowledge and health literacy are not associated with osteoporotic medication adherence, however income is, in Arab postmenopausal women. *Patient Education and Counselling*, 93(2):282-8. doi: 10.1016/j.pec.2013.06.014. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23994007/> E.T: 01.02.2023

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Shi, D., Li, J., Wang, Y., Wang, S., Liu, K., Shi, R. et al. (2017). *Association between Health Literacy and Hypertension Management in a Chinese Community: A Retrospective Cohort Study*. Internal and Emergency Medicine, 12(6), 765–776.
- Shukuri, A., Tewelde, T. & Shaweno, T. (2019). *Prevalence of old age hypertension and associated factors among older adults in rural Ethiopia*. Integrated Blood Pressure Control, 12, 23-31. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31564965/> ET: 01.02.2022 doi: [10.2147/IBPC.S212821](https://doi.org/10.2147/IBPC.S212821)
- Slatyer, S., Toye, C., Burton, E., FerraiJacinto, A. & Hill, K. D. (2020). *Measurement properties of self-report instruments to assess health literacy in older adults: a systematic review*. Disability and Rehabilitation, 44(11), 2241-2257. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1836044>
- Sobierajski, T., Surma, S., Romanczyk, M., Labuzek, K., Filipiak, K. J. & Oparil, S. (2022). *What Is or What Is Not a Risk Factor for Arterial Hypertension? Not Hamlet, but Medical Students Answer That Question*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(13), 8206. <https://doi.org/10.3390/ijerph19138206> E.T: 01.09.2022
- Song, M.S. & Park, S. (2020). *Comparing two health literacy measurements used for assessing older adults' medication adherence*. Journal of Clinical Nursing, 29(21-22), 4313-4320. doi: 10.1111/jocn.15468. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32865257/> E.T: 10.01.2023
- Sopiah, P., Haryeti, P., Sukaesih, N.S., Nuryani, R. (2021). *Total Cholesterol Levels and Degrees of Hypertension In The Elderly Hypertension*. Journal of Nursing Care, 4(1), 295-301. <http://jurnal.unpad.ac.id/jnc/article/view/29756/15073> E.T: 01.05.2021
- Speros, C. I. (2009). *Morethan Words: Promoting Health Literacy in Older Adults*. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, 14(3). doi: 10.3912/OJIN.Vol14No03Man05
- Sukmaningtyas, W. & Utami, T. (2020). *Risk Factors of Hypertension in the Elderly*. Advances in Health Sciences Research, 20, 215-221. <https://www.researchgate.net/publication/339524933> Risk_Factors_of_Hypertension_in_the_Elderly E.T: 20.03.2021
- Şahin, D., Aydın, A., Şimşek, N. & Cabar, H. D. (2012). *Yaşlılık, Depresyon ve Hemşirelik*. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 3(1), 38-41.
- Şengül, S., Akpolat, T., Erdem, Y., Derici, U., Arici, M., Sindel, S., Karatan, O., Turgan, C., Hasanoğlu, E., Caglar, S. & Erturk, S. (2016). *Changes in Hypertension Prevelance , Awareness, Treatment, and Control Rates in Turkey from 2003 to 2012*. Journal of Hypertension, 34(6), 1208-1217. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26991534/> E.T: 20.03.3021

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (2021). *Türkiye’ de Kadın*. <https://www.aile.gov.tr/media/67948/turkiyede-kadin-20-02-2021.pdf> E.T: 28.03.2023
- T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirme Protokolü, Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı. (2020). *Hipertansiyon Klinik Protokolü, Versiyon 1.0*. Ankara ISBN: 978-975-590-774-1 https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/hipetansiyon_kp_20200723.pdf E.T: 21.03.2021
- T.C. Sağlık Bakanlığı & Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. (2020). *Türkiye’nin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ölçüldü*. Güncellenme Tarihi: 20 Aralık 2020. <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html> E.T: 10.02.2022
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics (6th ed.)*. Boston, MA: Pearson.
- Tarı Selçuk, K., Çevik, C., Mercan, Y. & Koca, H. (2017). *Hypertensive patients’ adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment methods, in Turkey*. International Journal of Community Medicine and Public Health, 4(8), 2648-2657.
- Teke, N. & Arslan, S. (2018). *Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyonlu Bireylerin İlaç Tedavisine Uyum Özetkililik Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 11(2), 120-128.
- Teke, N. (2016). *Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyonlu Bireylerin İlaç Tedavisine Uyum Özetkililik Düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Teleş, M. & Kaya, S. (2018). *Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesinde Çeşitli Kişi ve Kuruluşların Roller*. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 17-87.
- The International Consortium for Blood Pressure Genome-Wide Association Studies. (2012). *Genetic Variants in Novel Pathways Influence Blood Pressure and Cardiovascular Disease Risk*. HHS Public Access, 478(7367), 103–109. doi:10.1038/nature10405. (Author manuscript) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3340926/pdf/nihms314865.pdf> E.T: 10.09.2022
- Tong, X., Chu, E.K., Fang, J., Wall, H.K. & Carma, A. (2016). *Nonadherence to Antihypertensive Medication Among Hypertensive Adults in the United States—HealthStyle*. The Journal of Clinical Hypertension, 18(9), 892–900. doi: [10.1111/jch.12786](https://doi.org/10.1111/jch.12786)

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Tooher, J., Thornton, C., Makris, A., Ogle, R., Korda, A., Horvath, J. & Hennessy, A. (2016). *Hypertension in pregnancy and long- term cardiovascular mortality: a retrospective cohort study*. 214(6), 722.e1-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26739795/> E.T: 31.03.2021
- Tör, V. & Tosun, N. (2020). *Hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve hastalıkları konusundaki bilgi düzeylerinin incelenmesi*. Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi, 2(3), 114-123.
- Tör, V. (2019). *Hipertansif Hastaların İlaç Tedavisine Uyumları Ve Hastalıkları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi*. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı.
- Tuo, J., Godai, K., Kabayama, M., Akagi, Y., Akasaka, H., Takami, Y., Takeya, Y., Yamamoto, K. et all. (2022). *Self-Monitoring Home Blood Pressure in Community-Dwelling Older People: Age Differences in White-Coat and Masked Phenomena and Related Factors—The SONIC Study*. Hindawi International Journal of Hypertension, 1-9. Article ID 5359428 <https://doi.org/10.1155/2022/5359428> E.T: 03.01.2023
- TÜİK (2018). *Nüfus Projeksiyonları, 2018-2080*. Yayınlanma Tarihi: 21 Şubay 2018, Sayı: 30567. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Nufus-Projeksiyonlari-2018-2080-30567> E.T: 01.05.2021
- TÜİK (2022). *Dünya Nüfus Günü, 2022*. Yayınlanma Tarihi: 06 Temmuz 2022, Sayı: 45552. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=World-Population-Day-2022-45552> E.T: 01.01.2023
- TÜİK (2023). *İstatistiklerle Yaşlılar, 2022*. Yayınlanma Tarihi: 17 MART 2023, Sayı: 49667. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2022-49667> E.T: 20.04.2023
- Tümer, A., SubaşıBaybuğa, M., Dereli, F. & Demir Uysal, D. (2016). *Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyum Düzeyleri*. Journal of Cardiovascular Nursing, 7(13),105-113.
- Türk Kardiyoloji Derneği. (2021). *Dünya Hipertansiyon Günü Basın Bülteni* <https://tkd.org.tr/menu/196/dunya-hipertansiyon-gunu-basin-bulteni-17-mayis-2021> ET: 10.01.2023
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2022). *Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu*. Baskı No: 6 <https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/Hipertansiyon-Kilavuzu-2022.pdf> E.T. 20.01.2023

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Türkoğlu, N. (2017). *Hipertansiyon Hastalarına Verilen Web Tabanlı ve Yüz Yüze Eğitimin Öz-Etkililik ve Sağlık Okuryazarlığına Etkisinin Karşılaştırılması*. Doktora Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N. A., Poulter, N.R., Prabhakaran, D., Ramirez, A. vd. (2020). *2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines*. Clinical Practice Guidelines. 75(6), 1334-1357. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026 <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026> E.T: 21.03.2021
- Uyan, C.& Pektaş, O. (1999). *Yaşlılarda İzole Sistolik Hipertansiyon*. Türkiye Klinikleri Journal of Cardiology, 12(2), 85-92. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-yasli-larda-izole-sistolik-hipertansiyon-31791.html> E.T: 28.03.2021
- Ünalın, P.C., Çifçili, S., Uzuner, E. & Akman, M. (2005). *Hastaların Hipertansiyon ve Antihipertansifler Konusundaki Algı ve İnanışları*. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 9(4), 153-158.
- Ünsal Avdal, E. (2019). *Yaşlıda Sık Görülen Kronik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı*. Kapucu, S. (Ed.). *Geriatrı Hemşireliği* içinde (s.172-173). Ankara: Hipokrat Yayıncılık.
- Van Bussel, E.F., Hoevenaar-Blom, M.P., Poortvliet, R.K.E., Gussekloo, J., Van Dalen, J.W., Van Gool, W.A., Richard, E. & Moll van Charante, E.P. (2020). *Predictive value of traditional risk factors for cardiovascular disease in older people: A systematic review*. Preventive Medicine, 132, 105986. doi: 10.1016/j.ypmed.2020.105986. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31958478/> E.T: 10.10.2021
- Van Hoa, H., Giang, H. T., Vu, P. T., Van Tuyen, D., &Khue, P. M. (2020). *Factors associated with health literacy among the elderly people in Vietnam*. Biomed. Research International. doi: [10.1155/2020/3490635](https://doi.org/10.1155/2020/3490635)
- Van, N. B., Hoang, L. V., Van, T. B., Si Anh, H. N. vd. (2019). *Prevalence and Risk Factors of Hypertension in the Vietnamese Eldery*. High Blood Press Cardiovascular Prev. 26(3), 239-246. doi: 10.1007/s40292-019-00314-8 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31020550/> ET: 01.05.2021
- Vatansever Ö. (2011). *Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine uyum özetkılık düzeyleri ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Wang, W., Lau, Y., Loo, A., Chow, A., & Thompson, D. R. (2014). *Medication adherence and its associated factors among Chinese community-dwelling older adults with hypertension.* Heart & Lung, 43, 278-83. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24856232/> E.T: 03.04.2021
- Wannasirikul, P., Terimlerikulchai, L., Sujirarat, D., Benjakul, S. & Tanasugarn, C. (2016). *Health Literacy, Medication Adherence, And Blood Pressure Level Among Hypertensive Older Adults Treated At Primary Health Care Centers, The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 47(1), 109-20.
- Weber, M. A., Schiffrin, E. L., White, W. B., Mann, S., Lindholm, L. H., Kenerson, J. G., Flack, J.M., Carter, B.L., Materson, B.J., Ram, C.V.S., Cohen, D.L., Cadet, J.C., Jean-Charles, R.R., Taler, S., Kountz, D., Townsend, R.R., Chalmers, J., Ramirez, A.J., Bakris, G.L., Harrap, S.B. (2014). *Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension.* The Journal of Clinical Hypertension, 1-2. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jch.12237> E.T: 29.03.2021
- Whelton, P.K., Carey, R. M., Aronaw, W.S.(2017). *ACC/AHA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults Hypertension.* Journal of The American College of Cardiology,71(19), 6-262.
- Whelton, P.K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, K.J., Himmelfarb, C. D., Maclaughlin, E.J., Muntner, P., Ovbiagele, B., Smith Jr, S.C., Spencer, C.C., Stafford, R.S., Taler, S.J., Thomas, R.J., Williams Sr, K.A.,... Wright Jr, J.T. (2018). *2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/Apha/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation and management of high blood pressure in adults: a report of the american college of cardiology/american heart association task force on clinical practice guidelines.* Hypertension. 71(6), 1269-324. doi: 10.1161/HYP.0000000000000066. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29133354/> E.T: 01.04.2022
- Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., AgabitiRosei, E., Azizi, M., Burnier, M., et al. (2018). *2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension.* European Heart Journal, 39(33), 3021-3104. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30165516/> 2018 ecs/esh kılavuzu. E.T: 20.03.2021
- World Health Organization Report. (1998). *Life in the 21st century: A vision for all.* Retrieved March 22, 2014. <http://www.who.int/whr/1998/en/>. E.T: 15.04.2021
- Word Health Organisation. (2019). *Hypertension.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hySpertension> E.T: 19.03.2021
- Yardımcı, H., Özçelik, A.Ö. & Sürücüoğlu, M.S. (2012). *Yaşlılarda Hipertansiyon Durumu ve Beslenme Alışkanlıkları.* Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(2). <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/509447>. E.T: 01.04.2022

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Yerli, G. (2017). *Yaşlılık Dönemi Özellikleri ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler*. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 10(52), 1278-1287.
- Yıldırım, B., Özkahraman, Ş. & Ersoy, S. (2012). Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler ve Hemşirelik Bakımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 19-23.
- Yıldırım, N.& Durna, Z. (2021). Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 305-315.
- Yıldız, H. (2017). *Vasküler Sistem ve İlişkili Bozukluklar*. Eti Aslan, F. & Olgun, N. (Ed.). *Fizyopatoloji içinde* (s. 246). Ankara: Akademisyen Kitapevi.
- Yılmaz, M. & Tiraki, Z. (2016). *Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür?*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9(4), 142-147.
- Yorgun H, Kabakçı G. (2010). *Yaşlılarda hipertansiyonun tanı ve tedavisi*. Turkish Journal of Geriatrics, 2, 5-12.
- Zamora, H. & Evelyn, M. (2011). *Health Literacy Among Older Adults: A Systematic Literature Review*. Journal of Gerontological Nursing, <https://doi.org/10.3928/00989134-20110503-02> <https://journals.healio.com/doi/epdf/10.3928/00989134-20110503-02> E.T: 14.09.2022
- Zungur, M. & Yıldız, A. (2004). *Hipertansif Hastaya Yaklaşım*. 13(8), 297-304. <https://www.ttb.org.tr/STED/sted0804/hipertansif.pdf> E.T: 27.03.2021